

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1116  
2014 TOU3 1117

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2014

Par

**Claudie TISSOT et Myriam FLAGEOLLET**

<p><b>LE DERNIER RECOURS : UNE FACE MÉCONNUE DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE</b></p>
--

Étude qualitative menée auprès des médecins généralistes  
de Midi-Pyrénées du mois de janvier au mois d'août 2014

DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Brigitte ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Daniel ROUGÉ  
Monsieur le Professeur Philippe ARLET  
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC  
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU  
Monsieur le Docteur André STILLMUNKÈS  
Madame le Docteur Anne FREYENS

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Membre invité



**TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépatogastro-Entérologie
M. MALAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		<b>P.U.</b>	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FORTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTROYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## NOS REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Daniel Rougé**, vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous sommes reconnaissantes de votre soutien à la Médecine Générale. Permettez-nous de vous exprimer notre profond respect.

**A Monsieur le Professeur Philippe Arlet**, nous vous sommes reconnaissantes pour l'intérêt que vous portez à notre sujet et des conseils que vous nous avez donnés. Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail. Recevez l'expression de notre respect.

**A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric**, merci d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous remercions pour votre engagement indéfectible à la Médecine Générale. Veuillez trouver l'expression de notre sincère gratitude.

**A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Brigitte Escourrou**, tu nous as fait l'honneur d'accepter de diriger notre thèse. Nous te remercions de nous avoir soutenues, accompagnées et guidées tout au long de ce travail. Trouve à travers ces quelques lignes notre profonde admiration pour le Médecin et la Femme que tu es.

**A Monsieur le Docteur André Stillmunkès**, nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail depuis le tout début et de vos réflexions constructives. Nous vous remercions de votre présence aujourd'hui pour évaluer notre travail.

**A Madame le Docteur Anne Freyens**, nous te remercions pour ta disponibilité, ta patience et ton soutien. Tu nous as communiqué ton savoir-faire et la douceur nécessaires à ce travail. Merci de ton implication au sein du département de Médecine Générale et d'y avoir insufflé un peu d'humour belge.

Nous remercions sincèrement les médecins généralistes qui ont participé aux entretiens. Nous avons apprécié votre disponibilité sur votre temps libre et la sincérité dont vous avez fait preuve lors du partage de vos expériences. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

## REMERCIEMENTS DE CLAUDIE

**A mes Parents**, vous m'avez donnée la force et les moyens de réaliser mes ambitions, votre soutien m'a été précieux pendant ces années d'études. J'ai parfois fait des choix un peu surprenant pour vous mais si j'en suis là aujourd'hui, c'est sans aucun doute grâce à vous. Papa, Maman, même si des kilomètres nous séparent, vous êtes dans mon cœur et je vous aime !

**A mon frère Loïc**, tu as été le gentil poupon d'une grande sœur très fière, puis l'enfant terrible d'une ado exigeante... Aujourd'hui, tu es un adulte qui a su tracer sa voie et réussir ses projets... Tu m'as même devancée en partant à l'autre bout du monde avant moi ! Au fond, je suis toujours cette petite fille de 7 ans qui regarde son petit frère d'un air émerveillé.

**A mon oncle Gérard et ma tatie Bernadette**, vous avez toujours encouragé ma curiosité en me faisant découvrir mille choses et en y apportant un soupçon de malice. Vous savez transformer les petits riens du quotidien en moments de fête, je n'ai que des bons souvenirs partagés avec vous.

**A ma famille Costa** : mes grands parents, mes oncles et tantes, mes cousins-cousines et mes petits cousins-cousines

C'est toujours une joie de se retrouver tous ensemble autour de la pasta et des boulettes de Mamie. Au fil des années d'études, ces moments sont devenus plus rares mais je les ai d'autant plus appréciés ! Merci de m'avoir soutenue pendant ces longues années. Aujourd'hui c'est fini et je rêve de vous voir tous réunis à Toulouse.

**A JC** : Depuis le cerisier de la campagne, nous regardions déjà en direction des montagnes ! C'est avec toi que j'ai découvert Toulouse et les Pyrénées pour la 1<sup>ère</sup> fois. Qui aurait cru que des années après, je m'y installerai ? Je souhaite qu'il y ait toujours un train pour te conduire jusqu'ici.

**Au service de Gériatrie de l'hôpital Trousseau de Saint Etienne** qui a accompagné mes premiers pas de « bébé interne », l'été avant mon arrivée à Toulouse. Merci !

*Aux médecins qui m'ont accueillie au cours de mon internat* : Vous m'avez bien souvent appris ce qui n'est pas dans les livres de médecine et vous avez contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Sincèrement Merci !

**Aux Docteurs Christian Pons, Patrick Maviel, Sandra Mahaie, Bernard Duchalet, Marie-Agnès Faye-Pichon, Jean-Richard Dugast, Jean-Luc Souyri et Etienne Astoul.**

*Aux copains stéphanois* : avec qui j'ai partagé les bons moments de l'externat !

**Eln, Dju, Bapt & Kéké, Cuvette, Beuboule, Doom, Sawyer, Alex, Oyoy & Gaëlle, Simon, Lafleur, Ben & Maria...**

*Aux copains rencontrés à Toulouse* : **A Carole et Valérie**, les auscitaines, **A Joëlle** pour ton initiation au rugby au Stade et au Jurançon ! **A Marc** que j'ai découvert en festival, au ski, à vélo, et en soirées. **A Flo & Charlotte** pour vos nombreux projets surprises !

*Aux copains de l'AIMG-MP*, avec qui j'ai partagé cette aventure associative, enrichissante pendant plus d'un an. **A Lucie, Mathilde V., Lydia, Anaïs, Thibault, Mathilde R., Arnaud, Jonathan, Edouard, Annabelle**

Et spécialement à **Laurence** qui sait rendre nos soirées si délirantes !

*Aux copains du CHIVA* : Avec vous j'ai traversé mes 3 ans d'internat au rythme de nombreuses soirées, d'un peu de sport, de bons moments partagés et surtout avec beaucoup d'Amitié. Vous êtes devenus ma famille toulousaine et je me dis souvent que j'ai de la chance de vous avoir rencontré.

**A Jean** pour tes rocks de folie, **A Clément** pour tes rhums, **A Louise & François** pour être « chou », **A Matthieu M.** pour ton humour, **A Camille** pour ton petit grain, **A Hugo & Julia** pour votre Ariégeoise attitude et **A Flo, Anne-Line et Oriane** les « triplètes »

**A Annaëlle**, pour ta générosité, ta force de caractère et nos moments partagés. Continue sur cette belle lancée, c'est comme ça que je t'aime !

**A Mathieu**, mon Chouchou, tu es de ces personnes qu'on ne rencontre qu'une fois dans sa vie et tu fais partie de la mienne. Je souhaite que nos chemins continuent de se croiser aussi souvent que possible.

**A Myriam**, d'un chilili endiablé, de discussions animées et d'un travail acharné est née notre belle Amitié. Merci pour ta confiance et ta patience dans notre travail. Grâce à toi, nous partageons aujourd'hui ce grand moment et je suis fier de devenir Docteur avec toi. Même à l'autre bout du monde, je serai là pour toi. **A Jansen** : je compte sur toi pour toujours faire danser la samba brésilienne à Myriam !

*Aux copains du 14 juillet* : **A Gigi** pour tes potins, **A Caro** pour notre chapeau,

**A Anne-Claire (et J-Max !)** pour ta bonne humeur et tes idées folles.

**A Amélie** pour les bons petits plats partagés, ta confiance et ta fidélité en Amitié. Avec **Nassim**, vous nous montrer la voie à suivre ! Quelle que soit la distance, il y a une place pour vous dans mon cœur.

**A Guylaine** on s'est rencontré sur les bancs de l'école, on a partagé tant de fourires, d'aventures, de pleurs, de secrets, de rêves,... notre Amitié a grandi avec nous et continuera encore jusqu'à nos vieux jours ! Tu es ma Sœurette, d'un seul regard nous nous comprenons, ton Amitié m'est précieuse.

**A Xavier**, ta moitié qui te convient si bien.

**A Bastien**, toi qui sais si bien me faire rire, me surprendre, me soutenir et surtout me comprendre.

Tu portais un ruban jaune et bleu quand je suis tombée sous ton charme. Dans le chaudron des verts, notre Amour frémissait. Dans la ville rose, nous avons transformé l'essai avec succès. Bientôt nous traverserons le grand bleu et nous sèmerons notre bonheur sur le Caillou. Je crois qu'on peut le dire « je te suivrai au bout du monde » car ma vie avec toi est étincelante !



## REMERCIEMENTS DE MYRIAM

A **ma maman**, une femme et une mère extraordinaire qui m'a appris à ne jamais baisser les bras. Le vent a essayé de te faire trébucher mais tu t'es toujours relevée. Tu aimes tellement la vie! Ton courage, ta force, ton soutien, ta générosité et ton amour m'ont accompagnée et guidée jusqu'à aujourd'hui. Je suis très fière de toi et je t'aime très fort

A **mon père**, aux mots croisés, à ta culture et à ton talent artistique. Merci pour ton amour et ton soutien. Je t'aime.

A **Philou**, mon confident, mon refuge, merci pour ton soutien sans faille, pour ta présence et ton réconfort. A **Chantal** merci pour ta douceur et ta bienveillance.

A **Nathou**, ma Nathou adorée, la sœur que je n'ai pas eu! Aux donuts au chocolat mangés assises dans le couloir de la salle d'étude, à nos conversations censurées via l'interphone, à nos chorégraphies endiablées en voiture qui nous ont permis de nous faire pleins d'amis. A toi Nathou qui a partagé mes joies, mes doutes et mes angoisses, MERCI! Merci également à **Yannou** qui respecte nos délires et sur qui je peux compter. A **Léo**, petit ange qui illumine ta vie!

A **Kikette ou Hicham**, quelque soit la façon dont je t'appelle le résultat est le même. Tu as été et tu es un pilier, un soutien pour moi et je t'en remercie du fond du coeur. Aux heures passées à refaire le monde sur un banc, aux coups de téléphone à pas d'heure, à la lune visible partout dans le monde!

A **Claudie**, je suis fière d'avoir réalisé ce travail à tes côtés. Tu es une femme et une amie d'exception, en deux mots une « grande Dame ». Ta sensibilité, ta détermination, ton humanité ont enrichi notre thèse et m'ont enrichie également. Merci!

Au **docteur Balmier**, vous avez été présent dans tous les grands moments de ma vie et m'avez donnée la passion pour ce magnifique métier. Je n'oublierai jamais un fameux 25 Décembre où vous et votre femme **Annie** avez poussé une certaine porte d'hôpital. Merci!

A **Marge**, une amie en or, généreuse et talentueuse, qui répond toujours présente. Quel bonheur de te compter parmi mes amis. A Nico, aux churros partagés au sommet de la grande roue. À nos futurs WE Bordelais, les amis!

A **Cécilou**, ma plus vieille amie, aux Spice Girls, aux soirées pyjama. Je suis admirative de ton parcours et je te souhaite du fond du cœur une vie douce et heureuse. A **Nico** pour le bonheur qu'il t'apporte.

A **Mathias**, aux réveils au pistolet à eau, aux tours de mobyette, aux batailles de chatouille, je suis fière de ce que tu as accompli, tu restes ma star! A **Sylvia**, tu fais le bonheur de mon frère et de mes neveux et je suis heureuse que tu fasses partie de la famille. A **Thomas**, mon rayon de soleil, j'espère être à la hauteur pour t'accompagner tout au long de ta vie. A **Nico**, déjà si généreux et aimant! Soyez heureux mes loulous, je vous aime!!!!

A **Séb**, la vie n'est pas toujours rose mais j'espère sincèrement qu'elle sera plus douce avec toi ! Merci de ta présence ce soir.

A **la famille Aude, Christine, Thierry, Pauline** pour tout le bonheur qu'il y a chez vous, pour votre gentillesse, votre générosité et votre soutien.

A **Estelle**, merci de m'avoir choisie comme marraine, tu as une place toute particulière dans mon cœur.

A mes anciens maîtres de stage qui ont accompagné mes premiers pas de médecins : **Jean-Luc Souyri** et les visites musicales, **Christophe Cazard** merci de ton investissement dans ce travail de recherche, Marie Biboulet, Caroline Halbwachs, **professeur Viatgé** capable de faire des diagnostics d'exception. **Brigitte** j'ai eu l'honneur d'évoluer à tes côtés et d'admirer tes qualités humaines et professionnelles, merci. **Anne**, j'ai fini mon internat en beauté à tes cotés, merci pour ton soutien et ton humanité.

A la fine équipe du CHIVA : **Louloute** ma sportive favorite, **Mathieu C** un mec en or multitâche, **Louise** ma râleuse préférée et son **François** d'amour, **Babou** l'intellectuel aux 4 grades, **Clément** et son écoute attentive, **Oriane** un sacré petit bout de femme **et Jeremy, Jean** l'intrépide, **Florence Tomi et « mini-vous »**, **Anne-Line et Thomas, Mathieu M** pour son humour **et Julie**.

A de chouettes médecins : **Lydia Laurence** sans oublier ma **Sophie**.

Aux personnes formidables que j'ai rencontrées à la cité universitaire Ponsan Bellevue : **Najib** et tes visites quasi quotidiennes en salle d'étude, **Moh** mon grand frère guinéen qui se bat pour un monde meilleur, **Ayoub** mon référent bucco-dentaire, **Souf, Hassan, Mme Malpeld** et son écoute bienveillante. A vous tous qui avaient supporté mon pantalon vert et mes claquettes avec les chaussettes bien entendu !

À mes co-internes : **Gaëlle D** (Neuilly sa mère !) qui m'a tenue la main lors de ma première prescription de paracétamol, à monsieur le **Professeur Vinhou**, à son soutien lors de ma première PL et à sa profonde gentillesse, **Pauline R** et nos tchilili aux urgences de Cahors escortées par un camion de pompier.

À toute l'équipe du SMIT, à toute l'équipe de Cahors, au Fossat, « the place to be » en Ariège : **Myriam, Juliette** le duo de choc, **Aline**

A ceux qui ne sont pas présents physiquement mais qui ont toujours une place dans mon cœur : **Mamie, Momo** et le **Petit Papy**, pour tous ces bons moments partagés ensemble.

A tous ceux qui ont répondu présents lors de périodes un peu moins roses : **Jacques, Vatty, Claudine et Alain, Pam et Eric, Josy et Jean Pierre et tous les autres...**

A **Jansen**, merci pour ton soutien et ton amour. Ta spontanéité, ta générosité colorent ma vie. Je suis fière de partager ta vie et fière de ton parcours. J'espère danser longtemps encore dans tes bras. Eu te amo muito. Tão !

Bref, j'ai une chance énorme que vous fassiez partie de ma vie. MERCI !!!

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>METHODE</b> .....	<b>8</b>
I. ROLES DES CHERCHEURS.....	8
II. METHODE CHOISIE .....	8
A. <i>La méthode qualitative</i> .....	8
B. <i>Les focus groups</i> .....	8
C. <i>Réalisation des entretiens</i> .....	9
III. ECHANTILLONNAGE.....	9
IV. ETHIQUE.....	10
V. RECUEIL DES DONNEES.....	11
A. <i>Conditions de recueil</i> .....	11
B. <i>Connaissance du sujet des médecins interrogés</i> .....	11
C. <i>Élaboration et évolution du guide d'entretien</i> .....	11
D. <i>Retranscription</i> .....	12
VI. ANALYSE .....	12
A. <i>Type d'analyse</i> .....	12
B. <i>Triangulation des chercheurs</i> .....	13
C. <i>Résolution des problèmes</i> .....	13
<b>RESULTATS</b> .....	<b>14</b>
I. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLONNAGE .....	14
II. NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES.....	14
A. <i>Les focus groups</i> .....	14
B. <i>Les entretiens individuels semi-dirigés</i> .....	15
III. RAISONS DE L'ARRET DU RECUEIL DES DONNEES .....	15
IV. APPROCHE DU TERME DERNIER RECOURS.....	16
A. <i>Dernier recours médical et non médical</i> .....	16
B. <i>Relation avec le premier recours</i> .....	16
V. ATTITUDES DES MEDECINS .....	17
A. <i>Comparaison au premier recours</i> .....	17

B.	<i>Incompréhension du concept de dernier recours.....</i>	17
C.	<i>Refus du dernier recours.....</i>	18
D.	<i>Idéalisation du dernier recours.....</i>	19
E.	<i>Résignation.....</i>	19
F.	<i>Acceptation et investissement.....</i>	19
VI.	SITUATIONS DE DERNIER RECOURS EVOQUEES LORS DES ENTRETIENS.....	20
A.	<i>Les soins palliatifs.....</i>	20
B.	<i>Les situations médicales.....</i>	20
C.	<i>Situations complexes.....</i>	25
D.	<i>Situations non médicales.....</i>	26
E.	<i>Le médecin généraliste est en dernier recours pour certaines personnes quelle que soit la situation.....</i>	27
VII.	CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS DE DERNIER RECOURS.....	29
A.	<i>Ce sont des situations où le médecin généraliste intervient après les autres professionnels de santé.....</i>	30
B.	<i>Ce sont des situations où le médecin généraliste est présent malgré tout.....</i>	30
C.	<i>Trois points communs à toutes les situations.....</i>	30
D.	<i>Temporalité des situations de dernier recours.....</i>	31
VIII.	POURQUOI LE MEDECIN GENERALISTE EST EN DERNIER RECOURS ?.....	32
A.	<i>La modification des repères.....</i>	32
B.	<i>Les facteurs liés à l'organisation.....</i>	32
C.	<i>Sa place particulière.....</i>	33
D.	<i>Ses fonctions particulières.....</i>	33
E.	<i>Sa qualité de personne.....</i>	35
F.	<i>Sa relation à l'humain.....</i>	35
G.	<i>Son humanité.....</i>	36
H.	<i>Par choix.....</i>	36
IX.	VECU DU DERNIER RECOURS.....	38
A.	<i>Vécu positif.....</i>	38
B.	<i>Vécu ambigu.....</i>	38
C.	<i>Vécu négatif.....</i>	39
D.	<i>Les causes du vécu négatif identifiées par les médecins.....</i>	39
E.	<i>La nécessité de soulager le dernier recours.....</i>	41

F. <i>L'enjeu du médecin généraliste</i> .....	41
X. QUELLES SONT LES RESSOURCES DU MEDECIN GENERALISTE EN DERNIER RECOURS ?.....	42
A. <i>Les modes d'action du médecin généraliste en situation de dernier recours</i> .....	42
B. <i>Les moyens mis en œuvre par le médecin généraliste pour soulager son vécu de dernier recours</i> .....	44
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>47</b>
I. CRITIQUE DE LA METHODE.....	47
A. <i>Les points forts</i> .....	47
B. <i>Les limites et les biais</i> .....	47
II. DISCUSSION DES RESULTATS .....	48
A. <i>Critique du choix du terme « dernier recours »</i> .....	48
B. <i>Définition du dernier recours</i> .....	50
C. <i>Le vécu</i> .....	54
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>62</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>66</b>
ANNEXE 1 : MAIL D'INFORMATION ENVOYE A TOUS LES PARTICIPANTS .....	67
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION LIBRE A NOTRE ETUDE .....	68
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL.....	69
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL .....	71
ANNEXE 5 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSES .....	74
ANNEXE 6 : CONTEXTES D'ENONCIATION.....	75
ANNEXE 7 : DETAILS DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS DE NOTRE ECHANTILLONNAGE .....	81

# LISTE DES ABREVIATIONS

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

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

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

# INTRODUCTION

En France, nous utilisons les termes de « soins primaires » et « premier recours » pour parler de la médecine générale et ces deux expressions semblent utilisées comme si elles étaient synonymes.

Pourtant la notion de soins primaires est une adaptation du terme anglo-saxon « primary care » apparu dans les années soixante et a été définie pour la première fois lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, alors que le premier recours n'a été défini que récemment dans le code de santé publique par la loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) en 2009.

