



HAL
open science

Médecin traitant installé dans sa ville natale : vécu des patients

Sophie Nguyen

► **To cite this version:**

Sophie Nguyen. Médecin traitant installé dans sa ville natale : vécu des patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03174281

HAL Id: dumas-03174281

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03174281>

Submitted on 19 Mar 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Médecin traitant installé dans sa ville natale : vécu des patients

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Mars 2021

Par Madame Sophie NGUYEN

Née le 3 juin 1993 à Cavillon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Assesseur

Madame le Docteur DUCATEL Lisa

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Médecin traitant installé dans sa ville natale : vécu des patients

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Mars 2021

Par Madame Sophie NGUYEN

Née le 3 juin 1993 à Cavillon (84)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Monsieur le Professeur ROSSI Pascal

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Madame le Docteur DUCATEL Lisa

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur Gentile,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette soutenance de thèse. Votre réactivité pour accomplir les démarches administratives m'a été d'une aide précieuse. Je vous témoigne ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à mon sujet et suis persuadée que vos connaissances seront un atout à l'évaluation de ce travail.

Monsieur le Professeur Rossi,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury. Votre expérience professionnelle rend votre avis sur cette recherche d'autant plus précieux. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Monsieur le Docteur They,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de siéger au sein de ce jury. Vos observations et vos compétences en médecine de ville seront particulièrement appréciées dans l'évaluation de ce travail. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Ducatel,

Merci pour ta disponibilité et ton aide dans l'accomplissement de ce travail. Ton enthousiasme et ton implication ont été sources de motivation. Un grand merci pour ton soutien.

Remerciements

A Thomas, ma moitié, mon amour, mon chercheur indépendant secret. Merci de m'avoir soutenu dans la rédaction de cette thèse et dans mon quotidien en général. Tu l'as dit « c'est un investissement à long terme », mais maintenant qu'on est marié pour le meilleur et pour le pire, il est trop tard pour t'enfuir.

Je t'aime.

Maman, Papa, alias Patou et Jeannot. Merci de m'avoir poussée dans mes projets et dans la vie. Si j'en suis là aujourd'hui, je vous le dois entièrement. J'espère que vous êtes fiers d'être des parents extraordinaires. Je vous aime.

Juju, Jéjé... les 2 esquisses avant la perfection (humour), merci d'avoir supporté la chipie dans vos pattes pendant une bonne partie de votre vie. Je vous aime.

Marie, ma première relectrice. Celle qui a réellement essayé de comprendre quelque chose à cette foutue thèse. Tu es toujours là pour moi, mais sache que je répondrai toujours présente si tu as besoin de moi. Je t'aime ma caille.

Popo et Nico, mes amours australiens, vous êtes loin, trop loin ! Mais mon cœur est élastique et peut faire 3 fois le tour de la terre pour vous deux. Merci d'avoir traduit ce satané résumé. J'ai hâte que les frontières ouvrent pour afin vous serrer dans mes bras sans modération !

Estelle, Marine et Anne, alias « Mes copiiiiines ». Estelle, merci pour ta douceur, ton sourire, ta positive attitude. Je suis extrêmement chanceuse que la picarde que tu es, ait choisi son premier stage d'internat à 500 mètres de chez moi ! Marine, l'artiste du groupe. Tu m'impressionne par ta témérité et ton enthousiasme à toute épreuve. Merci pour ça ! Enfin... Anne, le mentor, la plus jeune des 4 (dans la tête hein !). Je crois que tu m'as offert le meilleur stage de ma vie doublé d'une rencontre incroyable et forte. Merci pour ta gentillesse, ta drôlitude et l'énergie bienveillante que tu dégages. Je vous embrasse fort toutes les 3.

« Les girly », comme je vous appelle secrètement depuis des années alias Laura, Marjo, Raco, Alicia. C'est un plaisir de partager tous ces moments de ma vie avec vous et ce depuis plus de 20 ans !!!!? Je vous adore.

A la Team « Vars » : Val', Roro, Simsim, Vic', Clem, Ludo, Pierrot. Pour les bonnes poirrades et les débats sans fin sur le sexe fort... On sait tous duquel il s'agit.

A la famille Nguyen, Tonton Robert, Tonton Jacques, Didi, Marraine et Tonton Jean-Pierre, les cousines... Merci pour toute l'affection dont vous me bercez depuis petite ! A Steeve, le dernier venu dans la famille qui nous régale de bon gibier. Pleins de baisers.

A la Michelin's family, Nadine et Jean-François. Merci pour votre bienveillance et pour votre soutien pendant ces 7 années et aussi pour m'avoir si facilement cédé votre fils. Promis j'en prendrai soin ! A Guillaume, qui clairement a été une source de motivation dans l'initiation de ce travail et à sa moitié Laura, ainsi qu'aux petits diables qu'on appelle « enfants ». Zozo, Maël, cet été la piscine Ngulon est ouverte. Merci à Mamie Sylvette de supporter les blagues à deux balles de Thomas.

A Rémy, merci d'être un ami en or. Même si ça été difficile récemment on est toujours là l'un pour l'autre. Et ça c'est tout ce que je souhaite... pour toujours !

Flo, mon photographe de mariage attiré, comment te dire que tu es un personnage éclatant, qui inspire l'admiration. Je suis très heureuse d'avoir croisé ta route et que la tienne ait croisé celle de la merveilleuse Tich'. Je vous souhaite de meilleur. PS : Viens chercher ton cadeau.

Zineb, celle qui oublie nos rendez-vous. Je suis super heureuse d'avoir une amie aussi imprévisible que toi. Dynamique, drôle, fidèle, merci d'exister.

Cessou ! Merci pour ton sourire, ta franchise, ton appétit pour la bouffe et l'alcool digne d'une Michelin-Nguyen. Les randos dans le Sud Lubéron n'attendent que toi.

A la Team des Festons qui a été aux petits soins avec moi : Stephan, Cédric, Annie... Merci !

A Pierre et Vanessa qui m'ont accueillie en 2^{ème} semestre dans ce magnifique village de La Tour-d'Aigues. Merci pour votre gentillesse à tous les deux !

A l'ensemble de l'équipe du CMLS, particulièrement au Docteur Aubry pour sa douceur, sa bienveillance et sa clairvoyance.

A tous mes co-internes, Hugo, Mélanie, Chloé, Simon, Jeanne...

A la twitwi, partie beaucoup trop tôt.

A Maki et Simba, qui ne seront jamais remplacés par un chien. A Sybelle qui a l'air déjà bien caractérielle.

A toutes les personnes de près ou de loin qui ont rendu ces études médicales plus faciles, plus intéressantes et plus fun !

Table des matières

Introduction	3
Matériels et méthodes.....	5
A. Choix de la méthode.....	5
1. Une étude qualitative.....	5
2. Des entretiens individuels semi-dirigés	6
B. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).....	6
C. La population étudiée et la prise de contact.....	6
D. L'entretien.....	7
1. L'investigatrice.....	7
2. Le guide d'entretien.....	7
3. La conduite des entretiens	7
4. L'enregistrement et la retranscription des entretiens	8
E. Analyse et synthèse des résultats	9
F. Saturation des données.....	9
Résultats.....	10
A. Profil des patients interrogés	10
B. Analyse des résultats.....	12
1. Justification du choix de leur médecin traitant	12
a) Les patients contraints de changer de médecin traitant.....	12
b) Les facteurs motivant la consultation du médecin originaire de la commune	13
c) L'influence du tissu social dans leur choix	15
2. Les qualités de leur médecin traitant.....	18
a) Compétences médicales	18
b) La communication : point fort de leur médecin	20
c) Un médecin plus disponible que d'autres	23
3. La relation médecin patient dans ce contexte	26
a) Une relation de grande confiance.....	26
b) Une relation complexe	29
c) Des « barrières » mises à mal.....	33
d) Mais quand il est question d'intimité....	36
e) Une relation dépendante de la compatibilité des caractères.....	38

4.	L'impact de l'origine de leur médecin sur la prise en charge médicale	39
a)	Les avantages	39
b)	Les inconvénients et les appréhensions	43
c)	L'absence d'impact	45
5.	L'impact supposé pour le médecin installé dans sa ville natale	47
a)	Ce qui peut favoriser le médecin	47
b)	Ce qui peut mettre le médecin en difficulté	49
6.	Leurs conclusions quant au choix de leur médecin de s'installer dans sa commune d'origine.....	54
	Discussion.....	57
A.	Forces et faiblesses de l'étude.....	57
1.	Les forces	57
2.	Les faiblesses.....	58
B.	Retour sur les principaux résultats.....	59
1.	Les avantages à être suivi par un médecin originaire de la commune	61
a)	Une relation médecin-patient simplifiée	61
b)	Un accès aux soins facilité.....	64
c)	Une qualité des soins et une confiance plus importantes	66
2.	Les inconvénients à être suivi par un médecin originaire de la commune ...	67
a)	La confusion des rôles	67
b)	Le manque d'objectivité appréhendé	69
c)	Un médecin qui doit s'imposer.....	70
3.	Un constat rassurant	72
	Conclusion	74
	Bibliographie	75
	Annexes.....	80
	Annexe 1 : Fiche de projet de thèse validée	81
	Annexe 2 : Récépissé de la CNIL.....	83
	Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement	84
	Annexe 4 : Guide d'entretien définitif.....	86
	Annexe 5 : Exemple de codage.....	88
	Abréviations	89

Introduction

En France, le sujet de la démographie médicale fait de plus en plus débat et est devenu une priorité de santé publique afin de lutter contre les déserts médicaux (1). Dans ce contexte, une vaste enquête a été publiée le 11 avril 2019 par la commission des jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins sur les déterminants à l'installation des médecins. Pour la catégorie internes et remplaçants, la dimension familiale est primordiale à leurs yeux, avec respectivement 61% et 60% affirmant que la proximité familiale pèse fortement dans leur choix d'installation (2). Cette étude a pu relever également l'influence qu'a le conjoint ainsi que la situation familiale sur le choix d'installation. Pour pousser plus loin notre raisonnement, nous savons, d'après la DREES, que 62.1% des internes en médecine générale se trouvent être des femmes (3). D'après l'INSEE, les femmes qui ont fait des études supérieures réalisent leur première grossesse à l'âge moyen de 29.7 ans (4). Ainsi, on comprend bien que beaucoup de jeunes médecins décident de fonder une famille avant de pouvoir s'installer en libéral. Prends alors tout son sens l'importance du déterminant « proximité familiale » dans le choix du lieu d'installation des jeunes médecins généralistes, d'autant plus qu'en France, la garde régulière ou occasionnelle est réalisée par les grands-parents chez 60% des jeunes enfants (5). Cela vient du fait que les besoins des familles ainsi que l'allongement de la durée de la vie ont conduit à faire évoluer le rôle des grands-parents. Ces derniers représentent aujourd'hui, dans la plupart des pays européens de véritables relais pour la garde des petits-enfants (6). Par ailleurs, 36% des internes et médecins remplaçants citent « l'attachement au territoire » comme étant un déterminant à l'installation (2). La fidélité à sa région d'origine a également été mise en avant dans l'étude qualitative menée par le Docteur Charline DUPONT sur les facteurs motivant l'installation en médecine générale ainsi que dans le rapport sur *“Les stratégies de localisation des médecins généralistes français”*(7).

Etant donné que le lieu d'installation des médecins est influencé par la proximité familiale et leur attachement à leur région d'origine, nous nous sommes naturellement posé la question de l'installation du médecin généraliste dans sa ville natale et de son impact sur la relation médecin-patient.

Il s'agit d'un sujet original, qui suppose que la relation privée entre le médecin et le patient cohabitants, peut intervenir sur la prise en charge médicale et la relation médecin-patient. Nous avons tout de même pu recueillir plusieurs études qualitatives menées sur un thème similaire qui est le choix d'un proche comme médecin traitant. Globalement, les patients pensent que les avantages qui sont : la facilité d'accès, le réseau de soin et la confiance leurs semblent plus importants que les inconvénients : la banalisation des symptômes, le manque d'écoute et d'objectivité (8,9). Les médecins, eux, mettent en évidence que cette relation médecin-malade est spécifique: incontournable, source de conflits, qu'elle interroge sur la culture familiale, entraîne une confusion des rôles et envahit la vie privée (10-12).

Finalement, les relations que l'on peut avoir avec un proche sont tout de même bien différentes des relations menées avec un habitant de la même commune, ce qui justifie notre étude.

L'objectif de notre étude qualitative est de recueillir le vécu des patients suivis par un médecin généraliste exerçant dans sa ville natale. Nous souhaitons mettre en évidence l'impact sur la relation médecin-patient et déterminer les avantages et les inconvénients vus par les patients d'une telle situation.

Matériels et méthodes

A. Choix de la méthode

Une recherche documentaire a initialement été réalisée afin d'établir le caractère original de cette question de recherche. Pour cela une étude régulière des thèses déposées sur le SUDOC (Système universitaire de documentation) a été faite avec les mots clés « relation médecin-patient » « médecin généraliste » « commune d'origine » « ville natale » « village natal » « commune » « installation », « médecin traitant ».

Pour répondre à la question de recherche, qui vise à évaluer du vécu, nous avons choisi une méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec une approche d'analyse inductive générale des données selon David R. Thomas.

1. Une étude qualitative

La recherche qualitative ne cherche pas à mesurer ou quantifier, elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement (13).

L'analyse inductive générale de Thomas, Blais et Martineau est un processus de réduction des données détaillant un ensemble de procédures visant à « donner un sens » à un corpus de données brutes mais complexes. Le but est de faire émerger des catégories favorisant la production de nouvelles connaissances, peu importe le domaine privilégié par le chercheur. Cette analyse est réalisée grâce à un ensemble de procédures systématiques guidées par les objectifs de recherche, permettant de traiter les données qualitatives (14).

2. Des entretiens individuels semi-dirigés

L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes prédéfinis à l'aide d'un guide d'entretien (15). Il permet de garder un fil directeur à la discussion, d'approfondir des points importants et de guider la conversation de manière subtile vers les thèmes que l'on souhaite aborder (16).

B. Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Pour la collecte et l'enregistrement des informations de santé une demande préalable à l'étude a été faite auprès de la CNIL, acceptée et enregistrée sous le numéro **2215743 v 0** (Voir Annexe 2). Tous les patients interrogés ont été informés que cette demande avait été faite et un récépissé leur a été envoyé par mail.

C. La population étudiée et la prise de contact

L'échantillonnage était dit « raisonné ». Il s'agissait de patients ayant déclaré un médecin traitant installé dans sa ville natale. La première étape du recrutement consistait à contacter des médecins installés dans leur commune d'origine dans le canton de Salon de Provence et de Pertuis dans la région Sud. Cette première sélection visait à obtenir des profils de médecin différents : âge, année d'installation, genre, nombre d'habitants de la commune d'installation. Les patients interrogés ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin traitant.

Les patients ont été recrutés les uns après les autres, afin de varier les critères d'âge, de sexe, de catégorie socioprofessionnelle, de lien avec le médecin traitant, d'ancienneté d'emménagement dans la ville et de l'existence ou non de pathologies chroniques ou graves. Une fois leur consentement oral obtenu par leur médecin traitant, nous avons contacté les patients par téléphone pour obtenir une entrevue.

D. L'entretien

1. L'investigatrice

Tous les entretiens ont été réalisés par une seule enquêtrice, interne en médecine générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Les entretiens se sont déroulés au sein de cabinets médicaux, chez l'interviewé ou par entretien vidéo en direct.

2. Le guide d'entretien

Une trame de l'entretien a été établie après étude bibliographique grâce à 5 moteurs de recherche : CISMEF, Google scholar, Science direct, EM consult et Cairns. Ceci nous a permis de générer le maximum d'hypothèses en fonction de la question posée. Cette trame d'entretien explore :

- Le lien des patients avec leur médecin traitant.
- Leur avis sur l'implantation géographique de leur médecin traitant.
- Les motivations qui les ont menés à choisir le médecin originaire de la commune comme médecin traitant.
- Les avantages et les inconvénients d'être suivi par un médecin installé dans sa ville natale.
- La qualité de la relation avec leur médecin traitant originaire de la commune.
- La confiance accordée au médecin natif de la commune.

Le guide d'entretien a été testé à deux reprises avant de débiter le recueil de données.

3. La conduite des entretiens

Un document explicatif sur l'étude menée et sur la confidentialité des données (Voir Annexe 3) a été remis au patient, ainsi que la photocopie du récépissé de la CNIL. Un consentement écrit et signé a été demandé.

Le début de l'entretien rappelle brièvement les objectifs de l'étude et recueille le consentement oral du patient pour poursuivre l'entretien et initier l'enregistrement audio.

Une question « brise-glace » est alors systématiquement posée : Comment avez-vous connu votre médecin traitant ?

La trame d'entretien a ensuite servi de support afin d'explorer le maximum de notions prédéfinies. Mais ce sont les réponses du patient interrogé qui ont permis de guider l'entrevue. Les questions étaient des questions ouvertes, avec des relances, des silences et des reformulations afin d'approfondir les réponses. L'enquêtrice devait maîtriser au maximum sa gestuelle afin de ne pas induire les réponses. Des notes de terrains ont été prises.

Tous les entretiens se concluaient par un court questionnaire oral sur les caractéristiques socio-démographiques de la personne interrogée.

4. L'enregistrement et la retranscription des entretiens

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone (Iphone 6SE) avec l'application dictaphone, associé à l'enregistrement par une application d'enregistreur vocal sur un PC (Personal Computer) afin de remédier aux éventuels problèmes techniques.

Les enregistrements audios ont été retranscrits en verbatim, c'est-à-dire mot pour mot, avec les interjections, les rires, les silences, dans l'optique de retranscrire au mieux l'authenticité et le sens des propos. Les retranscriptions ont été anonymisées par la seule investigatrice. Le logiciel de traitement de texte utilisé était Microsoft Office 365 ProPlus.

Dans les suites de la retranscription des entretiens, l'ensemble des enregistrements audios ont été détruits.

E. Analyse et synthèse des résultats

Le codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par un chercheur indépendant et l'enquêtrice. Le contexte dans lequel chaque verbatim a été prononcé a été pris en compte.

La triangulation des codages a ensuite été réalisée par l'enquêtrice. Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données. Le codage et l'analyse ont été réalisés grâce au logiciel RQDA et le logiciel Excel.

F. Saturation des données

Le nombre d'entrevues n'était pas défini à l'avance. Il est dépendant de ce qu'on appelle la « saturation des données ». La saturation des données apparaît dès lors que le codage d'un nouvel entretien n'apporte pas de nouvelles informations (17). Pour la confirmer, un entretien supplémentaire est alors mené. Si celui-ci confirme la saturation des données, il s'agira alors du dernier entretien.

Nous pouvons espérer dans notre étude, obtenir une saturation des données entre 10 et 15 entretiens.

Résultats

A. Profil des patients interrogés

Le recrutement des patients s'est déroulé du 6 mars 2020 au 20 août 2020 auprès de 3 médecins généralistes du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône. Douze patients ont été interrogés. La saturation des données s'est faite lors du onzième entretien. L'échantillon de patient est composé de cinq hommes et de sept femmes. La moyenne d'âge est de 60,1 ans. La durée moyenne des entretiens est de 31 minutes et 51 secondes. Au vu de la crise sanitaire liée à la COVID-19 seulement 4 entretiens ont pu être réalisés en présentiel, les autres entretiens se sont déroulés par appel vidéo.

Entretien	Genre	Tranche d'âge en années	Nombre d'habitants dans la commune	Habitant de la commune depuis...	Niveau d'étude	Catégorie socioprofessionnelle	Pathologie chronique ou grave	Lien initial avec le médecin traitant	Suivi par le médecin depuis...	Durée de l'entretien
N°1	F	40-50	< 10 000	11 ans	Niveau 6 : Licence, Licence professionnelle, Maîtrise, Master 1	Profession intermédiaire	Non	Aucun	7 ans	18 minutes 38 secondes
N°2	M	60-70	< 10 000	53 ans	Niveau 3 : CAP, BEP	Ouvrier retraité	Oui	Connaissance interposée	7 ans	21 minutes 58 secondes
N°3	F	80-90	< 10 000	60 ans	-	Employée retraitée	Oui	Connaissance de la famille	6 ans	36 minutes 32 secondes
N°4	F	30-40	< 10 000	35 ans	Niveau 7 : Master, diplôme d'études approfondies, diplôme d'études supérieures spécialisées, diplôme d'ingénieur	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Non	Connaissance	6 ans	28 minutes 56 secondes
N°5	M	60-70	< 10 000	20 ans	Niveau 3 : CAP, BEP	Employé retraité	Oui	Aucun	19 ans	20 minutes 43 secondes
N°6	F	50-60	< 10 000	31 ans	Niveau 5 : DEUG, BTS, DUT, DEUST	Employée	Oui	Aucun	30 ans	25 minutes 45 secondes
N°7	F	60-70	< 10000	20 ans	Niveau 4 : Baccalauréat	Employée retraitée	Oui	Connaissance interposée	18 ans	48 minutes 36 secondes
N°8	F	50-60	< 10 000	55 ans	Niveau 3 : CAP, BEP	Employée	Oui	Amitié	30 ans	33 minutes 18 secondes
N°9	F	30-40	< 10 000	12 ans	Niveau 4 : Baccalauréat	Employée	Non	Connaissance interposée	13 ans	50 minutes 33 secondes
N°10	M	70-80	< 10 000	53 ans	Niveau 4 : Baccalauréat	Commerçant et assimilés	Oui	Connaissance de la famille	1 an	29 minutes 10 secondes
N°11	M	80-90	>10 000	48 ans	Niveau 2 : Diplôme national du brevet	Ouvrier retraité	Oui	Connaissance interposée	13 ans	25 minutes 43 secondes
N°12	M	60-70	>10 000	69 ans	Niveau 4 : Baccalauréat	Employé retraité	Non	Connaissance de la famille + connaissance interposée	9 ans	42 minutes 33 secondes

Tableau n°1 : Profil des patients recrutés

B. Analyse des résultats

1. Justification du choix de leur médecin traitant

a) *Les patients contraints de changer de médecin traitant*

Les patients se sont retrouvés à consulter un nouveau médecin, le plus souvent par contrainte.

