



HAL
open science

Les médecins généralistes vus par leurs confrères spécialistes : quelles représentations ?

Bénédicte Michel

► **To cite this version:**

Bénédicte Michel. Les médecins généralistes vus par leurs confrères spécialistes : quelles représentations ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02555951

HAL Id: dumas-02555951

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02555951>

Submitted on 27 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Bénédicte Michel

Née le 1^{er} mars 1992 à Rennes

**Les médecins
généralistes vus par
leurs confrères
spécialistes : quelles
représentations ?**

**Thèse soutenue à Rennes
le 7 mars 2019**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

Professeur - Service de Médecine Interne- CHU de
Rennes/*Président*

Matthieu REVEST

Professeur - Service de maladies infectieuses,
maladies tropicales - CHU de Rennes / *Assesseur*

Didier MYHIE

Professeur - Médecine générale - Rennes/
Assesseur

Docteur Jean-Philippe DUGUEY

Médecin généraliste - Saint-Malo / *Directeur de
thèse*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Bénédicte Michel

Née le 1^{er} mars 1992 à Rennes

**Les médecins
généralistes vus par
leurs confrères
spécialistes : quelles
représentations ?**

**Thèse soutenue à Rennes
le 7 mars 2019**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

Professeur - Service de Médecine Interne - CHU de
Rennes/*Président*

Matthieu REVEST

Professeur - Service de maladies infectieuses,
maladies tropicales - CHU de Rennes / *Assesseur*

Didier MYHIE

Professeur - Médecine générale - Rennes /
Assesseur

Docteur Jean-Philippe DUGUEY

Médecin généraliste - Saint-Malo / *Directeur de
thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

<u>Nom Prénom</u>	<u>Sous-section CNU</u>
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Éric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques (PU en surnombre)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick (PU Émérite)	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François (PU Émérite)	Gastro-entérologie ;hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre (PU Émérite)	Gastro-entérologie ;hépatologie ; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard (PU Émérite)	Rhumatologie

CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude (PU Émérite)	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves (PU en surnombre + Consultanat)	Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire

GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude (PU Émérite)	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastro-entérologie ;hépatologie ; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
HUSSON Jean-Louis (PU Émérite)	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis (PU Émérite)	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie ; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick (PU en surnombre + Consultanat)	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation ; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain (PU Émérite)	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick (PUEmérite)	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MENER Éric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian (PU en surnombre)	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIÉ Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie ; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation ; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VIGNEAU Cécile

Néphrologie

VIOLAS Philippe

Chirurgie infantile

WATIER Éric

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
;brûlologie

WODEY Éric

Anesthésiologie-réanimation ; médecine
d'urgence

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

<u>Nom Prénom</u>	<u>Sous-section CNU</u>
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie ; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBault	Hématologie ; transfusion

GUILLET Benoît	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie ; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
RENAUT Pierric (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO, en présidant ce jury vous me faites un grand honneur. Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Matthieu Revest, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous en témoigne une profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Didier Myhie, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous y portez.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe Duguey, je te remercie pour ta confiance et ton implication comme maître de stage et comme directeur de thèse. J'ai aimé travailler avec toi.

Aux médecins qui ont accepté de répondre à cette étude, je vous remercie pour le temps consacré aux entretiens, pour votre sympathie et vos encouragements.

A mes patients, pour l'infinie richesse des relations passées et à venir.

A mes parents, pour le soutien inconditionnel dont ils ont fait preuve pendant toutes ces années, et pour leur amour si précieux.

A Florence, pour cette amitié de tous les instants.

A tous ceux que j'aime et qui se reconnaîtront.

Table des matières

INTRODUCTION	13
METHODE	14
POPULATION DE L'ETUDE	14
COLLECTE DES DONNEES.....	14
ANALYSE DES DONNEES	15
RESULTATS	16
POPULATION DE L'ETUDE	16
LES CONTACTS ENTRE MEDECINS	17
LE TRAVAIL DU MEDECIN GENERALISTE : ASPECTS PRATIQUES.....	18
L'OPINION QU'ONT LES SPECIALISTES SUR LES GENERALISTES.....	21
UN DESIR DE DEVELOPPER LA COLLABORATION	23
UNE DICHOTOMIE QUI N'A PAS LIEU D'ETRE	24
DISCUSSION.....	26
INTERETS ET LIMITES	26
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE.....	29
ANNEXES.....	32
GUIDE D'ENTRETIEN	32

Introduction

En janvier 2018, le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) et 110 279 médecins spécialistes médicaux (autres que médecins généralistes) et chirurgicaux en activité régulière (1).

Les études de médecine comprennent actuellement un socle commun de six années à l'issue duquel les parcours divergent entre généralistes et autres spécialistes. Cette divergence s'est considérablement réduite depuis la Loi n° 2002-73 de modernisation sociale (2) qui a hissé la médecine générale au rang de spécialité, avec la création d'un internat de médecine générale d'une durée de trois ans (contre quatre années au minimum pour les autres spécialités). Les premiers titulaires d'un diplôme d'études spécialisées en médecine générale ont été diplômés en 2007. En ce qui concerne les médecins généralistes formés avant cette réforme, non titulaires du DES de médecine générale, ils ont pu, grâce au décret du 19 mars 2004 et à l'arrêté du 30 juin 2004 solliciter la qualification de médecin spécialiste en médecine générale (3).