La loi HPST de 2009 définit la médecine de premier recours comme « l'ensemble des professionnels susceptibles de répondre aux besoins de proximité de nos concitoyens. Elle n'est pas restreinte aux seuls médecins généralistes et doit inclure des spécialistes et les paramédicaux. Par son rôle spécifique dans la prise en charge et l'orientation des patients dans le système de soins, le médecin généraliste de premier recours devient l'acteur pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires.»(1)

Ainsi, le médecin de premier recours est celui qui est accessible, qui assure la continuité et la permanence des soins en lien avec les autres acteurs. Le médecin généraliste n'est pas le seul praticien de premier recours puisque ce terme englobe d'autres professionnels (infirmière, chirurgien-dentiste, pédiatre, kinésithérapeute, etc). Le premier recours évoque aussi la notion de régulateur du système de soins, permettant ainsi aux patients d'accéder aux autres spécialités et à l'hôpital. Ces fonctions correspondent au terme anglo-saxon de « gate-keeper ».(2)

Le terme « premier recours » semble donc limité dans sa définition et ne représenter qu'une partie des soins primaires.

Précédemment en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a tenté d'organiser un schéma général de soins en définissant les soins primaires de santé. Ce sont les « soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus ».(3) Ils font partie intégrante du système de santé d'un pays et ils ont vocation à maîtriser les principaux problèmes de santé à un coût abordable pour la communauté. Cette

organisation repose sur l'idée d'un système concentrique de soins allant du plus simple au plus complexe.(4)

En 2002, la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA)<sup>1</sup> définit la médecine générale comme étant habituellement le premier contact avec le système de soins, l'interface avec les autres ressources du système de santé et l'apport d'une réponse à une grande majorité des besoins individuels. Elle insiste sur l'approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires et met en avant la relation médecin-patient construite au fil du temps, ce qui est une nouveauté. (5)

Dès 1991, Maruani définissait le médecin généraliste comme « quelqu'un à qui on peut parler de son corps et de sa vie et dont on attend qu'il fournisse des réponses chaque fois qu'on s'écarte de son état antérieur. Le personnage propre du médecin généraliste se dissout dans un de ses avatars spécialisés chaque fois qu'il effectue un acte morcelant le patient en objet d'étude et d'intervention pratiques ; il se reconstitue dans la diachronie à travers un discours ouvert, décloisonné et prosaïque. »(6)

On constate que, depuis cinquante ans, la définition de la médecine générale n'a cessé d'évoluer. Initialement, elle dépendait de l'organisation des politiques de santé, et au fil du temps, a émergé la reconnaissance d'un véritable champ d'activités propres.(4) Nous sommes passés de la définition d'un système de soins à la reconnaissance d'une relation humaine entre un médecin et son patient.

Pourtant, la médecine générale est toujours en quête d'une identité propre reconnaissant ses compétences, comme si son champ d'action était insaisissable. Peut-être est-ce parce qu'il faut recentrer les définitions sur ce qui est au cœur du système de soins : la rencontre entre un malade et un médecin. La tâche est difficile car les sciences humaines sont plus complexes à décrire qu'un système de soins.

Selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG), le médecin généraliste est capable de donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations.(2)

---

<sup>1</sup> Société internationale de médecine générale



Pour les 10 % de patients auxquels il n'apporte pas de solution directement, le médecin généraliste va faire appel au 2<sup>e</sup> recours (la médecine spécialisée) voire au 3<sup>e</sup> recours (l'hôpital)(7). L'exercice de la médecine est complexe et malgré ces recours, le patient reviendra parfois vers son médecin généraliste sans solution. Dans cette position le médecin est à nouveau sollicité pour répondre aux problèmes du patient, mais est-il toujours du premier recours ? N'est-il pas finalement un autre recours (différent d'un premier recours) pour ces patients, voire un dernier recours ?

Ainsi dans un article traitant de la lombalgie chronique, ce terme de dernier recours a été employé pour décrire la situation : « lorsque le patient lombalgique a épuisé les autres options thérapeutiques, le médecin généraliste redevient souvent son seul interlocuteur ».(8)

Ce terme de « dernier recours » est novateur et nous interpelle. Nous avons commencé à en parler aux médecins que nous avons rencontrés au fil de notre formation et nous avons obtenu des réponses très diverses... Nous avons continué de nous interroger sur cette notion, nous avons cherché d'autres références bibliographiques l'employant, mais en vain. Nous avons alors eu envie de formaliser cette ébauche de réactions et de savoir si ce terme correspondrait à une réalité de l'exercice des médecins généralistes.

L'objectif de notre étude est de définir le concept de dernier recours en médecine générale et le vécu qu'en ont les médecins généralistes.

# METHODE

## I. ROLES DES CHERCHEURS

Après une formation aux modalités d'un travail qualitatif, nous avons animé nous-mêmes les focus groups<sup>2</sup> ainsi que les entretiens individuels.

Le choix de notre question de thèse n'est pas neutre, nous l'avons choisie car nous sommes toutes les deux animées de passion pour la médecine générale et l'étendue des champs de compétence qu'elle englobe.

Nous pensons que le terme de médecin de premier recours a ses limites et ne représente pas toutes les dimensions de notre travail quotidien. Nous avons ainsi décidé d'explorer le concept de dernier recours.

## II. METHODE CHOISIE

### A. La méthode qualitative

La méthode qualitative permet d'étudier des questions exploratoires ou compréhensives. Elle est particulièrement adaptée en médecine générale. Elle permet d'explorer les expériences, les ressentis et les comportements humains.(9)

C'est la méthode la plus adaptée à notre question de recherche.

### B. Les focus groups

Nous avons choisi de réaliser des focus groups c'est-à-dire une réunion de 6 à 12 personnes autour d'un même sujet, modérée par un animateur, avec un observateur en retrait pour analyser le comportement non-verbal des participants. L'objectif est de susciter une dynamique de groupe amenant les différents intervenants à s'engager et à expliquer leurs choix pour générer des informations.(9)

Les focus groups ont l'avantage de produire une grande quantité d'informations à plusieurs niveaux, et non un consensus. Ils aboutissent à une connaissance de la

---

<sup>2</sup> Focus groups est le terme anglais pour désigner les entretiens collectifs

diversité des positions et ainsi se trouvent au plus proche des débats sur les questions abordées.(10)

### C. Réalisation des entretiens

Nous avons débuté notre étude par un focus group exploratoire sans a priori afin de recueillir un éventail de réponses aussi large que possible.

Les deux focus groups suivants ont été semi structurés pour nous permettre de tester les idées énoncées par le premier focus group.

Nous avons complété notre recueil par deux entretiens individuels semi structurés afin de rechercher si ce mode de recueil amenait des éléments différents des focus groups à la fois au niveau des idées, mais également dans leur formulation. Les médecins étant seuls, ils ne sont pas parasités par les interventions d'un tiers et peuvent approfondir leur réflexion.(11)

## III. ECHANTILLONNAGE

Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes exerçant en libéral et pouvant avoir un exercice salarié complémentaire. Nous avons recherché à obtenir un échantillonnage raisonné de grande diversité en terme d'âge, de sexe et de mode d'exercice (seul ou en groupe, rural, semi-rural, urbain, maître de stage ou non) afin d'explorer le plus largement possible les différentes opinions.

Pour constituer les focus groups, nous nous sommes appuyées sur des anciens maîtres de stage de chacune d'entre nous, dispersés géographiquement, et nous les avons contactés par téléphone ou de visu. Ils ont chacun joué le rôle de médecin relais.

Nous leur avons donné des instructions précises sur le profil des participants à recruter et leur nombre, car la composition de chaque groupe doit rechercher une certaine homogénéité mais la logique de l'échantillonnage de l'ensemble doit tendre vers la diversité.(11) Nous leur avons adressé un mail récapitulant les caractéristiques recherchées. Ils ont alors recruté d'autres médecins généralistes via leurs réseaux professionnels et personnels. Cette méthode d'échantillonnage correspond à la

technique boule-de-neige.(12) Ils nous ont également proposé le lieu de réunion et la date qui convenait au plus grand nombre.

Tous les participants ont reçu un mail (cf. Annexe 1) les informant des objectifs de l'étude, de la méthode des focus groups, des modalités pratiques de la réunion et des grandes règles du focus group, à savoir la libre expression et la confidentialité des propos (cf. §II.B)

Quelques jours avant l'entretien, nous avons contacté à nouveau le médecin relais en lui demandant de faire un rappel aux participants par SMS, téléphone ou mail.

Après réalisation des trois focus groups, nous avons constaté que notre échantillonnage n'avait qu'une faible proportion de médecins à exercice urbain. Nous avons donc décidé de réaliser deux entretiens individuels de médecin exerçant à Toulouse afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de divergence d'opinion entre la ville et la campagne.

Nous avons contacté quatre cabinets de médecins généralistes par téléphone et par mail. Il s'agit de cabinets où nous avons remplacé l'une ou l'autre et d'un cabinet de notre quartier.

Un médecin généraliste que nous avons remplacé et un médecin du quartier ont répondu favorablement.

Les refus de participation étaient essentiellement justifiés par un manque de disponibilité.

#### **IV. ETHIQUE**

Nous avons soumis notre projet de thèse à la commission d'éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées qui a émis un avis favorable à notre recherche

Afin de garantir la libre expression lors des focus groups et des entretiens individuels, les règles d'anonymisation des propos étaient rappelées aux participants avant de commencer la réunion. Nous leur avons également fait signer un formulaire de consentement de libre participation à notre étude (cf. Annexe 2).

Nous avons choisi arbitrairement des lettres pour identifier la personne qui s'exprime lors de nos retranscriptions. Les lieux cités ont également été rendus anonymes en choisissant une lettre au hasard.

Délibérément, nous avons décidé de ne pas citer la lettre attribuée au médecin lorsqu'il se confiait sur un sujet polémique en médecine afin d'avoir un anonymat complet. En effet malgré toutes les précautions prises, il subsiste un risque minime qu'une personne soit reconnue par ses propos ou les données brutes du talon sociologique.

## **V. RECUEIL DES DONNEES**

### **A. Conditions de recueil**

Tous les entretiens ont été enregistrés numériquement par dictaphone, après recueil de l'accord des participants. La configuration de l'espace de réunion favorisait les échanges, les participants étaient disposés en cercle autour d'une table.

Claudie Tissot a animé les trois focus groups et Myriam Flageollet a observé et pris note des comportements non verbaux.

A noter que, lors du premier focus group, une interne dont le maître de stage participait au focus group était assise en retrait à coté de Myriam Flageollet et observait l'entretien. Puis nous avons, chacune d'entre nous, animé un entretien individuel.

### **B. Connaissance du sujet des médecins interrogés**

Lors du recrutement, nous n'avons aucunement informé les médecins de notre question de recherche afin de recueillir leurs réactions spontanées et leurs expériences personnelles. Dans le mail qui leur était transmis, nous leur précisions que le sujet portait sur l'exercice de la médecine générale, qu'aucune connaissance particulière n'était nécessaire et que nous souhaitions connaître leurs expériences. (cf. Annexe 1) Le jour des réunions, nous les avons informés du sujet quelques minutes avant le début de l'enregistrement, lorsque tout le monde était installé et que les règles du focus group avaient été énoncées.

Les médecins présents aux entretiens avaient connaissance que nous étions des médecins généralistes

### **C. Élaboration et évolution du guide d'entretien**

Malgré une recherche bibliographique importante, nous n'avons mis en évidence le terme « dernier recours » en contexte de médecine générale qu'une seule fois.

En se basant sur les définitions de la médecine générale et du premier recours, nous avons essayé de conceptualiser le dernier recours mais nous avons l'impression de le limiter à nos propres représentations. En s'appuyant sur les études de sociologie, nous avons décidé de réaliser un focus group exploratoire afin de recueillir le plus de données possible sans a priori.

Le guide d'entretien initial (cf. Annexe 3) comprenait une seule question, une phrase pour enchaîner sur un autre sujet lorsque les participants aborderaient les soins palliatifs car nous souhaitons explorer d'autres domaines et une relance à partir de l'exemple de la littérature.

Ce guide d'entretien a été testé sur quelques médecins, afin de s'assurer de la compréhension de la question principale, et a été validé par la référente de la recherche qualitative du département de médecine générale de Toulouse. Après analyse complète du focus group exploratoire, nous avons élaboré un second guide d'entretien enrichi des réflexions du premier groupe. Par la suite, le guide d'entretien a évolué encore deux fois, chaque entretien venant enrichir le guide pour l'entretien suivant. (cf. Annexe 4) Ceci a été possible car nous réalisons l'analyse complète des données après chaque focus group.

A chaque fois, nous avons eu la validation de notre directrice de thèse et de la référente de la recherche qualitative du département de médecine générale.

Entre les deux entretiens individuels, il n'y a pas eu de modification du guide.

## D. Retranscription

Nous avons nous-mêmes fidèlement retranscrits les entretiens dans leur intégralité.

Lors de la relecture commune, nous avons ajouté le comportement non verbal entre parenthèses et les intonations, indispensables à l'analyse, par un code défini entre nous.

# VI. ANALYSE

## A. Type d'analyse

Nous avons conceptualisé la notion de dernier recours à partir d'une analyse thématique.

La première étape consistait à séquencer le verbatim en unité de sens. Chaque unité de sens a été codée, puis chaque code a été réorganisé en une liste de catégories faisant émerger les sous-thèmes puis les thèmes principaux.(9)

Nous avons organisé les thèmes et sous thèmes dans un tableur Excel® (cf. Annexe 5)

### B. Triangulation des chercheurs

Nous avons chacune, de façon indépendante, effectué le découpage de l'intégralité du verbatim ainsi que le codage puis nous avons secondairement confronté nos résultats afin de diminuer la subjectivité du chercheur. Notre directrice de thèse assurait une troisième relecture.

Nous avons réalisé une analyse du contexte d'énonciation (cf. Annexe 6) de chaque entretien collectif ou individuel de manière à pouvoir se replacer, lors de l'analyse des verbatim, dans le contexte où ils ont été prononcés.

### C. Résolution des problèmes

En cas de désaccord, nous avons réécouté les bandes-son ensemble pour replacer le verbatim dans son contexte. Si le désaccord persistait, nous en référions à notre directrice de thèse.

# RESULTATS

## I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLONNAGE

Nous avons interrogé 26 médecins généralistes exerçant au moins partiellement en milieu libéral et 2 internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). L'échantillon est composé de 11 femmes et 17 hommes âgés de 26 à 62 ans. (cf. Annexe 7, Fig. 1)

Trois d'entre eux estiment travailler en milieu urbain, 9 en milieu semi-rural et 15 en milieu rural, un seul médecin n'a pas répondu sans que nous en connaissions la cause.

Deux médecins travaillent seuls, 23 exercent en cabinet de groupe et 3 en maison de santé pluridisciplinaire. (cf. Annexe 7, Fig. 2)

Ce sont principalement des médecins installés (25 sur 26) depuis quelques mois jusqu'à 34 ans ; un médecin est en collaboration depuis quelques mois. (cf. Annexe 7, Fig. 3)

Dix-sept médecins déclarent avoir une orientation professionnelle, dont les 2 internes, alors que les 11 autres n'en déclarent aucune.

Ils sont 15 à avoir un diplôme universitaire (DU) ou une capacité reconnue par l'Ordre des médecins. (cf. Annexe 7, Fig. 4)

Dix des médecins interrogés ont une activité complémentaire salariée (régulateur, médecin de crèche, coordonnateur en hospitalisation à domicile (HAD), réseau de soins palliatif, addictologie, faculté).

Seize médecins sur les 26 interrogés sont maîtres de stage ambulatoire.

## II. NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES

Nous avons réalisé trois focus groups et deux entretiens individuels de janvier à août 2014.

### A. Les focus groups

Les trois focus groups se sont déroulés en Midi-Pyrénées, dans des zones semi-urbaines. A chaque fois, l'une d'entre nous a animé la discussion de groupe pendant que l'autre observait le comportement non verbal des participants pour l'intégrer à la retranscription du verbatim.



A l'issue de chaque focus group, un débriefing entre l'animatrice et l'observatrice a été réalisé en vue d'établir une synthèse des idées énoncées et de comparer les impressions de chacune. Le contexte d'énonciation résume ces réflexions.

Le premier focus group s'est déroulé à 100 km de Toulouse, en Haute-Garonne, il a réuni neuf médecins généralistes de trois bassins de santé différents et deux internes en SASPAS, venues avec leurs maîtres de stage. Il était composé de huit femmes et trois hommes.

Ce focus group était exploratoire.

Le deuxième focus group a eu lieu en Haute-Garonne également, à 20 km de Toulouse. Il était composé de onze médecins généralistes, deux femmes et neuf hommes, appartenant à deux bassins de santé différents.

Le troisième s'est déroulé en Aveyron à 180 km de Toulouse, six médecins généralistes de trois bassins de santé différents ont participé, trois femmes et trois hommes.

## **B. Les entretiens individuels semi-dirigés**

Les deux entretiens se sont déroulés à Toulouse, dans deux quartiers différents, et les interviewés étaient deux hommes. Nous en avons chacune réalisé un.

## **III. RAISONS DE L'ARRET DU RECUEIL DES DONNEES**

Au terme des trois focus groups, nous avons obtenu la saturation des données. C'est à dire qu'en ce qui concernait notre question de recherche, le dernier focus group n'a pas amené de notion nouvelle malgré la diversité de profil des médecins participants.

Toutefois, nous avons peu de médecins urbains dans notre échantillonnage, aussi nous avons décidé de réaliser deux entretiens supplémentaires en ville, afin de vérifier qu'il n'y avait pas de nouvelles idées dans cette population. Après analyse, ces deux entretiens n'ont pas apporté d'idée nouvelle et nous ont confirmé que nous avons atteint la saturation des données.

## IV. APPROCHE DU TERME DERNIER RECOURS

### A. Dernier recours médical et non médical

Lorsque les médecins généralistes évoquent le dernier recours d'un point de vue médical, il s'agit aussi bien :

- du médecin en tant que personne "dernier recours parce que des gens ont besoin de voir quelqu'un, un médecin à la fin" (FG1, J)<sup>3</sup>
- que d'un soin ou d'un traitement "ça peut être un soin, un médicament" (FG2, R)

Lorsqu'il évoque le dernier recours non médical, il s'agit :

- du domaine social "ça m'évoque plus des situations d'ordre social..." (FG3, V)
- du domaine administratif "Moi je voyais dernier recours dans, ... dans tout ce qui est administratif" (FG1, J)
- du domaine juridique "dernier recours si c'est plutôt juridique" (FG1, J)
- du domaine spirituel "ça peut être sur le plan aussi religieux, spirituel" (FG2, R)

### B. Relation avec le premier recours

#### 1. Le dernier recours s'oppose au premier recours

"Moi je dirais donc bon on nous appelle beaucoup médecin de premier recours et donc l'opposition le dernier recours" (FG1, I)

#### 2. Le dernier recours rejoint le premier recours

Le médecin généraliste est là au début et à la fin, c'est sa fonction, il est un recours permanent pour le patient "on est le recours permanent, premier, dernier, milieu..." (FG2, Q). Le parcours de soin peut-être vu comme une boucle où ainsi le médecin généraliste est tantôt le premier, tantôt le dernier "si je fais une boucle (geste), le premier devient le dernier et le dernier devient le premier" (FG2, R).

#### 3. Place du premier et du dernier recours dans leur rôle de généraliste

Certains médecins généralistes se considèrent peu comme médecin de premier recours mais pour autant se demandent s'ils sont du dernier recours.

---

<sup>3</sup> FG1 : Focus Group 1, J : lettre désignant le médecin s'exprimant dans le focus group

D'autres se considèrent moins comme un premier recours et plus comme un dernier recours.