Les raisons pour lesquelles les patients ont été contraints de changer de médecin peuvent être diverses : le **décès du médecin...**

N°11 : « Ah bon, sinon je vous aurais parlé du docteur Missano, voilà j'avais le docteur Missano, depuis 72 j'avais le docteur Missano, malheureusement lui aussi un cancer et... dans les 9 mois qui ont suivi « fffuiiiit »... il est parti. Donc après j'ai eu NOM... »

... ou encore le **départ à la retraite.**

N°1 : « Oui peut être comment je l'ai connu, c'est heu... parce que le docteur H... partait en retraite, que je me suis intéressée à ce qui pouvait, quelqu'un d'autre qui pouvait arriver ici. »

N°6 : « Alors par la passation en fait à l'époque, il y a une trentaine d'années [...] Ce médecin a abandonné le cabinet et a revendu, c'était à l'époque le docteur C ou non le docteur P... Et du coup Lise était toute jeune et commençait puis voilà et puis ça a collé et je n'ai jamais changé en fait. »

Pour d'autres, ce n'est pas le médecin traitant qui s'en est allé, mais eux qui ont fait le choix de **déménager**, ne rendant plus possible un suivi médical sans trouver un autre médecin dans leur nouveau lieu de résidence ...

N°5 : « En 2001, c'était il y a 19 ans, je suis arrivée à Ville et j'arrivais d'une autre région, donc voilà. »

N°7 : « Alors j'ai connu ce médecin traitant parce qu'avant j'ai divorcé et à partir de 2000 et je suis venue vivre dans la ville avec mon mari actuel ... »

Enfin, l'une des raisons motivant le patient à prendre la décision de changer de médecin est le **mécontentement envers leur ancien médecin**.

N°5 : « *Auparavant, j'avais un docteur, bon je vais pas donner le nom, mais c'était à la chaîne quoi. « Bonjour asseyez-vous, déshabillez-vous pif pam poum, hop ordonnance, au revoir, dehors ».* Voilà. »

N°3 : « *Voilà moi j'étais pas très contente de mon médecin il me prenait trop ... vous savez, comme il me connaissait c'était toujours...* »

N°10 : « *Alors au début c'était pas mon médecin traitant, j'étais chez le docteur NOM PRENOM à VILLE. Je me suis rendu compte que ce médecin traitant il voit beaucoup de patients à outrance. Il est pas organisé, vous y allez il va répondre à 5-6 coups de fils de téléphone sans arrêt donc je trouve que ça perturbe et il dit « Ah! Où on en était ? » ... Voilà. Et puis il n'est pas assez suivi... dans le rapport avec le client... patient.* »

b) *Les facteurs motivant la consultation du médecin originaire de la commune*

Certains patients sont allés consulter ce médecin et l'ont choisi car il avait **une bonne réputation**.

N°10 : « *On l'a pris parce qu'on a eu de bons échos voilà. De ceux qui se faisaient suivre par lui voilà.* »

N°7 : « *Donc voilà j'avais de bon retour sur elle.* »

Quelques-uns avouent que c'est tout simplement le **hasard** qui les a conduits à se rendre au cabinet médical de celui/celle qui deviendra leur futur médecin traitant.

N°1 : « *Je suis passée devant, parce qu'il était encore à l'autre adresse. Ouais il y était pas encore, j'y suis passée devant.* »

N°2 : « *Et après bon par hasard, j'ai eu un problème à la cheville. Et après du coup je me suis arrêté le/la voir, et du coup je suis resté là. Oui, voilà, oui, je me souviens, je passais en voiture, il/elle avait ouvert son cabinet là-bas, il/elle était dehors, bon c'était vraiment y a.... C'était vraiment ... vraiment récent, et je suis passé « tiens je vais m'arrêter pour voir » puis ça s'est passé... l'un dans l'autre ... »*

N°5 : « *Donc un jour que j'ai fait une grippe j'ai tapé « cabinet médical » et par hasard j'ai eu Clément voilà. »* »

Le terme de « praticité » est également revenu plusieurs fois au cours des entretiens. En effet les patients ont choisi leur médecin par soucis d'**accessibilité**...

N°4 : « *J'ai une vie assez active et je n'ai pas toujours beaucoup de temps, donc c'est plus facile d'être déjà sur la commune ou de prendre rendez-vous avec Amandine. »* »

N°10 : « *On l'a pris pour être sur place c'est vrai, parce que c'est une priorité en prenant de l'âge, c'est difficile de se déplacer ailleurs, surtout qu'au village on peut stationner facilement. »* »

... et si l'**attente** se trouve être **courte**, c'est d'autant plus attractif.

N°2 : « *Euh... l'autre docteur où on allait, le rendez-vous c'est très long, la salle d'attente c'était très long... et c'est pourquoi on ne supportait pas, c'est pas qu'on supportait pas.... Mais y avait un peu marre d'attendre. Et quand j'avais des problèmes il fallait toujours attendre et quand je travaillais, même quand j'étais malade, il fallait attendre prendre un rendez-vous, du coup je prenais des congés pour... pour me rétablir. »* »

N°1 : « *C'est qu'il était disponible et qu'on pouvait le voir facilement et rapidement qui a fait qu'elle est venue aussi pour ses enfants et même pour elle-même il y a pas très longtemps. »* »

D'autres patients avaient des exigences toutes autres concernant les caractéristiques de leur futur médecin traitant, notamment le **genre** féminin qui entre autres facilitait les consultations de l'ordre de l'intime ...

N°11 : « *- Ah ben bon, comme je vous dis, à part ce que j'ai eu... non c'est bon c'est surtout pour ma femme disons. Comme je vous l'ai dit je l'ai prise justement pour ma femme.*

- Pourquoi préféreriez-vous que ce soit une femme ?

- Bah justement pour ma femme. Pour qu'elle ait plus de contact avec elle et qu'elle soit plus à l'aise. » »

N°6 : « C'est compliqué, c'est-à-dire qu'en fait j'avais des pathologies un petit peu spéciales qui était beaucoup d'ordre gynéco, petit bassin et tout et honnêtement à l'époque c'était la seule jeune femme dans la ville.... Et j'ai été plutôt... j'ai été plutôt... j'avais envie d'avoir une femme en fait. C'était ma deuxième... ouais c'était ça surtout, à l'époque oui. Le fait que c'était une femme ouais. »

N°9 : « Bah je sais qu'en tant que femme... bah c'est une femme donc moi je sais que ça peut jouer aussi. Bon après je vous dis ça, mon gynécologue c'était un homme et ça se passe bien aussi. C'est pour ça que je vous dis « femme » c'est oui et non... Finalement il y a une dizaine d'années j'étais plus jeune, donc oui le fait que ce soit une femme ça m'a rassurée aussi. »

... ou **l'âge du médecin**. Si pour certains, la jeunesse du clinicien promet une continuité des soins pour une longue durée, d'autres se montrent plus réticents redoutant l'inexpérience du jeune médecin.

N°10 : « Alors j'ai choisi le Dr V parce que c'est un jeune docteur ... »

N°2 : « Comme ma femme me disait « - Ouais mais il est jeune, il débute » « - Bon bah écoute moi, il faudra bien qu'il débute à un moment donné, il apprendra bien avec le temps ». Dans tous les métiers, bah sinon on n'aura plus de médecin, on n'aura plus de mécano, on n'aura plus personne...Et ça il y a des gens qui n'arrivent pas à le comprendre. Tous les métiers s'apprennent sur le tas.... On a beau avoir fait des études, il y a un moment où... »

c) *L'influence du tissu social dans leur choix*

Si comme décrit précédemment les raisons de leur choix étaient diverses, il a été mis en évidence l'importance que les patients accordent à l'origine géographique de leur médecin traitant. Pour beaucoup cela constitue une **motivation supplémentaire à le choisir**.

N°12 : « Là pour moi c'est important d'avoir quelqu'un qu'on connaît qui est du cru et qui connaît notre environnement et qui connaît ... tout quoi. »

Pour ces patients, il était primordial de **connaître à minima** leur médecin traitant.

N°12 : « - Et le fait que votre épouse connaissait le Dr S ça a été une motivation pour la choisir ?

- Ah bah oui, c'est sûr, c'est sûr. Quand on connaît... enfin je sais pas... Un médecin c'est quelqu'un de particulier dans une famille ... c'est quelqu'un en qui on a confiance... Voilà pourquoi, c'est ce qui a motivé le fait qu'on la choisisse quoi hein. On prend un médecin ... enfin je sais pas hein ? Pour moi, moi je prends un médecin que je connais. »

Pour les patients très attachés à leur territoire, il s'agissait plus d'une preuve de solidarité en faisant travailler un « **travailleur local** ».

N° 7 : « Je trouve que c'est important de faire travailler les gens locaux... et c'est bien qu'il y ait des médecins. Parce que ma sœur qui habite dans le Gard... Il n'y avait personne pour reprendre le cabinet de l'ancien médecin. Donc c'est important qu'il y ait des médecins... qu'il y ait des choses sur place. »

Certains des patients entretenaient des **rapports privés** avec l'entourage du médecin ou le médecin lui-même, et cela les a confortés dans leur choix de médecin traitant.

N°11 : « Voilà, étant donné que je connaissais sa mère, j'ai dit « Bon, je vais aller chez la fille ». Voilà. »

N°12 : « Mon épouse la connaît parce qu'elle l'a eu à l'école moi je connaissais son père parce que je travaillais avec lui en police euh bon [...] Quand on connaît... »

N°8 : « ... et puis le fait de la connaître ça simplifie les choses... après je me suis même pas posé la question hein c'était...du moment qu'elle devenait médecin généraliste c'était elle qui devenait mon médecin traitant. »

Ce choix n'en était pas forcément un car pour quelques-uns cette décision s'est imposée à eux sans efforts, de **manière évidente et naturelle**.

N°6 : « Ça ne s'explique même pas, ça se fait naturellement en fait. »

N°11 : « Fin voilà comme je vous le dis ça s'est trouvé comme ça quoi. Tout simplement quoi. J'ai même pas cherché. J'ai pensé de suite à elle. »

Tandis que pour d'autres, le fait de connaître l'entourage familial ou le médecin personnellement **n'a pas influencé leur choix** de médecin traitant.

N°10 : « *Oui, je connais la famille, Géraldine... son mari tout ça. On eut mangé ensemble tout ça, mais c'est pas dans ce but là qu'on l'a pris quand même.* »

N° 7 : « *Amitié... ce n'est pas par amitié que je l'ai choisi. Y a des gens qui font ça parce qu'ils ont un parent, ou un fils qui fait médecine et qui s'installe dans le village... non, c'est pas pour ça.* »

Beaucoup d'entre eux me disent simplement qu'ils sont **contents** que leur médecin soit « d'ici » mais que ce n'était **pas** pour eux **un critère de choix**.

N°7 : « *De mon point de vue.... Moi je suis très contente, qu'elle soit du village... mais c'est pas pour ça ... Quand je l'ai vue ça s'est très bien passé avec elle mais je pense pas que soit qu'elle soit ... il ne faut pas être fermé... admettons qu'il n'y ait personne sur le village qui ait les capacités de devenir médecin. Ce qui compte c'est qu'il y ait un médecin.* »

N°9 : « *Si elle n'avait pas été du village ça aurait pas été tellement grave... c'était pas une motivation non plus.* »

N°6 : « *Voilà, c'est bien qu'elle soit sur la ville mais ce n'est pas la priorité honnêtement.* »

Parfois, ils ne se sentent tout simplement **pas concernés par l'origine géographique** de leur médecin traitant étant eux-mêmes non natifs de la commune.

N°5 : « *Bah ça m'a pas du tout influencé, c'est un détail qui ne m'a pas concerné quoi...* »

N°6 : « *Alors, c'est bien mais ça ne me gêne pas plus que ça. Elle aurait pas été de la ville, ça aurait été pareil. Honnêtement. On m'aurait dit « elle sur Salon », j'aurai eu les mêmes trucs avec elle, j'aurai été sur Salon la voir, ça aurait pas été un problème.* »

N°9 : « *C'est vrai que ... c'est pas gênant si ça avait un médecin qui venait d'arriver dans la région, c'était pas... C'est pas important parce que moi je ne suis pas du tout native d'ici donc... Donc franchement ...* »

2. Les qualités de leur médecin traitant

Pour exprimer leur vécu sur la situation particulière d'être suivi par un « enfant du pays », les patients m'ont décrit le tableau qu'ils se faisaient de leur médecin. Justifiant qu'ils l'aient gardé en tant que médecin traitant.

a) *Compétences médicales*

Le médecin qu'ils ont choisi est une personne avant tout **compétente**. C'est l'attente principale qu'ils avaient envers leur nouveau médecin traitant.

N°12 : « Je pense que ... moi personnellement j'attends rien de mon médecin que sa compétence. »

N°7 : « Le principal c'est que ce soit un médecin compétent et à l'écoute et qui parle avec les mots qu'on comprend. »

N°10 : « Il est compétent parce qu'il questionne beaucoup pour cerner le problème. Y a des orientations qu'il va prendre selon les problèmes qu'on a. »

De cette compétence, découle forcément **le bon diagnostic**...

N°6 : « Pour moi, j'ai toujours eu des pathologies un peu hors norme et à chaque fois elle a mis le doigt dessus. Limite ... Hormis ses confrères qui disent « Mais non c'est pas possible, c'est pas ça ... c'est trop » et elle avait raison. »

... Et **les bonnes prescriptions**.

N°2 : « ...et il me prescrit les médicaments qu'il faut ... sans en abuser quand même. En... gros c'est ça [...] Les bonnes prescriptions c'est important aussi, comme on dit pas trop avoir de cachets, ça m'intéresse pas non plus. »

N°5 : « Il/elle me donne des traitements adaptés bon bah voilà... moi j'en demande pas plus à un médecin ... c'est déjà beaucoup même... »

N°1 : « Je sais pas, dans ses prescriptions, si ... si oui, s'il prescrit ce qu'il faut, et si la compétence est là aussi ... il n'y a pas de raison que ça n'aille pas. »

Leur médecin est compétent, car il **examine** ses patients ...

N°2 : « Je rentre il/elle fait les examens de base qu'il/elle fait comme tout le monde, hein... prendre la tension, les trucs de base et puis... »

N°10 : « Après voilà quand il/elle ausculte il/elle prend la tension à tout le monde, c'est important. »

Leur médecin traitant, bien qu'il soit originaire du village/ville, se doit d'être **réactif**...

N°4 : « Bah déjà clairement... la réactivité, bon alors sans parler que je le/la connaisse, la réactivité...Je l'appelle « - Viens de suite », tac radio des poumons, pneumopathie, antibiotiques c'est réglé. Je sais pas, si j'aurai pu faire confiance à l'autre médecin que j'étais allée voir si je l'avais appelé « Elle tousse toujours », est-ce qu'il aurait été autant réactif ? Puisque de base, visiblement il l'était moins. »

N°10 : « Après il faut qui en ayant été attentif il faut qu'il/elle soit réactif/ve quand même. »

... et bien sûr **efficace** !

N°12 : « La compétence du médecin, c'est tout bêtement jugé par chaque patient. C'est quand on va chez le médecin généraliste pour une grippe ou un rhume. Si on est hyper bien soigné, si on n'a pas besoin de retourner pendant 3 mois ou 4 mois pour obtenir un résultat sur les soins en rapport avec sa maladie bah voilà on a gagné quoi, c'est ça la compétence d'un médecin [...] Moi j'attends d'un médecin qu'il me soigne point barre quoi. Voilà ... »

N°5 : « Donc pour moi il/elle est très efficace. Ça a bien marché quoi ! Je suis arrivé dans le village j'étais un petit gros avec pleins de problèmes de santé, maintenant je vais courir tous les matins, j'ai réglé beaucoup de mes problèmes de santé et ça s'est fait parce que Prénom avait beaucoup d'écoute. [...] Bah voilà, parce que en fin de compte, si les gens sont efficaces... »

Les patients admettent que leur médecin traitant ne sait pas tout, qu'il peut parfois avoir des lacunes dans certains domaines médicaux, mais ils attendent de celui-ci qu'il sache les identifier c'est-à-dire « **connaître ses limites** ».

N°7 : « Il/Elle connaît ses limites, ce qu'il faut faire...ce qui est urgent, pas urgent. Voilà j'ai pas de soucis dans sa compétence professionnelle. »

N°12 : « C'est aussi, c'est aussi, sachant qu'il s'agit d'un généraliste, on va pas lui demander de faire ce qu'il n'a pas peut être appris à faire, puisqu'il y a des spécialisations en médecine. Ce qui est bien c'est que le médecin sache diagnostiquer quelque chose et nous orienter vers les personnes qui faut. Savoir nous envoyer chez le spécialiste. Et ça c'est ... C'est un bon médecin... j'ai un bon médecin généraliste... qui a su voir que là y avait la nécessité de faire appel à un spécialiste et qui m'a orienté vers la personne qui fallait. Ça, ça fait aussi partie de ses compétences et voilà, ce que sont les compétences d'un médecin. »

N° 4 : « Quand on voit qu'il peut peut-être pas tout savoir, il est pas spécialiste de tout, mais en tous cas il a les contacts, il se renseigne, il hésite pas à prescrire les examens etc... »

Il faut, en conséquence, qu'il sache **orienter** son patient correctement vers le spécialiste ou le praticien adéquat.

N°12 : « Voilà, la bonne orientation quand la nécessité se fait sentir. Puisque c'est le médecin qui va tout bonnement en visitant son patient avouer « Tiens, là y a un petit souci, il faudrait que je l'envoi voir tel spécialiste, x ou y » et c'est là qu'on voit la compétence d'un médecin qui ne va pas s'embêter à donner de l'aspirine quand la nécessité se fait jour de voir un pneumologue ou autre chose... Je sais pas ça me vient pas à l'esprit. Donc c'est... voilà c'est ça, ça fait partie d'un ... fin c'est la réaction d'un bon médecin. »

N°10 : « Je pense que c'est bien d'orienter son patient et qu'en même temps ce soit rapide, qu'il s'occupe de prendre rendez-vous pour son patient pour que ça aille plus vite. »

b) *La communication : point fort de leur médecin*

La **communication** est un **échange** entre deux personnes, cet échange est vécu comme **essentielle** et faisant partie intégrante de la relation avec leur médecin traitant.

N° 10 : « Si on ne peut pas échanger et qu'on est interrompu en permanence... C'est pas le but voilà. »

N°9 : « Il faut qu'il y ait un bon échange en fait... des explications. »

Pour qu'il y ait un échange, il faut que le patient se sente **écouté**...

N°10 : « Bah une bonne relation médecin-patient, bah il ... que le médecin soit bien à l'écoute du patient. Écouter tous ses problèmes qui peut y avoir [...] Il est à l'écoute, ça fait partie des docteurs qui sont à l'écoute. »

N°6 : « Oui. Il/Elle est à l'écoute, tout simplement, je peux pas dire mieux. Il/Elle est à l'écoute... il/elle est vraiment... fin moi je sais que si ça va pas, que ce soit pas que ... qu'au niveau médical, ça doit être psychologique, hein, y a des périodes dans la fin où on n'est pas top top. »

Pour certains, cette écoute est **majorée par l'origine du médecin**...

N°3 : « Bah il m'écoute un peu plus quoi...il m'écoute un peu plus (sourir) qui voit un peu que c'est... comment vous dire... j'étais vraiment malade quoi... je ... il fallait qu'un docteur me prenne un peu en main. Voilà. Bah il écoute mon mal... c'est le principal. »

... Il en résulte une vraie **considération**, de la part de celui-ci, des maux du patient.

N°10 : « Puis ma femme comme je vous dis quand elle y est allée, elle a eu un très bon contact et elle m'a dit « Il me prend au sérieux dans le domaine ». Oui parce qu'à notre âge on a toujours un petit peu quelque chose. »

N°3 : « J'ai l'impression d'être prise au sérieux, quand je lui ai dit « J'ai trop mal » il me dit « Bah écoute ça peut pas te faire de mal, si tu vois que... ». »

Les patients attendent tout de même de leur médecin qu'il fasse preuve de **franchise et d'honnêteté** quand bien même ils ont vécu ou vivent dans la même commune.

N°12 : « Mais je pense pas que le Dr V va me faire de cadeaux sur ma santé. Je pense que c'est un médecin consciencieux, c'est un médecin consciencieux, il/elle fait son travail tout à fait comme on doit le faire et c'est pas parce qu'on se connaît et c'est pas parce qu'il/elle est de la ville que si demain j'ai un cancer il/elle me dira « Ah bah c'est

pas grave, tu as un rhume ». Il/Elle me dira ce que j'ai et il/elle fera ce qu'il/elle a à faire, et j'attends de lui/ d'elle qu'il/elle me dise ce que j'ai et qu'il/elle fasse ce qu'il/elle a à faire. »

Certains pensent même que le fait d'avoir cette proximité, leur assure d'avoir **accès à la vérité**.

N°8 : « Il/Elle ne me cachera rien donc c'est important. Ça veut dire que si je veux parler avec lui/elle du diagnostic qui a été établi sur ma maman je sais qu'il/elle va aller... Je sais que je peux poser des questions, il/elle va m'expliquer ce qui peut arriver, ce qui va se passer sans problème. Alors selon les médecins que vous rencontrez... ils vous racontent pas tout... »

N°4 : « On sait que ... que si jamais un jour il y a un grave problème bah que déjà y aura pas de mensonge, y aura pas de filtre, les choses elles seront dites. Voilà fin moi c'est les choses que j'apprécie. Si je rencontre un médecin et que j'ai un problème c'est pas pour qu'on me dise « Ah non, mais c'est pas grave » ... bah si c'est grave bah il faut dire les choses. Je pense qu'il/elle est comme ça. »

Cette vérité a besoin d'être **expliquée** en détail afin qu'elle puisse être comprise par le patient. Certains patients réclament ces explications plus facilement grâce à ce point commun qui est d'être de la même commune.