Aucune étude à ce jour n'a recueilli la perception des médecins spécialistes sur leurs confrères généralistes. Alors qu'ils sont amenés à travailler constamment ensemble, il nous a semblé intéressant de décrypter l'image que renvoie la profession de médecin généraliste aux autres membres du corps médical.

Le postulat à l'origine de cette étude était que les médecins généralistes, toutes générations confondues, se sentaient inférieurs aux médecins spécialistes ou en tout cas pensaient être vus comme tels (4-5). Ainsi, nous avons voulu explorer si ce complexe d'infériorité était fondé et si les autres spécialistes avaient de leur côté un complexe de supériorité.

Partant de l'hypothèse que les médecins généralistes étaient perçus comme peu compétents par les autres médecins spécialistes, cette étude a nourri trois objectifs :

- Évaluer les connaissances des médecins spécialistes sur le métier de généraliste
- Recueillir leur opinion sur les généralistes avec qui ils travaillent
- Comprendre ce qui freine ou dynamise la relation interprofessionnelle.

Méthode

L'étude portant sur un ressenti, la méthode qualitative nous a semblé la plus opportune (6). En effet, il s'agissait de recueillir des données subjectives, non analysables par le biais de méthodes statistiques.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés auprès de médecins spécialistes autres que généralistes.

Population de l'étude

Les médecins recrutés exerçaient tous en Ille-et-Vilaine, dans les régions de Rennes et de Saint-Malo. Cette répartition géographique a permis plus de facilité dans le recueil, et ne nous a pas semblé être un biais pour l'étude.

Il s'agissait de spécialistes médicaux ou chirurgicaux, libéraux ou hospitaliers. L'échantillonnage a été fait en variation maximale (médecins hommes et femmes, de différentes spécialités, libéraux et hospitaliers, jeunes et moins jeunes).

Les médecins étaient contactés par email, téléphone ou courrier pour participer à l'étude. Le recrutement a été fait via les Pages Jaunes, le répertoire de l'université de Rennes 1 ou par le réseau de connaissance de l'interviewer.

Le sujet de l'étude, la durée approximative de l'entretien (entre 20 et 30 minutes) et le caractère anonyme des données recueillies était spécifié dès le premier contact. Le fait que l'étude soit menée par une interne en médecine générale leur était également notifié. Environ la moitié des spécialistes contactés n'ont pas donné suite (absence de réponse).

Au total, onze spécialistes ont été interrogés.

Collecte des données

Le guide d'entretien a été élaboré suivant les données de la littérature, il a été affiné au cours des entretiens de manière à optimiser le recueil de données.

La plupart du temps les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins interrogés, seul un entretien a eu lieu au domicile d'un praticien à sa demande. Un entretien a été réalisé par Skype en conversation audio pour des raisons techniques (le spécialiste était en déplacement). L'enregistrement audio a été réalisé au moyen d'un dictaphone et parfois d'une caméra ou d'un smartphone.

Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé préalablement. L'étude a été menée jusqu'à saturation des données c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun élément nouveau ne vienne enrichir le matériel.

Ni la CNIL, ni le comité d'éthique n'ont été sollicités pour cette étude.

Analyse des données

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement sur un logiciel de traitement de texte puis anonymisés, faisant naître le verbatim. Ce dernier a été analysé d'après la méthode de théorisation ancrée propre aux études qualitatives (5), avec un double codage ouvert. Les thèmes et sous-thèmes qui en ont découlé ont été explicités dans la partie Résultats.

Résultats

Population de l'étude

Onze entretiens ont été réalisés entre juillet et décembre 2018. La taille de l'effectif a permis d'obtenir la saturation des données. La durée moyenne d'un entretien était de 20 minutes, les derniers entretiens étant plus longs grâce à un guide d'entretien étoffé. Les spécialistes interrogés étaient âgés de 33 à 58 ans, cinq étaient des femmes et six des hommes. Cinq d'entre eux avaient une activité hospitalière et les six autres une activité en cabinet pure ou mixte. Quatre spécialistes avaient fait leurs études avant qu'il n'existe un internat de médecine générale. La plupart ont déclaré avoir des amis ou voisins médecins généralistes et trois étaient en couple avec des médecins généralistes (dont deux étaient devenus par la suite angiologues).

Tableau des effectifs

Spécialité	Sexe	Age	Mode d'exercice
Pédiatre	Femme	36 ans	Hospitalier
Gériatre	Femme	40 ans	Hospitalier
Gynécologue	Femme	33 ans	Hospitalier
ORL	Femme	43 ans	Libéral en cabinet
Radiologue	Homme	34 ans	Libéral en cabinet et en clinique
Chirurgien thoracique	Homme	50 ans	Hospitalier
Cardiologue	Homme	50 ans	Libéral en cabinet
Pédiatre	Homme	58 ans	Libéral en cabinet
Hématologue	Homme	33 ans	Hospitalier
Psychiatre	Homme	42 ans	Libéral en cabinet et en clinique
Ophthalmologiste	Femme	38 ans	Libéral en cabinet

Parmi les spécialistes interrogés, deux catégories se distinguaient. D'un côté il y a ceux qui ont fait médecine pour faire une spécialité en particulier tel ce pédiatre « [...] j'ai toujours voulu être pédiatre. J'ai fait médecine pour faire de la pédiatrie. ». De l'autre, on trouve ceux qui se sont posé la question d'être généraliste, mais y ont renoncé le plus souvent à cause de la masse de connaissances à acquérir :

« moi je m'étais posé la question un moment d'un droit au remord en médecine générale et j'me suis dit « non, faut savoir trop d'trucs » » ou encore : « Peut-être que d'une certaine façon c'est peut-être plus simple d'être spécialiste aussi. [...] C'est peut-être plus facile d'être à peu près compétent dans son domaine que dans tous les domaines à la fois. Voilà, c'est un peu pour ça que j'ai été spécialiste. ».