Certains ne pensent être ni du premier recours ni du dernier recours : "ni le premier ni forcément le dernier recours" (FG2, P)

## **V. ATTITUDES DES MEDECINS**

Au cours des entretiens, nous avons mis en évidence différentes attitudes des médecins face au concept de dernier recours.

### **A. Comparaison au premier recours**

#### **1. Amusés par l'opposition qu'ils trouvent provocante**

Certains médecins trouvent que parler du dernier recours, alors que le médecin généraliste est qualifié de professionnel du premier recours, est amusant voire provoquant.

"là on est en train de justifier qu'on n'est plus le 1er recours mais qu'on est le dernier recours (amusé, rire du groupe) (...) c'est un peu provocateur" (FG3, V).

#### **2. Moins prestigieux**

D'autres médecins trouvent que le dernier recours englobe une partie de la médecine moins glorieuse et moins prestigieuse que le premier recours et que ce n'est pas engageant.

"ce dernier recours qui est moins..., moins glorieux, moins prestigieux" (FG2, M)

### **B. Incompréhension du concept de dernier recours**

Des médecins pensent que l'adjectif dernier n'a pas sa place dans la définition de la médecine générale et même que le dernier recours ne fait pas partie de l'exercice de la médecine générale car le médecin généraliste est présent à tous les moments de la maladie, de la vie, et est de tout recours.

"on est de tout recours, même si c'est le dernier, même si c'est au moment où on va ... ça va être le dernier souffle, mais tant qu'on est là ! on est là" (FG2, N)

Pour eux, le dernier recours est une mauvaise expression dans le domaine de la santé car selon eux, il existe une chaîne humaine et des structures médicales qui évitent d'être confronté à un ultime recours.

“Je crois que la, que notre structure médicale de soins actuellement fait que (...) J’ai quand même l’impression que d’un point de vue humain il y a quand même une chaîne” (FG2, P).

Ils envisagent le dernier recours comme une finalité, un ultime recours où le médecin généraliste serait alors le dernier à être confronté au problème.

“c’est-à-dire que dernier c’est peut être celui qui arrive euh c’est peut être une unité temporelle le dernier” (FG2, P)

### C. Refus du dernier recours

Certains médecins généralistes refusent d’être le dernier recours même dans des situations particulières telles que les soins palliatifs ou la médecine humanitaire.

“moi-même en soins palliatifs je ne parle jamais de, de, enfin de dernier recours” (FG2, N)

“Je fais de la médecine humanitaire ET de la médecine de catastrophe, (...) jamais on est du dernier recours !” (FG2, S).

Les médecins pensent qu’ils ne peuvent pas être le dernier recours car :

- le médecin généraliste s’inscrit dans la continuité des soins

“il n’y a pas de fin et que donc on va s’inscrire dans la continuité “ (FG2, S)

- les connaissances en médecine sont en perpétuelle évolution

“réellement est-ce que même la médecine sait tout ce qui tout, ce qu’on sait, enfin tout ce qu’on doit savoir” (FG2, N)

- et le médecin généraliste peut réfléchir pour trouver une solution, faire évoluer le patient et l’amener à voir d’autres interlocuteurs.

“quand je ne sais pas quoi faire, je réfléchis ENCORE ! Savoir s’il y a encore quelque chose à faire” (FG2, N)

Ces médecins mettent également en avant, le fait que le patient a parfois ses propres ressources qu’il peut mobiliser (notamment les médecines parallèles), qu’il est également le chef d’orchestre final et a le choix d’aller voir ailleurs.

“Il peut avoir lui même une initiative d’aller chercher un soin...” (FG2, P)

## D. Idéalisatation du dernier recours

Quelques médecins rêvent que le dernier recours n'existe pas.

“j'imagine toujours, je rêve (rit) qu'il n'existe (...) il n'y a pas de dernier recours” (FG2, N)

Ils décrivent un dernier recours avec des caractéristiques idéales. Il doit être gratifiant pour le médecin généraliste et important pour le patient.

En dernier recours, le médecin généraliste doit être perçu par le patient comme une personne de confiance sur qui il peut compter.

“qu'il se dise finalement, finalement c'est quelqu'un euh de confiance vers qui je peux me tourner et euh qui peut, qui peut m'aider” (FG2, M).

## E. Résignation

D'autres médecins nous ont dit ne pas avoir envie d'être le dernier recours mais reconnaissent l'être parfois.

“On n'a pas envie de l'être, on l'est de fait, dans certaines situations” (FG3, X)

## F. Acceptation et investissement

Les médecins reconnaissent finalement être sollicités dans des situations de dernier recours même si initialement, ils ne l'avaient pas envisagé.

“c'est vrai que j'ai l'impression des fois de l'être quand même, toutes ces situations.” (FG3, Z).

Pour eux, il faut assumer le dernier recours et s'investir afin d'être à la hauteur de ce rôle.

“il faut un minimum d'engagement” (FG3, X), “il faut quand même être investi” (E1)<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> E1 : Médecin interrogé lors de l'entretien individuel n°1

## **VI. SITUATIONS DE DERNIER RECOURS EVOQUEES LORS DES ENTRETIENS**

### **A. Les soins palliatifs**

Les trois focus groups ont évoqué les soins palliatifs comme situation de dernier recours. Comme ce n'est pas le sujet de notre thèse, nous les avons laissé s'exprimer sur cette idée consensus avant de leur demander de réfléchir à d'autres situations.

Finalement, ils ont trouvé d'autres situations de dernier recours et certains ont même conclu que le soin palliatif n'était pas du dernier recours car il était cadré.

"le dernier recours ce n'est pas tellement le soin palliatif; parce que le soin palliatif il est très, très cadré (...) très cadré, à l'hôpital c'est euh, il y a déjà les associations enfin je veux dire les etc, tous les professionnels autour" (FG3, W).

### **B. Les situations médicales**

Certaines situations médicales ont été identifiées par les médecins interrogés comme des situations de dernier recours.

#### **1. En psychiatrie**

Les médecins généralistes ont l'impression d'être le dernier contact du patient souffrant de maladie psychiatrique.

Quand ils sont dans l'impasse avec ces patients, les médecins généralistes adressent chez le psychiatre, mais les patients reviennent toujours voir le médecin généraliste.

"je n'arrivais pas à avancer (...) on a beau envoyer chez le psychiatre, chez son psychiatre, chez un autre psychiatre, il revenait toujours vers moi" (FG2, L).

Cette situation est difficile et très lourde à gérer "c'était très lourd à gérer" (FG2, L)

#### **a. La crise suicidaire et la détresse psychologique**

Le médecin généraliste est en dernier recours pour les patients en crise suicidaire qui refusent d'être hospitalisés ou de voir le psychiatre.

"on ne peut pas les envoyer à l'hôpital, euh on ne peut pas, très difficilement avoir un psychiatre... ou enfin qu'ils aillent voir le psychiatrie" (FG3, Z).

Gérer les crises suicidaires dans l'attente du rendez-vous avec le psychiatre est dur.

"c'est quand même dur aussi !" (FG3, W)

Il est également en dernier recours pour les patients en détresse psychologique notamment au téléphone.

“en plus c’est la détresse psychologique au téléphone alors là c’est... (...) mais c’est vraiment l’enfer !” (FG3, W)

#### b. La dépression

Les pathologies comme la dépression sont très chronophages pour le médecin généraliste qui les suit du début à la fin.

”Des trucs qui nous bouffent la vie et c’est ... bon... les dépressifs (...) très chronophages et qu’on voit au début et qu’on voit aussi à la fin” (FG1, A)

#### c. La psychothérapie

Le médecin généraliste a l'impression d'être le dernier recours en psychothérapie quand les gens en ont besoin et qu'ils ne veulent pas aller voir le psychologue.

“Il y a plein de gens tu aimerais vraiment qu'ils fassent une vraie psychothérapie avec un mec qui a un diplôme de psychothérapeute (rit), mais il ne veut pas y aller !”(FG3, X).  
Même s'il craint de ne pas savoir faire, le médecin généraliste ne peut pas refuser d'écouter le patient qui se met à nu.

“tu ne peux pas ne pas écouter (...) envoyer bouler quelqu'un qui comme ça met ses tripes sur la table, c'est un peu compliqué quoi (FG3, X)

## 2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Le médecin généraliste est le dernier recours pour annoncer la mauvaise nouvelle au patient et à l'entourage.

“c'est plutôt l'annonce à l'entourage... mais c'est souvent l'entourage qui est négligé.”(FG1, A)

Même si l'hôpital ne néglige pas l'annonce, le patient et sa famille sont souvent dans un état de sidération tel que le médecin généraliste est en dernier recours pour annoncer et expliquer le diagnostic. Ils pensent que les spécialistes l'annoncent très rarement.

“c'est extrêmement RARE qu'ils annoncent à quelqu'un qu'il a un cancer ou qu'il a une maladie d'Alzheimer” (FG1, B)

L'annonce leur revient car ils sont plus proches et connaissent mieux le patient.

“parce qu'on est plus proche, on est sensé mieux le connaître...” (FG1, G).

Cependant les médecins généralistes ne s'estiment pas bien préparés pour assumer ce rôle.

### 3. Avoir l'avis de leur médecin généraliste

Les patients consultent leur médecin généraliste pour :

- valider l'avis du spécialiste

“Et c'est le médecin généraliste qui dit oui le spécialiste a donné le bon avis” (FG1, C)

- avoir un conseil quand les avis des spécialistes divergent

“il a été voir X, Y et donc au total il revient vers vous, « je tousse toujours docteur !» (Rires collectifs) « Qu'est ce je fais ? » Voilà donc bon le rôle de synthèse de, de, de conseil” (FG1, I)

- pour synthétiser et expliquer les expertises des spécialistes qu'ils ne comprennent pas

“c'est le médecin généraliste qui essaie de réunir tout ça et de faire comprendre au patient ce qui se passe parce que en principe ils ne comprennent pas (FG1, J)

- pour avoir l'avis de leur médecin généraliste et le suivre, quand ils n'adhèrent pas à l'avis des spécialistes

“des prises en charges où ils n'adhèrent pas tellement où on leur donne une prescription où euh on continue les soins, et en fait ils n'ont pas envie en fait.” (FG3, W), “Alors oui il nous demande notre avis, et en général, il suit notre avis” (E1)

C'est une situation qui est compliquée pour le médecin généraliste car il n'est pas expert dans tous les domaines et il est parfois dans l'impasse car il ne souhaite pas contredire le spécialiste.

“ils nous demandent beaucoup de choses, mais nous quand même on n'est pas à la pointe de la..... c'est compliqué” (FG3, W),

Le médecin généraliste essaie alors d'être objectif en tenant compte de ce qu'il sait de l'histoire du patient et il se fie parfois à son instinct.

“soucis d'être le plus objectif possible ; de part ce que je sais médicalement parlant de la problématique de santé, de part le, la personnalité du patient, ce que je sais donc du patient et ce que je ressens moi” (E1)

### 4. Être guidé dans la prise en charge

Après l'avis des spécialistes, le médecin généraliste est en dernier recours pour la prise en charge du patient. Il va décider de l'action de soin.

“qu'est ce qui nous revient et qu'est ce qu'on va en faire,(...) comment on va le soigner à partir de là.” (FG1, I)

Le médecin est à l'initiative pour trouver une solution au patient.



“le médecin généraliste est là pour lancer le patient dans la prise en charge” (E1)

**Il guide son patient dans la prise en charge.**

“après les spécialistes, les patients viennent voir leur médecin généraliste et veulent être guidés par lui”(E1)

**C'est difficile pour le médecin généraliste qui doit se débrouiller des examens faits et orienter la suite de la prise en charge.**

“Nous on se retrouve avec les examens et alors en fait, il faut qu'on se dépatouille avec tout ça. C'est plus difficile à faire que de faire un examen cardio bien cadré (...)” (FG3, W)

## **5. Assurer le service après vente et l'intérim**

“Le médecin il est juste là pour assurer l'intérim et le service après vente” (E2)

**Il gère les traitements mis en place par les autres spécialistes**

“moi je vois les consultations cardiologiques où ils sont allés 2-3 fois pour changer les traitements, qui ont encore d'autres effets secondaires...” (FG3, W).

**Il renouvelle les ordonnances des spécialistes.**

“ils cassent leurs lunettes, les ordonnances et tout ... dernier recours ophtalmo ! ... on est les derniers recours ophtalmo.”(FG1, K)

**Les médecins généralistes n'aiment pas être sollicités dans ce cas.**

“mais voilà dernier recours au médecin pour voir si ça cicatrise bien j'ai pas trop aimé” (FG1, K)

## **6. Situations de statu quo**

### **a. En cas de persistance des symptômes**

**Malgré l'avis des différents spécialistes consultés le patient a toujours son problème.**

“Il a été voir l'ORL, il a été voir le gastro, il a été voir le pneumo, il a été voir X, Y et donc au total il revient vers vous” (FG1, I)

**Le médecin généraliste fait son travail en adressant le patient aux personnes compétentes mais le patient revient toujours le voir avec sa pathologie.**

“effectivement tu as fait ton boulot de l'adresser à ce que tu, aux personnes que tu penses être compétentes (...) ben la personne vit toujours avec sa pathologie et elle revient toujours te voir !” (FG3, V)

D'ailleurs si les urgentistes ne trouvent pas la solution après avoir éliminé les pathologies urgentes, ils renvoient le patient au domicile avec la consigne de consulter leur médecin généraliste si les symptômes persistent.

“souvent aux urgences... Une fois qu'on a éliminé tout ce qui est urgent, bon si on n'a pas trouvé la solution : « bon vous rentrez chez vous et si ça va pas mieux vous allez voir le médecin généraliste »...” (FG1, H)

Les médecins généralistes pensent que c'est compliqué, lourd et usant de gérer ces situations.

“c'est lourd c'est usant et c'est, il faut, voilà si on a en beaucoup je pense que c'est compliqué à gérer quand même” (FG2, Q)

#### b. En l'absence de diagnostic

“personne euh, ne lui a donné de diagnostic” (FG1, E)

#### c. En cas d'échec des solutions proposées

- Pour une situation médicale, avec l'hôpital qui renvoie le patient à son médecin généraliste “qui ne font plus que par nous parce qu'ils sont en échec sur beaucoup de situations, qu'elles soient médicales...” (FG3, Z) “on est le dernier recours de l'hôpital.” (FG1, J), ou les structures d'éducation thérapeutique qui semblent déconnectées de la réalité du patient “Tu l'as envoyé à l'éducation thérapeutique, tu l'as envoyé à X, tu l'as envoyé à Sofia<sup>5</sup> ! et le mec il est toujours à 12 % (rires)” (FG3, X).

- Pour une situation non médicale : “on a échoué avec les services sociaux” (FG3, V)

### 7. Les situations non cadrées par la loi

- La procréation médicalement assistée pour les couples homosexuels

“à propos de la procréation médicalement assistée, c'est vrai que nous sommes aussi dernier recours. Quand vous avez par exemple des couples homosexuels qui veulent avoir un enfant” (FG1)

- Le don d'ovocyte

“On a fait un don d'ovocyte (...) te faire presque sortir de la loi” (FG3)

- L'euthanasie

“les cas d'euthanasie”(FG3)

---

<sup>5</sup> Sofia : Service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les patients diabétiques

En fonction de la situation, le médecin peut parfois s'appuyer sur un confrère.

“je sais qu'en France ce n'est pas autorisé, euh donc du coup, je l'ai envoyé voir une consœur gynéco et endocrino” (Entretien)

Dans ces situations le médecin généraliste est seul face à lui même.

“tu peux avoir le risque justement de te retrouver très seul et, et de pas pouvoir faire équipe. Parce qu'à qui tu vas le dire que t'as fait ça ou que tu t'apprêtes. C'est ça qui est compliqué je pense, qui peut se faire dans le secret” (FG3).

Ils reconnaissent qu'ils ne seront plus du dernier recours quand un cadre légal existera.

“Mais là on ne sera pas le dernier recours si la loi existe il y aura toute une démarche, un encadrement” (FG3)

## C. Situations complexes

### 1. Problématiques sociales, médicales et environnementales intriquées

Le médecin généraliste a un rôle médico social extrêmement important qui n'est pas appris à la faculté.

“à la fac on n'apprend pas l'aspect euh social et environnemental” (FG1, A)

Pour les problèmes socio-environnementaux, le médecin généraliste « bricole » une prise en charge.

“Quand il s'agit d'un problème euh, socio-environnemental bon ben là c'est du bidouillage” (FG1, A)

Ces situations médico-socio-environnementales sont fréquentes pour le médecin et génèrent une lassitude.

“on en a hélas, c'est quasiment, on passe pas une semaine sans avoir une situation” (FG1, A)

### 2. Les pathologies psychosomatiques

Le patient vient voir son médecin généraliste pour un motif médical qui cache d'autres problématiques et qui gêne le médecin dans sa prise en charge.

“ils vont souvent alléguer d'un, d'un (rire), d'un symptôme hein qui nous enquiquine bien” (FG1, A).

Ces situations sont pesantes.

“(gros soupir) c'est un peu lourd hein d'être des fois un peu le dernier recours” (FG1, A)

## D. Situations non médicales

Elles sont très fréquentes en médecine générale.

“Je ne comprenais pas pourquoi les gens étaient venus parce que pour moi ce n’était pas du tout médical leur motif” (FG1, E)

### 1. Conseil pour des problèmes familiaux

Les gens font appel au médecin généraliste pour un conseil.

“presque un conseil de société, familial” (FG1, E).

Ils attendent que le médecin gère leurs problèmes familiaux à leur place.

“ils attendent qu’on règle, on règle les problèmes familiaux” (FG3, W).

Le médecin généraliste écoute et respecte l’avis du patient sans imposer sa propre réponse et il fait preuve d’empathie.

“On essaye évidemment d’être à l’écoute et de respecter complètement le patient, l’avis du patient et que lui-même quelque part trouve sa propre réponse” (E1)

### 2. Les problèmes administratifs

Le médecin généraliste est le dernier recours administratif du patient :

- quand le patient est renvoyé de part et d’autre

“quand le patient se fait balloter par l’administration, le médecin généraliste est toujours là pour essayer de s’accrocher” (FG3, V)

- à cause de la complexité des démarches

“ça devient tellement compliqué complexe qu’ils sont un peu perdus quoi.” (FG1, J)

- pour les certificats médicaux

“en certificat là je crois qu’actuellement on est le dernier recours de tout le monde” (FG1, G)

Le médecin généraliste est agacé et énervé par la charge administrative mais accepte de le faire car personne d’autre ne le fait pour le patient.

“Euh il y a des papiers chiants, oui c’est urgent euh un veuf ou une veuve qui a besoin de d’un certificat rapidement pour des assurances ou des, ou des, ou des, ou des ou des retraites oui ça peut te faire chier, c’est pas une urgence. Mais si tu réfléchis, si tu te poses, si tu te mets à leur place, je sais pas si c’est une façon de faire mais tu te dis que finalement oui parfois c’est agaçant mais tu es leur dernier recours.” (FG2, M)

### 3. Les confidences

Le médecin généraliste est en dernier recours pour les patients qui leur confient des secrets jamais dits à personne : “confidences qui n’a jamais été fait (*sic*) à personne” (FG3, X).

Cela peut être dur pour le médecin généraliste et source de souffrance.

“il y a eu personne d’autre dans leur vie pour l’entendre quoi, euh bon. Ça c’est, c’est dur quand même...” (FG3, X)

## E. Le médecin généraliste est en dernier recours pour certaines personnes quelle que soit la situation

### 1. Les patients abandonnés

Quand les autres professionnels ne veulent plus les voir, le médecin généraliste est toujours là.

“des gens se sont épuisés (...) ne veulent plus revoir les, les patients leur font comprendre qu’ils ne peuvent plus rien faire pour eux (...) et nous on est toujours là !” (FG2, M)

Le patient voit son généraliste comme le seul encore là et le médecin ne doit pas en tirer de gloire ni se décourager.