N°8 : « Là au moins, c'est expliqué ils savent pourquoi ils ont ça, ce qu'il va se passer derrière. Ils ont les explications. »

N°9 : « Ah...qu'on nous explique bien... une bonne explication je sais que c'est important... voilà. C'est déjà bien. »

N°12 : « Et là, le fait de connaître, bah si on te dit « -vous auriez tel maladie, tel maladie » « -Bah c'est quoi ? » « -Bah c'est la gratouille quoi » « -Ah oui la gratouille » ... vous voyez ce que je veux dire ? Y a une émulsion d'explications de... on facilite les rapports ... »

Ces explications doivent se faire avec des **mots intelligibles** par le patient. Beaucoup se plaignent d'un vocabulaire trop technique.

N°7 : « Il y a la manière de parler aussi d'un médecin, parce que moi j'ai travaillé dans le secteur médical et je connais quelques termes mais y en a qui ne connaissent pas tous ces termes. C'est aussi bien que le médecin traitant, que le médecin de famille ...

qu'ils comprennent ce qu'ils disent quoi [...] Le principal c'est que ce soit un médecin compétent et à l'écoute et qui parle avec les mots qu'on comprend. »

N°12 : « Et ce qui se passe les ¾ du temps on nous assomme avec des noms complètement sortis de je ne sais où d'un langage particulier et là ben on se retrouve nu et cru devant tout ça. Je pense que 6 patients sur 10 ils n'ont rien compris à ce qu'il s'est passé sauf quand tu y vas pour un rhume. »

c) *Un médecin plus disponible que d'autres*

Cette disponibilité est considérée dans sa dimension temporelle avec une **durée de consultation adaptée**.

N°1 : « Euh, qu'il puisse prendre le temps quand même, quand on, oui qu'il puisse quand même prendre le temps. Parce que parfois on vient sans..., avec, fin, avec un but et puis ça peut des fois dévier sur autre chose et ça peut arriver. »

N°10 : « Il prend son temps, ce n'est pas un expéditif. Il faut être à l'aise avec le client... je veux dire le patient. »

N°5 : « Une consultation ça prenait pas 10 minutes mais plus entre 20 minutes et 35 minutes... ça dépend si on est parti à discuter (rire). Après ça dépend si elle est pressée, si je vois qu'elle est pressée bon ben... on abrège quoi ! »

Ce temps peut se révéler indispensable notamment lorsqu'il a pour objectif **d'accompagner les patients** et leur laisser la chance de s'exprimer.

N°5 : « Oui. Par exemple, bon moi quand j'ai connu Robert, j'avais un petit problème d'alcool, j'avais un problème de surpoids etc... heu ... j'ai eu de sa part beaucoup d'encouragements et d'aide dans ... pour obtenir mes objectifs... que je m'étais fixé... voilà [...] et puis les encouragements parce que comme je vous disais j'ai arrêté depuis 5 ans complètement l'alcool, ça pas été facile et Robert m'a beaucoup aidé par des discussions etc... »

N°6 : « Patricia m'a dit quand j'avais le cancer « si tu as besoin de parler, je suis là » voilà... c'est possible de parler. Moi en plus j'ai eu 2 cancers donc c'était très important qu'elle soit à côté de moi et qu'elle me parle. Mais je veux dire elle a été là pour moi. »

Une disponibilité qui dans une situation d'urgence permet au patient d'avoir accès à un **avis médical sans trop de délai**.

N°6 : « Je peux avoir une urgence, on parle médicale, bien évidemment, on parle de mon médecin, donc médical. Je peux avoir une urgence, je vais pas avoir de rendez-vous ce jour-là, je vais appeler je vais expliquer ce qui m'arrive. Elle me fait confiance aussi de son côté et elle va me débloquent un rendez-vous. Malgré qu'elle soit extrêmement prise. De ce côté-là je sais que je peux avoir confiance, bon elle va pas dire « Bon Mme C elle va attendre 3 jours je finis à 18h et pas à 18h15 ». Bon voilà je sais que ça va pas être ça. »

N°7 : « C'est important parce que quand ça été très grave dernièrement, c'était avant le confinement, et elle, elle a 24 ans ... elle est venue, parce qu'elle était vraiment pas bien, j'ai appelé j'ai dit à la secrétaire « Quand est-ce que vous pouvez la voir ? », j'ai tout décrit et puis après Patricia m'a rappelé parce qu'elle a compris que ce n'était pas anodin et elle est venue sur place elle l'a examinée elle a marqué tous les traitements qu'il fallait, les analyses en labo tout ça... donc ... donc elle a été disponible, de venir à la maison ... alors qu'elle a un cabinet médical à faire tourner. Je pense que la disponibilité... de pouvoir voir quelqu'un quand on en a besoin, c'est confortable. »

Grand nombre des patients interrogés me font part de l'utilisation régulière de la **téléphonie**. Soit en joignant le médecin sur son numéro professionnel soit, quand ils sont plus proches de leur médecin, sur le téléphone personnel.

N°4 : « Aussi la disponibilité, voilà, la dispon... fin voilà Franck il est quand même beaucoup disponible. Fin voilà on peut passer un coup de fil [...] alors passer un coup de fil cinq minutes pour avoir un petit conseil...voilà ... »

N°8 : « Bah je sais que s'il y a un gros souci ou quoi bah elle est joignable bah on peut l'appeler ou lui envoyer un message et on sait qu'il va y avoir une réponse qui va arriver derrière donc. »

N°9 : « J'ai même son téléphone perso pour les enfants, elle me dit tout le temps « voilà tu m'envoies un petit message si tu as un doute » ... moi je suis vraiment en confiance avec elle... Le moindre doute je sais que je peux la contacter sans problème quoi... »

Une patiente m'a expliqué qu'elle pouvait à l'occasion d'une urgence **passer entre deux patients**, alors qu'elle n'oserait pas demander une telle faveur si elle ne connaissait pas du tout le médecin.

N°4 : « Je m'adresse à Sylvie, je lui explique mon souci. Bon bah voilà Bertrand il hésite pas à sortir entre 2 patients, et me dire « bon ben viens on sort dehors discuter deux-trois minutes » on est sorti 5 minutes, et en 5 minutes c'était réglé... on avait des choses à se dire mais ça prend 5 minutes en fait. J'ai pas pris la consultation de quelqu'un qui aurait peut-être duré une heure, pour que je lui raconte ma vie etc... il l'aurait fait, y a pas de problème, mais là du coup ... fin voilà c'était entre deux. J'étais juste venue pour ça, savoir ... c'est tout. Un médecin avec qui j'aurais peut-être pas ce genre de rapport, que je connaîtrais pas bah ça se serait peut-être pas passé comme ça. J'aurais peut-être prévenu la secrétaire de pourquoi j'étais là et encore quand il y a une secrétaire parce que ce n'est pas toujours le cas. Donc j'aurais attendu... la consultation aurait duré peut-être 30-40 minutes fin... voilà. Donc... voilà. »

Le terme « **médecin de famille** » est sorti à plusieurs reprises, comme pour décrire un profil de médecin d'antan regretté qui assurait un suivi transgénérationnel et réalisait des visites à domicile.

N°6 : « Le seul impact que j'ai avec elle/lui c'est qu'elle/il agit en tant que médecin de famille. Je parle vraiment comme on faisait il y a 40, 50 ans en arrière. Médecin de famille. Vraiment dans sa façon d'être, c'est plus ça que « enfant du pays ». »

N°9 : « Puis voilà comme j'ai eu d'autres médecins quand j'étais plus jeune là où j'habitais, je ne me souviens pas que ma mère ... quoi que le médecin venait encore à la maison. Oui y avait encore une relation avec un médecin de famille, qui se perd avec le temps. Oui moi je sais qu'il/elle serait capable de débarquer à la maison s'il y avait un problème quoi.... Ce qui se faisait avant et qui se perd maintenant. »

Finalement, ce que désirent les patients avant tout c'est **un médecin sur qui ils peuvent compter**.

N°6 : « C'est toujours pareil, moi j'ai des amies qui ont une grippe une fois par an c'est sûr qu'elles n'en ont pas besoin. Et voilà quoi ! Ça dépend du vécu. Après, quand on

a des pathologies fréquentes, lourdes et différentes dans la vie, on se dit qu'on a besoin de quelqu'un sur qui compter. Je sais sur qui je peux compter. C'est important. »

N°6 : « Et dans ces cas-là il/elle me passera directement Prénom qui me dira s'il y a urgence ou pas. Il/Elle ne me laissera pas tombé [...] Je sais que je peux compter sur lui/elle, c'est mon médecin »

N°7 : « Je veux dire c'est quelqu'un qui va jusqu'au bout... c'est pas fini de dire « ça va pas, elle a ça ... qu'elle aille aux urgences » ... ça s'arrête pas là. Après, elle veut que je lui donne des nouvelles de ma fille. Voilà elle va jusqu'au bout. Ce qui compte, un médecin c'est pas juste prescrire un médicament...c'est de sentir qu'on n'est pas lâché. [...] C'est important de sentir que le médecin est là. »

3. La relation médecin patient dans ce contexte

a) *Une relation de grande confiance*

La notion de confiance a été évoquée dans l'ensemble des entretiens, soit par le patient de manière spontanée, dans la plupart des entrevues, soit lors d'une question de relance. Cette relation de confiance est pour les patients, **incontournable et totale.**

N°1 : « Bah j'ai ...toute confiance en fait... si on ne peut plus avoir confiance au toubib, non, fin c'est vrai, c'est vrai que c'est une relation de grande confiance, c'est vrai. »

N°10 : « Je pense que la confiance avec un docteur c'est important. »

N°11 : « En principe justement, j'ai confiance en lui parce que on y va sinon on aurait changé de médecin. »

N°4 : « Bon alors moi je pense qu'il y a une bonne relation médecin-patient déjà quand on peut avoir confiance en son médecin. »

Les patients ont une absolue confiance **aux compétences** de leur médecin que ce soit **médicales ...**

N°8 : « Ah, la confiance elle est aveugle donc... je... pour n'importe quoi que ce soit je peux l'appeler je peux voir avec elle et ... je fais exactement ce qu'elle me dit, je me

pose même pas la question. Confiance dans son jugement total. Confiance en ses compétences, en son jugement, en son diagnostic, en tout... »

N°5 : « Confiance sur la prise en charge de ce que j'ai, et vu qu'elle me connaît très très bien, sur le traitement qu'elle va me donner etc etc... »

N°6 : « J'ai une confiance, on va dire déjà médicale, je ne pose pas... je ne mets jamais sa parole en doute. Honnêtement ma première pensée quand elle me dit quelque chose, on va dire à 200% je lui fais confiance. Voilà. Je sais quand elle me dit quelque chose je ne pose pas la question de « Mon dieu mais est-ce qu'elle a raison, est-ce qu'elle a tort, d'où elle me sort ça » ... je lui fais totalement confiance. »

Ou **communicationnelles** comme nous l'avons décrit plus tôt...

N°8 : « Un climat de confiance et le fait de pouvoir parler... sans se sentir observé vraiment par le médecin... qui se dirait « Oh lala, c'est une casse-pieds... elle m'appelle pour ça » voilà qu'il n'y ait pas de... voilà... je pense que c'est ça [...] En fait le fait de pouvoir discuter avec un médecin vous emmène à pouvoir avoir confiance en lui. »

N°9 : « Je trouve que dans sa manière de parler, moi je me trouve tout de suite en confiance fin voilà. J'ai besoin... fin voilà j'ai totalement confiance en elle. »

Cette confiance favorise l'**adhésion aux soins** puisqu'ils pensent que leur médecin a en effet pris les bonnes décisions et ne les remettent pas en question encore plus quand il s'agit de confier leur santé à une tierce personne.

N°12 : « Après bien entendu quand le médecin nous envoie chez un spécialiste ou autre c'est pas au spécialiste qu'on fait confiance. C'est au médecin qui nous y envoie. Voilà ma façon de penser. Parce que le spécialiste on ne le connaît pas donc on va se rendre corps et âme à son diagnostic mais parce que le médecin de famille l'a conseillé, donc la confiance première revient au médecin traitant. Voilà. »

N°6 : « Ou alors elle va me dire « Va de suite à l'hôpital », c'est arrivé. Mais dans ces cas-là je lui fais confiance. Je vais directement à l'hôpital. »

Cette relation de confiance est **tributaire du temps**.

N°6 : « Puis voilà, la confiance se fait petit à petit et au fur et à mesure des années. Je peux pas dire plus en fait... Comme n'importe qui, tout un chacun fait confiance à une personne, pourquoi ? C'est au fil des années, ça se construit, ce n'est pas expliqué plus que ça en fait. »

Pour certains patients, l'**origine du médecin** présente un impact sur la **confiance** qu'il lui accorde, **majorant** cette dernière.

N°4 : « ...et puis bon, on va dire qu'on a plus confiance... fin... Pour ma part c'était ça ... Heu bah voilà c'est ça, je pense que pour moi la plus grosse motivation c'est la confiance et savoir bah qui on va voir [...] Comme je vous dis du fait qu'il/elle soit du village, bon je prêche pour ma paroisse, mais je veux dire on se connaît donc on sait, qu'on peut venir, que c'est un docteur sérieux, qu'on peut avoir confiance. »

Pour d'autres, cela **semble plus incertain**....

N°7 : « Après peut-être que si elle n'était pas d'ici et que je m'entendrais bien, ça serait peut-être pareil, je sais pas... mais moi dans le cas présent je suis en sécurité complète avec elle... Confiance. »

La proximité géographique, combinée aux qualités de leur médecin et de la confiance qu'ils lui accordent **favorise la confiance**.

N°3 : « Je ne pense pas que ça aurait été possible à dévoiler autant avec un autre médecin. Par exemple avec le docteur qui m'a pas plus, je pense pas que je me suis confiée de tout ça quoi... »

N°4 : « Oui la facilité, bon bah c'est plus facile de se confier... bon bah alors c'est vrai que Franck c'est un copain d'école, nos familles se connaissent aussi, on est des villageois tous ... fin voilà. Et je pense que du coup c'est plus facile de se confier bon déjà ...en quelqu'un en qui on sait qu'on peut avoir confiance parce qu'on le connaît. On sait comment il évolue, on connaît un peu son caractère, ben voilà on a quand même grandi un peu ensemble... fin voilà. C'est plus facile de se confier ... on va dire plus librement et avec moins de retenue. »

N°4 : « Mais je trouve que quand même c'est important qu'on puisse confier à son médecin généraliste, un petit peu. Bon alors il est pas psychologue, c'est pas ça, mais je veux dire voilà... ça peut arriver d'avoir une baisse de régime et de se confier bah du coup ... qu'il soit d'ici ça peut être sympa ! »

N°7 : « Mais je pense que je me confierai plus à elle qu'avec certaines personnes avec qui je sors. Avec qui je vais... qui sont des connaissances. »

Une telle **confiance** accordée, construite sur des années de relations pour certains patients, est presque **exclusive** quand il s'agit de leur santé d'autant plus quand une méfiance envers la profession médicale préexiste...

N°8 : « Alors, la relation de confiance je ne peux pas l'avoir avec un autre médecin. Puis je travaille dans une clinique donc connaissant les médecins, non. »

Un patient a tout de même rappelé que comme toute chose, **cette relation de confiance peut se briser**, elle n'est pas inébranlable mais que l'erreur reste humaine.

N°2 : « Bon bah, moi je lui fais confiance, après tant que tout va bien, c'est toujours pareil [...] l'erreur est humaine... j'peux pas dire... je fais confiance à 100% et si , il peut faire une connerie, ça peut arriver à tout le monde ... comme dans tous les métiers. »

b) Une relation complexe

La relation peut être complexe de par sa duplicité, par exemple parce qu'une **relation d'amitié préexiste...**

N°8 : « Alors moi c'est une relation d'amitié que j'ai avec elle. Puisque moi quand je vais la voir, je vois d'abord Camille avant de voir le médecin. Parce que comme c'est une amie d'enfance... après on aborde le sujet de la maladie s'il doit y avoir maladie mais je discute d'abord avec une amie avant de discuter avec un médecin. Pour moi ça me fait une différence. Les médecins qu'on peut voir autre part, ce ne sont pas des amis quoi ...bien souvent. Moi j'ai la chance que ce soit une amie donc... c'est pas vraiment la même chose quoi. »

N° 9 : « Voilà après comme je vous dis, pour moi c'est différent parce que le docteur NOM je l'ai d'abord connu en dehors et après en tant que médecin... fin j'ai deux... c'est voilà... c'est un ami un peu de la famille. Il est déjà venu ici, bah du coup il suit mes enfants. Y a juste mon mari qui a un médecin de famille depuis des années mais voilà, il y a un rapport amical. »

...parfois cette amitié naissait après avoir rencontré le médecin dans son environnement professionnel ou encore avait été impulsée par la vie de la commune. Cette dernière hypothèse était d'autant plus présente que la ville était petite. Ce qui est certain c'est que le **temps a fait évoluer ces relations**.

N°5 : « Ouais, voilà, l'amitié elle se crée au fil des années hein... Par exemple maintenant on se tutoie, je l'appelle par son prénom, fut un temps on... on a même couru ensemble, on courait le jeudi matin, fin, bref c'est plus... pour moi maintenant c'est mon médecin mais mon ami(e). »

N°6 : « - J'ai remarqué que vous l'appellez par son prénom ?

- Ça découle de trente ans (rire) trente ans de suivi... donc honnêtement... trente ans au bout d'un moment... En fait après on a eu les enfants qui allaient à l'école en même temps donc aux mêmes classes qui étaient copines d'école ... donc ça découle au fur et à mesure des années quoi. »

Si les patients ont gardé leur médecin traitant c'est qu'ils adhèrent à cette **relation « multiple »** où le médecin tient une place dans les différentes sphères de la vie que ce soit professionnelle, personnelle ou médicale.

N°7 : « Le médecin traitant c'est le point d'union, entre vie personnelle, notre vie médicale, notre vie du village... tout. »

N°9 : « J'aime ce lien qu'on a aussi bien à l'extérieur qu'au cabinet [...] Ouais voilà, exactement, j'aime ce lien, de l'avoir en tant que médecin et en tant qu'ami(e). »

Pour deux des patients, leur médecin est « **plus qu'un docteur** ». Ils ont, en effet, plus d'affect avec ce médecin qu'ils n'en auraient pour un autre. Il est plus qu'un simple professionnel de santé à leurs yeux.

N°3 : « Depuis, qu'il... qu'il a été docteur, bon voilà, maintenant... bon enfin pour moi, c'est ... c'est ... c'est plus qu'un docteur voilà. »

N°9 : « C'est vrai que c'est plus qu'un médecin pour moi du coup. »

Cependant, il est normal et important pour le patient de **distinguer le médecin, professionnel de santé, et « l'enfant du pays »**.

N°12 : « Quand on connaît un médecin... eh ben on vient voir le médecin, et quand je la rencontre dans la rue je dis « Bonjour madame », y a plus de médecin. Parce qu'il faut savoir faire la différence entre le médecin et la personne qu'on connaît. Donc d'être l'enfant du pays ça permet de faire coucou, un petit signe amical de la main quand on se croise dans la rue mais ça va pas plus loin. »

N°7 : « Oui, voilà ... de ses activités, quand les gens la rencontrent... Je veux dire il faut arriver à ce que... elle quand elle sort de son milieu médical et qu'elle est là pour son loisir ou pour faire des courses, c'est bien que les gens lui parlent comme à une personne qui n'est pas médecin... c'est ce que je veux dire. C'est difficile pour les gens de dissocier la personne du médecin. Vous voyez ce que je veux dire ? »

N°8 : « Au moins faire le distinguo entre le fait qu'elle soit du village, qu'elle soit enfant du village et le médecin. »

L'environnement professionnel permet de délimiter le rôle de médecin du rôle privé.

N°12 : « Voilà y a le médecin et après je rencontre Prénom NOM dans la rue. Mais quand je suis au cabinet, je l'appelle Docteur. Il faut absolument savoir faire la différence, de la personne en tant que personne et du médecin qu'on va voir dans son cabinet. »

N°8 : « Le fait d'aller à son cabinet, de prendre rendez-vous à son cabinet pour aller la voir. Et après de discuter de sujet, de pathologies, de suite c'est plus la copine qui est devant, c'est le médecin. Ça s'est fait naturellement en fait. Quand on se voit à l'extérieur c'est la copine et quand on se voit au cabinet c'est le médecin qui apparaît. [...] Ouais ouais, c'est le cadre... le cadre qui change tout. »

Car ils ne souhaitent **pas envahir la vie privée du médecin**... Car tout ce qui se passe au cabinet reste au cabinet autant pour le médecin...

N°12 : « Je suis pas assez proche de madame NOM, pour la rencontrer comme ça comment je pourrai dire, au cours d'apéro ou autre, je veux dire dans la vie, mais si tel était le cas, je ne lui parlerai jamais de médecine en buvant l'apéro par exemple. Si jamais j'en avais besoin, j'irai la voir le lendemain au cabinet. »

... que pour les patients. Les patients attendent également une **distinction entre « le patient » et « la personne »** de la part de leur médecin.