Certains spécialistes ont également envisagé de devenir médecins généralistes pour bifurquer ensuite vers une spécialisation, comme cette gériatre qui expliquait : « Avant de passer l'internat je m'étais dit que si j'avais pas je f'rais médecine générale surtout que j'pouvais rejoindre enfin j'voulais faire de la gériatrie donc j'pouvais rejoindre par la capa ».

Les contacts entre médecins

Du généraliste vers le spécialiste

Il s'agit dans la plupart des cas d'une demande d'avis sur la conduite à tenir pour un patient ou d'une demande d'admission dans un service comme en témoigne ce spécialiste : « j'ai beaucoup de médecins qui m'appelaient pour des conseils:«comment gérer les antibiothérapies? Comment gérer les facteurs de croissance?». Donc ça c'était la première chose le suivi de patients, et puis pas mal de contacts aussi sur des admissions ».

Les spécialistes reçoivent régulièrement en consultation les patients avec un courrier de leur généraliste dans le cadre du parcours de soin coordonné.

Du spécialiste vers le généraliste

Ces contacts sont motivés par une demande de renseignements sur le patient (antécédents, traitements, ...), son entourage, sa capacité ou non à rentrer à domicile par exemple après une hospitalisation. Cette gériatre explique :« à l'équipe mobile on appelle très souvent les médecins généralistes, en particulier quand on voit des patients aux urgences qui rentrent chez eux euh j'essaie systématiquement de joindre le médecin généraliste, d'abord pour avoir son avis sur est-ce que le patient peut rentrer chez lui parce que on est toujours en recherche d'informations, et ensuite pour discuter de la suite du suivi ». Il s'agit également parfois d'informer sur un décès, un retour à domicile à risque ou une pathologie découverte.

Moyen utilisé

Les contacts téléphoniques et les courriers sont les moyens privilégiés. Il existe a priori peu de rencontres comme en témoigne ce cardiologue : « ben rarement ou bien alors de temps en temps quand, mais bon c'est rare, quand je fais une soirée avec des généralistes sur un sujet donné, avec un laboratoire. C'est assez rare. Les laboratoires, de moins en moins, proposent ce genre de chose...donc ouais. C'est vrai qu'il n'y a pas de relations, c'est par courrier interposé. ».

Certains spécialistes donnent leurs coordonnées téléphoniques ou leur adresse mail pour être joints par sms ou email, ce qui fluidifie les échanges : *« il m'envoie un patient par sms moi je lui donne les résultats par sms, voilà, c'est assez simple. »*.

Le travail du médecin généraliste : aspects pratiques

1. L'organisation d'un cabinet

Le secrétariat

Indispensable pour la plupart des spécialistes interrogés, le secrétariat permettrait d'éviter d'être *« dérangé tout le temps »*. Beaucoup connaissent le principe du secrétariat à distance et des sites internet tels Doctolib qui permettent la prise de rendez-vous à distance et tendent à se développer. La présence physique d'une secrétaire est souvent mise en avant comme un atout important : *« J'trouve que c'est toujours un plus d'avoir une secrétaire qui soit là pour, pour humaniser un peu la réception des patients. »* La plupart évoque cependant le coût financier d'un secrétariat présentiel : *« Mais j'comprends qu'avec le nombre de charges qu'ils paient actuellement ce soit un point délicat. »*

Pour un psychiatre interrogé la délocalisation du secrétariat rend difficile les relations avec les médecins généralistes et peut générer des erreurs d'aiguillage du patient : *« c'que je déteste c'est les secrétariats délocalisés, ça c'est l'enfer [...] Faut rerappeler le machin 3 fois, elle est même pas sur place, c'est infernal, j'pense que c'est vraiment... Certes ça fait des économies mais j'pense que c'est vraiment une connerie au niveau des patients et tout et qu'on passe à coté de trucs graves à un moment. »*

Le regroupement des médecins généralistes

Nombre de spécialistes interrogés identifient le travail en groupe (maison médicale ou association) comme positif, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord pour le partage des situations difficiles : *« Y a une discussion entre eux, le regroupement comme pour les spécialistes, le regroupement permet de partager les soucis et de, d'avoir moins lourd à porter quoi. »*

Ensuite, est évoquée la mutualisation des compétences, et notamment quand les généralistes ont des diplômes universitaires (DU) ou des formations spécifiques : *« Et puis j'pense que dans un cabinet de groupe chacun finit par avoir sa spécialité hein, parce que les médecins généralistes y a des trucs qu'ils aiment et d'autres qu'ils aiment pas. »*

Le dernier point abordé est la continuité des soins et le moindre recours au service d'accueil des urgences : *« j'pense que l'exercice en groupe il est indispensable, parce que de toute façon ça veut dire que quand on est tout seul sinon les patients ils ont personne à part appeler le 15. »*

A noter que seul un médecin évoque la possibilité d'être installé avec des professionnels paramédicaux : « *Y a des infirmières, parfois y a des kinés associés.* ».