“sans en tirer de gloriole, que dans les yeux (...) il n’y a un peu que nous” (FG2, M)

“c’était pour eux qu’on était le dernier recours et qu’il ne fallait pas se décourager” (FG2, M)

### 2. Les personnes atteintes d’une maladie rare

Lorsqu’il n’y a pas de centre de référence à proximité ou de spécialiste qui connaisse la pathologie “Quand tu n’as pas le gars qui s’est intéressé à ça à côté de chez toi” (FG3, X), le médecin généraliste se démène pour trouver un référent “me démerder à trouver quelqu’un qui connaît un peu quelque chose à ce truc là.” (FG3, X)

Finalement, le généraliste sera le dernier recours pour faire l’accompagnement puisqu’il n’y a pas de traitement curatif.

“comme il n’y a pas de traitement c’est une maladie orpheline, l’essentiel qu’il va y avoir à faire c’est l’accompagnement au quotidien et que ça tu peux chercher le grand ponté, il ne sait pas faire ça” (FG3, X)

### 3. Les personnes vulnérables

Le médecin généraliste est souvent le dernier recours des patients les plus vulnérables de la société quelle que soit la cause de cette fragilité.

“je suis souvent le dernier recours sur des, des gens en plus les plus fragilisés de la société; euh enfin en gros les gens qui sont dans les situations les plus fragiles quelle que soit le, en fait, la cause de la fragilité” (FG3, X).

Ils ont identifié comme fragiles les personnes très âgées, les patients exclus de la société, les patients pauvres, les patients “très psychiatriques” et les patients démunis sur le plan psycho-social.

S’occuper des patients vulnérables est chronophage et compliqué.

“J’ai pris un retard ENORME dans mes consultations” (E1)

Cela demande au médecin d’être sincère et bienveillant envers son patient

“Ah là dans ce cas là, il faut être dense, il faut être... Il faut... c’est des instants de vérité, il faut être sincère, bienveillant” (E2)

Même si être le dernier recours pour les patients les plus vulnérables est lourd à porter “et à la fois c’est ce qui (souffle) tu le portes quoi !” (FG3, X) c’est une partie plaisante du métier “Si on le prend euh effectivement c’est une partie hyper engageante du métier à la fois c’est ce qui en donne son sens” (FG3, X).

### 4. La famille du patient

Le médecin généraliste est le dernier recours pour aider les familles.

“les familles viennent voir en disant vous êtes notre peut être seul (sourire) et dernier recours « aidez nous» ” (FG1, B)

Il est présent lorsqu’il y a eu un drame : “parfois il arrive des drames dans des familles et on ne voit pas le patient en lui même et on voit la famille.” (E1).

Cette situation est fréquente et fait partie intégrante du travail du médecin généraliste “Notre travail” (FG1, B)

Les médecins pensent que leur rôle auprès de la famille est de la soutenir et de la guider quand le patient sort de l’hôpital et qu’elle ne sait plus quoi faire. Ils lui donnent les explications sur ce qui s’est passé à l’hôpital, notamment en cas de décès, et ils lui expliquent les courriers médicaux. “il y a un langage qui est quand même compliqué abscons”.

Ils servent aussi de médiateur au sein de la famille.

Le médecin généraliste est parfois juste présent pour la famille “donner un verre d’eau et deux morceaux de sucres... et à être là juste.” (E1) qui lui en est reconnaissante “d’ailleurs elle m’a écrit 2 mois après (un peu ému) en me disant que je lui avais donné un verre d’eau et 2 morceaux de sucres et que ça lui avait fait un bien fou” (E1)

### 5. Les paramédicaux

Le médecin généraliste est le dernier recours des paramédicaux qui lui demandent un conseil, un avis et qui veulent obtenir son aval.

Ils font appel au médecin généraliste et ils comptent sur lui.

“moi je trouve qu’on est aussi les derniers recours par rapport aux personnels soignants aussi des fois. (...) ils font appel à nous quoi, c’est vraiment... ils comptent vraiment sur nous” (FG3, U)

### 6. Les forces de l’ordre

Le médecin généraliste est également le dernier recours pour les forces de l’ordre “on est le dernier recours pour les flics” (FG1, B)

Cette situation est pénible pour le médecin généraliste qui se sent parfois pris en otage. “Ca c’est, ça c’est pénible” (FG1, B), “d’être pris en otage” (FG1, J)

## VII. CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS DE DERNIER RECOURS

Toutes les situations de dernier recours évoquées par les médecins au cours des entretiens ont des caractéristiques communes liées au métier :

- Elles sont fréquentes

“moi je trouve maintenant que j’y réfléchis, qu’on a beaucoup de patients en dernier recours; (souffle) ça fait partie je suis en train un peu d’y penser d’une partie importante enfin importante d’une certaine partie de la clientèle, le dernier recours” (FG3, Z)

- Elles sont rencontrées dès le début d’activité du médecin

“non le dernier recours on l’a de suite” (FG1, J)

- Elles sont incluses dans les soins primaires dispensés par le médecin généraliste

“c’est inclus dans la notion même de, de soins primaires je dirais” (FG3, X)

- Elles sont parfois considérées comme une spécificité du généraliste.

“ce dernier recours quand même c’est ce qui fait un peu la spécificité de notre métier”  
(FG3, Y)

### A. Ce sont des situations où le médecin généraliste intervient **après les autres professionnels de santé**

Il est après d’autres médecins, après l’hôpital et leur action de soin à chacun, quand on a tout essayé.

“quand il a fini son périple... Avec les différents professionnels, différentes interventions des différents professionnels de santé qu’il a qu’il a... auprès desquels il est passé. Et donc quand le patient revient c’est là qu’on se trouve en dernier recours.” (FG2, R)

### B. Ce sont des situations où le médecin généraliste est **présent malgré tout**

Quand les autres professionnels de santé abandonnent, démissionnent, rompent le suivi avec le patient.

“on sent bien qu’il y a des gens pour lesquels toute institution a complètement démissionné” (FG3, X)

Ils n’ont pas de solution à proposer voire n’ont pas envie de proposer de solutions.

“moi je dirai que c’est quand plus personne d’autre n’a rien à proposer” (FG3, X)

“et tu sens bien (rigole) que personne n’a envie de t’aider” (FG3, X)

Quand plus personne n’assume et qu’on se décharge sur le médecin généraliste.

“tous les spécialistes, l’hôpital a baissé les bras ne fait plus rien et laisse le bébé au médecin généraliste” (FG1, B)

### C. **Trois points communs** à toutes les situations

- Le médecin généraliste **est seul** pour gérer le problème et personne ne l’a activé.

“Et d’ailleurs t’es beaucoup plus confortable quand t’as été activé par quelqu’un que quand tu sens que tu es tout seul à devoir faire bouger des gens” (FG3, V)

- Il n’a **personne pour le soutenir**.

“Parce que dernier recours ça veut dire qu’il n’y a personne derrière toi quoi.” (FG3, W)

- Il intervient pour des situations qui n’ont **pas de cadre, de prise en charge définie**.



“c’est plus quand c’est très cadré, grosse pathologie, ce n’est plus dernier recours, ça je dirai, c’est plus parce que ça roule” (FG3, W)

## D. Temporalité des situations de dernier recours

D’après les situations citées par les médecins généralistes, il apparaît qu’il y a un rapport au temps dans le dernier recours.

### 1. Dernier recours urgent / rapidité d’action

Le dernier recours évoque parfois des situations urgentes dans lesquelles le médecin généraliste répond à la panique des gens et doit prendre une décision rapidement.

“Il y a une notion d’urgence oui... quand il y a la panique à bord du côté des patients. Nous on est en dehors de la panique, mais par contre il faut répondre à ça” (E1)

### 2. Dernier recours momentané/ Instantané

Le dernier recours est parfois plus ponctuel, pour des situations spontanées.

Le généraliste est le dernier recours à un moment puis, un simple détail change et il ne l’est plus.

“sur un petit détail des fois on n’est plus du tout le dernier recours.” (FG3, W)

### 3. Dernier recours qui dure dans le temps

A contrario, certaines situations sont identifiées comme du dernier recours qui dure dans le temps :

- comme avec les patients paranoïaques

“moi j’ai l’impression que des derniers recours qui ont duré un peu c’étaient les paranoïaques” (FG3, X)

- ou lorsque le patient refuse la prise en charge proposée

“C’est justement quand les gens peuvent quelque part refuser justement une prise en charge” (E1)

### 4. Dernier recours intermédiaire

Le médecin dans une situation de dernier recours va essayer de trouver des solutions pour ne pas le rester.

“on peut être le dernier recours à un moment donné mais il faut tenter de ne pas l’être ad vitam aeternam avec une personne” (FG3, X).

En attendant de trouver une solution, il accepte d’être le dernier recours et de cheminer seul avec son patient.

“pendant un bon moment tu acceptes quand même de faire un peu de chemin tout seul avant de trouver un copain quoi...” (FG3, X).

Le dernier recours est vu comme une boucle dans laquelle le médecin généraliste est là au début et à la fin du parcours de soins.

“En fait c’est une espèce de boucle, c’est pas une ligne comme ça où il irait vers une espèce de type on sait pas (rires du groupe). Il passe par un, tout un système et hop il revient vers toi.” (FG3, X)

Il accompagne son patient.

“je dirais plutôt plus facilement euh l’accompagnement jusqu’au bout” (FG3, V).

## **VIII. POURQUOI LE MEDECIN GENERALISTE EST EN DERNIER RECOURS ?**

### **A. La modification des repères**

Les patients demandent conseil à leur médecin généraliste à cause de la disparition des repères familiaux.

“l’éclatement des familles fait que ils ne peuvent pas trop se confier...” (FG1, K)

Les travailleurs sociaux sont absents. “il y a pas de travailleur social” (FG1, B)

Les curés ont disparu “il n’y a plus de curé” (FG1, B)

ainsi que la culture religieuse “on va dire il n’y a plus de prêtre et les gens n’ont plus cette culture” (E1).

### **B. Les facteurs liés à l’organisation**

#### **1. Sa disponibilité**

“notre valeur c’est, c’est, essentielle à mon avis en médecine générale c’est la disponibilité” (FG3, M).

Le médecin généraliste est disponible quand les spécialistes ne le sont pas.

“L’œil qui fait mal parce que l’ophtalmo ne peut pas, pas le voir, (...) le gamin que tu ne suis pas parce que le pédiatre est débordé “ (FG3, M)

Cette disponibilité du médecin généraliste est liée au fonctionnement horaire différent entre la médecine générale ambulatoire et la médecine hospitalière.

“Il y a une forme de dernier recours qui est liée au fonctionnement horaire” (FG3, X)

## 2. Sa proximité géographique

Il exerce près du lieu de vie des patients.

“enfin toujours ce médecin de proximité” (FG2, R)

## 3. Les médecins se sont interrogés sur l'existence d'un dernier recours

- A l'hôpital “Est-ce qu'il existe des derniers recours à l'hôpital ?” (FG1, K)

- En dehors de la médecine générale “il y en a-t-il (*sic*) ailleurs ?” (FG1, K).

## C. Sa place particulière

Le médecin généraliste a une place particulière par rapport aux autres spécialistes dans le regard du patient.

“je pense qu'on a une place plus, plus importante que je ne le pensais” (FG3, W)

Il tient un discours différent.

“si on, on tient le même discours ben on n'est pas plus efficace” (FG3, V)

Il a des compétences supplémentaires.

“pas forcément enfin avec des connaissances techniques ou spécifiques (...) on sait nos compétences supplémentaires” (FG2, N)

Les patients lui accordent plus de confiance qu'aux autres médecins.

“c'est un manque de confiance euh, de la part des patients vis à vis des structures et, et des médecins hospitaliers aussi” (FG3, U)

## D. Ses fonctions particulières

### 1. Faire la globalité

Le médecin généraliste est le médecin de l'ensemble de la personne et non d'un organe.

“C'est plus, qu'on se sent en charge de l'ensemble d'une personne et de l'ensemble de ce qui lui arrive euh alors que peut être si on est cardiologue on se sent euh, on se sent plus responsable de ce qui arrive à son cœur...” (FG3, X)

Il est le médecin de famille et a une vision globale de la situation.

“c’est aussi euh cet aspect du médecin de, de la vision globale de la situation parce qu’il connaît la famille, qu’il connaît la maison” (FG1, D)

**Par cette vision et cette prise en charge globale du patient, le médecin généraliste est la personne la plus légitime pour les conseiller.**

“c’est la personne la plus sensée qui, qui peut réfléchir qui les connaît qui peut le mieux les conseiller” (FG1, E)

**Le médecin généraliste ne peut pas tout déléguer, en particulier la globalité.**

“C’est parce que peut être on ne peut pas tout déléguer. On délègue aux spécialistes beaucoup de choses (...) on est le dernier recours pour faire la globalité” (FG3, Z)

## 2. Accompagner le patient

**Il choisit d’accompagner son patient du début à la fin.**

“Parce qu’on l’a choisi quelque part voilà.” (FG1, B)

**Le médecin généraliste est présent au début et à la fin.**

“on est là au début, (...) on est très souvent à la fin, à la fin de la fin “ (FG1, A)

**Il crée un climat agréable pour le patient.**

“est-ce que, est-ce que le médecin a une autre fonction que de fournir un climat agréable pour que les gens s’en sortent ?” (FG1, D)

**Dans le cadre de maladie chronique, le médecin généraliste est au centre de la prise en charge.** “Dans une maladie chronique, l’accompagnement c’est fondamental” (FG1, D).

“Et effectivement où là il y a de multiples intervenants. (...) on est le centre” (FG1, B)

**Il l’aide à apprivoiser sa maladie.**

“quand on a décidé que bon, on n’allait pas chercher la maladie orpheline qui n’existe peut-être pas euh et qu’on allait vivre, et on s’apprivoise avec cette maladie l’un et l’autre.” (FG3, V).

**Il est là quand il n’y a plus personne,**

“Quand c’est la merde intégrale, que son mari s’est barré et qu’il n’y a plus personne pour s’occuper de lui. Ne t’inquiète pas, c’est toi qui est là !” (FG3, X)

**et quand le patient n’intéresse plus les spécialistes.**

“je pense que là où on bute c’est quand les gens n’intéressent plus intellectuellement nos chers spécialistes.” (FG3, X)

**Ce rôle d’accompagnement est parfois ingrat.** “Et pourtant c’est ingrat au possible” (FG3, X)

### 3. Activer les réseaux

“on n’est pas seul mais si tu n’actives pas le réseau, personne d’autre que toi ne va l’activer” (FG3, X)

### 4. Être un soignant

Par la présence, l’écoute, la parole et le soutien

“Pour moi c’est, c’est le PEPS<sup>6</sup> en fait où tu es présent, tu écoutes euh tu parles et tu soutiens en fait” (FG3, U)

Il conseille et rassure le patient.

“j’ai fait un rôle d’écoute, un petit peu de conseil” (E1), “pouvoir être rassuré” (FG2, R)

Il explique et discute la prise en charge avec le patient.

“Elle me semblait satisfaite de la prise en charge c’est-à-dire de finalement en avoir discuté” (FG1, F)

## E. Sa qualité de personne

Le dernier recours évoque la dernière personne à qui on peut s’accrocher.

“c’est quelqu’un aussi à qui on peut quand même s’accrocher encore quoi” (FG1, K).

En dernier recours les gens ont besoin d’un médecin pour les soutenir, d’un maillon solide.

“dernier recours parce que les gens ont besoin de vous pour les soutenir » (FG1, J),

Ils choisissent une personne dans laquelle ils mettent beaucoup d’espoir et en laquelle ils ont confiance.

“Quand on choisit quelqu’un en dernier recours (...) c’est qu’on met beaucoup d’espoir dans cette personne” (FG1, G)

“c’est aussi une certaine confiance” (FG1, I)

## F. Sa relation à l’humain

Le médecin généraliste est intéressé par l’être humain.

---

<sup>6</sup> le médecin a inventé lui-même l’acronyme pour définir son rôle : Présence, Ecoute, Parole et Soutien

“je pense c’est parce qu’on est centré sur les gens” (FG3, X)

Le médecin généraliste a une relation sur le long terme avec ses patients.

“c’est de suivre les gens longtemps” (FG3, Z)

Il crée des liens forts avec eux. “il se crée tellement des liens” (FG1, A)

Grâce au vécu partagé avec le patient, une relation de confiance s’instaure entre eux.

“relation de confiance et qui s’établit en médecine générale depuis... de nombreuses années quand même, on a suivi le patient pour différentes choses” (E1)

## G. Son humanité

### **Il a foi en son patient.**

“Dernier recours c’est celui qui a qui a foi dans son patient” (FG3, V)

### **Il y croit quand plus personne n’y croit.**

“voilà c’est peut être celui qui, qui y croit encore quand plus personne n’y croit.” (FG3, V)

Il ne dit pas qu’il n’y a plus rien à faire.

“Et c’est vraiment ça le dernier recours, c’est de ne pas être celui qui dit « ah ben celui là (avec lassitude), il n’y a rien à faire pour lui »” (FG3, X)

Il est toujours là quand il n’y a plus rien à faire.

“pour moi le dernier recours c’est quand il n’y a plus rien à faire” (FG3, V)

## H. Par choix

### 1. Qui choisit ?

“qui est-ce qui définit qu’on est le dernier recours ? Est-ce que c’est le patient ou est-ce que c’est moi ?” (FG3, V)

Certains pensent que c’est le patient qui décide que le médecin généraliste est en dernier recours. D’autres au contraire trouvent que c’est le médecin généraliste qui transmet cette notion de dernier recours.

“c’est nous qui la transmettons c’est notre regard qu’ils voient en nous.” (FG2, N)

### 2. Le choix du patient

#### a. Choix par défaut

C’est faute de mieux “ça m’évoque aussi le faute de mieux !” (FG2, M)

C’est par dépit “on a testé d’autres solutions et ben du coup ça marche pas ou d’autres spécialistes peut-être et du coup on va voir le médecin généraliste.” (FG1, H)

Les médecins généralistes pensent qu'il faut qu'ils prennent leurs responsabilités pour ne pas être le dernier recours du patient par défaut.

#### b. Choix du patient accepté par le médecin généraliste

Les médecins ont le sentiment positif d'être choisis.

"il y a une notion qui est au contraire pas mal, qui est de choisir" (FG1, G)

Le médecin généraliste peut dans certaines situations, avec certains patients, décider d'être disponible pour assurer le dernier recours qui est dans ce cas plus personnalisé.

"on ne le subit pas, comme on peut le subir celui qui vient nous voir parce qu'il n'a pas pu aller ailleurs" (FG2, T)

Ils décident ensemble que le médecin généraliste sera le dernier recours du patient.

"c'est pas le patient qui fait la démarche de venir vers toi, c'est toi qui lui propose sous forme d'un contrat de l'accompagner jusqu'au bout" (FG2, Q)

#### c. Choix du patient subi par le médecin généraliste

Quand le patient refuse les autres interlocuteurs.

"surtout lorsque les patients refusent d'avoir d'autres interlocuteurs que le médecin généraliste qui vient à domicile (FG2, O)

Ils pensent que c'est les patients par leurs attitudes et leur discours, qui les considèrent comme leur dernier recours "c'est vraiment quand le patient il vient en disant (...) qu'on est le dernier recours du moment" (FG3, W), parfois en les isolant dans la relation duelle "le patient manœuvre pour qu'on soit isolé" (E2)

### 3. Le choix du médecin généraliste

Il reste libre de refuser le dernier recours.

"Je pense que toutes les situations de dernier recours on peut faire un choix de les refuser... effectivement" (FG3, X)

- par manque de compétence "on peut refuser des situations où on n'est pas compétents pour les assumer. Moi c'est ma liberté que je m'octroie." (FG3, V)

- sans le vouloir "je pense que c'est un refus qu'on fait nous même sans nous même s'en rendre compte" (FG3, X)

## IX. VÉCU DU DERNIER RECOURS

### A. Vécu positif

Les médecins pensent que c'est **l'essence de leur métier** de généraliste d'accompagner les gens du début à la fin de leur vie, que c'est merveilleux, fabuleux.