N°8 : « ...Et puis finalement ils l'ont pris comme médecin traitant et ils sont content parce que finalement il/elle les prend en tant que patient il/elle ne les prend pas en tant que papa et maman de Mathilde. Il/Elle... vous voyez ce que je veux dire ? Il/Elle fait la différence entre son patient et les parents de son amie qu'il/elle a connu petit(e). Voilà. »

N°12 : « Donc moi toute la relation que j'ai, c'est une très bonne relation avec le docteur NOM sans jamais avoir fait allusion à ce qui, ah si peut être une fois il y a des années, « - Ah tiens j'ai travaillé avec votre papa » « - Ah ouais ouais » ... voilà bon. Mon épouse elles se sont immédiatement reconnues mais y a pas eu plus que ça. Et c'est suffisant. Après, quand je rentre dans le cabinet du Dr NOM et ben, je suis le patient avec le médecin et terminé. »

Même si cette distinction est décrite par beaucoup de patients entre le professionnel et le cohabitant, ils avouent que la **consultation se fait souvent en deux temps**. Un temps « médical » puis un temps « personnel ». Ainsi dans ce sens, c'est le personnel qui envahit le milieu professionnel et non l'inverse.

N°4 : « Je viens souvent sans rendez-vous ça m'arrange... je viens j'attends, je rentre donc on discute un petit peu ... « salut, ça va machin etc... » heu ... voilà j'explique ce que j'ai ... examen, forcément et puis voilà le traitement et on discute un petit peu d'autre chose et puis on s'en va. »

N°8 : « Mais après bon voilà après la consultation se déroule normalement en tant que patient et puis après forcément ça dérive sur d'autres sujets familiaux ... etc... mais c'est pas... mais d'entrée la consultation se fait direct patient et médecin... directement. Ouais. On va de suite au but, on rentre de suite en en matière en début

de consultation. Après une fois la consultation terminée là c'est autre chose. On parle des enfants, des petits enfants, etc, etc... (rires) »

c) *Des « barrières » mises à mal*

Quatre patients me confient l'image qu'ils ont du médecin et de la relation à laquelle ils étaient habitués avant d'avoir leur nouveau médecin. Ils la décrivent « distante » et « froide » comme s'il y avait une « **barrière** ».

N°11 : « Comme je vous dis, on ne se sent pas à la hauteur quoi... tout simplement. Elle peut être très très bien mais comme je vous dis... y a une certaine distance. Médecin et patient disons voilà. »

N°12 : « Le médecin engendre toujours une sorte de respect, malgré... il y a une certaine barrière, y a des mots employés qui font que maintenir cette barrière entre le patient et le médecin. »

N°4 : « Un docteur qu'on ne connaît pas je sais pas... je sais pas... je sais pas comment ça peut se ... bon moi j'ai testé, ça m'a pas convenu quoi. Il y a une espèce de barrière... bon voilà ça dépend un peu du commun des mortels et ce qu'on recherche chez un médecin traitant. Mais bon ... voilà. »

N°8 : « Avec un médecin de ville ... avec le médecin que j'avais avant on le sentait beaucoup plus froid, distant on avait pas du tout le même contact... »

Pour certains, cette barrière ressentie est dû à une différence de catégorie socioprofessionnelle et de savoir ayant pour conséquence **une sensation d'inégalité** et un profond **respect**.

N°11 : « Disons que pour nous le docteur c'est quelque chose de costaud pour nous déjà. On est vraiment des petits petits petits donc... C'est pas important, mais comme je vous dis, on ne se sent pas à la hauteur quoi... tout simplement. Bah... disons qu'on n'est pas dans la même catégorie quoi, de la même classe... voilà. On n'a pas la même évolution, pas le même degré pareil... On n'est pas sur la même échelle disons. »

N°12 : « Non je le verrai pas comme ça, parce qu'il y a toujours ce respect de la connaissance, du savoir... Quand elle va me dire, « Vous risquez d'avoir ça ou quoi

que ce soit », je n'en discuterai pas donc quoi qu'il en soit il y a tout le respect qu'on doit à cette profession. »

Un tel respect pour la profession et de celui qui l'exerce, rend pour une poignée de patients une **amitié inenvisageable**.

N°11 : « Ah bah nous on reste au médecin-patient hein... On n'a pas... disons qu'on cherche pas l'amitié... On cherche tout simplement le contact avec le docteur voilà c'est tout. On n'arrive pas bien encore à l'amitié quand même. L'amitié avec un médecin c'est pas que c'est pas possible mais même pas on y pense quoi, je veux dire. Le médecin c'est le médecin quoi. »

Mais le fait d'avoir un médecin « d'ici » leur permet de faciliter la relation médecin-patient et de **faire tomber ces barrières, diminuant l'appréhension** à l'idée d'aller consulter le médecin.

N°12 : « Mais simplement le fait de se connaître, va faciliter les rapports avec une personne ou avec une personne qui représente une profession avec laquelle on a d'énormes difficultés entre patient et médecin à faire tomber ces barrières du savoir et du langage. Voilà. Une bonne relation M-P c'est savoir le mettre à l'aise par rapport à cette barrière, cette montagne de savoir qui nous sépare. »

N°8 : « Donc y avait pas, j'avais pas de retenue envers un médecin qu'on ne connaît pas ou, n'importe quoi, où les premiers contacts sont toujours plus difficiles donc... »

N°4 : « On le connaît déjà ... voilà. Pas d'appréhension. Ni pour ma fille, ni pour moi. »

N°9 : « Je sais que dès le début, quand elle vient me chercher dans la salle d'attente je suis contente de la voir même si c'est dans un contexte ... pas cool parce que c'est soit les enfants qui sont malades soit moi bah ... je suis toujours contente de la voir. Je sais que ça va bien se passer. »

La **communication** est ainsi plus **facile**, et nous l'avons vu précédemment la communication est nécessaire à la confiance.

N°4 : « Bon bah déjà, la facilité puisqu'on se connaît, donc bah déjà on s'est dit bon bah c'est facile de discuter [...] »

N°8 : « Oui, sur n'importe quel sujet, n'importe quel problème que vous pouvez avoir du moment que vous connaissez bien votre médecin vous pouvez aborder tous les sujets, quand vous avez la possibilité de pouvoir bien discuter avec votre médecin, vous pouvez aborder n'importe quel sujet sans retenue. Selon les médecins que vous côtoyez, vous aurez plus de mal à discuter avec eux. »

N°12 : « Mais y a la façon de l'expliquer et c'est peut-être même de la part d'un médecin qui connaît son patient depuis toujours... hein ? Peut-être ça va être plus simple pour lui de faire passer la pilule... comme on dit. De faire passer une bonne ou une bonne nouvelle hein. »

La relation est donc naturellement **plus sympathique et parfois familière**. Elle laisse place au tutoiement ou à un salut amical quand la distanciation sociale n'est pas de mise.

N°7 : « C'est vrai que quand je vais à son cabinet je lui fais la bise. »

N°3 : « Bah alors bon déjà, « Bonjour », mais il me tutoie. Du fait qu'il a su que voilà ... Est-ce qu'il l'a su d'avant, ou de suite ... je sais pas comment ou c'est les parents, ... du coup il m'a tutoyé de suite. Et moi je le tutoie aussi ... vu qu'il est jeune pour moi, je le tutoie puis peut-être cette amitié de ses parents de sa maman... qui joue quoi... Il y a une familiarité. Je l'aime bien, parce que je le connais depuis tout le temps et voilà »

N°8 : « Bien sûr on se fait la bise en arrivant hein, on va pas se serrer la main ! (Rires) »

Ce qui rend la consultation **plus décontractée**...

N°4 : « Et puis après ça peut permettre aussi de discuter un peu ... de détendre l'atmosphère, de parler de trucs qu'on a fait qu'étaient marrant...Et puis voilà quoi. Fin voilà il y a toujours un peu le côté sympa moins...c'est pas la corvée d'aller chez le médecin on va dire mais ... c'est moins traditionnel voilà. Ça change un peu et puis ça casse un peu le truc d'être malade. Des fois on est malade... bon voilà... »

N°11 : « La relation... bah comme je vous dis, une relation médecin-patient. Bon bien entendu on est décontracté quoi. Mais c'est médecin-patient. Je vois un médecin. Non voilà comme je vous dis ça passe bien. C'est plutôt agréable, on rigole, on dit des plaisanteries disons. On plaisante. Je suis à l'aise sans problèmes avec le Dr NOM. »

... Et qui réduit cette inégalité sociale en remettant le médecin à un statut de « **personne comme tout le monde** ».

N°6 : « Ça rend les personnes plus humaines bah voilà, il y a moins de distance sociale. Même si ça reste ... que... moral parce que en fait c'est pas plus que ça en fait. On va se croiser dans la rue, on va se dire bonjour mais ça va être plus que ça. Mais c'est vrai que moralement elle est accessible et elle est comme, comme tout un chacun ! C'est idiot hein... c'est idiot (rires). Fin... »

N°7 : « Voilà c'est quelqu'un de ... normal. »

N°4 : « Alors moi je pense qu'il y en a qui sont comme moi, parce qu'ils le/la connaissent, parce qu'on est du même âge etc... et c'est aussi facile de s'adresser à quelqu'un qui a le même âge ... je pense qu'on a un peu le même rapport, la même génération, on vit semblablement dans le même monde... (rire) »

d) *Mais quand il est question d'intimité...*

Cette situation n'entraîne **pas de gêne** particulière chez certains patients.

N°2 : « Ça ne me gêne pas d'être suivi par ... comme dans tout ... Moi-même si c'était un proche, j'irai. Après c'est pareil si ça avait été un autre avec le temps...on s'habitue et puis je pense pas qu'il y ait de gêne ... surtout envers un docteur hein.... Si on commence à se gêner avec un docteur de pas lui dire ça, de pas lui dire ça... c'est pas la peine. »

N°4 : « Si je viens voir Franck, que j'ai un problème, alors, ça peut arriver qu'on ait des problèmes perso ...c'est déjà arrivé... bon voilà j'ai pas peur de lui expliquer le pourquoi du comment je suis dans un état ou un autre, qu'est-ce qui m'arrive... fin voilà... si j'ai un problème on va dire un peu gênant à expliquer, on va dire que je vais pas me gêner à lui expliquer ce j'ai ... Voilà. »

N°7 : « Bon après je suis quelqu'un qui ne suis pas bloquée donc (rires). Je ne suis pas gênée par les questions d'intimité parce que n'importe comment c'est à notre médecin qu'on en parle. Je pense que c'est important. En tout cas c'est pas un frein. »

Pour d'autres, **ce n'est pas l'origine du médecin qui pose problème...**

N°1 : « Bah par exemple, par exemple, par ici sur le secteur c'est pas facile d'avoir rendez-vous chez le gynéco, donc, en général lui, bon déjà il me titille pas mal là-dessus parce qu'il faut que j'y aille et j'y vais pas, donc il m'enverrait au labo pour faire le frottis par exemple. Bon (soufflement) voilà quoi ! (Rires) Et puis en même temps j'aurais pas envi que ce soit lui qui le fasse. Donc non plus, non ça je, voilà. Donc des fois oui ça peut être, ben pourtant je ne le connais pas d'avant, bah oui comme quoi c'est peut-être juste que ce soit le médecin généraliste qu'on voit pour tout le reste et qui fait que pour ce genre de problème là peut être qu'il faut, voilà, que ce soit quelqu'un d'autre qui soit dédié à ça. Et puis c'est pas une femme non plus, ça doit jouer. Parce que l'autre fois il y avait l'une de vos collè... fin une interne aussi qui m'a dit qu'elle pratiquait les frottis je me suis dit bah, voilà je vais peut-être réussir à venir ... bon. »

Enfin, une poignée d'entre eux **ne veulent pas** avoir un médecin qui aurait grandi dans leur ville natale... Ils considèrent que le médecin a un accès à l'intimité du patient qui serait trop importante pour un cohabitant. **Ils se sentiraient « gênés »** bridant ainsi la communication concernant leur intimité corporelle ou psychique et rendant la relation médecin-patient de mauvaise qualité voire impossible.

N°1 : « Et puis le fait, peut être aussi quand, quand on est patient venir voir le, le médecin voilà, la personne, fin, dont on ose peut-être pas selon les problème que l'on peut avoir, on ose, on ira pas, peut-être pas le voir lui parce que justement on le connaît. Ça peut être un frein aussi. Fin des problèmes, voilà intimes, n'importe, voilà, ça peut être des fois quelque chose qui freine [...] Ah bah vous vous voyez faire faire ça..., non je me vois pas, effectivement oui ça peut. Ouais, non, j'imagine pas quelqu'un avec qui on a pu aller à l'école ou qui était le voisin d'à côté... non... non. »

N°2 : « -En quoi est-ce un frein pour votre femme ?

-C'est un frein parce qu'elle l'a connu, elle l'a entraîné minot, elle a dit « je me vois mal me déshabiller devant... ». Voilà surtout ça je pense Dans sa tête c'est ça. »

e) Une relation dépendante de la compatibilité des caractères

L'élément qui semble le plus important aux yeux des patients est que « **le courant passe bien** »

N°5 : « Eh ben le courant est très bien passé dès la première consultation, on s'est senti aussi bien elle que moi, à l'aise. »

N°6 : « Pour un médecin généraliste y a pas plus important que ça quoi. Quand on ... enfin perso hein, quand je m'en fou du feeling c'est quand c'est un chirurgien. C'est clair que c'est totalement différent... que ça passe ou que ça ne passe pas j'ai juste besoin d'avoir confiance en ses capacités c'est tout. Après tout au long de l'année, j'ai besoin de quelqu'un avec qui ça passe quoi. Le feeling est important. »

N°7 : « Parce que quand je me suis retournée vers elle ça s'est bien passé... que ce soit le contact... voilà y a des gens avec qui ça passe ou que ça passe pas. »

N°9 : « Je veux dire... le feeling était passé donc voilà... je pense que si le feeling était pas passé avec un autre médecin bah j'aurai forcément changé... parce que pour moi c'est primordial parce qu'il faut qu'il y ait quelque chose d'humain, il faut que ça passe ... »

Les patients choisissent un médecin avec une personnalité **bienveillante**.

N°5 : « On sentait un élément de bienveillance, comment expliquer... »

N°9 : « Elle est très... elle est aux petits soins avec nous. (Rire). Elle est toujours souriante. Elle est « bienveillante » ... c'est le mot que je cherchais voilà [...] Je la trouve calme... je sais pas elle dégage quelque chose d'apaisant. Moi j'ai tout de suite eu envie de discuter avec elle... je sais pas [...] je vous dis elle dégage... la sérénité, le feeling est passé. »

Une relation dépendante des capacités sociales et de la communication non verbale du médecin, comme par exemple un **accueil souriant** en début de consultation.

N°5 : « Il me dit « Bonjour », il est souriant ... »

N°6 : « Le déroulé, très important quand on arrive c'est un sourire, « Comment tu vas ? », voilà. Moi déjà c'est ma bouffée d'air. »

N°4 : « Bah déjà accueillant(e), un minimum souriant(e), toujours agréable... voilà. »

N°9 : « Bah du coup avec le Dr M, on est accueilli toujours avec un grand sourire, c'est « Bonjour, qu'est-ce qui ne va pas aujourd'hui ? ». Fin voilà ! »

La relation entre les deux protagonistes est parfois **tellement bonne qu'elle suffit** presque au patient pour aller mieux.

N°7 : « Et après aller là-bas presque on est guéri quand on va voir le médecin. On n'est pas guéri parce que j'ai eu des trucs graves... mais ça fait partie de la guérison. »

4. L'impact de l'origine de leur médecin sur la prise en charge médicale

a) *Les avantages*

Globalement, les patients considèrent que c'est une bonne chose et que ça peut être **bénéfique pour leur prise en charge.**

*N°7 : « - Que pensez-vous du fait qu'elle soit originaire de la ville ?
- C'est peut-être un plus pour nous... Peut-être pas pour elle. [...] Mais pour un médecin généraliste ça peut être bien pour lui mais beaucoup pour nous. Je pense... »*

Les arguments avancés étaient que leur médecin traitant détenait **un réseau de soin plus important** qu'un médecin qui ne serait pas du coin. La connaissance des structures existantes, des spécialistes, et des praticiens, leur permettait une prise en charge coordonnée par leur médecin avec des correspondants de confiance. Parfois cette connaissance était attribuée au fait que le patient soit natif de la ville ou à son parcours de formation qui s'est fait proche de sa ville natale ou encore à la durée d'installation du médecin dans la ville en question.

N°1 : « C'est que... il connaît peut-être bien les praticiens qui sont dans le village comme il faut, fin voilà, il les connaît peut-être mieux que d'autres médecins qui sont pas d'ici. »

N°4 « Je sais pas s'il a plus de contact qu'un autre médecin... après peut être du fait qu'il soit du coin ... son réseau est peut-être plus grand. »

N°5 « Bah disons que si elle me dit de consulter un spécialiste, elle me dit « allez voir un tel il est très bien je le connais » ou des fois ... Par exemple, mon cardiologue, bon elle a travaillé avec pendant beaucoup d'années... le fait qu'ils se connaissent

voilà. Personnellement disons ça m'apporte qu'elle m'envoie chez un spécialiste dont elle a la connaissance. »

N°9 : « Le médecin spécialiste que nous avons vu il s'est avéré qu'il connaissait notre docteur. Bah c'est vrai qu'il nous a dit « Ah, mais c'est le Dr M qui vous envoie » on a dit « Oui, bah c'est le Dr qui nous suit » ... Elle nous avait dit qu'elle avait fait son internat dans cette ville donc le fait qu'on nous dise « Bah je connais le Dr M » c'est vrai qu'on s'est senti rassuré et ça nous a fait plaisir. Oui voilà elle est connue. Est-ce que ça à voir avec le fait qu'elle soit native de la ville... après elle a fait ses études dans le coin, proche du village...ou alors est-ce que c'était une coïncidence ? Au vu de notre expérience, y a un certain réseau parce que quand on en a parlé au Dr M, elle nous a dit « Ah oui, j'ai fait mon internat avec lui aux urgences ». »

Par ailleurs, certains émettent l'hypothèse que la connaissance de la commune, de sa vie et de ses habitants permet au médecin d'être au courant des **maladies évoluant sur son territoire**. Les patients en seraient plus rapidement informés.

N°2 : « Bah il connaîtra peut-être un peu plus ce qu'il y a sur la commune... que ce soit une maladie, ce qu'il y a en cours en ce moment, parce qu'il fera un peu plus attention, qu'il avertira les gens de... voilà, en avantages... [...] Des fois, ça fait beaucoup, si des fois il y a une petite épidémie, une chose l'autre, soit dans les écoles ou... c'est des personnes qui sont au courant en premier lieu ... enfin j'espère. »

La connaissance du territoire paraît certes être un avantage, mais **la connaissance de la population également**. Pour deux des patientes interviewées l'histoire médicale personnelle et familiale est détenue par leur médecin. Grâce à la connaissance des familles, des couples constitués et des antécédents médicaux de chacun, le médecin peut s'adapter et être plus efficace dans les soins. Cette connaissance est parfois attribuée à l'origine du médecin et parfois non.

N°4 : « ...et même je pense au niveau professionnel, je pense au niveau des antécédents... peut-être qu'il connaît certaines familles... Moi par exemple, il connaît mes parents, il connaissait ma grand-mère, donc y a peut-être des antécédents médicaux qui lui il va penser et que nous on n'aurait peut-être pas pensé. Fin des choses comme ça... quand on suit la famille, je pense que du coup on peut, on peut

peut-être adapter les choses ou adapter un discours par rapport à un évènement qui s'est passé ou... fin je sais pas... »

N°6 : « Donc voilà souvent je me dis que c'est quand même plus facile, c'est aussi la facilité hein, de tomber sur mon médecin traitant qui me connaît par cœur en fait... Qui même me dit « -Ah non Aline tu as oublié que tu as eu ça » «- Ah ouais », voilà. Et qu'avec quelqu'un d'autre je ne peux pas avoir cette facilité quoi. Surtout au niveau ... de l'histoire médicale, oui c'est super important, super important. »

N°7 : « Ne serait-ce que par exemple... elle connaît la famille de mon mari par exemple... je peux échanger, pas dans le secret médical attention... mais elle connaît la situation, qu'on s'occupe de mon beau-père pour faire les courses etc... Donc elle sait que c'est nous qui nous en occupons. Le fait qu'elle connaisse... que ce soit son patient ou non. »

N°8 : « Mais c'est vrai que pour eux c'est un avantage maintenant parce qu'ils savent que... elle les connaît bien, comment fonctionnent les personnes âgées, les pathologies tout ça, elle les suit... ils sont bien suivis. Quand ils vont chez elle, ils ont pas besoin de tout recommencer l'histoire avant, raconter depuis le début les pathologies ... parce qu'elle les connaît à fond. Donc c'est un gros avantage. »

Les patients, comme vu précédemment, tenaient à vanter la disponibilité de leur médecin, que ce soit pour obtenir un conseil médical par téléphone ou en présentiel entre deux patients. Ils considèrent qu'il y a un **avantage pour accéder aux soins** ...

N°4 : « Bon bah après on se connaît donc il hésite pas à me dire « bon ben viens avec moi 2 minutes, on discute » ... ça a pris 3 minutes ... ça bloque personne... Je pense c'est le genre de chose qu'on peut se permettre de faire quand on se connaît un petit peu. »

N°8 : « Ça simplifie les choses... parce que moi si j'ai un problème j'hésiterai pas à lui envoyer un message parce que si c'est un médecin qu'on... ne on va dire « normal » on ne va pas lui envoyer un message ... voilà selon ce que c'est. On va attendre d'avoir un rendez-vous pour lui en parler mais pas lui envoyer un message... »

... et que le statut d'habitant de la même commune peut leur conférer **plus d'attention**.

N°1 : « Après pour le patient je pense aussi que ça peut... être un avantage finalement. Du coup il se sent considéré puisque on est, puis on se connaît plus ou moins donc voilà, c'est vrai que ça doit être, fin pour les gens qui sont originaire du pays je veux dire. (Rires) »

N°1 : « Ce que je vous disais c'est le fait qu'il soit, qu'il fasse attention à ses patients, peut-être plus qu'il ne le ferait pour, parce qu'il les connaît un petit peu, ou que voilà, sans dire qu'il y a une relation d'affect mais fin voilà qu'il puisse y avoir une attention plus prononcée... Du coup il se sent considéré puisque on est, puis on se connaît plus ou moins donc voilà. »

Certains patients estiment qu'il est **plus facile de demander** un arrêt de travail quand la nécessité se fait sentir... mais pas d'en obtenir un.