La féminisation de la profession

En concordance avec les chiffres officiels (3) qui indiquent que 47% des médecins en activité régulière sont des femmes au 1er janvier 2017 contre seulement 38% en 2007, certains spécialistes ont évoqué la féminisation de la profession qui selon eux influence la manière de travailler des médecins généralistes : « *C'est vrai qu'il y a beaucoup de jeunes femmes aussi qui travaillent à mi-temps, ça c'est une nouveauté, bon, ça fait un peu râler les patients, à chaque fois c'est une nouvelle tête. Forcément il y a un roulement.* ».

2. L'emploi du temps

Concernant l'emploi du temps des médecins généralistes, les spécialistes interrogés estiment qu'ils voient entre 20 et 30 patients par jour (entre 30 et 50 pour l'un d'eux). Ils considèrent que cela représente beaucoup de consultations : « *En terme de nombre de patients j pense que l volume de patients est globalement en moyenne très important par jour* ». Un radiologue précise tout de même que « *les nouvelles générations de généralistes ne travailleront pas forcément comme les anciennes* » et il ajoute : « *moi j comprends tout à fait que les nouvelles générations n veuillent pas travailler 6 jours sur 7 et euh de 7h à 21h, ça j le conçois complètement. Et j trouve ça normal parce que c est pas humain tout simplement.* ».

Les consultations se font selon eux sur rendez-vous la plupart du temps, avec des délais de consultation « *très courts parce qu'il faut répondre à un problème aigu* ».

Le temps de consultation

Estimé à un quart d'heure-vingt minutes, le temps de consultation en médecine générale commence pour tous les spécialistes interrogés par un interrogatoire : « *j imagine bien que d'emblée il demande pas au mec de monter sur la table d'examen, il demande « comment ça va ? », ils font le point sur pourquoi il vient* ». Ce dernier « *oriente un petit peu l'examen qui va être fait* » selon une ophtalmologiste. Après l'examen somatique vient la phase de prescription qui, pour certains est synonyme de pression de la part du patient : « *j aimerais pas être médecin généraliste pour ça parce que bon courage pour expliquer que non ça sert à rien, et que quand on a une bronchite bah faut mieux arrêter de fumer que d prendre j sais pas quoi là des fluidifiants bronchiques et qu ça marchera mieux.* ». La plupart incluent également un temps de prévention, plutôt en fin de consultation, mais qui leur semble difficile à mettre en place, du moins avec certains patients : « *La prévention en médecine G pour pas tomber dans la moralisation non plus, j pense que c est pas le truc le plus facile, parce que les gens ils viennent pour un truc précis, et j pense que ça doit être compliqué de faire un peu l tour global du problème et que M. Machin s'il a mal au pied et qu'on lui dit « bah*

oui mais vous êtes peut-être un petit peu lourd M. Machin, peut-être un peu du cholestérol, vous mangez n'importe quoi », j pense que M. Machin il a pas envie d'l'entendre. Il veut juste avoir un truc pour plus avoir mal au pied. »

Beaucoup insistent sur la variété des motifs de consultation, et notamment sur la difficulté d'aborder des publics très différents. Quand on lui demande à quoi ressemble selon lui une consultation de médecine générale, ce pédiatre répond : *« Ben je pense aux miennes, mais peut-être un stress que je serai absolument incapable d'assumer qui est de passer de la personne âgée à la femme enceinte au nourrisson à la personne dépressive...à l'urgence cardiaque, alors là j'ai beaucoup d'admiration pour ça... »*. Une spécialiste interrogée se demande tout de même *« dans quelle mesure c'est varié et dans quelle mesure c'est souvent des choses qu'on finit par connaître parce que c'est toujours un peu la même chose »*.

Le temps administratif

Décourageante pour beaucoup, la charge administrative est souvent considérée comme insupportable : *« les points d'inquiétude moi qui m'auraient gêné c'est la surcharge administrative qu'on demande toujours aux généralistes »*. Un psychiatre constate : *« j pense que les médecins G ont beaucoup de paperasse, beaucoup plus que nous, et surtout beaucoup plus de courriers que nous. »*

La pression exercée par la Sécurité Sociale sur les médecins généralistes est également pointée du doigt. A tel point qu'elle pourrait dissuader, entre autres, de se diriger vers la médecine générale : *« Et j pense que c'qui stresse les gens pour ne pas prendre médecine G s'ils ont un bon classement et qu'ils ont le choix, c'est la paperasse, c'est d'être emmerdé par la sécu. »*

3. Sur le plan financier

Quelques uns des spécialistes interrogés ne connaissent pas le tarif d'une consultation de base en médecine générale et la surévaluent (26, 28 voire même 30 euros). Une ORL interrogée s'indigne : *« la rémunération n'est pas à la hauteur de c'que vous faites, c'est absolument anormal. 25 euros vous pouvez y passer une demi-heure. Non mais là-dessus c'est vraiment pas normal. »*

Certains évoquent des tarifs différents selon les actes effectués, ce qui est effectivement le cas.