"c'est l'essence même de notre métier, de pourquoi on est enthousiaste dans ce métier parce qu'on prend les gens du début à la fin (...) et c'est ça qui est qui est fabuleux" (FG1, B).

C'est un **honneur** qui leur est fait d'accompagner les patients jusqu'à la mort.

"c'est peut être un honneur aussi qu'on a d'amener les gens jusqu'à la fin" (FG1, J)

C'est valorisant d'être choisi en dernier recours.

"Quand on choisit quelqu'un en dernier recours c'est qu'on l'a choisi" (FG1, G).

Ils prennent du **plaisir** dans le dernier recours.

"la plupart d'entre nous se régale quand même, même dans le dernier recours" (FG1, D)

C'est une **part très humaine du métier**.

"c'est loin d'être pesant parce que c'est très humain." (FG2, T).

Ils ont de **belles surprises** en situation de dernier recours.

"Et on a quelque fois de belles surprises" (FG3, V)

Ils ont parfois envie de le revendiquer.

"Donc là c'est un domaine où j'aurais envie de me revendiquer" (FG3, Z)

### B. Vécu ambigu

Malgré les difficultés, ils sont heureux de faire leur métier.

"certaines situations peuvent être pesantes mais euh je pense qu'on est tous heureux de faire notre boulot et qu'on a plaisir à le faire" (FG2, T)

Le métier est **difficile mais passionnant**.

"Il y a quand même un côté passionnant, c'est difficile mais c'est passionnant." (FG3, Y)

Le travail ingrat est **valorisant a posteriori**.

"Alors après avec le recul, je me dis bon c'était bien que tu fasses quelque chose pour cette personne et c'est valorisant et voilà. Sur le coup il y a des moments où c'est quand même, (souffle)... ça va quoi" (FG3, X).



## C. Vécu négatif

Le vécu des situations de dernier recours est, en grande partie, négatif pour les médecins. Ils le vivent très mal.

“Je sais que j’ai été très mal sur des situations (...) des décisions à prendre (émue)” (FG3, U)

C’est parfois **ingrat** “il peut être gratifiant (...) il ne l’est pas dans toutes.” (FG2, M)

C’est un rôle **pesant**, surtout sur le long terme.

“Quand tu as une pratique de 33 ans, que tu es le médecin traitant de gens que tu suis depuis 30 ans... (Souffle) c’est lourd à porter quelque fois” (FG3, V).

C’est **être pris au piège**.

“ je me sens parfois, parfois pris au piège” (FG3, X).

Les généralistes sont parfois en colère dans des situations de dernier recours.

“ça peut me mettre très en colère” (FG3, X)

Les médecins sont **angoissés** par le dernier recours.

“je pense que ça fait peur quand même.” (FG3, U)

Les médecins reconnaissent qu’ils **peuvent s’épuiser** en dernier recours.

“on risque de s’épuiser rapidement” (FG1, B)

Ils sont impressionnés par l’ampleur du rôle qui leur est dévolu.

“Ça c’est impressionnant d’imaginer que t’as des gens qui viennent parce que tu es tu es le dernier recours” (FG3, W)

Les médecins généralistes **n’ont pas envie de se revendiquer** être le dernier recours.

“On va pas brandir l’étendard de dire on veut être la médecine de dernier recours.” (FG3, X).

Ils **ne veulent pas porter le poids** du dernier recours sur leurs épaules.

“Mais à l’évidence, moi je ne me sens pas le Zorro de la médecine à prendre toute la misère sur mes épaules.” (FG3, V).

## D. Les causes du vécu négatif identifiées par les médecins

### 1. L’isolement

Les médecins sont isolés dans leur exercice “on est seul quand même seul, seul face à nos patients.” (FG1, B), ils souffrent de cette solitude “ce qui nous fait souffrir c’est

quand on est tout seul” (FG1, D), et ils se sentent acculés “l’impression d’être acculé.”(E2).

## 2. La peur des erreurs

Isolés, ils ont peur de commettre des erreurs.

“C’est surtout la peur de se tromper” (FG1, J),

Ils reconnaissent en avoir fait et en souffrir encore aujourd’hui.

“Moi j’ai, j’ai vécu des choses avec des erreurs catastrophiques et, et c’est on ne s’en sort jamais quoi. D’ailleurs au bout de 30 ans tu gardes (...) je crois qu’on en a tous vécu et ça, ça reste extrêmement douloureux quoi.” (FG1, D)

## 3. Le manque de communication

Ils mettent en évidence le manque de communication entre professionnels de la santé.

“Mais c’est vrai que ça serait très confortable de pouvoir euh parler avec le kiné régulièrement, parler avec l’infirmière, parler avec l’aide soignante, parler avec ces gens là qui ont une autre vision (...) moi je pense que ça manque beaucoup dans mon exercice solitaire” (FG1, D).

## 4. Les affects

La relation médecin-patient crée des liens qui peuvent devenir difficiles à gérer pour le médecin au fil du temps.

“c’est plus on va dans notre profession plus on connaît les gens, les familles, plus on les a accompagnés, plus on s’y est attaché qu’on le veuille ou non, et plus on se rend compte que outre le médical il y a des choses compliquées qui sont de l’ordre de l’humain et que on est vraiment mis en difficulté” (FG1, G)

## 5. Etre face à ses limites

En situation de dernier recours, les médecins font le maximum “ça veut dire médecin jusqu’au bout, jusqu’au bout de ce qui va arriver à l’autre et jusqu’au bout de ce que toi tu peux aller quoi (FG3, X)

Cela peut les mettre face à leurs propres limites “Donc c’est un peu nos limites, je dis que cette problématique ne nous renvoie pas vers le patient mais peut nous renvoyer aussi vers nous-même” (FG1, A).

Le médecin est à bout “ça peut être aussi le dernier recours du médecin (...) qui est lui-même au bout” (FG1, A) ce qui est source d’une souffrance non négligeable “il y a quand même parmi nos confrères des gens qui n’en peuvent plus qui pètent un câble, qui ferment tout et qui se cassent, qui n’en peuvent plus !” (FG1, A)

Le médecin peut être en burn out “le burn out c’est je veux dire quand même d’actualité et vous savez très bien que nous sommes une profession exposée. “ (FG1, A), voire proche du suicide “on se suicide après !” (FG1, D).

### E. La nécessité de soulager le dernier recours

Les médecins pensent qu’ils ne peuvent pas assumer seuls le dernier recours.

Ils ont besoin:

- de soutien “Difficile d’assumer le dernier recours je veux dire donc on est obligé d’aller, d’aller chercher un appui une, une aide extérieure donc voilà” (FG2, R),

- d’une **roue de secours** “on a peut être nous aussi besoin, nous aussi d’une roue de secours” (FG1, A).

- d’être rassurés par tous les moyens “Donc on a envie de se rassurer en fait. Par tous les moyens que ce soit avec un collègue effectivement, personnel qui encadre” (FG3, U)

- d’être épaulés pour prendre les décisions “parce qu’on aime bien être épaulé quand même parce que pour euh c’est difficile quelque fois seul de prendre toutes les responsabilités quoi” (FG3, Z)

Ils aimeraient parfois être l’avant-dernier recours.

“J’aimerais être l’avant dernier recours parfois (rires collectifs) et d’avoir un autre recours après moi hein.” (FG1, B).

Ils pensent que la médecine ne peut plus se faire de manière isolée.

“ces professionnels de santé qui s’associent enfin cette évolution qui fait que tout le monde monte des groupes pluridisciplinaires (...) Il ne faut plus s’isoler, les gens s’isoleront pas comme nous on a fait peut être” (FG3, V)

### F. L'enjeu du médecin généraliste

Tout l'enjeu du médecin généraliste en dernier recours est de tenter de répondre à la question : “comment je ne reste pas seule avec ce problème ? et comment j’arrive à faire

quelque chose de travail d'équipe avec ce problème qui m'est posé ?... c'est ça la question mais ce n'est pas facile" (FG3, X).

Il doit s'inscrire dans une **dynamique** pour trouver une solution en **recréant un réseau autour du patient**.

"je vais quand même essayer de mobiliser d'autres personnes, (...) je ne peux pas m'imaginer être seul avec mon malade" (FG3, V),

et en **ne restant pas seul face à ses limites**.

"Non non, je ne suis pas le dos au mur, je suis juste limité par mon ignorance (rigole) mais je trouve des solutions et des propositions" (E1)

Il écoute fait la synthèse avant de **proposer une solution au patient**.

"Il y a un 1er temps qui est l'écoute, qui est fondamental. J'ai un 2e temps qui peut... Faire une synthèse de ce qui vient de m'être dit et je fais cette synthèse au patient, je peux éventuellement donner mon avis quand même (...) Mais après ça finit par une aide proposée." (E1).

C'est un **rôle laborieux** dans lequel ils se démènent en essayant désespérément de se raccrocher à quelqu'un.

"On se démène, on se donne du mal pour essayer de trouver des aides" (FG3, Z)

## **X. QUELLES SONT LES RESSOURCES DU MEDECIN GENERALISTE EN DERNIER RECOURS ?**

### **A. Les modes d'action du médecin généraliste en situation de dernier recours**

#### **1. Hospitaliser le patient**

Quand le médecin généraliste a épuisé les solutions ambulatoires.

"à l'hôpital parfois euh on peut adresser, enfin quand on arrive au bout de certaines ressources euh, enfin, cliniques ou thérapeutiques" (FG1, H)

Quand le généraliste ne sait pas.

"je n'ai pas la science infuse je suis comme tout le monde quand je ne sais pas j'hospitalise" (FG1, A)

Ils cherchent l'accès direct aux services hospitaliers.

"s'il y a vraiment besoin d'une hospitalisation, j'essaie de faire passer en direct" (FG2, N)

## 2. Prendre l'avis d'un autre médecin

Le médecin peut être un spécialiste

“donc je vais renvoyer de temps en temps le patient, même vers la psychiatrie.” (FG3, V)

Le médecin peut être un généraliste. Ils emploient alors plusieurs qualificatifs pour le nommer :

- un confrère “je m'aide de mes confrères” (E1)
- un collègue “on est tous le médecin de derniers recours des collègues” (FG2, T)
- un associé “l'associé devient ton dernier recours à toi” (FG2, T)
- un copain “on essaie de trouver un copain quel qu'il soit euh... qui lui même va trouver un autre copain...” (FG3, X)

La proximité et la connaissance de l'autre facilitent les échanges entre médecins.

“Ici on est une zone où on se connaît à peu près tous et ça aide je pense quand même pour faire appel aux autres” (FG1, K)

Il fait appel au collègue du bureau d'à côté “C'est vrai que dans un cabinet de groupe euh moi je, j'appelle facilement un collègue” (FG1, E)

Il appelle un médecin qu'il connaît “on prend le portable on prend celui qu'on connaît” (E2)

## 3. Faire équipe avec les autres professionnels de santé

“je crois que le truc qui est important aussi c'est très vite on met ses relations avec les autres professionnels on ne reste pas seul hein, c'est de suite, infirmier ou kiné, orthophoniste psychologue ou...” (FG3, Y)

## 4. S'appuyer sur un réseau

- Un réseau de soins

“c'est devenu beaucoup plus facile en équipe et moi j'ai vécu le tout début de euh j'allais dire du réseau” (FG1, A)

- Un réseau social

“soit avec euh les services sociaux” (FG2, X)

- Un réseau juridique

“Il y a la justice, il y a la curatelle, il y a l'institution l'EHPAD qui peut protéger” (FG2, X)

- Un réseau associatif

“C'est de connaître les associations, écrivain public qu'il y a dans le quartier” (E2)

## B. Les moyens mis en œuvre par le médecin généraliste pour soulager son vécu de dernier recours

### 1. Travailler avec d'autres professionnels de santé

#### - En association

"quand j'ai voulu m'installer mais je me suis associée (...) une relation de partage"  
(FG2, N)

#### - En groupe voire en maison de santé

"le fait d'être en groupe, d'être en maison de santé est aussi très certainement une solution qui palie à ce risque" (FG1, B)

#### - Être maître de stage

"on est maître de stage ça nous a fait l'ouverture" (FG3, Y)

"C'est bien le dernier recours à partager avec les stagiaires aussi" (FG1, A)

### 2. Appartenir à un groupe de parole

La parole est libératrice.

"C'est vrai que d'en parler ça permet de... partir plus, plus relax (sourire)" (FG1, J)

Ce sont les groupes Balint et les groupes de pairs qui leur permettent de partager leurs affects.

"alors bon que ce soit groupe Balint, un groupe de pairs euh bon est très important et puis euh... nous permet justement d'aller mieux" (FG1, I)

### 3. Faire appel à son expérience

"il y a l'expérience médicale mais il y a aussi l'expérience de vie."(FG1, G)

### 4. Adapter la relation médecin-patient

#### - En installant des barrières

"je crois qu'il y a des gens à qui on met des barrières quand même" ( FG3, X)

#### - En ne créant pas de lien

"d'où l'intérêt de ne pas créer de lien " (FG3, V)

#### - En connaissant ses compétences

"En fait en fonction de la discipline, en fonction de notre cursus je crois, en fonction de ce qu'on a envie ou pas on le place différemment le dernier recours voilà quoi; Et ça c'est

une idée je pense de curseur que de ce que j'analyse c'est sur la sensibilité de chacun, l'expérience, la formation" (E2)

**- En adaptant son mode d'exercice**

"J'essaie de me protéger moi euh justement pour que ça ne me bouffe pas sur notre temps médical (...) je me protège en me disant que je ne suis pas là pour ça" (E2)

**- En respectant ses propres limites**

"Ca veut dire aussi tu fais avec ce que tu peux jusqu'au bout de ce que tu peux c'est à dire que quand tu ne peux pas, tu ne peux pas" (FG3, X)

**- En faisant cesser la relation parce qu'on décide qu'on ne peut plus rien faire**

"le médecin pourrait euh de façon péjorative décider que voilà maintenant c'est fini on ne peut plus rien faire « au revoir monsieur » (rigole)" (FG2, N)

**ou par manque d'envie de continuer avec le patient**

"ou parce ce qu'il a envie de se débarrasser du patient... soit parce qu'il en a marre du patient " (FG2, N)

## **5. Fuir, démissionner**

"il a fermé il a déménagé il est parti il a foutu le camp, donc ça a été le dernier recours parce qu'il n'en pouvait plus" (FG1, A)

"des fois c'est plus facile de démissionner pour se reposer l'esprit" (FG3, W)

## **6. Se donner la mort**

"la mort... la mort..." (FG1, B), "le suicide aussi... le suicide aussi" (FG1, D)

## **7. Faire appel à des aidants non médicaux**

**- L'association MOTS<sup>7</sup> du conseil de l'ordre des médecins**

"Maintenant, l'ordre a créé aussi les MOTS ça s'appelle qui est une association pour le burn out des, des médecins et pour les quand ils arrivent vraiment en fin de course et que ils ont besoin de soutien" (FG1, I)

---

<sup>7</sup> MOTS : est une association pour l'Organisation du Travail et la Santé du Médecin

**- La famille, l'entourage du médecin**

“dans notre dernier recours il y a aussi ce qui n'est pas dans la médecine, il y a nos familles enfin tout ce qui est notre environnement extérieur à ... la médecine” (FG1, H)

**- La spiritualité**

“ça peut être aussi le côté spirituel (...) vous pouvez vous en remettre à Dieu il n'y a plus rien à faire” (FG2, R)



# DISCUSSION

## I. CRITIQUE DE LA METHODE

### A. Les points forts

Cette étude est originale, elle aborde un sujet peu étudié dans la littérature. Elle a un caractère exploratoire et novateur.

L'analyse qualitative a permis de recueillir un grand nombre de données riches et nuancées allant de la simple description de situations au ressenti intime.

La combinaison des techniques de recueil à savoir focus group exploratoire, focus group semi-dirigé et entretien individuel semi-dirigé a augmenté la validité interne de cette recherche.(13)

La diversité de notre échantillonnage correspond aux données démographiques en terme d'âge, de répartition hommes/femmes et de type d'exercice en Midi-Pyrénées.(14)

### B. Les limites et les biais

#### 1. Biais liés aux chercheurs

Nous avons participé au recueil des données en participant à l'animation et à l'observation des entretiens. Les participants étaient informés de notre statut de médecin généraliste. Nous avons pu, par nos attitudes et nos paroles, influencer les propos des participants même si nous avons veillé à rester aussi neutre que possible.

#### 2. Biais liés aux participants

La plupart des participants des focus groups se connaissaient entre eux.

Il est difficile de réunir des médecins généralistes sans aucun lien pour participer à un focus group dont ils ne connaissent pas de façon précise le sujet, compte tenu de leur emploi du temps. Aussi, nous nous sommes appuyées sur des médecins généralistes qui ont fait intervenir leurs réseaux. Nous leur avons donné des consignes de recrutement en précisant que nous souhaitons qu'il fasse appel à plusieurs cercles.

### 3. Biais liés à la méthode d'analyse

Ce genre d'analyse est soumis au biais d'interprétation des propos recueillis car il laisse la place à la subjectivité. Étant nous-mêmes médecins généralistes, nous avons pu être influencées par nos propres représentations et hypothèses préalables.

Afin de limiter ce biais, nous avons chacune analysé chaque entretien de façon totalement indépendante, avant de mettre en commun. Les résultats étaient secondairement validés par notre directrice de thèse permettant ainsi la triangulation des données et la limitation de la subjectivité.(9)

## II. DISCUSSION DES RESULTATS

### A. Critique du choix du terme « dernier recours »

La médecine générale est souvent associée aux soins de premier recours, pourtant les médecins nous l'ont dit, cette définition ne leur convient pas forcément. Afin d'explorer les situations où le médecin généraliste est en dernière ligne, nous avons choisi le terme « dernier recours » par opposition au « premier recours ».

Certains médecins se sont amusés du terme, voire l'ont trouvé provocant car nous sommes définis comme des professionnels du premier recours depuis la loi HPST de 2009. Dans le choix que nous avons fait de garder ce terme de « dernier recours », nous espérons solliciter ce genre de réactions afin de les contraindre à réfléchir sur leur pratique.

Selon le Larousse, le mot dernier signifie « Qui vient après les autres par le rang ou le mérite; après lequel il n'y a plus personne, plus rien ».(15)

Le terme « dernier recours » a eu une connotation négative pour un grand nombre des médecins généralistes interrogés. Ils le trouvent moins valorisant que le premier recours et ils pensent que dans notre société il vaut mieux être le premier que le dernier. Ils ont associé le dernier recours à des situations de leur quotidien qu'ils jugent négatives : quand le patient vient les voir par dépit, quand les autres solutions ont été essayées sans succès ou faute de mieux, quand les autres ne sont pas disponibles.

Pour les médecins interrogés, le mot « dernier » a aussi évoqué la fin de la vie et la mort. On note que dans le choix linguistique, le mot « mort » est très peu employé, les médecins préférant utiliser des périphrases : “la fin de la fin”, “au bout”, “le dernier souffle”.

Si on revient à la définition de « dernier », elle nous permet de mettre en évidence deux façons d’interpréter le mot dernier comme l’ont fait les médecins généralistes interrogés.

Pour certains le mot dernier a été synonyme d’ultime (selon le Larousse : « Qui vient en dernier lieu dans le temps »(16)) alors que pour d’autres, être le dernier signifiait être après les autres.

Les médecins comprenant le dernier recours comme un ultime recours ont refusé le concept. Ils n’envisagent pas leur rôle comme une finalité mais comme une continuité, ils décrivent le parcours de soins du patient comme un boucle. Le médecin généraliste a alors pour rôle de remettre le patient dans une nouvelle boucle.

Ces médecins sont dans un éternel premier recours, ils s’interrogent et cherchent toujours une autre solution. Ils pensent qu’il reste des connaissances médicales à découvrir et que le savoir médical évolue.

