



HAL
open science

Vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la demande des patients en dehors des consultations : étude qualitative

Thomas Perdereau

► **To cite this version:**

Thomas Perdereau. Vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la demande des patients en dehors des consultations : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04264188

HAL Id: dumas-04264188

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04264188>

Submitted on 30 Oct 2023

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.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Thomas PERDEREAU

Présentée et soutenue publiquement le 19/09/2023

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE FACE À LA
DEMANDE DES PATIENTS EN DEHORS DES CONSULTATIONS : ÉTUDE
QUALITATIVE**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directeur de thèse : Docteur Jérôme MICHENAUD

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jérôme Michenaud. Merci pour le stage niveau 1, pour avoir conforté mon choix de faire de la médecine générale, pour avoir accepté de diriger ma Thèse et pour tous les fous rires.

A Monsieur le Professeur Jean-Pascal Fournier. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de Thèse. Merci de ta confiance pour l'enseignement interprofessionnel avec les pharmaciens.

A Madame le Professeure Laure De Decker. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de Thèse. Merci de votre disponibilité et regard extérieur sur ce sujet. Merci pour la formation lors du stage de gériatrie.

Au Docteur Rosalie Rousseau. Merci pour votre intérêt et votre disponibilité. Merci d'apporter votre expertise dans le domaine du qualitatif.

Un grand merci à l'ensemble des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

Merci à mes parents, mes frères, Sonia, ma future nièce et à mes grands-parents.

Merci pour votre soutien. Merci au père Jacques de penser à moi chaque jour.

Merci à ma belle-famille, mon beau-frère et Rachel pour votre soutien.

Merci Etienne pour ton amitié depuis l'enfance.

Merci à mes tendres amis, Clément et Albane. Cette amitié sincère est bien partie pour durer.

Merci aux sablais et adoptés : Dunspear alias fianso, Melissandre, Gwendal, Sarah, Willou, Greg, Marie Nic, Mamines, Alizée, Marie Cot, Nico et Arturito. Je pourrais écrire une thèse pour vous. Votre professeur et ami sera toujours là pour vous.

Merci à Yoann, mon gériatre préféré et à son compère Dan.

Merci à Charles, Léa et Michaël pour les bons moments passés et les soirées foot.

Merci *Friends*, à mon pâtissier attitré Alexis, Merlène la joueuse qui ne m'arrive pas à la cheville et à Clémence le binôme originel.

Merci à Margot et Pluche. Merci de t'occuper si bien de Sonik.

Merci à toutes les personnes qui ont croisé mon chemin à Tours, à Nantes et ailleurs pendant mon cursus et durant mes remplacements. Mention spéciale au cabinet de Savenay où l'on rigole bien.

Et enfin merci à la plus exceptionnelle, mon épouse Laura. Merci de partager ma vie. Une nouvelle vie débute avec notre maison.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
METHODE.....	8
1) Type d'étude	8
2) Population	8
3) Recueil des données	9
4) Analyse des données.....	10
5) Aspect éthique et réglementaire	10
RESULTATS	11
1) Description de la population étudiée.....	11
2) Analyse des résultats :.....	12
DISCUSSION.....	31
1) Résultat principal	31
2) Comparaison avec la littérature	32
3) Forces et limites.....	36
4) Perspectives et ouverture	37
a) Conséquence pour la recherche.....	37
b) Conséquence pour la pratique.....	38
c) Conséquence pour l'organisation des soins	39
d) Conséquence pour l'enseignement et la formation.....	40
CONCLUSION.....	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
ANNEXES.....	46

LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

GROUM.F : GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MICA : Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

MSU : Maître de Stage des Universités

INTRODUCTION

Les médecins généralistes Français déclarent travailler plus de 50 heures par semaine. Soixante pourcent des médecins généralistes trouvent que leurs horaires de travail sont adaptés à leur vie privée (1). L'augmentation de la charge de travail des médecins généralistes est constatée aussi dans d'autres pays (2). La pénurie médicale en France prévue jusqu'en 2035 va entraîner une augmentation de la charge de travail (3). Il est donc important de s'organiser et de trouver des alternatives face à la demande des patients.

En France, les médecins effectuent en moyenne 30 tâches supplémentaires par jour pendant les consultations. Ces tâches comprennent l'administratif, la prévention, le conseil de santé, la recherche médicale autour d'un cas, les correspondances avec les confrères et la rédaction de certificats et d'ordonnances sans rapport direct avec la consultation (4).

Plusieurs thèses ont étudié l'organisation du temps de travail en médecine générale. Les médecins généralistes reconnaissent la pénibilité de certaines tâches, source d'épuisement, notamment hors consultations. Un sentiment de fatalité ressort d'autant plus que ce travail est méconnu des patients (5). Le travail en cabinet de groupe, la présence d'un secrétariat, le travail sur rendez-vous et la présence de plages d'horaires libres sur le planning sont des facteurs à prendre en compte pour obtenir des conditions de travail optimales (6).

Les demandes des patients en dehors des consultations sont fréquentes. Soixante pourcent des patients interrogés dans une étude de 2015, déclarent appeler leur médecin traitant pour une autre raison qu'un rendez-vous (7). En moyenne, les

médecins reçoivent 5.3 demandes par jour en dehors des consultations avec un temps de gestion estimé entre 5 et 19 minutes par jour (8).

Les secrétaires ont un rôle de premier rempart et de filtre face aux demandes des patients. Elles permettent de protéger la relation médecin-malade (9). Elles font partie intégrante des soins primaires (10). L'évolution et la reconnaissance de leur métier peut permettre une libération du temps médical (11).