N°9 : « Mon mari il l'a vu quelques fois par rapport à son travail Par exemple il est allé voir le Dr C parce qu'il le connaissait et que ça se passait pas bien au boulot pour se faire arrêter ... c'était plus facile pour lui d'aller voir un médecin qui connaissait ... »

Cet accès au soin plus facile, **les rassure...**

N°9 : « C'est vrai qu'en tant que maman on est toujours stressée pour le moindre petit truc... j'ai deux enfants maintenant alors peut-être que je suis un peu moins stressée. Mais voilà dans les deux cas je sais que je suis privilégiée en ayant ce rapport en dehors, ça peut peut-être m'éviter d'appeler le 15 ... voilà quoi. En pleine nuit je le ferai si j'avais un doute parce que je ne vais pas la réveiller non plus mais dans tous les cas je sais que si j'ai un petit doute je sais qu'elle va me répondre et qu'elle va me voir ou pas. Je suis privilégiée pour ça avec elle, assez sereine et contente parce que du coup ça me rassure pour beaucoup de choses. »

N°10 : « Des fois ça peut être porteur, par rapport à certaines personnes et que ça les rassure peut-être que ce soit un enfant du pays. »

N°7 : « Je pense qu'à la limite connaître personnellement leur médecin généraliste ça peut les rassurer. Voilà... certaines personnes âgées... ça peut rassurer certaines personnes ... ils savent à qui ils ont affaires [...] Je suis rassurée... »

Entraînant pour certains d'entre eux une **consommation de soin parfois plus accrue** que s'il s'agissait d'un autre médecin.

N°4 : « *Quand ma fille elle est malade bah déjà j'hésite pas à l'emmener et j'hésite pas à la ramener aussi... fin voilà [...] Je sais que j'ai eu ma fille qui était malade, j'ai pas hésité à revenir 2-3 fois, j'aurai peut-être hésité si c'était un médecin que je ne connaissais pas fin voilà ...* »

Mais un désir de **ne pas tirer avantage** de cette situation particulière prédomine. Certains n'ont aucune exigence particulière et n'attendent rien de plus de leur médecin que des soins appropriés.

N°12 : « *Y a pas... On attend d'un médecin qu'on connaît un quelconque avantage, passe-droit. Quand on connaît un policier, c'est pas pour autant qu'on passe au feu rouge.* »

N°7 : « *Je ne veux pas tirer d'avantage d'elle. Le mot, il ne me convient pas ... c'est un échange ... vous voyez je ne vais pas en profiter plus parce qu'elle est du village. Comme le fait qu'on se voit un petit peu, par exemple si on se voit à la fête du village peut être qu'on va boire un petit verre ensemble... Voilà. Mais je vais pas profiter de cette situation pour avoir un passe-droit. Vous voyez ce que je veux dire ?* »

N°7 : « *Je ne vais pas profiter de ça pour avoir un rendez-vous rapidement par exemple. Je connais la secrétaire, quand c'est urgent je lui dis, mais quand c'est normal je passe... je me mets à disposition de ses horaires d'ouverture. Ce n'est pas parce que je la connais que je vais passer en priorité avant d'autres personnes. Voilà.* »

b) *Les inconvénients et les appréhensions*

A contrario de ce qui a été décrit précédemment, certains patients regrettent l'**indisponibilité** de leur médecin en dehors des horaires d'ouverture et la considèrent **frustrante** alors que le médecin habite la commune.

N°8 : « *Les inconvénients... bah peut être quand on veut prendre un rendez-vous et qu'il/elle est pas là et qu'on se dit « mince Il/elle est encore pas là » (rire). C'est peut-être ça ! Sachant qu'il/elle habite le village on se dit « Mais pourquoi Il/elle ne travaille pas ? ». C'est peut-être ça, c'est peut-être le fait de ne pas pouvoir rendez-vous*

régulièrement, fin régulièrement... Le jour où on a besoin. On se dit « Mince, il/elle est pas là, pourquoi il/elle n'est pas là ? », alors que bon... ».

Les patients redoutent le **manque d'objectivité** dans leur prise en charge. Certains l'ont expérimenté et cela ne leur a pas convenu au point de ne plus consulter.

N°9 : « Quand on est très proche c'est peut-être plus dur d'être objectif dans les prises en charge mais c'est pas le cas pour moi [...] Mon mari c'est différent par exemple parce qu'elle le connaît très très bien. Il l'a vu quelques fois. En fait, elle était pas assez objective, du coup ils ont préféré ...il a préféré rester avec son médecin de famille. »

Une **appréhension** initiale peut exister quant à la **qualité des soins** qui vont être prodigués et si la durée de consultation ne va pas être écourtée au vu de la connaissance privée du médecin.

N°4 : « Après peut-être qu'on peut se dire aussi « Bon ben du coup on se connaît, il fait moins attention à certaines choses ». Bien que je ne trouve pas que ce soit le cas. Bon bah pour moi les inconvénients, y en n'a pas ... c'est des choses auxquelles on peut penser au départ quand on va venir ... se disant « Ah il me connaît il va peut-être bâcler la consultation ou quoi... On se connaît, il va peut-être moins faire attention, peut-être moins prendre le temps, moins faire attention » et encore moi je ne trouve pas que ce soit le cas ... donc...je trouve que c'est pour tout le monde pareil. »

Pour certains patients **la tenue du secret médical** peut être une source d'appréhension. Mais ils constatent que la confidentialité est respectée et ne doute pas du respect du secret professionnel.

*N°7 : « - On parlait un peu plus tôt du secret médical. Vous pouvez m'en dire plus ?
- Heu ... moi j'ai pas eu de problème avec ça... c'est pas dans son cas à elle ... Mais des fois Je dis pas de divulguer les choses non plus. Mais jamais quelqu'un se fait soigner par un médecin qui est du village par exemple... peut-être selon ce qu'elle a ... elle a peut-être pas envie, moi je ne suis pas pour cacher des choses, mais y a des gens qui ne sont pas comme moi, et c'est important de garder... De respecter... Parce que si l'après-midi ou elle rencontre quelqu'un ... même dans son cabinet... si*

quelqu'un de la famille vient, c'est important de pas aller...voilà... je sais que la plupart des médecins le font je suis pas bête hein... Je veux dire c'est important. [...] Moi je n'ai pas eu ce souci personnellement, dans ma famille ou chez les gens que je connais. Mais le secret médical généralement il est quand même tenu. »

N°1 : « Le secret médical il est gardé. Je ne le vois, je le, je le vois pas aller baver sur des patients qu'il a pu recevoir nommément tout ça non ... c'est pas concevable en fait. Ça fait partie de votre serment non ?»

N°4 : « Bon après, on sait tous que le médecin est tenu au secret. Quoi qu'il arrive... on peut se confier, c'est son job et puis il/elle peut rien répéter. Donc ça peut être une appréhension première en se disant « Mince, si jamais le patient d'après c'est un villageois, qu'ils viennent à discuter... », on sait pas. Mais en fait c'est pas le cas, le/la connaissant un peu, c'est pas de genre de personne là... Mais ça peut être l'appréhension qu'on peut avoir. »

N°7 : « Parce que déjà un médecin, y a le secret médical ... donc qu'elle soit du village ou qu'elle ne soit pas du village, je sais qu'elle ne va pas raconter ce que je lui dis dans tout le village. Donc ce n'est pas un inconvénient qu'elle soit d'ici. Par exemple si ma belle-mère elle se présente, je sais qu'elle ne va pas lui dire... Vous comprenez ce que je veux dire... même vis-à-vis d'autres personnes qui viennent ou quoi... non. Moi je ne vois pas d'inconvénient qu'elle soit de... »

c) L'absence d'impact

En effet beaucoup ont répondu à **la simple négative** lorsqu'est venue la question : « Pensez-vous qu'il y a des avantages à être suivi par un médecin exerçant dans sa ville natale ? ».

N°10 : « Non aucun, bon après, je sais pas si sa clientèle qu'il a ou quoi elle est importante. Mais je pense que... fin il travaille pas mal. Mais maintenant je ne pense pas que... »

N°11 : « Non, non, elle est de la ville quoi, mais sinon pour moi je ne vois pas d'avantages ni d'inconvénients. C'est un peu comme le maire, il est d'ici, il est d'ici, voilà. »

N°6 : « Non j'en ai pas, parce que... non c'est vraiment sa façon de travailler... c'est pas parce qu'elle est d'ici quoi. Pour moi c'est vraiment son travail et pas du tout d'où elle vient. »

De même pour la question concernant les inconvénients potentiels.

N°3 : « -Pour vous, quels sont les inconvénients d'avoir un médecin originaire du village ?

-Aucun... »

N°12 : « Bah écoutez... moi je vois pas. Non alors là franchement je ne vois pas d'inconvénient. Non. J'arrive pas à voir d'inconvénient parce qu'on se connaisse ou qu'on se connaisse pas c'est un médecin qui fait son travail tout à fait correctement donc il y a pas de ... qu'on te connaisse ou qu'on te connaisse pas, je pense qu'elle fait son boulot de la même manière et comme moi, j'en attends rien d'autre, eh ben je pense pas qu'il y a des inconvénients quelconques. »

N°7 : « Ah, les inconvénients, bah là ça m'embête... aiguillez-moi parce que moi je n'en trouve pas. Ça ne pose pas de problème... »

N°5 : « Les inconvénients liés à ce statut particulier ? Bon je pense qu'il y en n'a pas ... en tout cas moi je n'en vis aucun. Pas du tout. »

L'impact sur la prise en charge médicale est donc **peu présent voire inexistant**.

N°12 : « Donc le fait qu'elle soit du coin, n'a pas un gros impact sur le côté médecine quoi. Pour moi. Voilà. »

N°6 : « Enfant du pays ? Je veux dire, franchement aucun... elle serait venu de l'autre bout de la France, ça aurait été pareil pour moi... franchement aucun. Heu parce que moi je ne suis pas du village donc pour moi il n'y a pas vraiment d'impact... pas du tout. »

N°10 : « Non je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'impact... Je pense pas, parce qu'il est originaire de la ville. Puis il a beaucoup de monde. Après y a d'autres docteurs qui sont plaisants aussi, je pense pas qu'ils soient originaires du village... »

Au final, ils se considèrent comme des **patients normaux** qui vont consulter leur médecin normalement.

N°8 : « Alors, la prise de rendez-vous se fait par son secrétariat directement, puis ensuite on a notre rendez-vous, elle me reçoit normalement comme les patients normaux. Bah voilà, on entre ... »

5. L'impact supposé pour le médecin installé dans sa ville natale

a) *Ce qui peut favoriser le médecin*

Être originaire de la commune, pourrait aux yeux des patients, si le médecin est compétent, favoriser sa **promotion par le « bouche-à-oreille »** ...

N°10 : « Mais il ne faut pas s'en arrêter là... il faut être très compétent et après y a le bouche-à-oreille qui marche. »

N°4 : « Je pense que le bouche-à-oreille a fait beaucoup d'effet oui... Plus que pour un autre médecin qui se serait installé. Parce que du coup spontanément, alors je parle encore une fois pour moi, spontanément je suis venue chez Franck parce que je le connaissais, quand j'ai su qu'il s'installait... bah c'est ma mère qui m'a dit « - Y a Franck qui s'installe dans le village » « - Parfait », c'est très clair, Franck déclaré en tant que médecin traitant à la sécu etc... ça a été réglé [...] J'ai mené ma fille... mes parents viennent... bon tout le monde vient. Heu Après ... je pense que du fait qu'on en ait parlé, bah avec les copines de l'école etc... « Bon ben tu vas chez qui comme docteur ...etc etc » bon bah après le bouche-à-oreille a fait que ... beaucoup sont venus chez Franck. On ne change pas les habitudes de certains mais, (rires), voilà hein ... bon. »

N°3 : « Comment vous dire, les amis des amis qui fait que il est plus connu dans le village que s'il était étranger c'est sûr ... je pense que c'est ça. »

... Ce qui rendrait plus **populaire** que d'autres médecins.

N°3 : « Ah ben, je sais pas. Moi je crois que pour certaines personnes je crois que... je sais pas, qu'il est villageois, que les gens connaissent les grands-parents, qui connaissent déjà la famille quoi, je pense que ça... ça doit jouer en sa faveur... »

N°5 : « Peut-être un impact sur sa clientèle, que les gens préfèrent avoir Christine parce qu'elle est du village peut être aussi ... Peut-être qu'il y a d'autres villageois peut-être qu'eux ils connaissent peut-être ses parents, etc... et ils se disent « Bon on va prendre Christine » parce qu'on connaît tout le monde. »

N°4 : « Y en a qui connaissent sa famille aussi et qui les apprécient aussi et que par conséquent ont fait ce choix-là donc... fin je pense que et puis parce qu'il est apprécié tout simplement aussi. »

Et l'implication dans la vie de de la commune, ne déplaît pas aux patients.

N°9 : « Parce que je sais qu'elle aime beaucoup son village, tout ça... qu'elle le connaît très bien et que ici elle est beaucoup connue et elle est beaucoup appréciée [...] Je trouve ça bien ... Dans le village elle est connue, elle est appréciée, elle connaît bien la vie du village. Elle est impliquée pour son village, elle aime sa ville. »

N°5 : « Bah peut-être quand je lui parle de certains commerces etc... elle les situe un peu plus facilement...ou de certaines personnes que je connais... peut être que c'est ça. Plus connectée à la vie du village. »

Les compétences du clinicien ne sont pas remises en cause. Même si à titre personnel ils ne veulent pas consulter pour des raisons d'intimité, ils peuvent mener leur enfant.

N°2 : « Après j'ai mon fils je le vois, ces enfants ils viennent, mais lui peut-être qu'il viendra pas, il mènera ces enfants mais il viendra pas. Enfin je pense que mon fils, si c'est un peu urgent je pense quand même qu'il viendra. Mais je ne peux pas l'affirmer... »

N°4 : « Heu ... après ça n'enlève en rien ses compétences et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui viennent parce qu'ils le connaissent donc je pense qu'au contraire c'est une bonne chose. »

Si la **connaissance du terrain et des patients** semble être un avantage en leur faveur, les patients pensent également que cela facilite le travail du médecin...

N°7 : « C'est sûr pour elle si, si c'est un avantage parce qu'elle connaît les gens, elle connaît les familles mais quelque part ça doit être rassurant. Mais sinon dans l'ensemble je pense que c'est bien d'avoir des repères, même pour elle, ses enfants sont ici, sa vie est ici... Voilà ... Voilà. »

N°8 : « Ouais, ouais, ça fait pas comme si c'est quelqu'un de l'extérieur qui vient, qui connaît rien, ni personne voilà... Il connaît pas les mentalités aussi, parce que les mentalités sont différentes à droite à gauche, donc si c'est quelqu'un du village il sera plus à même de connaître et de comprendre certaines façons de vivre certaines façons de faire. »

N°12 : « C'est beaucoup plus facile que quelqu'un qui est parachuté de Paris ou d'ailleurs et qui n'a pas la même fibre que nous quoi ... je veux dire. Je trouve que c'est beaucoup plus simple quand on est du cru hein ? Voilà. C'est plus simple certainement pour le médecin et c'est plus simple pour le patient. »

Et rend ainsi son travail et sa vie personnelle plus **confortable** et parfois plus **gratifiant**.

N°7 : « Il y a un certain confort à s'installer dans sa ville, par exemple ma fille ça a été un bonheur de s'installer dans sa ville et d'y élever ses enfants. C'est bien d'avoir des repères et c'est un retour « aux racines ». (Rires) »

N°11 : « S'il a grandi dans la ville...Disons que pour un médecin c'est toujours une reconnaissance quoi. S'il fait partie du village ou quoi automatiquement je pense que les gens ils seront plus à l'aise avec lui... »

b) *Ce qui peut mettre le médecin en difficulté*

Les difficultés seraient plus importantes pour le médecin que pour le patient.

N°1 : « Non, je pense que le stress, c'est surtout lui qui doit l'avoir, en fait [...] Et je pense qu'il y a plus d'impact pour lui que pour les patients. »

N°6 : « C'est vrai que pour elle ça doit être beaucoup plus difficile mais nous... »

N°7 : « C'est peut-être un plus pour nous... Peut-être pas pour elle. »

N°8 : « L'impact... je sais pas trop en fait. Je sais pas trop ... Parce que pour elle, c'est peut-être plus compliqué que pour nous ... »

Nous avons vu que la situation que nous étudions peut provoquer une gêne rendant impossible une relation médecin-patient. En effet cela peut être un inconvénient pour le médecin qui peut avoir plus de **difficultés à constituer sa patientèle**...

N°2 : « Je pense que le gros problème pour lui c'est que peut-être il y a des gens qui vont pas venir parce qu'ils le connaissent. C'est pas qu'ils ont quelque chose contre lui, mais le fait de l'avoir connu. Ça doit être un frein pour certaines personnes [...] les gens proches que ce soit un oncle, une tante, ils viendront pas consulter. »

La réputation familiale du médecin peut influencer sa patientèle, voire dissuader de potentiels nouveaux patients en cas de litige.

N°10 : « Il peut y avoir des inconvénients, peut-être si des gens n'apprécient pas la famille. Qu'il y ait eu des ambiguïtés avec ses parents. Qui disent « Attend lui, tu te rends compte, son mari, sa femme, sa mère elle était comme ci, comme ça ou autre ». Ça peut porter un certain préjudice et certaines personnes qui ne veulent pas y aller. Enfin je ne pense pas que ce soit la majorité [...] Oui, voilà, la réputation de la famille peut impacter sa patientèle. »

Pour un patient, le **médecin doit faire sa place** et s'affranchir de l'influence parentale et de sa position « d'enfant du pays » pour imposer son statut de « Docteur en santé ».

N° 10 : « Il faut qu'il fasse sa place en tant que Docteur. »

Le médecin peut être **victime d'à priori et d'appréhension** quant à ses compétences...

N°4 : « Par exemple quand on discute avec des collègues de travail admettons, c'est une question qu'on a déjà abordée « mais tu connais ton médecin traitant ? » « Oui » et puis là « Ah ... mais comment ça se passe là ? Il bâcle pas un peu la consultation ? ». C'est des questions qui viennent donc je me dis que peut être que les gens ils

peuvent avoir ce genre d'appréhension ou alors peut-être ils ont un vécu ou une expérience ou ça s'est passé comme ça. Je sais pas. »

N°8 : « Ils avaient l'impression de ne pas pouvoir lui faire confiance comme au médecin qu'ils avaient eu avant et au final ils se sont aperçu que oui c'est un médecin comme un autre... la seule différence c'est qu'ils la connaissaient mieux donc pour maintenant c'est plus facile. »

...à tel point que **la crédibilité du médecin** est mise en doute.

N°8 : « Au début, même à 30 ans installée, Camille était toujours la gamine qui faisait du vélo dans la cour et qu'ils ont mené danser à droite à gauche avec moi, voilà. Ils nous ont sorties ... pour eux c'était ça. Après là bien sûr, là ça c'est fini ! (Rires) Ils ont compris que... c'était un vrai métier [...] Pour nous ... je pense que pour nous... Au départ on ne la voit pas en tant que médecin... au départ on la voit en tant que personne du village... voilà qu'on connaît depuis toujours donc voilà... Et puis après quand le diagnostic tombe là, c'est peut-être le médecin qui apparaît derrière. »

Les patients savent que les **exigences** peuvent être **plus importantes** envers ce médecin originaire « d'ici ».

N°8 : « Les gens sont de plus en plus exigeants à l'heure d'aujourd'hui, d'autant plus quand c'est quelqu'un du village, qui connaît les familles, qui connaît les patients. [...] Les gens à l'heure qu'il est, ils sont tellement assistés, ils veulent tellement qu'on leur donne tout de suite que c'est plus compliqué pour un médecin originaire du village car ils doivent vouloir leur réponse de suite à leurs questions. Alors que bien souvent il faut bien attendre. »

Les patients émettent l'hypothèse que s'ils ne cherchent pas à **tirer** un quelconque **avantage**, d'autres, moins scrupuleux, se gêneraient moins. L'exemple donné par un des patients est l'obtention de certificats de complaisance.

N°12 : « Y a des personnes qui peut-être chercheraient à avoir un avantage parce qu'on se connaît, un avantage parce qu'ils parlent ... Peut-être quoi... j'en sais rien, si le gars fait bien la... ce qui n'est plus le cas pour nous parce qu'on est à la retraite, mais peut-être que un médecin peut facilement ...peut-être, mais je ne pense pas, j'y

crois pas quoi, si on prend la majorité des médecins, ils sont honnêtes et ne font pas un arrêt de travail ou quoi par complaisance. »

Ils mettent en garde sur le fait que le médecin a **moins le droit à l'erreur** que s'il n'était pas natif du village...

N°1 : « Eh ben je pense qu'il doit faire plus attention. Parce que, ben parce qu'il est connu, sa famille est connue et que du coup si, si, il fait des bet..., fin si..., fin oui, si il s'trompe ou si ... je pense que pour lui ça doit être plus impactant. »

N°8 : « Oui, ah oui, si y a une erreur diagnostique, ah oui le fait de la connaître, le fait que les gens la connaissent, ça sera plus compliqué pour elle derrière pour assumer. »

...car si le bouche-à-oreille peut lui permettre une certaine popularité, il peut également **entacher sa réputation.**

N°8 : « C'est un peu plus compliqué d'être du village... ouais... Après dans un petit village comme ici, il y a certainement moins le droit à l'erreur, si vous veniez à vous tromper sur un diagnostic ou n'importe quoi, derrière je pense que la critique doit être énorme. Plus dans des villes ou comme ça parce qu'ils sont plus détachés de leur médecin traitant... »

N°1 : « De savoir que ça peut parler aussi, fin « les cancans » des petits pays comme ça aussi ça peut être pesant. [...] Le problème c'est plutôt pour lui de la part des patients qu'ils parleraient à tort et à travers, plutôt que l'inverse. »

L'erreur médicale, si elle est tolérée, peut venir **troubler la relation privée** entre les deux protagonistes.