La rémunération est évaluée aux alentours de 5000 euros net. Pour cette gériatre, qui n'a pas de chiffre en tête : *« bah j pense que s'ils sont à plein temps avec trente patients par jour ils doivent finir par s'en sortir bien quand même »*.

Malgré tout, tous insistent sur l'importance des charges et les répercussions sur l'organisation des généralistes : *« ils sont dans la compression des coûts de secrétariat et de tout ça, c'qui fait que c'est eux qui font le boulot de, euh fin voilà y a plein d'trucs qui pourraient être délégués mais qu'ils font quand même parce que euh pour diminuer les coûts »*.

L'opinion qu'ont les spécialistes sur les généralistes

1. Sur quoi elle se base

Les rencontres étant rares entre généralistes et spécialistes, il semble que ce soit des éléments indirects qui influencent l'opinion des spécialistes sur leurs confrères :

La rédaction des courriers

La plupart des spécialistes insistent sur l'importance d'un courrier bien rédigé comprenant les antécédents, le traitement et le motif de consultation. Selon un cardiologue interrogé, environ 20% des courriers seulement comporteraient tous ces éléments, émanant selon lui de « *médecins généralistes très consciencieux* ». Le courrier serait donc un reflet de la qualité du médecin traitant, comme l'explique cette gériatre : « *j pense pas avoir ni d'a priori positif ni négatif, en fonction du courrier qu'j'ai j me fais une idée un peu du médecin traitant* ».

Le contenu des ordonnances

Les habitudes de prescription, l'attention portée aux interactions médicamenteuses ou aux recommandations de bonne pratique semblent être des données importantes pour juger des compétences du généraliste. Ainsi, une ordonnance « *où y a que des médicaments utiles et où j arrive à faire le lien avec les antécédents j'ai une meilleure image* » explique une gériatre.

Les dires du patient

La parole du patient est un élément crucial selon les spécialistes rencontrés pour se faire une idée du généraliste qui le prend en charge : « *quelqu'un qui parle beaucoup de son médecin traitant a priori ça donne plutôt une image positive [...] j me dis que y a un vrai lien avec le patient. Si lui connaît bien son médecin traitant c'est qu son médecin traitant l connaît bien et euh clairement pour moi une personne ressource sur laquelle j vais m appuyer.* »

Un cardiologue émet tout de même des réserves quant à cette source d'information : « *Après il ne faut pas toujours se fier à ce que racontent les gens parce que... (rires). Voilà. Ca peut avoir un petit biais, parfois oui.* »

2. Globalement favorable...

Durant les entretiens, la plupart des spécialistes exprimaient une opinion favorable sur leurs confrères généralistes. Plusieurs mettaient en avant leur disponibilité : « *globalement non j trouve que ils, qu'ils répondent au téléphone quand même assez régulièrement alors qu c'est pas évident quand on est en consult* » et la bonne connaissance qu'ils avaient de leurs patients : « *Plutôt des gens compétents qui connaissent bien les patients* ».

Un chirurgien décrit le « *profond respect* » qu'il a pour les généralistes car, dit-il, « *c'est un métier très difficile* ».

A la question d'éventuels retards diagnostiques, la plupart n'en ont pas l'expérience ou très peu, et expriment clairement qu'ils sont à la bonne place : « *quand des patients me disent « Ah mais il a pas vu ça ! », j'dis « attendez mais euh votre médecin il doit tout voir, moi j'vois que l'orl, c'est beaucoup plus facile pour moi, c'est normal ! ».* » Ou encore : « *c'est sûr qu j'ai eu plein d'patients qui m'ont dit « Ah heureusement que vous étiez là parce que mon médecin traitant ça faisait longtemps qu j'lui disais que j'étais fatiguée machin et puis bah heureusement moi j'vous ai vu vous avez trouvé qu j'avais une leucémie ! » mais fin c'est toujours pareil, c'est c'qu'on leur disait, nous on a les bons rôles, [...] j'veux dire on arrive comme des supers héros quoi* ».

Les relations entre professionnels sont décrites comme cordiales par la plupart : « *j'ai pas de problèmes entre guillemets avec mes correspondants généralistes, je trouve qu'on travaille plutôt bien.* »

Ceci s'exprime encore plus clairement dans la collaboration avec les jeunes généralistes : « *Je suis ravi de mes relations avec les généralistes. En fait, de cette génération. [...] il y a une grande majorité de gens qui font très bien, voilà, et notamment toute cette génération de médecins qui s'appuient sur les recommandations et les bonnes pratiques.* »

3. ...avec quelques réserves

L'impression d'un service minimum parfois

Certains courriers peu détaillés donnent le sentiment d'un travail bâclé comme le décrit cette gériatre : « *c'est-à-dire qu'il y a des courriers de deux lignes où bon voilà j'ai pas forcément une super image* ». Ainsi, ils sont plusieurs à rapporter des situations similaires : « *après je peux donner un exemple récent d'un courrier où c'est écrit "je vous adresse tel enfant tel âge, il fait telle taille tel poids" et j'ai rien de plus* » déplore une pédiatre.

Ce service minimum est parfois même ressenti comme un manque de politesse comme le confirme ces paroles d'une ORL : « *enfin quand on met « audiogramme », on peut juste mettre « cher confrère » et « merci » quoi.* » et d'un cardiologue : « *Chez les anciens parfois c'est : ECG. Bon. Voilà. Un peu agaçant, voilà.* ».