Il est probable que le « dernier recours » les renvoie à leurs propres difficultés : ils n’acceptent pas d’être dans l’impasse avec leur patient et de ne rien pouvoir faire pour lui. Dans ses travaux de 2010, Lecomte définit l’impasse thérapeutique comme la situation où « tous les traitements envisageables de la maladie se sont révélés inefficaces », il s’engage alors « une conversation thérapeutique rigide et statique dans laquelle thérapeutes et clients ont l’impression d’être empotés »(17). L’impasse thérapeutique peut-être le fait du praticien, comme du patient. Etre dans l’impasse « alourdit les clientèles »(17) ce que vient corroborer les difficultés évoquées par les médecins interrogés.

Ainsi, nous constatons que le choix du terme a pu influencer les résultats obtenus et que le mot dernier a, dans sa compréhension, un côté spontanément négatif. Nous avons demandé aux médecins quel terme serait plus approprié aux situations décrites mais il n’y a pas eu de consensus.

Toutefois, lorsque les médecins ont dépassé l'aspect négatif et définitif du terme et qu'ils interprètent le dernier recours comme être un des derniers acteurs dans la prise en charge du patient, le dernier après les autres pour proposer une solution, alors le concept de dernier recours est admis par tous. Ils se reconnaissent comme un intermédiaire à un moment particulier de la prise en charge pour impulser une nouvelle dynamique.

## B. Définition du dernier recours

Les médecins généralistes nous ont décrit un grand nombre de situations extraites de leur expérience personnelle, dans lesquelles ils se sentent en dernier recours. Cela nous a permis d'identifier des caractéristiques communes pour définir le concept de « dernier recours ».

Tout d'abord, les situations de dernier recours sont fréquentes en médecine générale. Elles n'ont pas de cadre clairement défini, ne sont pas étudiées à la faculté et la réponse à ces problématiques ne se trouve pas dans la littérature. Les médecins généralistes pensent que s'il existait une prise en charge définie et claire, alors ils ne se considéreraient plus comme un dernier recours pour les gérer. Ils ont exclu les soins palliatifs du dernier recours car pour eux il existe une prise en charge définie avec des référents identifiés et un cadre légal.

Les médecins sont en dernier recours lorsque le patient, après avoir utilisé ses propres ressources, vient chercher de l'aide auprès d'eux. Ils se trouvent seuls face au patient et à sa problématique et ne sont pas entourés par une structure extérieure. Ils n'ont pas été sollicités par un confrère ou un autre professionnel. Ils ont l'impression qu'il n'y a personne derrière eux pour les soutenir. Certains médecins interrogés ont imaginé ces situations par l'absence de roue de secours, ou par la sensation d'être une bouée à la mer "je me suis retrouvé parfois comme un dernier recours au sens ... la bouée à la mer" (E2).

Les médecins généralistes se sentent en dernier recours lorsqu'ils interviennent après les autres professionnels de santé, que ce soit des médecins ou la structure hospitalière. Ces derniers peuvent abandonner, démissionner, rompre le suivi, ne plus

assumer ou ne plus proposer de solution. Les médecins généralistes deviennent alors le seul et dernier recours du patient avec sa problématique. C'est d'ailleurs dans une situation similaire (les patients lombalgiques chroniques) que Rueff-Cacitti a employé le terme de dernier recours.(8)

D'autre part, le champ d'action du médecin généraliste est potentiellement infini, il assume toutes sortes de situations en toutes circonstances.(18) Les médecins nous ont rapporté que les patients les consultaient en dernier recours pour un motif non pas médical (parfois pris comme alibi) mais d'ordre administratif, social ou familial, en demandant au médecin généraliste de gérer le problème pour eux. Les questions de nature médico-sociale et administrative sont un recours important en médecine générale.(19) Ainsi les problématiques rencontrées en médecine générale sont particulières, mêlant les champs curatifs, préventifs, techniques mais aussi relationnels et sociaux. « Que vous ayez la grippe, des problèmes de prostates, des troubles des règles, une appendicite, mal au dos, au ventre, que vous dormiez mal, que vous ayez des difficultés dans votre travail ou dans votre couple, que vos enfants ne travaillent pas bien à l'école, que vous viviez seul avec vos soixante-dix-huit ans, ou que vous ayez de la tension, vous pouvez toujours aller chez votre médecin généraliste. Il ne pourra pas vous dire que ce n'est pas son domaine. »(20)

Nous constatons que le dernier recours correspond donc à une réalité fréquente en médecine générale lorsque le patient demande au médecin généraliste de trouver une solution après que tout ait été essayé, voire de répondre à sa panique. Le médecin généraliste est alors seul pour gérer la situation, sans soutien extérieur.

Le dernier recours est présent dans des situations médicales, sociales et administratives voire les trois à la fois. Dans tous les cas, il s'agit de situations qui ne sont pas cadrées et qui demandent au médecin généraliste de se débrouiller.

Les médecins ont l'impression d'être choisis en dernier recours. Ce choix peut se faire par dépit ou au contraire par volonté profonde du patient ce qui est valorisant.

Dès lors nous pouvons nous interroger sur les raisons expliquant ce choix du médecin généraliste comme dernier recours.

Le médecin généraliste est le dernier recours du patient du fait de l'organisation du système de soins. Tout d'abord, sa disponibilité liée aux amplitudes horaires des

consultations ainsi que sa proximité dans l'environnement de vie du patient favorisent ce rôle(21). Cette disponibilité a été citée par certains médecins généralistes comme une valeur essentielle de la médecine générale. Cette notion de disponibilité correspond à une réalité puisque 88 % des français pensent que l'accès aux soins assurés par le médecin généraliste est facile contre 52 % pour l'accès aux soins assurés par les spécialistes. Le délai d'attente d'un rendez-vous chez un médecin généraliste est de 3,3 jours en moyenne versus 44 jours pour les médecins spécialistes.(22)

Les médecins généralistes ont également mis en avant leur proximité géographique, le fait qu'ils se déplacent au domicile du patient et qu'ils acquièrent ainsi une connaissance approfondie du milieu de vie du patient. La DRESS<sup>8</sup> rapporte que chaque français habite à moins de 15 minutes d'une commune où exerce un médecin généraliste alors qu'ils sont seulement 73 % à moins de 15 minutes d'un gynécologue et 77 % à moins de 15 minutes d'un ophtalmologue.(23)

Le médecin généraliste a des connaissances supplémentaires par rapport à la médecine spécialisée. Son discours est personnalisé selon le patient auquel il est destiné. Cette proximité relationnelle et géographique s'oppose à la médecine hospitalière hyper spécialisée et anonyme.(2) Les médecins généralistes nous ont rapporté que leurs patients avaient un manque de confiance dans les structures hospitalières et venaient directement les voir en sortant d'une consultation spécialisée pour valider l'avis donné, ce qu'on retrouve dans le travail de Bousquet.(2) Grâce à sa proximité et à son approche globale du patient, les médecins généralistes expliquent, adaptent la prise en charge et aident le patient à la comprendre et se l'approprier.

Les médecins interrogés nous ont également dit que lorsque les patients les consultent pour un problème non médical, ils ont parfois l'impression de se substituer aux travailleurs sociaux voire aux curés. Dans nos sociétés occidentales, les individus sont de plus en plus esseulés et un grand nombre d'entre eux se sont éloignés de leurs relations familiales et de la culture religieuse. En cas de difficultés, la personne ne sait plus à qui s'adresser pour demander conseil ou tout simplement pour se livrer.(24) Le médecin généraliste reste présent dans la vie du patient. Cette présence humaine représente un

---

<sup>8</sup> DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

des aspects fondamentaux de l'aide que le médecin généraliste peut apporter à son patient, comme l'a mentionné Galam.(20)

Aussi, le médecin généraliste a une place particulière aux yeux du patient, que n'ont pas les autres médecins. Il a un rôle central d'interlocuteur ouvert à la fois sur le médical et sur la vie.(20) Il est le spécialiste centré sur l'ensemble de la personne et sur ses problèmes. Il connaît son patient, son contexte familial, socioprofessionnel et culturel, ce qui lui permet une approche et une prise en charge globale et personnalisée.(21)

Il suit son patient pendant plusieurs années et une relation de confiance entre patient et médecin généraliste se construit. Cette confiance du patient envers son généraliste se retrouve dans une étude de 2010 où 85 % des français se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur médecin généraliste.(21) De même, les patients sont fidèles à leur médecin généraliste. Un sondage Ipsos® de 2007 montrait que 52 % des patients n'avaient pas changé de médecin depuis 6 ans, et qu'ils sont 37 % à avoir le même médecin depuis plus de 10 ans.(2)

Le médecin généraliste peut être amené à prendre en charge plusieurs générations. Cette relation intergénérationnelle qui dure dans le temps est retrouvée dans la littérature et met en avant le fait que le médecin accompagne parfois son patient de la naissance à la mort, dans tous les grands moments de sa vie.(18) Aujourd'hui, il reste encore le médecin de famille et plusieurs des médecins interrogés préfèrent utiliser ce terme.

Les médecins nous ont confié qu'avec le temps, ils se créent des liens, parfois affectifs, entre eux et leurs patients qu'ils le veulent ou non. Ils se sentent de plus en plus impliqués dans la vie de leur patient et sont affectés quand il arrive un drame dans une famille.(24)

Enfin, une partie essentielle du métier de médecin généraliste n'est pas médicale au sens technique du terme, mais repose sur les qualités humaines du médecin. Certains médecins se sont demandés s'ils avaient "une autre fonction que d'accompagner dans un climat agréable" (FG1, D). Le médecin généraliste écoute, conseille, rassure, discute, explique et encourage son patient avec empathie. Ces qualités correspondent totalement à l'exercice de la médecine générale.(25) Les généralistes interrogés pensent que c'est

un aspect important du métier et que l'expérience de vie a autant d'importance que l'expérience professionnelle dans ce cadre.

Lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique, handicapante ou grave, le médecin généraliste accompagne le patient et sa famille tout au long du parcours et "on s'apprivoise avec cette maladie l'un et l'autre." (FG3, V) Actuellement, aucune étude n'a démontré la supériorité d'une prise en charge en accès direct par un spécialiste ou une structure spécialisée ayant un programme adapté à la maladie chronique.(4)

Pour finir, les médecins interrogés nous ont confié que le "dernier recours c'est celui qui a foi dans son patient" (FG3, Y) et c'est "celui qui y croit encore quand plus personne n'y croit" (FG3, X). Cette humanité du médecin généraliste renforce sa position de dernier recours. En effet, la consultation de médecine générale est avant tout une rencontre humaine entre un médecin et un patient au cours de laquelle science et humanité s'entremêlent.(20)

### C. Le vécu

Le vécu des situations de dernier recours par les médecins généralistes interrogés est négatif pour la majeure partie. Ils trouvent que c'est un rôle difficile, pesant et lourd à porter. Certains médecins généralistes ont même décrit un sentiment de colère principalement lorsqu'ils ont l'impression de devoir pallier des insuffisances du système de santé, tels que les rendez vous tardifs chez les spécialistes.(26)

Pour d'autres, le dernier recours est angoissant et ils se sentent acculés voire pris au piège dans ces situations.

Ils reconnaissent que leurs difficultés sont en grande partie liées à l'isolement ressenti dans ces situations, qui les oblige à assumer seuls les responsabilités. Selon Sarradon-Eck, il existe, chez les généralistes, un sentiment partagé de devoir « faire face » et de se débrouiller seul pour être un « bon professionnel », bien que ce comportement soit source de doutes quotidiens engendrés par la prise de décision solitaire.(26) Les médecins généralistes ont peur de commettre des erreurs et le manque de communication avec les autres professionnels de santé empêche leur réassurance.

Dans ce rôle difficile de dernier recours, les médecins sont également confrontés à leurs limites. Celles-ci sont d'ordre professionnel et correspondent à des situations habituelles



de mise en échec du médecin généraliste.(26) C'est par exemple lorsqu'ils reçoivent un patient pour qui les symptômes persistent et qu'aucun traitement ne soulage, quand ils sont mis en échec par l'absence de diagnostic ou bien encore avec les patients souffrant de pathologies psychiatriques, comme nous l'ont rapporté les médecins de l'étude.

Les situations peuvent aussi être liées au patient lui même qui fonctionne selon un modèle divergent de celui du médecin, s'éloignant de son image du patient « idéal » pour le médecin.(26) Ils peuvent par exemple estimer mieux se connaître que le médecin, ou être très demandeurs d'explications, ou avoir recours à des soins auxquels le médecin n'accorde que peu de crédit. Ce type de patient a été identifié dans la littérature sous le terme de « heartsink patient », sans équivalent français. Ce terme correspond au « nœud que fait votre estomac lorsque vous voyez le nom du patient sur l'agenda du jour ».(27) Le médecin généraliste doit alors adopter une attitude de plus grande écoute et d'empathie afin de poursuivre une prise en charge de qualité.(27) Ainsi, il peut être difficile pour certains médecins d'être face à ce genre de patients qui exigent une grande faculté d'adaptation de leur part.

Les médecins sont parfois à bout à cause de l'empilement des difficultés personnelles et professionnelles pour lesquelles ils ne trouvent pas de solution. Ce qui les conduit parfois à une souffrance psychique importante, au burn out voire au suicide. Une étude de la DREES sur la santé physique et psychique des médecins généralistes met en évidence que 19 % des médecins femmes et 10 % des médecins hommes sont en détresse psychologique.(28) Une étude menée en 2007 sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens retrouve que 60,8 % des médecins généralistes déclarent être menacés par le burn out, dans le sens où ils présentent au moins une des trois composantes atteintes (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel bas).(29) Le burn out est corrélé à la charge de travail et surtout à la relation avec les patients pouvant être exigeante et difficile émotionnellement(30) voire vécue comme inégale par les praticiens.(31)

On le sait, les médecins généralistes sont exposés au suicide avec une incidence annuelle de 14% alors qu'il n'est que de 5,6% dans la population générale. Ce taux de suicide des médecins généralistes est également plus élevé que celui d'autres professions de statut équivalent.(32)

Les médecins interrogés ont donné des exemples de confrères ayant démissionné car ils n'en pouvaient plus. On retrouve effectivement dans la littérature que 30% des médecins en souffrance changeraient de profession s'ils en avaient la possibilité.(32)

Afin de ne pas se retrouver dans ces situations extrêmes, les médecins ont évoqué leur besoin de soutien et la nécessité de recréer du lien autour du patient et d'eux-mêmes en dernier recours, d'autant qu'un « médecin en souffrance ne peut pas être un bon soignant. »(33)

Il existe différents moyens d'adaptation pouvant être mis en œuvre par les médecins, tant sur le plan professionnel que personnel. Ces mécanismes d'adaptation du médecin pour gérer une situations source de souffrance ont été qualifié par Lazarus de « coping » et correspondent à « l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'évènement afin de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. »(34)

Les médecins interrogés nous ont expliqué les différentes adaptations possibles dans leur mode de fonctionnement.

« Pour ne pas se laisser "bouffer" par le métier, les médecins généralistes mettent en place des défenses professionnelles qui leur sont propres ».(18) Certains mettent des barrières en utilisant un secrétariat pour répondre au patient en premier (actuellement, la moitié des généralistes en ont un)(35), ou en ne créant pas de liens voire en refusant certains patients.

D'autres acquièrent des compétences supplémentaires par le biais de diplôme universitaire reconnu par l'Ordre des médecins ou de façon plus informelle par la formation continue. En 2014, 25,4 % des médecins généralistes ont un ou plusieurs diplômes universitaires.(14) Ceci leur permet d'exercer la médecine avec une orientation particulière et de sélectionner une certaine patientèle. Ces compétences soulignent l'intérêt pour ces médecins de faire évoluer leur pratique au cours de leur carrière car elles sont connues pour contribuer à l'enrichissement de leur activité (35)

A l'unanimité, ils valorisent le travail en équipe, plutôt qu'en solo, comme l'a déjà montré Pennec.(36) Lors de l'installation, ou lors de changement en cours de carrière, ils ont désiré s'associer et travailler en groupe car le cabinet de groupe peut permettre aux médecins généralistes de partager les décisions et de se rassurer.(26) C'est également

un moyen de mettre des limites à leur disponibilité, en leur permettant de s'absenter et d'avoir du temps à but personnel, tout en assurant la continuité des soins.(18)

Nous constatons qu'ils ont également la possibilité de faire appel à leur réseau informel composé des autres professions de santé (médecins spécialistes libéraux, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, psychologues..). Ce sont les professionnels avec qui ils ont choisi de travailler et avec lesquels ils nouent une relation privilégiée de confiance.(26) Ils construisent ainsi une identité professionnelle commune permettant aux médecins le partage des décisions et la délégation de certaines tâches.(35)

Dans le choix de ces partenaires professionnels interviennent leurs compétences, leur proximité géographique mais aussi les affinités. Ainsi les médecins interrogés ont employé différents mots pour qualifier les médecins à qui ils adressent les patients. Les termes "confrères", "associés" ou "collègues" ont été utilisés mais aussi un mot plus familier comme "copains" est apparu. Cela souligne l'importance pour les médecins généralistes d'identifier leur propre réseau de professionnels de santé sur lequel ils peuvent s'appuyer et de l'entretenir tout au long de leur carrière.(36)

Dans l'objectif de ne pas rester seuls avec le patient et sa problématique, les médecins font aussi appel à des structures de soins. Ils en réfèrent parfois aux spécialistes d'organes hospitaliers ainsi qu'aux centres hospitaliers via les urgences ou en accès direct à un service spécialisé. C'est parfois leur dernier recours à eux.(19)

Ils ont également recours à toutes sortes de réseaux que ce soit des réseaux de soins, des réseaux sociaux, juridiques ou associatifs. Les généralistes apprécient le travail en coordination et le soutien que cela leur apporte.(2)

Parfois, lorsqu'il souhaite palier à un dysfonctionnement du système de santé et améliorer la prise en charge des patients, c'est le médecin lui-même qui est à l'origine du réseau. (2)

Les médecins généralistes ont souligné la nécessité pour leur équilibre de communiquer, d'échanger, de partager.(36)

En premier lieu, ils communiquent avec d'autres médecins généralistes, associés ou non, avec lesquels ils partagent des valeurs communes. Ces échanges permettent aux médecins généralistes d'exprimer leurs ressentis mais aussi de se rassurer sur les décisions prises.(26)

Certains médecins sont devenus maîtres de stage.(21) Ils reconnaissent que ce double regard et les échanges avec l'étudiant en médecine les aident parfois à prendre des décisions et aussi à partager leurs affects avec lui.

L'appartenance à un groupe de parole, que ce soit un groupe de pairs ou un groupe Balint(37), a également été rapporté comme un excellent moyen de partager leurs expériences. Ces groupes de parole permettent d'exprimer leurs difficultés médicales et relationnelles avec le patient sans être jugés. De plus l'expérience de chaque soignant peut profiter aux autres et la seule façon de la transmettre est de pouvoir l'exprimer.

Ils ont aussi évoqué l'association MOTS, initiée par les conseils de l'ordre des Médecins de Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, comme possibilité pour partager leurs difficultés.(38) Elle s'occupe des médecins en souffrance pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Par ailleurs leurs piliers personnels tiennent une place privilégiée, puisqu'ils se confient parfois à leurs proches après leur journée de travail. De façon plus anecdotique, certains ont recours à la spiritualité.

L'ensemble des personnes ressources mises en évidence par notre travail ont des caractéristiques communes avec celles d'autres études. Elles proviennent du milieu médical ou de l'extérieur et elles sont essentielles au médecin pour son exercice (35) car elles lui permettent d'exprimer ses affects et d'être soutenu moralement.(39)

Les médecins se sont enrichis des nombreuses expériences vécues tant sur le plan personnel que professionnel. Ils ont appris de leurs erreurs et ils tentent aujourd'hui de ne pas les reproduire. Ils ont fait évoluer leurs pratiques, et leur parcours de vie personnel les a également enrichis. Ils se sentent aujourd'hui plus à même d'assumer des situations complexes et difficiles de dernier recours. Ces médecins apprécient de partager leur expérience, avec les internes et avec leurs confrères. Cette évolution est possible par la communication entre les médecins généralistes et leurs personnes ressources car l'expérience ne s'apprend pas dans les livres.