N°8 : « Parce que là c'est la personne qu'on connaît depuis toujours... et puis c'est vrai qu'on se dit : « si un jour elle se trompe qu'est-ce qui va se passer derrière ». La relation risque après d'être différente. [...] Ma relation avec elle ? Non c'est pas possible qu'elle soit impactée, fin je pense pas. Je souhaite pas que ça arrive mais non, non je pense pas non. Ça changerait pas. »

Une confusion des rôles peut être présente pour le médecin qui peut éprouver des difficultés à cloisonner son travail et sa vie affective. Ceci peut bien sûr impacter sa santé psychique et morale.

N°8 : « *Oui, si elle connaît bien le patient et qu'il y a un mauvais diagnostic à poser, elle va le vivre en tant que... Elle risque de le vivre en tant qu'amie et pas de médecin au début. C'est ce qui peut impacter sur sa vie. Parce que si le patient elle le connaît bien ou quoi, ça sera très difficile pour elle... à rester en tant que médecin. [...] Elle vit la maladie à travers le patient... ça doit pas être évident de faire la différence entre le médecin et l'amie. »*

N°7 : « *Après il faut être ouvert aux autres. Mais à force d'être trop ouvert... voilà maintenant vous voyez, on est obligé de se cloisonner. Après il faut savoir limiter le côté amical si on peut dire... pourquoi pas. »*

Cette confusion peut également concerner les patients, qui par mégarde peuvent **envahir la vie privée du médecin...**

N°8 : « *Dans le sens que les gens, ils la connaissent depuis qu'elle est enfant ... ils ont peut-être plus de facilité à l'aborder à n'importe quel moment pour leur parler de leur pathologie même si elle n'est pas dans son cabinet. Voilà s'ils la croisent sur le marché ou n'importe quel moment, ils peuvent lui parler, ils peuvent venir demander des renseignements alors que bon...c'est hors travail donc, c'est quand même une vie après à part. »*

N°7 : « *Par exemple, le mercredi je vais à la piscine avec mon mari. Il y a un club. Dernièrement, comme elle avait des moments de libre, elle venait le mercredi. Mais pour elle, c'est difficile... les gens... moi par exemple quand je la vois je ne vais pas lui parler de problèmes de santé. »*

N°6 : « *Alors que peut être que pour elle c'est plus dur parce que tout le village la connaît et elle est peut-être un peu trop sollicitée à l'extérieur. »*

6. Leurs conclusions quant au choix de leur médecin de s'installer dans sa commune d'origine.

Les patients m'ont apporté leur conclusion sur cette situation : Pour eux le **médecin traitant était quelqu'un d'important....**

N°12 : « *Eh oui, dans un petit village comme ça y a l'église, l'école, la mairie et le docteur. Et voilà et avec ça on fonde une société. Voilà ce que j'en pense. (Rires) »*

N°7 : « *Le médecin généraliste c'est quelqu'un d'important... »*

...et qu'ils étaient très **attachés au leur**.

N°5 : « *Disons que quand il/elle est pas là je n'aime pas voir un remplaçant (rires). Voilà des fois, si ça peut attendre j'attends qu'il/elle rentre. »*

N°6 : « *Sauf problème vraiment gravissime je garderai Prénom jusqu'à qu'il/elle parte à la retraite. Voilà. Ce serait pas concevable pour moi de changer sauf à part s'il y a un gros pépin quoi. Je ne veux pas qu'il/elle parte. (Rires) »*

N°7 : « *Après les remplaçants ça s'est bien passé aussi, mais notre médecin c'est Patricia. »*

N°8 : « *Moi j'adore mon médecin traitant (rire) c'est quelqu'un avec qui on peut discuter, on peut parler, voilà, il/elle se met à la portée de tout le monde donc y a pas de soucis. Il/Elle est très bien dans son métier c'est le métier qui lui correspond ».*

N°9 : « *Bah du ça fait 10 ans et je ne changerai pour rien au monde et je ne voudrais pas qu'il/elle parte à la retraite (rires). Je l'apprécie beaucoup, après si il faut changer on changera c'est pas grave. »*

Ils sont tout à fait **satisfaits** de leur prise en charge ...

N°12 : « *Elle me convient très bien dans le cadre relationnel parce que tout ce je viens de vous parler je l'ai avec le Dr S. J'ai de la sympathie dans la relation, j'ai de la compétence, j'ai de l'efficacité, j'ai de la confiance... tout ... Je suis pleinement satisfait d'être avec le Docteur S. »*

N°3 : « *Je suis très contente pour lui, et si c'était à refaire je reprendrais Pierre que je connais ! »*

N°4 : « -Alors, moi je trouve que c'est une bonne chose qu'on ait un docteur qui soit originaire d'ici, voilà clairement. Moi je suis contente qu'il soit ici, clairement !

-Et si vous deviez choisir aujourd'hui un médecin traitant ?

-Ça serait Franck ! »

N°6 : « En tant ... fin pour moi en tant que patiente ... c'est génial. Je veux dire... Franchement j'espère, beaucoup de gens aient la chance d'avoir un médecin comme ça quoi. Pas forcément Lise. Mais quelqu'un où la relation est aussi bien. Pour un médecin c'est important. »

... et tiennent un **bilan positif** de l'initiative du médecin à s'être installé dans sa ville natale.

N°7 : « De mon point de vue.... Moi je suis très contente, qu'elle soit du village... Je pense que c'est mieux ... c'est bien. »

N°2 : « Moi je trouve que c'est un bien, au moins on le connaît, bon je le connais pas personnellement, fin si quand il était minot, bon après je l'ai perdu de vue, mais après... je trouve que c'est bien qu'il soit du village. »

Pour eux, **leur médecin a réussi...**

N°8 : « Bah pour moi, pour moi, je pense qu'elle a réussi. Elle est d'ici, elle s'est installée ici, elle a sa clientèle ici, les gens l'adorent donc elle a réussi, c'est bien. Vous allez peut-être fait la même chose alors ? (Rire) »

N°3 : « ... d'ailleurs, j'ai été contente pour lui parce que je vois qu'il a pas mal de monde quoi. Il a pas mal de monde... je vois qu'il a beaucoup ... C'est rare que ... y a une chose qui est bien c'est quand il prend sans rendez-vous ... il y a toujours du monde et je suis contente pour lui qu'il réussisse son travail, son métier. »

Ils tiennent à nuancer que **la qualité des soins prévaut sur l'origine du médecin.**

N°5 : « Ce que j'ai regardé c'est la qualité du médecin. »

N°6 : « J'espère juste retomber sur quelqu'un voilà... dans le même esprit que Lise quand elle s'en ira. Un esprit de médecin de famille ? Pour moi ce qui est important, c'est la façon de travailler. Clairement la qualité des soins prime totalement sur l'origine du médecin. »

Futurs médecins si vous voulez vous installez dans votre ville natale les patients vous diront « **bienvenue** » ou plutôt « bon retour ».

N°12 : « - Que diriez-vous à un jeune médecin généraliste qui voudrait s'installer dans sa ville natale ?

-Si ce n'est pas une trop grande ville, parce que dans une trop grande ville, on est quelque peu noyé vous en conviendrez. Si vous vous installez dans Paris.... Ça va être, vous allez être noyé par des gens que vous ne connaissez pas quoi. A part si vous vous installez dans votre quartier si vous pouvez, où vous avez vécu. Mais si c'est quelqu'un dans une petite ville moyenne comme chez nous où on a 25000 habitants et bah moi je dirai au médecin généraliste « essayez de vous installer le plus possible là où vous avez vécu, là où vos familles ont vécu, là où on vous connaît, les gens vont venir vers vous en confiance ». Voilà ce que je lui dirai. Et même dans des villages, encore moins important que ça, des villages selon comme y sont 10 000 habitants, un médecin généraliste qu'on connaît, bah c'est le sauveur quoi. (Rires) »

N°11 : « - Ça serait quoi votre conclusion sur l'installation d'un jeune médecin généraliste dans sa ville d'origine ?

- Ah bah pour moi c'est « bienvenue », pas de problème (rires). »

Discussion

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Les forces

Il s'agit d'un sujet original, qui n'a pas fait l'objet d'études qualitatives en France. Le choix de la méthode qualitative a permis de recueillir le maximum de données pouvant ainsi explorer le vécu des patients lors d'une situation qui n'est pas hors du commun : être suivi par un médecin traitant installé dans sa ville natale. La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés et non pas par focus-group a permis d'assurer la confidentialité des réponses au patient et ainsi favoriser la libre expression de celui-ci. Le guide d'entretien a été élaboré avec le maximum de questions ouvertes et a été testé préalablement sur 2 patients avant de débiter l'étude.

Le recrutement des patients, effectué par l'intermédiaire du médecin traitant, a permis d'obtenir un échantillon de patients présentant des caractéristiques différentes. Les seuls patients concernés étant ceux dont le médecin traitant exerce dans sa ville d'origine. Tous les patients contactés, ont répondu positivement à la proposition de participation à l'étude. Les entretiens ont eu lieu soit dans les locaux de leur médecin traitant, soit à domicile, soit par appel vidéo. Le jour et l'horaire de l'entretien étaient choisis par le patient, ceci pour éviter d'écourter l'entretien par un impératif temps. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes et 56 secondes.

L'enquêtrice, interne en médecine générale, est restée le plus neutre possible dans sa gestuelle et dans l'intonation de sa voix, laissant des moments de silence permettant au patient d'approfondir sa pensée. Des notes ont été prises lors de chaque entretien. Un retour des retranscriptions a systématiquement été proposé auprès des candidats. Aucun participant n'a abandonné l'étude avant sa conclusion.

La saturation des données a été obtenue après le 11^{ème} entretien comme envisagé. Tous les entretiens ont fait l'objet d'un « double codage » grâce à l'intervention d'un chercheur indépendant formé à la recherche qualitative et d'une « triangulation des données » renforçant la validité interne de cette étude.

Ce codage a été réalisé grâce à un logiciel spécialisé dans la recherche qualitative, RQDA, disponible gratuitement. La triangulation a, elle, été réalisée en utilisant Excel.

Enfin, cette étude respecte les critères de qualité COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), élaborés par le réseau international EQUATOR, pour améliorer la fiabilité des études qualitatives (18).

2. Les faiblesses

La première limite est liée à l'inexpérience de l'enquêtrice dans le domaine de la recherche qualitative malgré sa participation au deuxième colloque marseillais de recherche en soins premiers et à une formation à la recherche qualitative tous deux organisés par le département universitaire de médecine générale (DUMG).

La deuxième limite vient du fait que les patientèles de seulement 3 médecins ont été concernées par le recrutement et ceci dans 2 départements différents : Le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône. Le recrutement de ces patients par le médecin traitant a permis, certes un échantillon varié, mais a pu également entraîner un biais de recrutement si le médecin a délibérément sélectionné uniquement des patients avec lesquels il s'entendait bien. La connaissance de l'enquêtrice des médecins sollicités lui a permis d'insister sur l'importance, pour le bon déroulement de l'étude, de la multiplicité des relations, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. La tranche d'âge 16-30 ans et les villages de moins de 2000 habitants n'étaient pas représentés limitant la validité externe de notre étude. La période de recrutement s'est étendue du mois de mars 2020 à août 2020, la crise sanitaire liée à la Covid-19 et les restrictions qui s'ensuivirent nous ont contraints à réaliser les entretiens par appel vidéo pour 8 des participants.

D'autre part, la faible expérience de l'enquêtrice dans la conduite des entretiens a pu engendrer un biais d'intervention pouvant orienter les patients dans leurs réponses. Il est important de noter que l'investigatrice connaissait les médecins mais ne connaissait aucun patient avec qui elle s'est entretenue. Par ailleurs, l'enregistrement audio des interviewés et la sélection de ces patients par leur médecin peut constituer un biais de désirabilité sociale. Il peut, également, exister un biais d'interprétation lié à la subjectivité du chercheur dans l'analyse des résultats liée à la méthode de recherche. L'intervention d'un chercheur extérieur a permis de réduire ce biais.

Enfin, comme nous le disions, l'originalité du sujet, n'a pas permis de confronter nos résultats à d'autres études qualitatives sur le vécu des patients suivis par un médecin traitant installé dans sa ville natale limitant la validité externe de notre étude.

B. Retour sur les principaux résultats

La présente recherche permet l'analyse suivante, interprétée au plus près du discours des enquêtés :

Si pour certains des patients, l'origine de leur médecin traitant n'impacte en rien leur prise en charge médicale ni la relation médecin-patient, pour d'autres, qui accordent de l'importance « aux racines » de leur médecin, cette situation améliorerait considérablement et faciliterait la relation médecin-patient. Cette relation simplifiée s'oppose au modèle, distant et froid, paternaliste qui ne leur convient plus. Cette proximité dans la relation combinée aux avantages techniques tels qu'un accès aux soins facilité, un réseau de praticien plus vaste, une connaissance du terrain et des patients plus affinée sont supérieurs aux inconvénients potentiels tels qu'un manque d'objectivité, un manquement au secret médical, un possible enjeu sur la relation privé. Ces avantages associés aux qualités de leur médecin traitant, notamment ses compétences médicales et communicationnelles, augmenteraient la confiance qu'ils accordent à leur médecin traitant et l'alliance thérapeutique. Tout ceci concourt à la satisfaction du patient, ce qui conforte son choix de médecin traitant sans oublier de nuancer que la qualité du professionnel prévaut sur son origine. De manière générale, ils estiment qu'il y a plus d'impact pour le médecin que pour le patient, cette situation pouvant entraîner une confusion des rôles susceptible d'envahir la vie privée du médecin ou encore d'impacter la réputation professionnelle de celui-ci. Les patients mettent en garde sur les exigences et les demandes abusives de certains, même si les concernant, ils ne souhaitent pas tirer avantage de la situation.

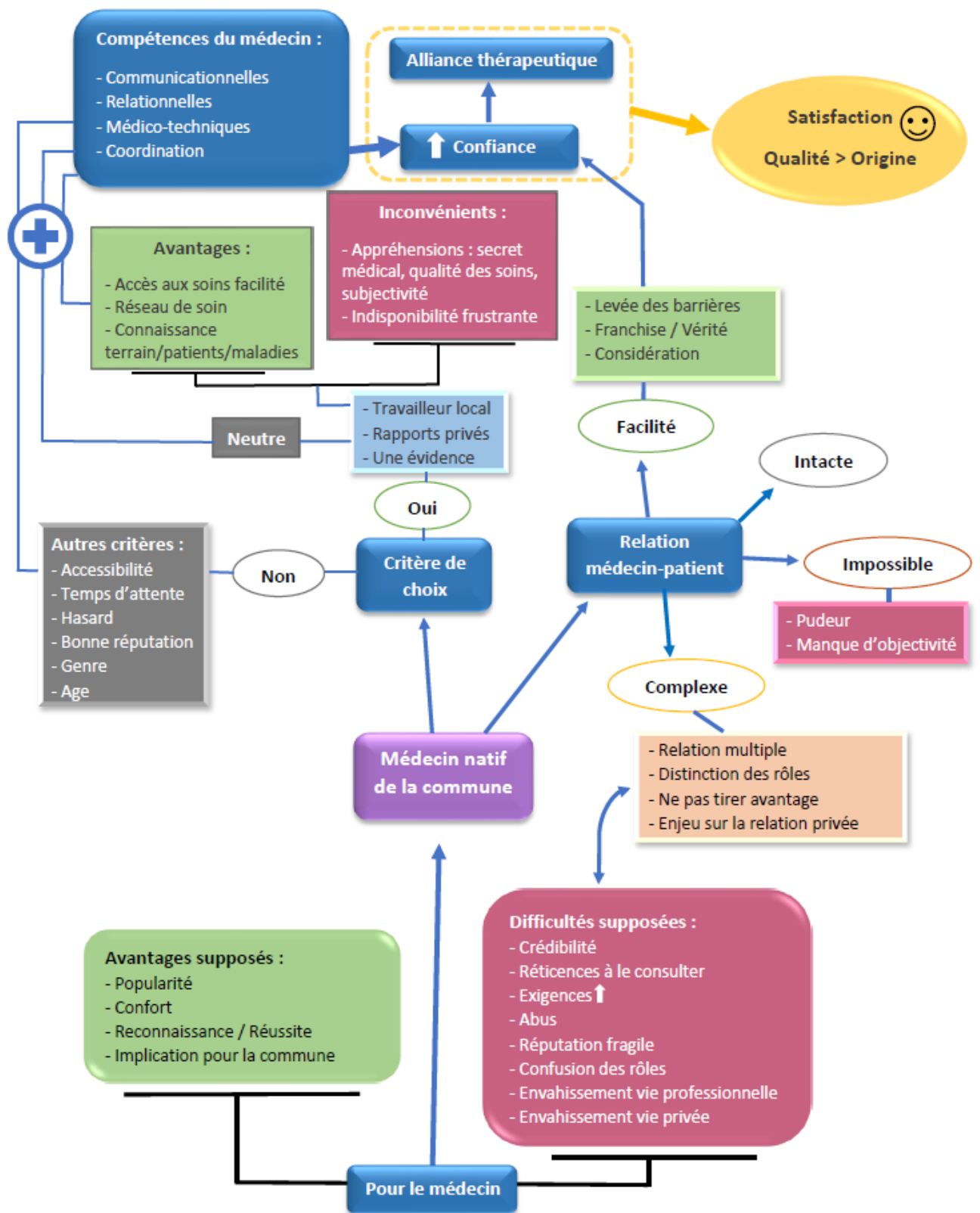


Figure 1 : Modélisation des résultats

1. Les avantages à être suivi par un médecin originaire de la commune

a) *Une relation médecin-patient simplifiée*

La relation médecin-patient est une relation interpersonnelle, impliquant plusieurs personnes (médecin, patients, soignants, famille, aidants), qui passe par la maladie et qui s'exerce dans un cadre social, inégale, faite d'attentes et d'espérances (19). La simplification de cette relation est le résultat de loin le plus important de cette étude. Avoir un médecin traitant originaire de la commune leur permet une relation médecin-patient plus simple. Cette relation est au cœur de la célèbre marguerite des compétences en médecine générale. Elle regroupe les capacités relationnelles, communicationnelles ainsi qu'une approche centrée patient et non pas centrée sur la maladie. La formation à cette compétence est inscrite dans les textes officiels (20).

Elle fait également l'objet d'un item d'enseignement lors du 2^{ème} cycle des études médicales. Il s'agit de l'item numéro 1 pour être précis, dont les objectifs sont :

- d'expliquer les bases de la **communication** avec le patient,
- d'établir avec le patient une **relation empathique**, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs,
- de se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès,
- d'élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances (19).

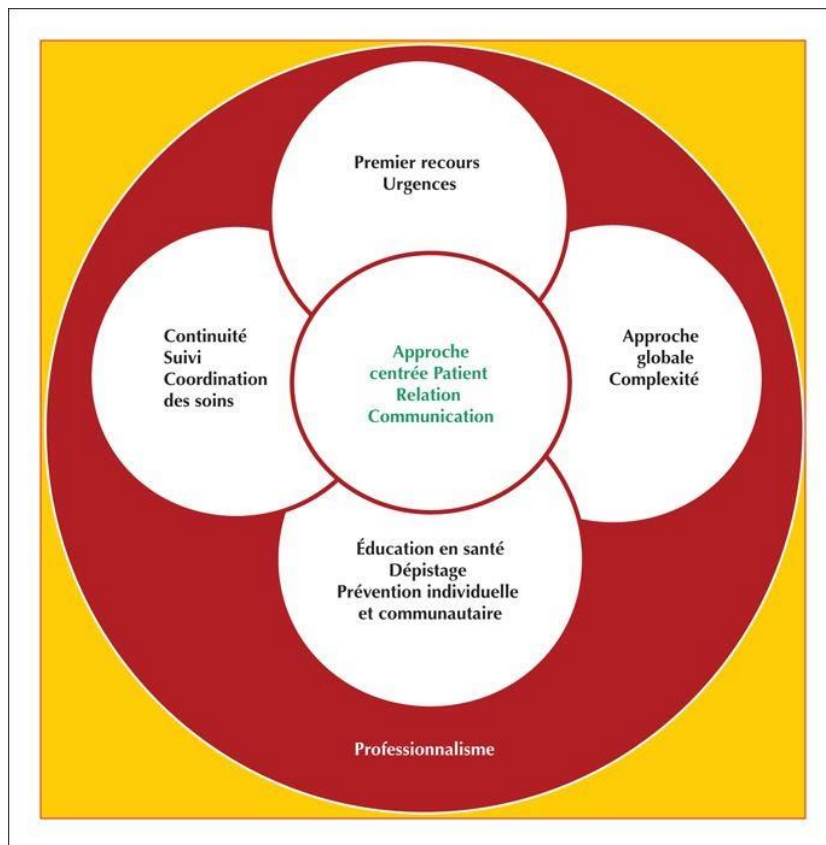


Figure 2 : Marguerite des compétences en médecine générale (21).

Durant des siècles, la relation médicale a fonctionné sur un modèle hiérarchique et paternaliste entre un médecin détenteur du savoir et d'un pouvoir sur le corps du malade et un patient soumis à l'autorité médicale, souvent assigné à une position passive et infantiliste. La communication était essentiellement unilatérale et l'information descendante. Heureusement, les modèles de relation médecin-patient ont évolué au fur et à mesure des années. Celle-ci, initialement ancrée dans le système paternaliste et biomédical précédemment décrit et qui n'est plus souhaité par les patients, a cheminée vers un modèle autonomiste et bio psychosocial pour enfin évoluer en un modèle relationnel. Progressivement l'approche centrée patient remplace l'approche centrée sur la maladie (21).