Un fossé intergénérationnel

Les spécialistes interrogés semblent avoir une meilleure opinion de leurs jeunes confrères généralistes que des plus anciens. Un pédiatre oppose « *cette génération de médecins qui s'appuient sur les recommandations et les bonnes pratiques* » avec « *une génération de médecins un peu solitaires dans leur exercice, avant l'informatique, n'ayant pas forcément le souci de se maintenir à jour ou peut-être*

ayant d'autres orientations dans leur pratique, qui n'avaient pas développé des compétences ou une acuité..voilà. ».

Un cardiologue déclare « *Chez les jeunes [...], il y a du progrès, je trouve. ».*

L'explication donnée est souvent l'absence d'internat de médecine générale avant 2004 : « *Moi à mon époque fin bon c'est pas si vieux, c'était en 97, donc y avait pas d'internat de médecine générale, [...], et du coup y en avait des nuls, qui arrivaient généralistes ils avaient rien glandé ».* Les motivations pour devenir généraliste étaient également perçues comme pas toujours très nobles : « *Non mais c'est vrai fin concrètement, y en a qui faisaient médecins généralistes aussi pour suivre leur conjoint quoi. Fin y a eu des gens, je pense quoi, qui ont été généralistes et qui auraient pas voulu être généralistes. ».*

Un manque de connaissances sur certains sujets

Souvent très vite excusé par le fait qu'un médecin ne puisse pas tout maîtriser, quelques spécialistes ont évoqué un manque de connaissances dans certains domaines. Ils l'expliquent par le manque d'intérêt pour certains champs de la médecine comme cette gynécologue qui évoque « *soit un manque de connaissances, soit euh que la gynéco c'est pas leur truc quoi, mais ça s' comprend aussi tout à fait hein y a autre chose à gérer hein voilà. ».* L'indulgence est toujours de mise dans ces cas-là.

Le manque de formation est également mis en cause, et les spécialistes - parfois professeurs universitaires - se sentent concernés : « *Bah là j'me dis « merde ! Comment c'est possible qu'il soit passé à côté ? », et puis tout de suite après j'me dis « qu'est-ce qui a merdé dans la formation ? », c'est-à-dire que cette généraliste-là elle a pas été bien formée et donc c'est qu'le message est pas passé : une toux, au bout de 6 semaines, il faut faire une radio de thorax. »*

L'incapacité à déléguer

Aucun des spécialistes interrogés ne décrit des demandes aberrantes de consultation, considérant avec bienveillance que le médecin généraliste ne peut pas tout gérer, ne peut pas être bon partout. Une ORL déplore que certains généralistes n'envoient pas davantage vers les spécialistes : « *Bah parce genre les généralistes qui gèrent tout en fait y gèrent rien. »*

Un désir de développer la collaboration

1. Sur le plan de la formation :

Certains médecins interrogés ont regretté de ne pas avoir eu de stage chez le praticien dans leur cursus : « *Alors ça c'est ma grande frustration, c'est que bah quand j'étais externe y avait pas de consultation, on avait pas le droit d'aller en libéral, ça existait pas et euh bah étant interne non plus ça existait pas [...] ma seule expérience de consult de médecine générale c'est quand moi j'vais consulter le médecin généraliste ».*

Plusieurs spécialistes ont exprimé le souhait de s'investir dans la formation des médecins généralistes, comme cette ORL qui déclare « *après moi j'propose toujours, j'dis « si vous voulez qu'j'vous forme, en vertiges et tout », j'ai proposé à un cabinet »* ou ce pédiatre qui raconte « *bon moi je suis très intéressé à l'autisme, j'ai fait plusieurs soirées de formation sur le dépistage précoce »*.

Concernant son engagement avec les internes de médecine générale, ce spécialiste explique : « *C. C. qui est [...] maître de stage pour les internes en médecine générale, quand elle a un interne en stage généralement elle m'appelle « j'ai un interne intéressé par la pédiatrie, est-ce que tu peux le recevoir deux jours en stage », c'est pas contractualisé mais c'est aussi très agréable. »*

2. Sur le plan des échanges interprofessionnels :

La rapidité et la facilité des échanges entre spécialistes et généralistes autour des patients a été un point soulevé par plusieurs des praticiens interrogés : « *j'pense que le mail est bien, le sms est bien [...] Moi j'souhaiterais que tous les spécialistes aient mon numéro de portable pour pouvoir me joindre. »*

La plupart des spécialistes aimeraient généraliser ce type d'échanges pour rendre la communication plus fluide et optimiser la prise en charge du patient.

Un spécialiste redit l'importance de faire du lien entre la médecine de ville et l'hôpital : « *une fois par an on organise une journée pour les médecins généralistes qui a pour objectif de présenter l'service, où notre chef de service présente toute l'équipe, et puis avec des sortes de cours un peu thématiques, on présente l'activité du service, on rappelle le numéro d'la ligne d'urgence et puis en général y a toujours un petit topic de formation continue, on essaie de maintenir un lien vraiment avec les généralistes locaux »*

Une dichotomie qui n'a pas lieu d'être

L'avènement de la spécialité de médecine générale a semble-t-il permis de gommer le fossé qui pouvait exister avec les autres spécialistes. Pour beaucoup des spécialistes interrogés, le passage de l'internat a permis de redorer le blason des généralistes : « *j'pense que l'opposition spécialistes/médecins généralistes elle est débile, déjà y a plein d'gens qui ont été bien classés aux ECN qui prennent la médecine G »*.