Face aux difficultés ressenties par les médecins généralistes en situation de dernier recours, il est important pour ces derniers d'avoir de solides piliers personnels et

professionnels et d'identifier leurs réseaux de professionnels médicaux, paramédicaux et associatifs afin de créer une passerelle vers une nouvelle boucle de recours.

Quand ces conditions sont réunies, et bien que ce soit difficile pour eux, ils acceptent cette part du métier et s'y investissent, allant jusqu'à dire que c'est passionnant et source de plaisir. Ils ont parfois de belles surprises en dernier recours, ce qui les rend heureux.

Ils sont valorisés dans leur rôle lorsqu'ils réussissent le challenge de recréer du lien, et d'activer une dynamique autour du patient afin de n'être qu'un dernier recours intermédiaire.

Ils émettent tout de même une réserve : ils ne veulent pas brandir l'étendard du dernier recours car c'est un rôle inconfortable pour eux, demandant de l'énergie et dont ils tentent de s'extraire au maximum.

En conclusion, bien que le terme « dernier recours » ait créé une certaine incompréhension auprès des médecins interrogés, ils se sont tous reconnus dans des situations vécues au quotidien. Notre travail a mis en évidence une réalité du métier de médecin généraliste difficile à exprimer, ce qui peut expliquer l'absence de ressources bibliographiques.

Nous avons constaté que tous les médecins, quels que soient leur lieu et leur mode d'exercice, identifient les mêmes caractéristiques du dernier recours bien que chacun le définisse en fonction de son investissement personnel, de ses propres compétences et expériences.

Les médecins généralistes ont pris conscience de ce rôle et ont pu verbaliser leurs ressentis.

Pour faire face aux situations difficiles, et comme on le retrouve dans la littérature, ils ont souligné l'importance de recréer du lien, d'identifier son propre réseau de personnes ressources médicales ou non et de partager son expérience.

Ainsi, on peut espérer qu'à l'avenir l'identification de situations identiques soit plus aisée pour les médecins et qu'ils puissent réagir en conséquence afin de ne pas être en souffrance.

## CONCLUSION

La définition de la médecine générale est en constante évolution, la relation humaine entre le médecin et son patient restant difficile à cerner. L'étendue du champ d'action du médecin généraliste est vaste et bien qu'il soit un professionnel du premier recours, ne serait-il pas aussi concerné par le "dernier recours" ?

L'objectif de notre travail était de définir le concept de dernier recours en médecine générale et le vécu qu'en ont les médecins généralistes.

Nous avons réalisé une étude qualitative, ce qui nous a permis de recueillir un grand nombre de données, riches et nuancées, allant de la simple description de situations au ressenti intime. Trois focus groups, réalisés auprès de médecins généralistes dans la région de Midi-Pyrénées, ont été combinés à deux entretiens individuels semi directifs afin de diversifier les techniques de recueil et notre échantillonnage.

L'originalité de ce travail repose sur la question de recherche ainsi que l'absence d'étude similaire en France.

Notre étude a mis en évidence une réalité du métier des médecins généralistes, difficile à évoquer pour eux. Même si le terme "dernier recours" a créé une certaine surprise et n'a pas été compris par l'ensemble des participants, la part du métier qu'il représente a été reconnue par tous.

Chaque médecin définit le dernier recours en fonction de sa pratique influencée par ses compétences, ses expériences et son investissement. Cependant les médecins généralistes interrogés ont identifié les mêmes situations de dernier recours quel que soit leur lieu d'exercice.

Notre travail leur a permis de mettre des mots sur ces situations : elles n'ont pas de cadre établi, les médecins sont isolés avec le patient et manquent de soutien. Ils peuvent se retrouver dans l'impasse et face à leurs limites, ce qui est difficile à vivre pour eux.

Tout l'enjeu pour les médecins généralistes va être de se mettre dans une dynamique pour recréer des liens professionnels aussi bien dans le domaine de la santé que du social. Ils valorisent alors la communication et le partage de leurs expériences pour

surmonter leurs affects. Il est indispensable que les médecins généralistes disposent de piliers personnels sur lesquels s'appuyer.

Ces attitudes d'adaptation, de meilleure communication et de valorisation du travail en équipe sont communes aux situations compliquées à gérer en médecine générale. La communication et l'évolution constante des pratiques des médecins sont essentielles à l'exercice de la médecine générale et tout particulièrement en situation de dernier recours, pour recréer une passerelle vers une nouvelle boucle de recours.

Identifier cette face méconnue du métier va permettre aux médecins généralistes de mieux analyser certaines situations et surtout d'avoir des ressources pour éviter une trop grande souffrance.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la santé et des sports. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 14
2. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice] 199p. : Médecine générale : Paris, UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013; n° 2013PA06G034
3. Les soins de santé primaires [Rapport de Conférence]. 6-12sept 1978; Alma-Ata (URSS): Organisation Mondiale de la Santé
4. Vallée J-P., Drahi E., Le Noc Y. Médecine générale de quels experts avons-nous besoin ? Première partie : les soins primaires sont-ils aujourd'hui domaine d'expertise ?, Médecine, 2008, n°1, vol 4
5. Allen J, Heyrman J., Définition européenne de la médecine générale-médecine de famille; 52p. WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille); 2002  
Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org>
6. Maruani G. Le généraliste singulier. Réflexion sur la partie et le tout. Projections La Santé Au Futur, 1991, n°5-6, p73-78
7. MG France - Le référentiel métier du médecin généraliste [Internet]. [cité 20 août 2013]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/content/view/747/1280/>
8. Rueff-Cacitti K, Steiner A-S, Sacroug T, Bovier PA. Back pain in primary care: a changing paradigm over time, Rev Médicale Suisse. 26 sept 2007; n°126, vol. 3, p2152-2156.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al, Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008, n°84, Vol.19, p142-145
10. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. Exercer, 2011, n°98, vol. 22 : p129-135.
11. Fenneteau H. Enquête: entretien et questionnaire, 128p (2ème édition). Dunod.



2007.

12. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*, 2009, n°87, vol.9 : p 74-79

13. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Médicale Assur Mal*. 2001; n°2, vol.32 : p117-121.

14. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013 (Rapport)

Disponible sur : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

15. Définitions : dernier, dernière - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr>

16. Définitions : ultime - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr>

17. Lecomte Y. Impasse thérapeutique. *Santé Mentale Au Québec*. 2010; n°2, Vol. 35 : p7.

18. Sarradon-Eck A. Chapitre 5 : Voyages en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. Bloy G et SchweyerF-X, Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. 423p; EHSP. 2010. p. 99-115 .

19. Haxaire C, Genest P, Bail P. Chapitre 7 : Pratique et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. Bloy G et SchweyerF-X, Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. 423p. EHSP. 2010. p. 133-146.

20. Galam E. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. 202p., Autrement. 1996.

21. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste « médecin traitant »; Fondation April; 2010 sept

22. IFOP. L'observatoire de l'accès aux soins: enquête auprès des Français et des professionnels de santé. 2011 oct., Rapport n°19743.

23. Barlet M, Collin C, Bigard M. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime

pas toujours avec accessibilité. DRESS; 2012 oct. Rapport n°817.

24. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 418p, Payot. 1996.
25. Bloy G. Chapitre 10: Identité de la médecine générale au prisme des consultations simulées. in Bloy G et SchweyerF-X, Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. 423p; EHSP. 2010. p. 189-203
26. Sarradon-Eck A. Chapitre 14: Qui mieux que nous? les ambivalences du « généraliste pivot » du système de soins. in Bloy G et SchweyerF-X, Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. 423p, EHSP. 2010. p. 253-270
27. Moscrop A. « Heartsink » patients in general practice: a defining paper, its impact, and psychodynamic potential. Br J Gen Pract. mai 2011; n°586, vol. 61: p346-348.
28. Despres P, Lemery B, Aubry C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2010 juin. Rapport n°731.
29. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. Union Régionale des médecins libéraux Ile de France; 2007 juin.  
Disponible sur : [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070723.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf)
30. Cathébras P, Begon A, Laporte S, et al. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La presse médicale. mars 2008, n°22, vol.33 : p1569-1574
31. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009; n°6, vol. 167 : p422-428.
32. Galam É. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine. 1 déc 2007; n°10, vol.3 : p474-477.
33. Galam É. Burn out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine. 1 janv 2008; n°1, vol.4 : p43-46.
34. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. Eur J Personal. sept 1987; n°3, vol.1 : p141-169.

35. Schweyer F-X. Chapitre 3 : L'activité médicale des généralistes. in Bloy G et SchweyerF-X, Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. 423p, EHSP. 2010. p. 55-74
36. Pennec S. Chapitre 11: La médecine générale, une profession « consultante » entre profession savante et prestations de services. in Bloy G et SchweyerF-X, Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. 423p, EHSP. 2010. p. 207-220
37. - Société Médicale Balint France [Internet]. [cité 29 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.balint-smb-france.org/>
38. MOTS [Internet]. [cité 29 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.association-mots.org/>
39. Serresse L. Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. déc 2011; n°6, vol.10 : p286-291.

# ANNEXES

ANNEXE 1 : MAIL D'INFORMATION ENVOYE A TOUS LES PARTICIPANTS .....	67
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION LIBRE A NOTRE ETUDE .....	68
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL.....	69
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL .....	71
ANNEXE 5 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSES .....	74
ANNEXE 6 : CONTEXTES D'ENONCIATION.....	75
ANNEXE 7 : DETAILS DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS DE NOTRE ECHANTILLONNAGE .....	81

## **ANNEXE 1 : MAIL D'INFORMATION ENVOYE A TOUS LES PARTICIPANTS**

Bonsoir à tous,

Nous sommes deux internes Myriam Flageollet et Claudie Tissot et nous sollicitons votre aide dans le cadre de notre travail de thèse en médecine générale.

Pour cela nous souhaiterions vous réunir un soir de semaine pendant environ 2 heures afin de recueillir votre expérience de médecin généraliste.

Afin de ne pas biaiser notre étude nous ne pouvons pas vous dévoiler le sujet avant le soir de la réunion. Toutefois, soyez rassurés, il n'y a pas de compétences ou de connaissances particulières à avoir, en dehors de votre expérience de médecin généraliste.

L'objectif de cette réunion est de réaliser un focus group.

Qu'est-ce qu'un focus group ?

C'est un groupe composé de 6 à 12 personnes, où la parole est libre et où chacun peut s'exprimer librement.

Nous ne cherchons pas à obtenir un consensus, toutes les idées exprimées sont bonnes et il n'y a pas de jugement à porter entre participants du focus group.

Nous enregistrerons à l'aide de dictaphones le focus group afin de pouvoir le retranscrire en verbatim.

Tout ce qui sera dit le soir de la réunion sera utilisé uniquement dans le but de notre thèse et les données seront confidentielles et anonymes.

Dans l'attente de vous rencontrer lors de la réunion, nous vous remercions d'ore et déjà de l'intérêt que vous portez à notre travail de recherche.

Claudie Tissot & Myriam Flageollet

## **ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION LIBRE A NOTRE ETUDE**

Titre : La notion de dernier recours en médecine générale

Projet conjoint de Myriam Flageollet et Claudie Tissot internes de la Faculté de médecine de Rangueil pour leur travail de thèse d'exercice en vue d'obtenir le doctorat en médecine.

But de l'étude :

Il n'existe aucune étude portant sur ce sujet et pourtant en discutant avec des médecins généralistes, nous avons l'impression que cette notion est presciente. Aussi, nous souhaitons recueillir votre expérience et votre vécu d'éventuelles situations de dernier recours que vous avez pu rencontrer au cours de votre exercice de médecin généraliste.

Participation à l'étude :

La participation à l'étude demande votre participation au focus group de ce soir et vous permet de vous exprimer librement sur le sujet en interagissant avec les autres membres du groupe.

Avec votre accord, la réunion de ce soir sera enregistrée sur bande audio à l'aide d'un dictaphone. Le débat de ce soir sera retranscrit dans son intégralité en verbatim. Les bandes son seront détruites dans l'année suivant leur enregistrement.

Vous êtes entièrement libre de participer au débat de ce soir et vous pourrez vous retirer à tout moment sans avoir à fournir de raison ni à subir d'inconvénient ou de préjudice quelconque.

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis. Aucun risque ne sera lié à la participation à cette étude, d'autant plus que l'anonymat et la confidentialité seront assurés par les mesures suivantes :

- les noms des participants(es) et celui des établissements ne paraîtront sur aucun résultat, rapport ou note
- s'il doit arriver que l'information obtenue dans le cadre de la présente étude soit soumise à des analyses ultérieures, aucun nom réel ne sera utilisé sur les divers documents.

**Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude.**

Nom Prénom

Date et Signature

*Nous vous remercions sincèrement pour votre collaboration à notre travail de thèse.*

## ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

### FOCUS GROUP EXPLORATOIRE

- Accueil des participants avec gâteaux et boissons
- Présentation

Bonsoir,

Merci d'être venus ce soir.

Nous sommes Claudie et Myriam et nous vous avons réunis ce soir pour nous aider dans notre travail de thèse.

Nous savons que vous avez des emplois du temps chargés et nous tenons à vous remercier d'être venus ce soir.

Cette réunion durera de 1 h à 3 h en fonction de ce que vous nous direz.

Nous souhaitons explorer une nouvelle idée concernant l'exercice de la médecine générale dans le cadre de notre thèse et nous voulons savoir si elle fait écho à votre pratique

- Explications sur la réunion :
  - Nous allons réaliser ce soir ce que l'on appelle un focus group qui est l'équivalent d'un débat.
  - Les propos sont confidentiels et ne seront jamais cités nommément.
  - Claudie va animer la séance qui sera enregistrée par dictaphone et Myriam sera observatrice de la séance.
  - L'objectif de ce groupe n'est pas d'obtenir un consensus, nous souhaitons que chacun exprime ses idées et ce d'autant plus qu'elles sont divergentes des autres.
  - Nous vous demanderons de respecter quelques règles :
    - Libre expression
    - Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses
    - S'écouter les uns les autres, Ne pas se couper la parole
    - La parole est libre, sans auto censure, chacun s'exprime à tour de rôle sans avoir peur de répéter, infirmer ou confirmer les propos d'un autre.
    - Énoncer son prénom avant de prendre la parole afin de nous faciliter la retranscription
    - Demander la parole en faisant signe à l'animatrice

- Talon sociologique :

Merci de le remplir, ceci nous aidera à définir le profil du groupe, et il n'y aura que nous qui y aurons accès; nous vous rappelons que le débat est anonyme et qu'aucun propos ne sera cité nommément.

« Cette idée nouvelle, dont je vous ai parlé tout à l'heure, est le dernier recours en médecine générale »

- « Êtes vous d'accord pour commencer l'enregistrement ? »

- Tour de table pour se présenter : votre nom

« Merci de placer votre étiquette "nom" en évidence pour l'animateur »

- « **Selon vous, dans votre pratique de médecine générale, que vous évoque la notion de dernier recours ?** »

- Reformulation dans un 2e temps si personne ne se lance

« On parle souvent du 1er recours en médecine générale, comment vivez vous cette expérience de dernier recours ? »

- Relance, si vraiment le groupe ne dit rien :

Dans un article intitulé "Lombalgie et médecin généraliste: des soins de premier et de dernier recours" publié dans la revue médicale suisse il est dit que "Lorsque le patient lombalgique a épuisé les autres options thérapeutiques, le médecin généraliste redevient souvent son seul interlocuteur." » Qu'en pensez-vous ?

« Avez-vous des situations similaires dans votre pratique à nous faire partager ? »

- Si un des participants raconte une expérience de soins palliatifs, à la fin de son récit : « Nous avons bien entendu votre expérience/ point de vue et nous aimerions explorer d'autres pistes que celles des soins palliatifs dans notre recherche. »

« Est-ce que quelqu'un a une autre situation de dernier recours à nous proposer ? »

- A la fin :

« Est-ce que tout le monde s'est exprimé ? »

« Est-ce que quelqu'un veut ajouter quelque chose ? »



## ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

### GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Bonjour,

Merci de m'accorder de votre temps

je suis Claudie Tissot/ Myriam Flageollet, je fais une thèse qualitative sur une idée nouvelle concernant l'exercice de la médecine générale et j'aimerais avoir votre avis.

- Explications sur l'entretien

L'entretien est entièrement enregistré par un dictaphone.

Les propos sont confidentiels et ne seront jamais cités nommément.

Tous les propos seront retranscrits et analysés selon les méthodes de référence en recherche qualitative.

Je souhaite que vous vous exprimiez librement, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises idées.

« Cette idée nouvelle dont je vous ai parlé tout à l'heure est le dernier recours en médecine générale »

- Êtes-vous d'accord pour commencer l'enregistrement ?

- **« Selon vous, dans votre pratique de médecine générale, que vous évoque la notion de dernier recours ? »**

- Reformulation dans un 2<sup>e</sup> temps

« On parle souvent du 1<sup>er</sup> recours en médecine générale, mais pas souvent du dernier recours, pas souvent de ces situations où le médecin généraliste est en dernière ligne.

Que pouvez-vous nous en dire par rapport à votre pratique ? »

- *Restriction soins palliatifs :*

*Si l'interviewé raconte une expérience de soins palliatifs, à la fin de son récit :*

*« J'ai bien entendu votre expérience/ point de vue et j'aimerais explorer d'autres pistes que celles des soins palliatifs aujourd'hui.*

*Avez-vous une autre situation à proposer ? »*

- Relance :

Dans un article intitulé « Lombalgie et médecin généraliste: des soins de premier et de dernier recours » publiée dans la revue médicale suisse il est dit que « Lorsque le patient lombalgique a épuisé les autres options thérapeutiques, le médecin généraliste redevient souvent son seul interlocuteur. »

Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous des situations similaires dans votre pratique à nous faire partager ?