Les patients le disent, savoir que leur médecin traitant est originaire de leur commune, désacralise le statut du « Docteur » et le rend plus humain, plus accessible, comme une « personne normale ». Ainsi « la barrière », liée à la différence de catégorie socio-professionnelle pour certains et à la détention du savoir pour d'autres, tend à

disparaître. La relation étant réduite à ce qu'elle devrait être, c'est-à-dire une relation, certes inégale, mais respectueuse envers le soigné et le soignant sans distinction hiérarchique. Grâce à cela, la communication est facilitée permettant la confiance et améliorant la connaissance du patient dans son environnement biopsychosocial permettant au médecin une prise en charge médicale adaptée. Le développement et la mise à profit de ces compétences relationnelles et communicationnelles améliore l'observance thérapeutique, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients. En effet, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé. Elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins (22,23). Outre la prise en charge adaptée du patient et de sa maladie, dans son environnement, une relation de qualité permet au médecin de s'épanouir dans son travail et de lui donner un sens (21).

Une patiente nous a joliment expliqué que le fait de voir son médecin faisait partie intégrante de sa guérison reflétant la notion de « remède-médecin » décrit par Michael BALINT. Selon lui, la personne du médecin dans sa singularité a un effet sur l'évolution de la pathologie de ses patients bien qu' « *aucun manuel n'indique au médecin la dose qu'il doit prescrire de lui-même, ni sous quelle forme, à quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien* » (23). La seule chose qui est certaine c'est qu'une bonne relation entre le soignant et le soigné est indispensable à cet effet.

Cette relation médecin-patient, basée sur la confiance, est aussi basée sur la transparence. D'après les patients, la transparence est favorisée par l'origine de leur médecin traitant ce qui leur permet une relation franche, sans mensonges, sans cachotteries, ayant pour conséquence un accès facilité à la vérité sur leur état de santé. Une étude mondiale sur l'éthique médicale a été publiée en 2015 par Medscape. Elle évoque les pratiques des médecins de minimisation de risques liés à une intervention ou un traitement pour favoriser le consentement du patient, la rétention d'information, la prescription de placebo, la dissimulation d'erreurs médicales, les limites du secret médical, ou encore la perspective de non-révélation d'un diagnostic en phase terminale (24). Ceci malgré la loi du 4 mars 2002 qui donne droit « à toute personne un accès direct à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par les professionnels et établissements de santé » (25). Il serait intéressant d'interroger les médecins installés dans leur ville natale pour évaluer si les statistiques sont similaires à ceux du sondage réalisé par Medscape. A l'inverse il est révélé dans

une étude publiée en 2018 dans le *Journal of the American Medical Association*, JAMA que 60 à 80% des patients ont déjà menti à leur médecin de peur d'être jugés, de faire perdre du temps à leur médecin, d'être sermonnés (26). Si la relation médecin-patient avec un médecin « du coin » permet une transparence autant du côté soignant que soigné, cela ne peut qu'améliorer la qualité des soins et la confiance mutuelle entre patient et médecin.

b) *Un accès aux soins facilité*

C'est, on peut le dire, le deuxième gros avantage que les patients citent. Le fait d'avoir la connaissance du médecin, même si ce n'est pas dans le cadre d'une relation amicale ou familiale leur permet d'avoir un accès au soin qui est facilité. L'avis médical en dehors du cadre d'une consultation est souvent évoqué avec le recours à un avis téléphonique ou alors à la demande d'avis en présentiel « entre deux patients ». De même, la disponibilité et l'implication de leur médecin, lors de situations urgentes, sont attribuées à une attention plus prononcée du médecin envers ses patients cohabitants. L'accessibilité de ce médecin « normal » est un plus pour eux simplifiant considérablement leur prise en charge médicale et réduisant leur délai d'attente pour obtenir un rendez-vous au néant. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a démontré lors d'une étude en 2018 que les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous médical en France sont extrêmement variables (27). Selon un sondage sur le renoncement aux soins, réalisé par le groupe BVA pour France Assos Santé entre 2017 et 2020, 17% des personnes interrogées disent s'être rendues aux urgences faute de médecin disponible (28). Nous le savons de nombreux patients sont privés de médecin traitant et les professionnels de santé sont débordés ou en sous-nombre. La DREES fait quand même valoir que la moitié des rendez-vous sont obtenus en moins de deux jours chez le généraliste. Un quart se concrétise plus de cinq jours après la prise de contact entre le patient et le praticien. Le délai d'attente dépasse 11 jours dans 10 % des cas seulement. Pour tout motif confondu, un délai de 6 jours est stipulé. Ces informations rendent compte des difficultés d'accès aux soins. Dans ces conditions, les patients s'estiment heureux d'avoir un médecin traitant plus disponible, celui-ci réalisant des visites à domicile si nécessaire. Visites dont le nombre, d'après l'Institut National des Données de Santé (INDS) a baissé de plus de 70% en 10 ans (29).

D'autre part, les patients ont mis en avant un réseau de soin informel du médecin qui leur profite. Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières (30). Cette mission est aussi définie dans l'Article R.4127-32 du code de la santé publique qui stipule « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, **en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.*** » (31). Le médecin originaire de la commune détiendrait ainsi un carnet de correspondants plus important qu'un autre médecin. D'après l'étude qualitative s'intitulant « *Modalités de constitution du carnet d'adresse des médecins généralistes* » menée en 2010 par E. Séjourné, les deux principaux critères de sélection d'un correspondant sont : la connaissance du correspondant par le médecin (rencontré au cours de sa formation universitaire, dans le cadre de sa formation médicale continue (FMC) ou dont le nom circule par le bouche-à-oreille) et la compétence technique (32). Ainsi la constitution de ce carnet d'adresse se fait par la connaissance des praticiens, chose également décrite par le Professeur Rissane OURABAH dans « *Les réseaux de soin informels* ». D'après lui, ces rencontres permettent de se connaître, de mettre un visage sur un nom, de conforter une réputation et d'échanger, rendant ainsi la relation plus personnelle. La relation n'est plus simplement technique mais apporte une dimension humaine et personnalisée à ce réseau de correspondants (33). Il n'est pas décrit de lien entre l'origine du médecin et le carnet d'adresse. Mais il n'est pas déraisonnable de penser que le médecin voulant s'installer dans sa ville natale a tenté d'effectuer l'ensemble de sa formation médicale et de son cursus universitaire au plus proche de la ville où il voulait exercer. Ainsi nous n'avons pas d'élément allant à l'encontre de l'avis des patients, mais aucun réfutant leur théorie.

c) *Une qualité des soins et une confiance plus importantes*

Un argument intéressant a été proposé par l'un des interviewés. Pour lui, le médecin originaire du village pouvait détenir la connaissance d'une situation sanitaire locale préoccupante avant l'ensemble des habitants et des autres professionnels de santé. Cette information par anticipation permettrait aux patients du médecin natif de la ville une meilleure prise en charge médicale. Il n'y a rien dans la littérature qui nous conforte dans l'idée qu'un médecin généraliste installé dans sa ville natale soit plus au fait des maladies sur son territoire qu'un autre, notamment contagieuse ou lié à un facteur d'exposition. Mais, il est véridique que le médecin de ville a une mission de veille sanitaire. Il doit déclarer auprès des autorités compétentes, l'Agence régionale de santé (ARS) et à l'Institut de veille sanitaire (InVS), certaines maladies à déclaration obligatoire (34). Le but étant de mettre en place l'ensemble des actions locales, nationales ou internationales, pour empêcher une épidémie, mais aussi de déclencher des investigations pour identifier les origines de contamination. Nous pouvons prendre l'exemple de la crise sanitaire de la COVID-19, pandémie mondiale sévissant en France depuis le début de l'année 2020, où le médecin généraliste a dû contribuer à la détection de cas contaminés et contacts ainsi que leur déclaration. Il est certain que le médecin traitant a un rôle important dans les missions de santé publique dans un but épidémiologique.

Par ailleurs, les patients pensent que la connaissance du médecin à la fois du terrain et des patients leur confère une qualité de soin satisfaisante voire augmentée. La connaissance du passé médical à la fois personnel et familial augmenterait l'efficacité du médecin dans sa prise en charge et ainsi majorerait la confiance qu'ils ont en leur médecin traitant. Une confiance, indispensable dans la relation avec leur médecin. Ainsi, l'origine géographique du praticien n'impacte en rien l'opinion que se font les patients de sa compétence médicale. Ils avancent le professionnalisme de leur médecin et son devoir lié à son statut.

Lorsque s'est posée la question du secret médical, les patients ont décrit des appréhensions que d'autres peuvent avoir mais qu'ils ne ressentent pas. Pour eux la confiance est totale quant à la confidentialité de leur dossier médical. Une patiente évoque même le serment d'Hippocrate « *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je*

tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. » (35) qui même s'il n'a pas de valeur juridique constitue un pilier de la déontologie médicale. Sur le plan légal, c'est l'article R.4127-4 du Code de la santé publique qui nous rappelle que « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (36).

Finalement la confiance est dépendante des compétences communicationnelles, relationnelles, médicales et techniques de leur médecin. Cette confiance se trouve être à priori épargnée voire amplifiée par l'origine du médecin traitant. C'est sur cette confiance que se fonde l'alliance thérapeutique indispensable au travail du clinicien. Celle-ci peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (37). Il existe de nombreuses définitions de l'alliance thérapeutique donnant lieu à des controverses, mais toutes s'accordent sur l'idée que la confiance et le lien affectif entre le patient et le thérapeute, parmi d'autres variables, sont fondamentales (38). Cette alliance thérapeutique est nécessaire à la compliance et à l'observance du patient dans les traitements et les recommandations que son médecin lui donne.

2. Les inconvénients à être suivi par un médecin originaire de la commune

a) *La confusion des rôles*

Les patients ont tenu à distinguer le médecin dans son environnement professionnel de la personne dans son environnement privé. Même s'il est avancé que les patients ne souhaitent pas tirer avantage de la situation d'un médecin familial de la commune, la disponibilité de leur médecin et la nécessité de réassurance dans l'urgence les entraînent parfois à une surconsommation de soin et l'utilisation

occasionnelle de moyen de communication privée et non professionnelle. Cela ayant pour conséquence un envahissement de la vie privée du médecin qui se voit dérangé lors de ses loisirs, activités privées, temps dédié au repos et vie familiale. Ces résultats sont similaires à ceux de diverses études portant sur la prise en charge médicale d'amis ou de proches (8,9)(39-41). Le risque de cette situation est l'épuisement professionnel du soignant. Dans le rapport sur l'épuisement professionnel des médecins du Docteur Eric Galam, 31.9% des médecins menacés par le "*burn out*" déclaraient leur vie privée trop parasitée par le travail (41). En effet, le métier de médecin demande un investissement personnel très important et un empiètement de la vie privée par les patients est susceptible de favoriser un épuisement professionnel qui serait délétère pour les patients. Selon une importante étude menée à Taïwan, les patients étaient moins satisfaits après avoir été pris en charge par des médecins qui souffraient d'épuisement professionnel et ces mêmes médecins rapportaient une baisse de satisfaction professionnelle (42).

La confusion des rôles peut également impliquer le médecin qui en connaissant personnellement son patient peut sur le plan émotionnel s'impliquer davantage. Ainsi l'empathie nécessaire à la relation de soin peut évoluer vers de la sympathie. L'empathie est définie comme étant « la capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent ». Le mot sympathie, lui, vient du latin *sympathia*, qui désigne le fait d'éprouver les mêmes sentiments, et du grec *sumpatheia*, « participation à la souffrance d'autrui » (43). Alors que la sympathie est une adhésion affective avec le vécu du soigné, l'empathie consiste à se décentrer de son propre point de vue pour ressentir et comprendre le vécu d'autrui. Celse, auteur romain du I^{er} siècle après J.-C., expliquait que la connaissance médicale doit se prolonger par une connaissance du vécu intérieur du malade. Ainsi, pour le soignant, la connaissance objective du patient doit être complétée par une connaissance du patient dans sa dimension affective ou subjective (44). Les bénéfices de l'empathie clinique sont multiples : satisfaction des patients, augmentation de la qualité du recueil sémiologique et de l'acuité diagnostique du médecin, meilleure alliance thérapeutique, elle-même conditionnant l'adhésion et l'efficacité thérapeutique, diminution des risques médico-légaux et des dépenses d'examens de santé. Cependant, le partage des émotions du patient peut aussi amener le médecin à souffrir par procuration, l'exposant à un risque d'épuisement professionnel et à une diminution de ses capacités empathiques (45). Les difficultés

liées à l'excès d'implication émotionnelle des médecins sont décrites dans la littérature. C'est une réalité qui peut concerner l'ensemble des médecins mais qui est d'autant plus présente lorsque le clinicien entretient une relation extérieure à la relation de soin avec son patient. L'implication émotionnelle entraîne pour les patients un manque d'objectivité de la part de leur médecin pouvant détériorer leur prise en charge médicale.

b) *Le manque d'objectivité appréhendé*

L'objectivité se définit comme la qualité de quelqu'un à porter un jugement sans faire intervenir des préférences personnelles (46). Cette défaillance est décrite par les patients comme une épée de Damoclès. La relation médecin-patient demeurera intacte jusqu'au jour où le médecin ne sera plus objectif. Cette situation mène à refuser d'avoir le médecin natif de la commune comme médecin traitant mais à accepter des soins occasionnels. Ce manque d'objectivité est d'autant plus décrit lorsque la proximité relationnelle entre les deux intéressés est importante. Que nous dit la loi française dans cette situation ? D'après l'Article R.4127-7 du Code de la santé publique, traitant de la non-discrimination, « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou **les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.** Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* » (47). Mais en pratique, cette subjectivité dans la relation de soin est difficilement maîtrisable par le médecin et peut être délétère. En effet, le manque d'objectivité est une notion qui est souvent retrouvée dans les nombreuses études étudiant la relation de soin entre un médecin et un proche, c'est-à-dire famille ou ami. Ce manque d'objectivité entraînerait un impact négatif sur la prise en charge du patient par exemple : une multiplication des examens complémentaires, une sur-prescription médicamenteuse ou au contraire une banalisation des symptômes soldée par une anamnèse incomplète, un examen clinique superficiel (8,9,40). Dans notre étude, le manque d'objectivité n'est pas quelque chose de vécu par le patient mais une possibilité qui est crainte. Comme si le

degré d'affection n'atteignait pas un niveau suffisant pour interagir sur la qualité du soin comme il a été décrit dans les différentes études précitées. Il est tout de même important de préciser que l'installation du médecin généraliste dans sa commune l'expose à d'éventuelles sollicitations pour devenir le médecin traitant d'amis ou de proches. C'est à lui de déterminer ses propres limites.

c) *Un médecin qui doit s'imposer*

Il était évident pour certains patients que l'origine du médecin lui permettait de croître en popularité rapidement par l'intervention du bouche-à-oreille. Effectivement, l'appartenance du médecin à la commune pouvait motiver le choix du médecin traitant. Ces résultats sont en accord avec ceux de la thèse du Dr Anaïs FEUILLET, soutenue en 2013, qui trouve que les patients choisissent leur nouveau médecin le plus souvent sur le critère de proximité, ou parce qu'ils avaient déjà rencontré le médecin par le passé, au cabinet **ou en dehors**, et qu'ils l'avaient apprécié (48).

D'autre part, nous savons que la distinction des rôles entre la personne ayant grandi dans la commune et celle qui est devenue Docteur en médecine est difficile pour le patient. Une des patientes insiste sur le fait qu'il était difficile pour elle et sa famille de voir le professionnel de santé avant de voir la copine d'enfance. D'autres mettaient en doute la crédibilité du médecin. D'après le dictionnaire Le Robert, une personne crédible est « digne de confiance (fiable) , mérite d'être cru » (49). Le médecin doit donc « faire sa place » en faisant valoir ses compétences et en usant d'autres stratégies pouvant imposer son rôle d'acteur de santé. L'importance du « cadre professionnel » a été évoquée par une patiente, ainsi la consultation dans un temps et un local dédiés favorisent la crédibilité du médecin. D'autres pistes existent, notamment la tenue vestimentaire. Une étude américaine publiée dans le « *British medical journal* » en 2018 montre que la blouse blanche fait l'unanimité, que ce soit pour les médecins hommes ou femmes. D'une manière générale, les tenues strictes, professionnelles, l'emportent sur les tenues moins formelles (jean, sweat-shirt), même si ces dernières sont portées avec une blouse (50).

Le médecin doit montrer qu'il est tout aussi compétent qu'un autre voire plus car l'exigence de quelques-uns est plus accrue. Si pour certains l'erreur est pardonnable,

d'autres pensent que l'erreur peut être source d'ennuis pour le médecin qui verra sa réputation entachée. Pour les patients, la réputation du médecin peut être soumise à des facteurs extérieurs à ses compétences et son apparence, puisqu'ils pensent que le comportement de son entourage peut lui porter préjudice.

Il est préconisé au médecin d'imposer son rôle d'acteur de soin dans son milieu professionnel et d'imposer ses limites pour éviter les débordements dans sa vie privée. Une limite représente l'espace social, physique ou psychologique acceptable entre deux personnes. Les limites permettent d'établir une distance thérapeutique appropriée entre le médecin et le patient, et de mettre au clair les rôles et les attentes de chacun (51). Évidemment, l'implication émotionnelle et le manque d'objectivité sont possibles dans un contexte favorisant la sollicitation par des proches ou connaissances. Cette situation peut entraîner un conflit dans la relation personnelle et des abus. Résultats également constatés dans la thèse du Dr Mathieux Nicolas sur les manquements à « la bonne distance dans la relation médecin-patient » où l'un des médecins a rédigé un certificat tendancieux en faveur du patient-proche (52).

Dans la situation que nous décrivons, il peut être difficile, pour le médecin, de déterminer la nature de la relation préexistante avec le patient. Des clés sont proposées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour aider le médecin à évaluer s'il existe une relation personnelle. Il préconise au médecin de déterminer si le fait de connaître cette personne pourrait influencer sur la qualité des traitements prodigués. Les questions suivantes peuvent l'aider à préciser la nature de leur relation avec le patient (53) et si une d'entre elles est positive, il lui est alors conseillé de ne pas prendre en charge la santé du « proche ».

1. Si cette personne était mon patient, la relation personnelle pourrait-elle affecter ma capacité à reconnaître et à agir dans son meilleur intérêt ?
2. Serais-je trop mal à l'aise de poser les questions nécessaires pour poser un bon diagnostic, notamment sur des sujets sensibles ?
3. Pourrais-je permettre à cette personne de prendre une décision sur ses propres soins avec laquelle je ne suis pas d'accord ?
4. La relation personnelle pourrait-elle affecter ma capacité à être cliniquement objectif/ve?
5. La relation personnelle avec cette personne pourrait-elle me rendre plus difficile de maintenir la confidentialité du patient ou de faire un rapport obligatoire ?

6. Pourrais-je établir et maintenir une bonne relation médecin-patient si je devais traiter cette personne ?

Tout ceci, relate les difficultés supposées auxquelles le médecin pourrait se confronter s'il décide de s'installer dans sa ville natale. Mais il serait judicieux d'étudier leur point de vue dans une étude qualitative qui leur serait dédiée ainsi que les avantages et les inconvénients qu'implique une telle décision.

3. Un constat rassurant

Finalement, cette étude s'est révélée plutôt rassurante pour les jeunes médecins qui souhaitent s'installer dans leur ville natale et leurs patients. Du point de vue ces derniers, il s'agit d'une démarche appréciée, considérant qu'il s'agit d'une réussite pour le médecin. Beaucoup ne ressentent pas d'impact de cette situation sur leur prise en charge médicale. Cette dernière pouvant être modifiée selon le degré de proximité relationnelle préexistante à l'installation du médecin généraliste. La notion d'argent, n'a pas été soulevé par les patients contrairement à ce qui a été décrit dans le vécu des patients suivis par un proche (9). Les entretiens ont montré une nette difficulté à dégager des avantages et des inconvénients avec la nécessité de plusieurs relances et de répétitions des questions ouvertes par l'enquêtrice. Ils ont préféré mettre le point d'honneur sur leur vécu positif en tant que patient et sur les qualités de leur médecin traitant. La qualité des soins que leur prodigue le médecin prévaut sur l'origine de celui-ci. Selon l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) la qualité des soins est « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* » (54). D'autre part, la satisfaction est partagée par l'ensemble des patients interviewés. Or, la satisfaction est le résultat d'un jugement, d'un processus cognitif, de comparaison entre les attentes du sujet et la réalité perçue. En d'autres mots, elle reflète le degré de concordance entre l'expérience vécue par un patient et ses attentes. La satisfaction est une notion dépendante des individus et sa mesure est relative : une

expérience peut être jugée satisfaisante par une personne car elle répond adéquatement à ses attentes, tout en étant insatisfaisante pour une autre (55). D'après F. Steudler, il existe de nombreuses variables pouvant influencer les attentes des patients, notamment la nature des pathologies, les caractéristiques démographiques et socioculturelles (56)... L'auteur présente 3 types d'attentes du patient : Les **attentes technico-médicales** liée à l'efficacité du soin, les **attentes psychiques et sociales** représentant le besoin de réassurance du patient et les **attentes matérielles et intellectuelles** « *traduisant le désir de ne pas être dévalorisé, de retrouver l'estime de soi [...] malgré la présence de la maladie* ». Ainsi nous comprenons que les compétences médicales, relationnelles et communicationnelles précédemment décrites sont essentielles à la qualité des soins et donc à la satisfaction du patient comme décrite dans notre étude et bien d'autres (57,58). Il est très intéressant d'appliquer cela à notre travail. La satisfaction semble être plus compliquée à atteindre pour les personnes qui ont des « exigences accrues » mais d'autres patients ont clairement décrit une communication et une relation de meilleure qualité grâce au statut de leur médecin natif de la ville, cela ayant pour effet d'augmenter leur satisfaction.