De fait, le bon classement à l'internat de certains généralistes semble jouer un grand rôle dans le respect pour cette spécialité : « *moi la moitié d'mes amis ils ont fait médecine générale et je sais qu'ils sont pas plus cons qu'moi quoi j'veux dire c'est des gens qui ont fait les mêmes études, le même parcours, qui sont arrivés bien classés à l'internat, fin j'veux dire y a pas de, je sais qu'c'est des gens compétents, j'pense que les mentalités vont changer avec l'internat »*.

Un hématalogue explique : « *J pense que la vision que j'ai en tout cas contrairement à c'qu'on nous inculque pendant les études c'est que la spécialité médecine générale ou les autres spécialités s'antagonisent pas et que finalement elles sont assez proches, elles sont assez proches sur beaucoup de choses et j pense qu'il y a une sorte de sous-estimation réciproque des deux parties* ».

Discussion

Intérêts et limites

La collaboration entre médecins généralistes et autres médecins spécialistes est quotidienne et indispensable pour une bonne prise en charge du patient dans le parcours de soin. Il s'agit de la première étude cherchant à mettre en lumière les représentations qu'ont les spécialistes sur leurs confrères spécialistes en médecine générale. Les résultats sont inattendus et vont à l'encontre de l'hypothèse de départ, ce qui rend cette thèse intéressante et donne envie d'approfondir le sujet dans des études ultérieures.

Cette étude présente cependant plusieurs biais qui n'ont pu être que partiellement corrigés.

La confraternité et le devoir de réserve se sont fait ressentir dans tous les entretiens et ont pu parfois minimiser les difficultés rencontrées avec les généralistes. En effet, ces principes inscrits dans les codes de santé publique (article R.4127-56) et de déontologie médicale (Article 56) (9) sont parfaitement intégrés par les médecins interrogés. Ainsi, cette spécialiste explique : *« j'me suis jamais dit « tiens celui-là il est complètement nul » quoi ! Jamais sur un confrère ! »*. Les événements négatifs (erreurs diagnostiques ou thérapeutiques, retard de prise en charge) sont très souvent relativisés au nom de la confraternité : *« J'ai vu des fois des choses effectivement un petit peu étonnantes et voire même une fois ou deux un petit peu désolantes. Là j'ai toujours été très très confraternel et je n'ai jamais critiqué devant les patients, je pense d'abord que tout le monde est un petit peu faillible. »*.

Le fait que l'interviewer lui-même soit interne de médecine générale et que cela soit connu des spécialistes interrogés a pu renforcer ce souci de confraternité.

Pour tenter de minimiser ce biais, l'anonymisation des entretiens a été mise en avant, et des sous-questions étaient parfois posées pour tenter d'explorer plus en profondeur les aspects négatifs qui étaient prudemment abordés.

Le fait que tous les spécialistes aient donné leur accord pour participer à une thèse de médecine générale et donc ne soient pas foncièrement hostiles aux médecins généralistes est également un élément à prendre en compte. Il était en effet mentionné dès la première prise de contact qu'il s'agissait d'une thèse de médecine générale. Ce biais a été quelque peu minimisé par le fait que certains spécialistes aient été encouragés à répondre par d'autres spécialistes ayant déjà participé à la thèse, alors qu'ils n'auraient peut-être pas répondu favorablement de prime abord. C'est le cas pour quatre des spécialistes interrogés.

Conclusion

Dans cette étude, les spécialistes décrivaient les médecins généralistes comme des acteurs essentiels du système de soins. Ils en ont une opinion globalement favorable. Deux points essentiels ressortaient : un profond respect et une admiration pour cette profession. Le vaste champ de connaissances nécessaires à la pratique de la médecine générale et la diversité des motifs de consultation semblaient y être pour beaucoup. La sensation d'une proximité des médecins généralistes avec leurs patients était aussi un élément important de cette étude.

Il semble que la réforme du troisième cycle des études médicales ait modifié la perception des spécialistes sur leurs confrères généralistes, et ce d'autant plus que certains candidats ayant été bien classés à l'ECN choisissent d'exercer la médecine générale. En effet, les spécialistes apprécient de travailler avec les jeunes générations de médecins généralistes, moins isolés dans leurs pratiques et parfois plus à jour dans les recommandations.

Enfin le désir de développer la collaboration entre médecins était palpable, et ce dans l'intérêt du patient. Les moyens évoqués étaient une communication facilitée entre médecins (via davantage de rencontres, des mails et sms notamment) et le développement de la formation interprofessionnelle. Les spécialistes souhaitaient s'investir davantage dans l'actualisation des connaissances des généralistes, auprès des internes mais également des médecins installés.

Après avoir étudié la vision des spécialistes, il serait intéressant d'explorer dans le futur celle qu'ont les médecins généralistes des autres spécialistes.

Imprimé n° 4

Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : MICHEL Bénédicte

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

Titre :

Les médecins généralistes vus par leurs confrères spécialistes : quelles représentations ?