- Situations de dernier recours fournies par focus groups :
  - « Quand les patients viennent vous voir après avoir vu le spécialiste, comment gérez-vous? »  
quand l'hôpital vous les renvoie ?  
quand le patient vous demande votre avis ?
  - « Quelle est votre place quand les patients refusent d'aller voir quelqu'un d'autre ? »
  - « Quel est votre rôle par rapport aux patients vulnérables/les plus fragiles de la société ? »  
(les toxicomanes, les pauvres, les très vieux)
  - « Comment ça se passe en pratique quand des patients viennent consulter pour des motifs non médicaux ? » (problème de couple, histoires de famille)
  - « Quelle est votre expérience sur des situations non encadrées par la loi ? » (don d'ovocyte, désir d'enfant des couples homo)
  - « Dans quelles situations êtes vous le dernier recours des familles ? »
  - « Et avec les paramédicaux ? »
- Analyse de sa posture (au fur et à mesure si possible, sinon reprendre au moment des blancs)
  - « Dans cette situation (reprendre ce qu'il a dit) : comment vous êtes vous senti ? »  
(si ne sait pas quoi dire proposer : gêné, à l'aise ? seul, entouré ?)
  - « Comment définiriez vous votre rôle dans cette situation ? » (reprendre ce qu'il a dit)
  - « Comment gérez-vous ? »

Si blocage sur dernier recours comme un « instant T ultime » (sans notion de durée dans le temps) :

« Certains pensent que le dernier recours est ponctuel, d'autres le voient comme un recours intermédiaire et d'autres comme un recours qui dure dans le temps. Et vous ? »

- Si difficulté à faire la part des choses du dernier recours pour patients/ médecin  
« En tant que médecin généraliste comment envisagez-vous le dernier recours vis à vis de vos patients et aussi vis à vis de vous-même ? »
- Si soupirs, difficultés énoncées pour les aider à approfondir :  
« J'entends que ça peut devenir lourd, que c'est pesant... »  
« et comment vous faites dans ce cas là ? »

- Recherche de nouveaux termes :
  - « Nous on a choisi le terme de dernier recours pour ces situations (*s'appuyer sur une situation qu'il aura dit spontanément + pseudo synthèse*), on a l'impression que le terme est (*rebondir sur son 1er ressenti*), comment vous les qualifieriez, vous ? »
- A la fin : Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

## ANNEXE 5 : EXTRAIT DU TABLEAU D'ANALYSES

THEMES	SOUS THEMES	SOUS SOUS THEMES	CODES	verbatim	
vécu du DR	négaif	vécu moins glorieux	trouve le DR moins glorieux : on ne peut pas faire mieux	je retrouve un peu....pas faire mieux	P 2
vécu du DR	négaif	vécu non gratifiant	dans certaines situations le DR n'est pas gratifiant	mais dans certaines ... pas dans toutes	M 6
vécu du DR	vécu tres mal		en DR a parfois été très mal sur des situations où elle a dû prendre des décisions	Je sais que j'ai été très mal sur des situat	U 14
vécu du DR	vécu tres mal		quand il perçoit qu'il est en DR se sent très très mal (x2)	hum hum, comment je me sens dans ces	V 14
vécu du DR	mal vécu car difficile à résoudre quand jeune medecin		a mal vécu les situations de dernier recours au début car difficile à résoudre	moi je personnellement...difficile à résoudre	A 18
vécu du DR	pesant		le dernier recours est pesant	pk c'est pesant quand même; ben oui c'est B:A	12
vécu DR	lourd	assume le parcours	c'est lourd d'être le DR quand on assume le parcours de soins	euh ouais mais bon moi (tape sur la table	V 5
vécu DR	lourd	suivi au long cours	MG suit ses patients pendant longtemps et c'est lourd à porter	Quand tu as une pratique de 33ans, que t	V 5
vécu du DR	angoissant		préfère ne pas savoir qu'il est le DR du patient car c'est angoissant	C'est assez angoissant si on le sait. Moi j	W 31
vécu du DR	fait peur		pense que le DR fait peur	Le dernier recours je pense que ça fait pe	U 23
vécu du DR	impressionné		trouve impressionnant d'imaginer que des gens vont voir le MG parce qu'ils n'ont pas d'autre recours	Ca c'est impressionnant d'imaginer que t'	W 31
vécu du DR	ne le revendique pas		le MG ne va pas revendiquer être le médecin de DR	On va pas brandir l'étendard de dire on v	X 21
vécu du DR	ne se sent pas zorro à prendre toute la misère		en DR ne se sent pas le zorro de la médecine à prendre toute la misère sur ses épaules	Mais à l'évidence, moi je ne me sens pas	V 14
vécu du DR	médecine collégiale		serait inquiet pour le patient s'il se considérait comme le DR car la médecine se fait à plusieurs	Ca serait, ça m'inquiéterait d'ailleurs pour	W 21
vécu du DR	dangereux de se prendre pour zorro		pense que ce serait dangereux que le MG se positionne lui même à la place de DR	nous nous positionner comme vraiment le	W 21
vécu du DR	vécu nég		trouve que le médecin qui se dit de DR n'a pas froid aux yeux car DR est un grand mot	C'est un grand mot quand même dernier r	W 29
vécu du DR	isolement		MG sans supervision, iso	on n'a pas de supervision	D 42
vécu du DR	isolement	s'appuyer sur qq, qqch	en DR MG est un peu perdu et a besoin de s'appuyer sur qq ou quelques chose	donc on est un peu perdu...quelque chos	R 28
vécu du DR	isolement	isolement	MG travaille isolé dans son cabinet et est tout seul face aux patients	c'est le problème...seul face à nos patier	B 13
vécu du DR	isolement	épuisement lié à l'isolement	risque d'épuisement du médecin si est isolé pour prise en charge dans le dernier recours	si on est seul...de s'épuiser rapidement	B 13
vécu du DR	vécu isolé, démunil		se sent démunil et isolé en DR	je me retrouve un peu démunil ou isolé ouais	
vécu du DR	solitude	mauvais souvenir travail	ne garde pas un bon souvenir du travail seul en situation de dernier recours	moi je ne garde pas un bon souvenir en d	A 19
vécu du DR	solitude	vécu difficile qd seul	vécu difficile des situations de dernier recours quand on est seul	le vécu est difficile...situations de dernier	A 18
vécu du DR	solitude	isolement med G	isolement du MG (opposé à la pluralité de l'hôpital et des spécialistes) qui est à son cabinet	tout seul dans sa maison, à son cabinet.	B 1

## **ANNEXE 6 : CONTEXTES D'ENONCIATION**

### **A. Contexte d'énonciation du 1<sup>er</sup> groupe**

#### **1. Qui ?**

Le premier groupe était composé de neuf médecins, tous du même bassin de santé et de deux internes de médecine générale en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS).

Ils participent tous à la Formation Médicale Continue (FMC) locale et y invitent leurs internes.

Les deux internes avaient chacune au moins un de leur maître de stage autour de la table.

Cinq d'entre eux sont maîtres de stage, dont deux qui étaient ceux de Claudie pour le semestre en cours.

Cinq d'entre eux forment par ailleurs un groupe de pairs dans lequel ils réalisent de la FMC, des interventions de type Balint, des ateliers d'échange de pratique...

#### **2. Où ?**

Un médecin exerçant en maison de santé pluridisciplinaire, et étant le maître de stage de Claudie, a proposé spontanément sa salle de réunion pour la réalisation du groupe exploratoire.

Nous les avons accueillis autour d'un buffet, dans la salle de repos et le médecin "hôte" en a profité pour faire visiter la maison de santé.

Ensuite, nous sommes montés dans la salle de réunion et nous nous sommes installés autour d'une table ovale, dans un espace suffisamment grand pour que chacun ait une place.

Myriam (l'observatrice) était en retrait, dans l'angle de vision de Claudie (l'animatrice).

Nous les avons laissés s'installer comme ils le souhaitaient. Spontanément les plus âgés des médecins se sont regroupés par affinité et les plus jeunes se sont placés à côté de Claudie à l'exception d'une.

Trois médecins sont arrivés tardivement dont un pour lequel il a fallu faire patienter le groupe.

### 3. Comment ?

La dynamique de groupe a très bien fonctionné avec très peu d'interventions de Claudie. Ils se répondaient les uns les autres et respectaient l'avis et la parole de chacun.

Deux leaders sont apparus au fil de la discussion, peu gérables par Claudie du fait du placement. Ils ont un peu monopolisé la parole, gênant la prise de parole des plus jeunes et de médecins plus réservés. Ils ont d'ailleurs reconnu trop parler tous les deux pendant le focus group.

Toutefois chacun a pu s'exprimer, même un médecin moins intégré dans le groupe et qui avait des idées assez différentes des autres.

Les médecins se connaissaient suffisamment pour évoquer du vécu même quand celui-ci était douloureux.

La dynamique de groupe a évolué dans un deuxième temps vers un clivage jeunes/vieux avec un médecin se plaçant clairement comme maître de stage ayant dépassé ses problèmes et voulant transmettre son savoir, et les médecins expérimentés sollicitant l'avis des plus jeunes sur ce qu'ils venaient d'énoncer.

A la fin, ils étaient désireux de savoir s'ils avaient bien répondu et ce que nous avions trouvé en amont sur le sujet. Ils étaient contents de s'être ainsi interrogés sur un sujet qui n'allait pas de soi au départ.

## B. Contexte d'énonciation du 2<sup>e</sup> groupe

### 1. Qui ?

Neuf médecins ont composé le deuxième groupe afin de réaliser à proprement parler le premier focus group de notre thèse. Ils étaient tous issus du même bassin de santé.

Cinq d'entre eux sont maîtres de stage, dont un est un ancien maître de stage de Myriam.

Deux médecins font partie du département de médecine générale (DUMG) de Toulouse.

Ils participent tous à des FMC mais différentes.

### 2. Où ?

La réunion s'est tenue dans les locaux d'un groupe médical connu de tous mais aucun médecin de ce groupe n'a participé au focus group.

Nous étions dans une grande salle de réunion, avec une table rectangulaire et nous avons installé le buffet dans un coin de la salle pour les accueillir.

Pour ne pas avoir à nouveau un clivage jeunes/vieux, nous leur avons attribué une place autour de la table.

Myriam était en retrait à l'opposé de Claudie.

Nous avons commencé à l'heure.

### 3. Comment ?

La dynamique de groupe a été difficile à trouver.

Un leader prenant la place de l'animation s'est très vite dégagé, mais cette position étant attendue, Claudie a pu garder l'animation en main.

Un médecin a été réfractaire à l'idée d'emblée et a plutôt été un élément dissident pour la suite.

Un deuxième leader est apparu et a monopolisé l'attention, ce qui n'était pas attendu, il a été très difficile à Claudie de reprendre l'animation, d'autant plus qu'ils avaient tendance à parler à plusieurs. Ce leader a complètement inhibé les plus timides, notamment en portant un jugement sur ce qu'ils venaient de dire.

Ils ont très vite obtenu un consensus, bien qu'ils savaient que ce n'était pas l'objectif, et ont eu beaucoup de mal à réfléchir autrement après cela, bien qu'un médecin du groupe leur propose des pistes et malgré les nombreuses relances prévues par le guide d'entretien.

Ils étaient très en attente de nos relances, mais la plupart d'entre elles sont tombées rapidement à l'eau.

Les plus jeunes des médecins ont peu pris la parole, ils nous diront à posteriori qu'ils ne se sentaient pas suffisamment légitimes pour argumenter sur le sujet.

Peu de vécu a été recueilli pendant ce focus group, très certainement à la fois par la dynamique de groupe de qualité moyenne, et leur position campée dès le départ, mais peut être aussi par le manque de proximité autour de la table entre les participants.

A la fin, un certain malaise et agacement s'étaient installés car ils avaient l'impression de tourner en rond autour du consensus obtenu plus tôt.

Nous avons reçu un mail à posteriori du médecin ayant monopolisé la parole pour nous remercier de la soirée et de la richesse des échanges. Elle s'est dite très curieuse de lire notre travail.

## C. Contexte d'énonciation du 3<sup>e</sup> groupe

### 1. Qui ?

Six médecins ont participé au dernier groupe, initialement prévu à huit, deux d'entre eux ont eu un impératif de dernière minute et n'ont pas pu participer.

Quatre des médecins sont des maîtres de stage, dont un qui a été un maître de stage de Claudie et une autre qui a été la tutrice de Myriam. Ils appartiennent à trois bassins de santé différents.

Trois médecins sont très investis dans leur bassin de santé et sont engagés dans plusieurs associations et dans un syndicat.

Un médecin avait participé à des groupes Balint.

Cinq d'entre eux avaient déjà participé à un focus group.

### 2. Où ?

Nous étions dans la salle de réunion du groupe médical auquel appartiennent deux médecins présents à la réunion.

Nous les avons accueillis autour d'un buffet que nous avons dressé dans un coin de la salle.

La table de réunion était plutôt petite et a permis une bonne proximité du groupe.

Compte-tenu du petit nombre, nous les avons laissés se placer comme ils le souhaitent, même si initialement, nous avions envisagé un placement.

Nous avons attendu un participant pendant plus d'une heure, en effet il s'était trompé de date pour la réunion et c'est lui qui habitait le plus loin. Toutefois, il est venu de plein gré et a participé activement.

L'attente s'est faite dans la bonne humeur, les médecins échangeant entre eux sans regarder la montre. Nous avons donc commencé très en retard !

### 3. Comment ?

La dynamique de groupe a très bien fonctionné. Claudie est peu intervenue, seulement pour demander des précisions et les interroger sur leur vécu.

Il n'y a pas eu de leader, chacun a pu s'exprimer librement. Un médecin a un peu moins parlé mais son comportement non-verbal traduisait son accord et son adhésion à ce qu'il se disait.



Nous avons eu énormément de vécu; la configuration intimiste du groupe ainsi que leur proximité relationnelle ont certainement été des facteurs favorisants.

A la fin, ils étaient contents d'avoir participé car cela leur a permis d'envisager leurs exercices différemment. Ils ont pris le dessert sans se presser et en discutant de leur quotidien. Ils nous ont demandé de les tenir informer de notre travail.

## D. Contexte d'énonciation du 1<sup>er</sup> entretien individuel

### 1. Qui ?

Le médecin a été contacté par téléphone et a donné une réponse favorable en regardant son agenda directement. Il a aménagé une plage horaire à Claudie en fin de journée de consultation dans la semaine qui a suivi l'appel.

Il est maître de stage pour les externes.

### 2. Où ?

Il a reçu Claudie dans son bureau. Il a pris place dans son fauteuil, Claudie étant côté patient.

### 3. Comment ?

Claudie a eu un empêchement ce qui a retardé l'entretien d'1h30. Le choix a été laissé au médecin d'annuler et de reporter, mais grâce à sa secrétaire, il a pu remonter des consultations dans son agenda et être disponible à la fin de ses consultations pour recevoir Claudie.

Il ne l'a pas du tout fait sentir pendant l'entretien, l'a plutôt pris sous l'humour et s'est prêté très volontiers au jeu de l'entretien.

Dégagé de sa journée, nous n'avons pas été interrompus (hormis un appel sur son portable auquel il n'a pas répondu) et il n'a pas regardé sa montre de tout l'entretien.

Les échanges ont été riches et il a pris le temps de la réflexion avant de parler. Aller chercher du vécu n'était pas facile, mais il s'est un peu confié perdant même le fil de la question au moment le plus délicat...

Toutes les relances du guide d'entretien ont été utilisées et ont eu un bon accueil de sa part.

A la fin, il était satisfait des idées énoncées et a clôturé de lui-même en disant qu'il n'avait plus rien à ajouter.

## E. Contexte d'énonciation du 2<sup>e</sup> entretien individuel

### 1. Qui ?

Il s'agit d'un médecin que Myriam avait remplacé il y a quelques mois. Il a été contacté par téléphone et a répondu favorablement à l'invitation. Les vacances de ce dernier ont repoussé l'entretien de quelques semaines. Il n'est pas maître de stage

### 2. Où ?

Il a reçu Myriam à son domicile lors de son jour de repos. L'entretien s'est déroulé dans son salon, nous étions installés dans son canapé autour d'un café et de gâteaux secs que Myriam avait amenés.

### 3. Comment ?

La veille de l'entretien, il a contacté Myriam pour décaler l'horaire de rendez vous.

Myriam a été très bien accueillie, il n'y avait personne d'autre au domicile. Il a été de suite à l'aise en ayant tendance à tutoyer Myriam. Il a beaucoup parlé et Myriam a eu même quelques difficultés pour poser ces questions. Cependant toutes les questions du guide d'entretien ont été posées. Il s'est exprimé librement et à même fait de l'humour sur ce point à la fin de l'entretien.

Il s'est impliqué personnellement lors de l'entretien, en employant souvent la première personne du singulier.

L'entretien s'est achevé lorsqu'il n'avait plus rien à ajouter.

Il a demandé à Myriam de le tenir informer des résultats de la thèse.

**ANNEXE 7 : DETAILS DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS DE  
NOTRE ECHANTILLONNAGE**

Figure 1 : Répartition des médecins en fonction de l'âge et du genre

Age	Hommes	Femmes	Total
26 à 29 ans	1	3	4
30 à 39 ans	1	4	5
40 à 49 ans	5	2	7
50 à 59 ans	6	2	8
60 à 64 ans	4	0	4
Total	17	11	28

Figure 2 : Modes d'exercice des médecins de l'échantillon

Mode d'exercice	Nombre de médecins
Cabinet seul	2*
En association avec d'autres médecins généralistes	7
En association avec des médecins généralistes et des paramédicaux	16
En maison de santé pluri disciplinaire	3
Total	28

\* un médecin est associé avec des paramédicaux et un médecin est en prospection pour s'associer

Figure 3 : Répartition des médecins en fonction de leur temps d'installation

Temps d'installation	Nombre de médecins
Non installé	3*
0 à 5 ans	5
6 à 15 ans	7
16 à 25 ans	7
26 à 35 ans	6
Total	28

\* dont les 2 internes et un médecin en collaboration depuis 3 mois

Figure 4 : Orientation professionnelle et obtention de diplômes reconnus par l'Ordre des médecins, déclarées par les médecins interrogés

	Avec diplôme reconnu	Sans diplôme reconnu	Total
Orientation professionnelle	15	2*	17*
Pas d'orientation professionnelle	6	5	11
Total	21	7	28

\*dont 2 internes

Listes des orientations professionnelles déclarées :

Médecine du sport (6)	Réseau trouble des apprentissages
Soins palliatifs (4)	Hydrologie
Pédiatrie (3)	Ostéopathie
Gynécologie (2)	Médecine humanitaire et de catastrophe
Gérontologie/ Gériatrie (2)	Traitements substitutifs aux opiacés
Mésothérapie (2)	Médecin pompier
Acupuncture	Addictologie
Homéopathie	Médecine sociale
Médecin de crèche	

Listes des diplômes déclarés par les médecins et reconnus par l'ordre des médecins :

Maîtrise de stage (7)	Education thérapeutique
Soins palliatifs (6)	Médecine hyperbare
Médecine et biologie du sport (4)	Antibiotique
Gérontologie/Gériatrie (3)	Pathologie exotique
Douleur chronique	Médecine agréée
Direction de thèse	Expertise médicale
Addictologie	Médecine pénitentiaire
Alcoologie	Médecine d'urgence en montagne
Podologie du sport	Urgences pédiatriques
Hydrologie	Urgence traumatologique
HTA	

## **Le dernier recours : une face méconnue de l'exercice de la médecine générale**

Toulouse, le 29 Octobre 2014

---

Introduction : L'étendue du champ d'action du médecin généraliste est vaste et bien qu'il soit un professionnel du premier recours, ne serait-il pas aussi concerné par le "dernier recours" ? Notre objectif est de définir le concept de dernier recours (DR) en médecine générale et le vécu qu'en ont les médecins généralistes (MG).

Méthode : Etude qualitative auprès de MG de Midi-Pyrénées, réalisation de 3 focus groups et de 2 entretiens individuels semi-dirigés de janvier à août 2014.

Résultats : Les MG se sont reconnus dans le DR quel que soit leur mode et leur lieu d'exercice. Ils l'identifient dans des situations où ils sont seuls, sans soutien et où il n'existe pas de prise en charge définie. Parfois, le DR est lié à un mode de fonctionnement : il n'y a que le MG disponible à ce moment pour répondre à la question du patient. A d'autres moments, ils pensent que les patients les choisissent en DR pour leur disponibilité, leurs connaissances de leur milieu de vie, la relation de confiance centrée sur l'humain. Les MG vivent difficilement ces situations qui les mettent en échec et face à leurs limites. Ils n'ont pas envie de revendiquer ce rôle et cherchent par tous les moyens à en sortir. Ils font appel à leurs réseaux professionnels informels en priorité et ils valorisent le travail en équipe pour le partage des décisions et des compétences qu'ils leur offrent. La parole et l'échange sont leurs moyens préférentiels pour exprimer leurs affects et partager leurs expériences. Leurs ressources professionnelles et personnelles sont des piliers indispensables aux MG pour affronter les situations de DR. Quand les médecins réussissent à recréer du lien autour du patient en situation de DR, ils sont alors heureux de faire ce métier.

Conclusion : Le dernier recours correspond à une réalité du métier de médecin généraliste, difficile à exprimer. Mettre des mots sur ces situations peut permettre aux MG de les identifier et de diminuer leur mal-être.

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

**Mots-Clés** : médecin généraliste, dernier recours, conditions d'exercice, relation médecin patient, attitudes d'adaptation, réseau

---

**Directeur de thèse** : Dr ESCOURROU Brigitte

---

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