Conclusion

L'installation d'un médecin dans sa ville natale n'est pas un évènement anecdotique. L'absence de recherche sur le vécu des patients d'une telle situation rend notre étude intéressante et originale. Notre objectif était d'explorer le vécu des patients suivis par un médecin traitant exerçant dans sa ville natale et l'impact qu'a cette situation sur la relation médecin-patient.

Nos résultats montrent que l'origine du praticien constituait parfois un critère pour le choisir en tant que médecin traitant. Globalement, les patients considèrent, s'ils ne sont pas neutre sur le sujet, qu'être suivi par un « enfant du village » octroi plus d'avantages : une relation médecin-patient simplifiée, une communication et un accès aux soins facilité, la connaissance du terrain et des patients, un réseau de soin informel, l'accès à la vérité, la confiance plus importante et la satisfaction, que d'inconvénients, soit : les appréhensions liées à la tenue du secret médical, le manque d'objectivité, l'enjeu sur la relation privée et l'indisponibilité qui peut s'avérer frustrante. Les patients s'accordent pour dire que l'origine du médecin est secondaire à la qualité du clinicien et des soins qu'il prodigue. Ils ont spontanément exposé leur point de vue sur les difficultés auxquelles s'expose le médecin (manque de crédibilité, refus de consulter, exigences accrues, réputation fragile, abus, confusion des rôles, envahissement de la vie privée) et les avantages supposés ou observés (popularité, confort, reconnaissance, l'implication dans la vie de la commune). Il serait plus adapté de les étudier lors d'une recherche qualitative dédiée aux médecins installés dans leur ville natale. Il est important de souligner que notre étude visait les patients qui ont fait le choix de prendre un médecin traitant originaire de leur commune mais qu'il serait tout aussi intéressant de comprendre les motifs de ceux qui n'ont pas fait ce choix.

Enfin, pour poursuivre ce travail, une étude quantitative à partir des données qualitatives recueillies permettrait de généraliser ou pas nos résultats. Effectivement, la diffusion d'un questionnaire déterminerait dans quelles proportions le vécu des patients suivi par « un enfant du pays » est partagé. Cette démarche pourra éclairer le médecin quant à l'impact de son origine sur sa patientèle et sur son exercice. Il pourra ainsi prendre les précautions nécessaires afin d'assurer une qualité des soins optimale et d'imposer ses limites.

Bibliographie

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutter contre les déserts médicaux.2020. [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins . Enquête sur les déterminants à l'installation. 2019.[en ligne]. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
3. Le Quotidien du médecin. Internat : les spécialités que les femmes préfèrent, celles que les hommes fuient [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>
4. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. INSEE Premiere. 2012; n°1419 [Internet]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068#documentation>
5. Kitzmann M. La prise en charge des jeunes enfants par l'aide grand-parentale : un mode de garde composite. Rev Française Aff Soc. 18 juill 2017;(2):187-206.
6. Attias-Donfut C. Les grand-parents en Europe : de nouveaux soutiens de famille. Inf Soc. 1 nov 2008;n° 149(5):54-67.
7. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libéral [Thèse d'exercice]. Université d'Amiens; 2017,70.
8. Da Silva M. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. [Thèse d'exercice].Université de Nice; 2014, 65.[internet]. [cité 14 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160179>
9. Cazenave M. Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016, 108.[en ligne].[cité 14 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01465125>
10. Finelle S. Faut-il soigner ses proches : étude qualitative auprès d'un échantillon de médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille; 2012, 78.
11. Delmas V. Soigner ses proches: une erreur ? : recherche des facteurs contributifs d'événements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches : étude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard; 2014, 180.

12. Joly M. Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion [Thèse d'exercice]. Université de Clermont;2018, 99.[Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02023011/document>
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008; 19(84): 142-145.
14. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006; 26(2): 1-18.
15. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;N° 102(3):23-34.
16. Gélinas Proulx, A. & Dionne, É. Compte rendu de Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien* (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation*, 2010; 33 (2): 127-131.
17. MG TFE. Recherche qualitative [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-2-recherche-qualitative/>
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
19. Amad A; Bahadori S, Batail J, Bation R, Bensamoun D, Benzerouk F et al. Item 01 la relation médecin-malade. In *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*. 2^{ème} édition révisée. Tours: Presse universitaire François-Rabelais; 2017: 48-58
20. Legifrance. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. [Internet]. [cité le 30 décembre 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027343762/>
21. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer*.2017; 132 : 187-197.
22. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413-425.
23. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1957 : 419 p.
24. Medscape. Les médecins et l'éthique 2015 [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://français.medscape.com/dossier/ethique/2015>
25. Legifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [Internet]. [cité le 13 janvier 2021] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

26. Gurmankin Levy A, Scherer A, Zikmund-Fisher B. et al. Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. *JAMA Netw Open*. 2018;1(7):185-293. [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2716996>
27. DREES. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. *Etudes et Résultats*. 2018; n°1085 [Internet]. [cité le 21 janvier 2021] disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>
28. France Assos Santé. « Enquête BVA pour France Assos Santé : notre système de santé de plus en plus malade ! ». [en ligne]. [Cité le 3 février 2021]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/enquete-bva-pour-france-assos-sante-notre-systeme-de-sante-de-plus-en-plus-malade/.
29. MG FRANCE. Chute du nombre de consultations en France : l'accès aux soins prend une claque. [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/lettreauxgeneralistes/2426-chute-du-nombre-de-consultations-en-france-l-acces-aux-soins-prend-une-claque>
30. Ministère des solidarités et de la santé. Parcours de soins coordonnés. [en ligne]. [cité le 11 janvier 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 32 - Qualité des soins [Internet]. 2019 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-32-qualite-soins>
32. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(4):331-9.
33. Ourabah R. Les réseaux de soins informels. *Bull Académie Natl Médecine*. avr 2016;200(4-5):771-4.
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Maladies à déclaration obligatoire [Internet]. 2019 [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/sante-publique/maladies-declaration-obligatoire>
35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. 2019 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 4 - Secret professionnel [Internet]. 2019 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-4-secret-professionnel>
37. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*. 2010; 4(49):314-326. [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>

38. Bioy A, Bénony H, Chahraoui K, Bachelart M. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatr.* juill 2012;77(3):342-51.
39. Martel H. Quand l'amitié s'invite dans la relation médecin-patient : une étude qualitative auprès des patients [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé- Lille 2; 2017,82. [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://pepitem-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/1fda3314-41d5-432f-924f-94f86ff1c27e>
40. Debeaulieu A. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Vernes;16 oct 2019,78.[Internet]. [cité le 12 janvier 2021]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02886010/document>
41. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyses et perspectives. Rapport de la Commission Prévention et Santé Publique de l'URML; Juin 2007:59.[Internet]. [cité le 12 janvier 2021]. Disponible sur : https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
42. Weng H-C, Hung C-M, Liu Y-T, Cheng Y-J, Yen C-Y, Chang C-C, et al. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Med Educ.* août 2011;45(8):835-42.
43. Le Robert Dico en ligne. [Internet]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/>
44. Lefève, Céline. *La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? La philosophie du soin.* Presses Universitaires de France; 2010: 105-126. [Internet]. [cité le 2 février 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-philosophie-du-soin--9782130582038-page-105.htm>.
45. Gleichgerrcht E et Decety Jean. Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PloS One.* 2013; 8(4): 615-626.
46. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : objectivité [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectivite/C3%A9/55365>
47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 7 - Non discrimination. 2019 [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination>
48. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir [Thèse d'exercice].Tours: Université François-Rabelais; 2013, 223. [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: http://www.applis.univtours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_FeuilletAnais.pdf

49. Le Robert. Crédible - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/credible>
50. Petrilli CM, Saint S, Jennings JJ, Caruso A, Kuhn L, Snyder A, et al. Understanding patient preference for physician attire: a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. *BMJ Open*. mai 2018;8(5): e021239.
51. ACPM. Association canadienne de protection médicale. Guide des bonnes pratiques - Respecter les limites qui s'imposent [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/professionalism/Respecting_boundaries/maintaining_appropriate_boundaries-f.html
52. Mathieux N. La bonne distance dans la relation médecin-patient : travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2013: 77. [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/17362>
53. College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia. Professional Standards and Guidelines Regarding Treating Self and Family Members. College of Physicians & Surgeons of Nova Scotia. 2019. [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://cpsns.ns.ca/resource/treating-self-and-family-members/>
54. Santé Publique. Qualité des soins : définition [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
55. Haute Autorité de Santé. « Rapport Expérience Patient - avril 2011 ». [Internet] {Cité le 3 février 2021}. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011.
56. Steudler F. L'accueil pour le malade, c'est une attente. *J Econ Méd*. 1990; 10: 367-79.
57. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2001 :129.
58. Napol M, Kuhn S. Critères de qualité selon les patients, de la communication médecin-patient en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2018: 320. [Internet]. [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01849019>

Annexes

Annexe 1 : Fiche de projet de thèse validée

STATUT : Approuvé

Projet déposé par Sophie NGUYEN, le jeudi 28 juin 2018, 17:43

Promo 2017, **Semestre S2**, Joignable au -----

Interne Civil, projet de thèse Seul (e)

Travail dirigé par ... , exerçant en tant que Autre

THEMATIQUE : Relation médecin-malade

QUESTION : Faut-il choisir un médecin traitant originaire de la ville où il exerce ?

JUSTIFICATION :

Originaire d'une petite ville où j'ai grandi, certains se demandent si je compte m'y installer et si je pourrai être leur médecin traitant. S'en est découlé alors cette question de recherche pour laquelle je n'ai ce jour, pas trouvé d'étude qui réponde clairement à ma question. Mais sur la même thématique, j'ai trouvé quelques sujets intéressants. En 2001 une étude qualitative sur la qualité de la relation médecin-malade expose les principales qualités nécessaires à une bonne relation, soit les compétences, l'expérience, l'écoute, la disponibilité, une relation de partenariat et non plus paternaliste, et le libre choix de son médecin traitant (1). Deux autres études s'intéressent aux critères de choix du médecin traitant, et il semblerait que les relation privées médecin-patient n'en fasse pas parties (2)(3).

Peut-être ma question se rapproche donc plus des sujets traitants de la prise en charge médicale d'un proche par un médecin généraliste ? L'étude qualitative recueillant l'opinion des patients montrait que les avantages leurs semblaient plus importants que les inconvénients (banalisation des symptômes, manque d'écoute et d'objectivité) (4). Le point de vu des médecins a aussi été exploré. Il est mis en évidence que cette relation médecin-malade est spécifique : incontournable, source de conflits, qu'elle interroge sur la culture familiale, entraîne une confusion des rôles et un envahit la vie privée (5)(6).

Au final, les relations qu'on peut avoir avec un proche sont tout de même différentes des relations menées avec un habitant de la même commune.

Donc ma question se justifie pour savoir les attentes des patients en choisissant un médecin généraliste originaire du même lieu de résidence ainsi que les raisons qui les ont poussés à le choisir en tant que médecin traitant. Bien sûr il est aussi intéressant de confronter les avantages de la proximité du médecin avec les inconvénients que les patients perçoivent face à cette situation. Est-ce que la crédibilité du médecin en est impactée ? Est-ce que cette relation améliore l'alliance thérapeutique ?

1. *DEDIANNE C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par le patients en médecine générale: application de la méthode focus groups [Thèse d'exercice]. Grenoble, France: Université Joseph Fourier, 2001*
2. *KORENEVA-CATAIGNE N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence [Thèse d'exercice]. Nice, France: Université de Nice Sophie-Antipolis, 2015*
3. *MERIT B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: Une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse d'exercice] Angers, France: Université d'Angers*
4. *CAZENAVE M. Choix d'un proche comme médecin traitant: le point de vue des patients [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France: Université de Bordeaux, 2016*
5. *DEMOND V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Université de Claude Bernard Lyon 1, 2014*
6. *FINELLE S. Faut-il soigner ses proches : étude qualitative auprès d'un échantillon de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Marseille, France: Université d'Aix-Marseille, 2013*

OBJECTIF : Amélioration de la relation-médecin malade.

TYPE D'ETUDE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

PROTOCOLE :

Une étude qualitative : entretiens semi-dirigés avec des patients de plusieurs cabinets de médecine générale dont le médecin est originaire du village ou d'une petite ville.

L'entretien sera protocolisé avec consentement du patient et enregistrement audio.

1. Explication de l'étude
2. Suite de questions ouvertes
3. Petit questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon de patients
4. Remerciements

Les entretiens ne seront pas trop longs pour éviter les risques de refus.
Puis transcription verbatim des données.

Impact sur la pratique :

Favoriser l'adaptabilité du médecin selon les attentes des patients face à cette situation. Mise en garde des erreurs fréquemment commises par les médecins objectivés par les patients pour ceux qui souhaiteraient s'installer dans le lieu où ils ont grandi. Savoir s'il y a un impact positif ou négatif sur la prise en charge des patients. Offrir l'opportunité de réaliser d'autres études de recherche quantitatives grâce aux données recueillies en qualitatif.

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

Titre du projet : « Médecin traitant installé dans sa ville natale : Vécu des patients »

Le but de cet entretien est de déterminer les avantages et les inconvénients, vécu par les patients, de l'installation du médecin généraliste dans sa commune d'origine. La finalité de cette recherche est de donner des axes de réflexion aux jeunes médecins généralistes voulant s'installer dans le lieu où ils ont grandi.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Mme *NGUYEN Sophie Interne de médecine générale*, suivant vos disponibilités pour un entretien en présentiel ou par appel vidéo.

Il n'excèdera pas 40 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions sur votre expérience concernant l'origine de votre médecin traitant.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon **anonyme et confidentielle**. Une fois transcrits, les enregistrements seront **détruits**.

Vous aurez l'occasion de prendre connaissance de la retranscription des entretiens, de la corriger si vous le souhaitez, voire de retirer votre consentement concernant l'exploitation des données à tout moment jusqu'à la fin de l'analyse.

Votre médecin n'aura aucun retour sur le déroulement, le contenu, ou toute autre donnée individuelle vous concernant, en rapport avec l'entretien.

L'analyse des données sera réalisée par Mme *NGUYEN Sophie* et Mr *MICHELON Thomas*.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)_____

Signature (enquêteuse)_____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

Annexe 4 : Guide d'entretien définitif

1) Présentation du projet de recherche

Le but de cet entretien est d'essayer de déterminer le vécu des patients suivis par un médecin traitant exerçant dans sa ville natale.

2) Assurer de la confidentialité des données :

Je mène cette recherche sous la direction du Docteur DUCATEL Lisa, médecin généraliste et maître de stage universitaire à la faculté de médecine de Marseille.

Toutes les données recueillies seront anonymisées. Les enregistrements audios seront détruits après retranscription écrite et anonyme.

Vous pourrez si vous le désirez avoir accès au verbatim (retranscription écrite et anonymisée) de notre entretien et à la thèse au format électronique une fois celle-ci terminée.

Votre médecin n'aura pas accès au verbatim de notre entretien mais pourra avoir accès à la thèse qui est publique.

Ce travail ne modifiant pas votre prise en charge médicale, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'a pas été demandé, cependant dans la mesure où le traitement des données s'effectue par informatique le projet de recherche a été soumis à la CNIL.

3) À ce moment, donner un document explicatif, le récépissé de la CNIL et recueillir le consentement verbal du patient :

« Êtes-vous toujours d'accord pour participer à cette étude ? »

4) En cas de réponse positive mettre en marche les enregistreurs et commencer l'entretien.

Question principale : Installation du médecin généraliste dans sa commune d'origine, avantages et inconvénients vécus par les patients.

- 1) Comment avez-vous connu votre médecin traitant ?
- 2) Quelles ont été vos motivations pour choisir ce médecin comme médecin traitant ? Quelles étaient vos attentes ?
- 3) Que pensez-vous du fait qu'il soit originaire du village/ de la ville ?
- 4) Qu'est-ce que pour vous une bonne relation médecin-patient ?
 - Compétences techniques et biomédicales
 - Les aspects interpersonnels, le vécu relationnel et affectif
 - La communication
 - L'aspect financier
 - Le temps
 - L'accessibilité
- 5) Pouvez-vous me décrire la relation médecin-patient que vous entretenez avec votre médecin traitant ?
- 6) Pour vous, quel est l'impact de ce statut « d'enfant du pays » sur la relation médecin-patient ?
Relance : Pouvez-vous me donner des exemples ?
- 7) Quels sont les avantages que vous percevez à avoir un médecin traitant originaire de la ville ?
- 8) Quels sont les inconvénients que vous percevez face au statut de votre médecin traitant ?
- 9) Est-ce que vous pouvez me parler de la confiance par rapport à votre médecin actuel ? (Secret médical)

5) Questions socio-démographiques :

Sexe :

Age :

Profession :

Niveau d'étude :

Pathologie chronique ou maladie grave :

Ville de résidence principale :

Depuis combien de temps vivez-vous à « nom de la commune » :

Depuis combien de temps êtes-vous suivi par le Docteur :

Annexe 5 : Exemple de codage

<Confiance> Chez Franck... bon voilà quand je dis « j'hésite pas à la ramener » elle avait eu la grippe , en 2 jours ça s'est transformé en pneumopathie, bah voilà j'entends qu'elle tousse bizarrement , **<efficacité >** j'appelle Franck « vient de suite » «, tac radio des poumons, pneumopathie , antibiotiques c'est réglé ». Je sais pas, si j'aurai pu faire confiance à l'autre médecin que j'étais allée voir si je l'avais appelé « elle tousse toujours », est-ce qu'il aurait été autant réactif ? puisque de base, visiblement il l'était moins. **<Franchise> <appel téléphonique>** Bon voilà ... donc quand je dis ça c'est plus dans ce sens là , où j'hésite pas à repasser un coup de fil Voilà. Et puis si je le gonfle il hésitera pas à me le dire, donc en fait c'est ça qui et bien aussi (rire).

Rien de plus en avantage ?

<Confiance> La confiance, **<Disponibilité>** il est beaucoup disponible aussi, **<emplacement>** son emplacement, **<compétence>** ses compétences, **<Relation sympathique>** il est toujours agréable voilà.... **<Franchise>** y'a pas de filtre et ça encore une fois c'est quelque chose que j'aime beaucoup.... J'aime pas le tabou les chose comme ça, donc là au mois c'est clair... heu et puis voilà.

<Réseau de praticiens/ orienter> et les contacts aussi pour les spécialistes pour aller dans le coin...

Je sais pas s'il a plus de contact qu'un autre , médecin... après peut être du fait qu'il soit du coin ... son réseau est peut-être plus grand.. il est en contact avec le Dr S aussi ... je vois aussi qu'il a pas mal de remplaçant qui sont très sérieux ... peut-être je me dis que ça fait un réseau de docteurs qui connaissent des spécialistes et que peut-être ils ont un réseau un peu plus étendu que certains docteurs. Mais je sais pas....

Abréviations

AP-HM :	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
ARS :	Agence Régionale de la Santé
BEP :	Brevet d'Etude Professionnelles
BTS :	Brevet de Technicien Supérieur
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CISMEF :	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ :	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
DEUG :	Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DEUST :	Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale
DUT :	Diplôme Universitaire de Technologie
EQUATOR :	Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research
FMC :	Formation Médicale Continue
INDS :	Institut National des Données de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS :	Institut national de Veille Sanitaire
JAMA :	Journal of the American Medical Association
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PC :	Personal Computer
RQDA :	R package for Qualitative Data Analysis
SUDOC :	Système Universitaire de DOCumentation

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction : La démographie médicale et les déterminants à l'installation des médecins généralistes sont des sujets qui ont fait l'objet de nombreuses recherches à l'échelle nationale. L'attachement à la région d'origine des jeunes médecins et la féminisation de la profession associés à la notion de « proximité familiale » nous ont interrogés sur la possible installation du médecin généraliste dans sa ville natale. Aucune étude explorant ce sujet n'a été retrouvée à ce jour dans la littérature.

Objectif : L'objectif principal est d'étudier le vécu des patients suivis par un médecin installé dans sa ville natale, pour explorer l'impact sur la relation médecin-patient ainsi que les avantages et inconvénients que confère une telle situation.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, menée auprès de 12 patients du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône qui ont déclaré une personne native de leur commune comme médecin traitant. La saturation des données a été obtenue après 11 entretiens.

Résultats : Notre étude révèle que l'origine du clinicien peut être un critère pour le choisir en tant que médecin traitant : par solidarité, par l'existence de liens privés ou alors par simple évidence. La provenance du médecin facilite la relation médecin-patient rendant le « Docteur » plus accessible permettant au patient d'accéder à la vérité dans une communication moins formelle et franche. Les patients jugeaient que les avantages : réseau de soin informel, accès aux soins simplifié, connaissance de l'historique médical familial et personnel, connaissance du terrain, confiance accrue et satisfaction l'emportaient sur les inconvénients appréhendés : manquement au secret médical, manque d'objectivité, qualité des soins moindre, l'indisponibilité frustrante. Cette situation leur semble plus problématique pour le médecin qui, malgré le confort de s'installer dans sa commune, doit s'imposer en tant que professionnel de santé. Sa réputation étant plus fragile, il a moins le droit à l'erreur soumis à une confusion des rôles pouvant empiéter sur sa vie privée.

Conclusion : Les patients sont satisfaits de leur prise en charge médicale et bien que l'origine du clinicien améliore la relation médecin-patient, ils estiment que la qualité des soins prime sur l'origine du médecin. Ils mettent en garde sur les désagréments auxquels s'expose le médecin qui déciderait de s'installer dans sa commune d'origine, mais ont la conviction qu'il s'agit d'une bonne chose.

Mots-clés : Relation médecin-patient, médecin généraliste, médecin traitant, patients, vécu, ville natale, commune d'origine, ville d'origine, installation.