Rennes, le 23/01/2019



Le Directeur de thèse

Rennes, le

23.1 2019



Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Professeur Patrick JEGO
Service de Médecine Interne
CHU RENNES - HOPITAL SJD
Tél 02 99 26 71 23 - Fax 02 99 26 71 98

Rennes, le

28 JAN. 2019

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



Le Président de l'Université
de Rennes 1



D. ALIS

Bibliographie

1. Bouet P. Synthèse de l'activité régulière. Situation au 1^{er} janvier 2018. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018.
2. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. janv 17, 2002.
3. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2017;323.
4. Daniels B. Confessions d'un généraliste. Larousse; 2013. 320 pages.
5. Calafiore M. Pénurie de généralistes : la faute aux études de santé ? 26 oct2018; Disponible sur: <https://theconversation.com/penurie-de-generalistes-la-faute-aux-etudes-de-sante-103575>
6. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lerh-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 : 84 :142-147.
7. Couture M. La recherche qualitative : introduction à la théorisation ancrée. Interactions. 2003 :7 :127-134.
8. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, première partie d' «Acteur» à « interdépendance ». Exercer. 2009 ;87
9. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 30 avr 2018]. p. 55-74. Disponible sur:<https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-55.htm>
10. Bouet P, Blanc JL, Chow-Chine E, et al. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine généralecnomrepartitionmg.pdf [Internet]. Disponible sur:<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>
11. Code de déontologie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. avr 2017. codeont.pdf [Internet]. Disponible sur:<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codeont.pdf>

12. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juill2008;56(4):197-206.
13. Lefèvre JH, Karila L, Kernéis S, Fiessinger J-N, Rouprêt M. Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français. *La Presse Médicale*. 1 mars 2010;39(3):58-65.
14. Chenevat L. Devenir médecin généraliste ou spécialiste ? : un rapport aux études et aux savoirs différencié [Internet]. Lyon 2; 2002. Disponible sur:<http://www.theses.fr/2002LYO20100>
15. Gérard H, Hugé S. Impact de la généralisation du stage chez le médecin généraliste lors du deuxième cycle sur la perception de la médecine générale chez les internes de premier semestre à Rennes. *Faculté de médecine, université Rennes 1*; 2015.
16. Jaisson M. L'honneur perdu du généraliste. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 2002;(143):31-5.
17. Baszanger I. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*. 1983;25(3):275-94.
18. De Crécy H. *La Consultation*. 2007.
19. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. *Wonca Europe*. 2002;52.
20. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2006;(2):29-47.
21. Muel-Dreyfus F. Le fantôme du médecin de famille. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 1984;54(1):70-1.
22. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs, *Der Arzt, sein Patient und seine Kollegen. EineneueNäherungsweise der therapeutischenBeziehung*. *Revue française de sociologie*. 2005;46(3):443-67.

23. Sicart D. les médecins au 1er janvier 2010. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. févr 2011;(n° 152).
24. Grignon M. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, sous la direction de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer, Presses de l'EHESP, 2010. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):49-62.
25. Savoi-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches qualitatives. Hors-série. Actes du colloque recherches qualitatives : les questions de l'heure 2007 ;5 :99-111

Annexes

Guide d'entretien

Bonjour, je suis Bénédicte Michel, interne en médecine générale, et je réalise ma thèse sur la vision qu'ont les médecins spécialistes des généralistes.

- 1) Pouvez-vous commencer par me raconter votre parcours professionnel ?
- 2) Avez-vous des liens avec la médecine générale ?
- 3) Pouvez-vous me raconter le dernier contact que vous avez eu avec un médecin généraliste ?
- 4) Quelle image avez-vous des médecins généralistes avec qui vous travaillez ?
- 5) Pour vous à quoi ressemble une consultation de médecine générale ?
- 6) Comment imaginez-vous l'organisation d'un cabinet de médecine générale ?
- 7) Pouvez-vous résumer en quelques mots ce qu'est pour vous la médecine générale ou ce que sont les médecins généralistes ?

MICHEL, Bénédicte.-Les médecins généralistes vus par leurs confrères spécialistes : quelles représentations ?

32 feuilles. 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Résumé français

Introduction : Les médecins généralistes et autres spécialistes sont amenés à collaborer ensemble dans la prise en charge du patient. **Objectif** : Comprendre comment sont perçus les médecins généralistes par leurs confrères. **Méthode** : Étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins spécialistes portant sur leurs représentations des généralistes. **Résultats** : Les 11 spécialistes interrogés avaient une bonne image des médecins généralistes avec qui ils travaillaient et une certaine admiration pour l'étendue des connaissances à avoir dans cette profession. Ils décrivaient de bonnes relations avec les généralistes et notamment avec ceux des jeunes générations ayant passé l'internat et s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique. Enfin, les spécialistes souhaitaient développer la collaboration et s'investir davantage dans la formation des généralistes. **Conclusion** : Les médecins généralistes renvoient une image positive à leurs confrères spécialistes, et ce d'autant plus depuis l'avènement de la spécialité de médecine générale.

Rubrique de classement :
Sociologie

Mots-clés : Médecins généralistes – Spécialistes - Relation – Collaboration – Internat – Étude qualitative

Mots-clés anglais MeSH : General Practitioners – Specialist physicians– Relation - Qualitative study

Président : M. Patrick JEGO

Assesseurs : M. Jean-Philippe DUGUEY

M. Matthieu REVEST

JURY : M. Didier MYHIE