Peu d'auteurs se sont intéressés au point de vue des médecins généralistes face aux demandes des patients en dehors des consultations. Ce travail de thèse a donc consisté à évaluer le vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique face aux demandes des patients en dehors des consultations.

METHODE

La méthodologie a été écrite à partir de l'ouvrage de référence du GROUMF (GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone) (12) et de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (13).

1) Type d'étude

Il a été choisi pour cette étude une méthode qualitative avec une approche inspirée de la phénoménologie interprétative. Cette approche a permis d'explorer la manière dont les demandes des patients sont vécues par chaque médecin. Un travail de mise à distance et de conception de la question de recherche a été réalisé par l'investigateur dans son journal de bord (Annexe 1).

2) Population

Un échantillonnage raisonné homogène concernant l'expérience vécue a été constitué. Des médecins généralistes installés en Loire-Atlantique ont été recrutés par porte à porte et par « effet boule de neige » (*Snowball effect*). Ce recrutement a été réalisé à l'aide d'une fiche d'information (Annexe 2) de décembre 2021 à octobre 2022. Les coordonnées de l'investigateur principal étaient présentes sur une feuille annexe.

Les caractéristiques de l'échantillon ont varié avec le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice pour obtenir de la diversité tout en ayant en commun le phénomène vécu. Celui-ci correspondait aux demandes des patients en dehors des consultations.

3) Recueil des données

Les données ont été recueillies par des entretiens individuels ouverts conformément à l'approche interprétative phénoménologique. Il n'y avait pas de guide d'entretien pour faciliter l'échange et l'expression des émotions. Les entretiens ont été menés dans un lieu choisi par chaque participant. Sept ont été effectués au cabinet sur un temps dédié et trois à domicile sur un jour de repos.

Les participants donnaient leur accord oral et écrit pour que l'entretien soit enregistré à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés à l'aide du logiciel Microsoft Word.

Une première question « brise-glace » pour mettre en confiance le participant était posée : « Pour commencer, pouvez-vous me raconter votre parcours de vie, à partir du moment que vous souhaitez » ou bien « Pourriez-vous me raconter, me parler de vos dernières demandes de patients en dehors des consultations ? »

Des questions fermées portant sur les caractéristiques socio-démographiques des participants ont été recueillies en fin d'entretien (Tableau 1 : Caractéristiques des participants).

Le recueil a été considéré comme terminé après dix entretiens. La suffisance des données a été assumée par l'investigateur principal et le Directeur de thèse.

4) Analyse des données

L'investigateur principal de l'étude était Thomas Perdereau (TP), médecin généraliste. Le chercheur secondaire pour l'analyse des données était Laura Bizzoto (LB), pharmacien d'officine. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats des deux chercheurs (TP et LB). Le Directeur de thèse a participé à l'analyse et confrontation d'un entretien. L'étiquetage initial des *verbatim* a été conduit de manière séparée sur le logiciel Word. L'analyse était indépendante pour chaque entretien et centrée sur le vécu des participants. Des thèmes superordonnés ont été issus de l'étiquetage et de la confrontation des résultats entre les chercheurs permettant la proposition d'un modèle explicatif. Cette analyse a été réalisée manuellement en intégralité avec l'aide des logiciels Word et Powerpoint.

5) Aspect éthique et réglementaire

Le projet de recherche n'impliquait pas les personnes humaines. Il était hors champs de Loi Jardé et l'avis du comité de protection des personnes n'était pas nécessaire. La déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée sous la référence CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) : **2228713**.

Une information loyale et complète a été délivrée aux participants. Le consentement libre, éclairé et sans contrainte des participants a été recueilli (Annexe 3). L'anonymisation des données a été réalisée par le remplacement du nom des participants par des codes (MG1, MG2...) et par le retrait des lieux dans les entretiens retranscrits. Certaines données trop précises ont été retirées.

RESULTATS

1) Description de la population étudiée

Dix médecins généralistes (MG) ont participé à la recherche. La durée des entretiens était en moyenne de 50 minutes. L'entretien le plus court était de 25 minutes et le plus long de 75 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Médecin généraliste	Age	Sexe	Pratique	MSU (interne)	Milieu*	Secrétariat	Patientèle
MG 1	41 ans	Homme	MSP	Oui	Semi-rural	Physique	1400
MG 2	60 ans	Femme	Seule	Non	Urbain	Téléphonique	1576
MG 3	33 ans	Homme	MSP	Non	Urbain	Physique	900
MG 4	41 ans	Homme	MSP	Non	Rural	Mixte	986
MG 5	50 ans	Femme	Seule	Non	Urbain	Téléphonique	700
MG 6	57 ans	Homme	Groupe	Non	Semi-rural	Téléphonique	1450
MG 7	38 ans	Femme	MSP	Oui	Urbain	Physique	1030
MG 8	42 ans	Femme	Groupe	Non	Urbain	Mixte	900
MG 9	58 ans	Femme	Groupe	Oui	Urbain	Physique	1522
MG 10	57 ans	Femme	Seule	Oui	Rural	Téléphonique	1050

MSU : Maitre de Stage des Universités. MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

* Le milieu est le mode d'exercice déclaré par chaque médecin

2) Analyse des résultats :

Chaque entretien a été analysé de façon indépendante et retranscrit sous forme de schéma. Il a été identifié au sein de ces schémas différents thèmes superordonnés et sous thèmes (Annexe 4). Pour plus de clarté et de synthèse, la description de l'analyse a été regroupée en sélectionnant les thèmes importants. Les différents thèmes du verbatim sont les suivants :

- ✓ **UNE FRAGILITE SOURCE D'ÉPUISEMENT**
 - Faire face à l'imprévu, être envahi, stressé
 - Être épuisé par la quantité et le type de demandes, être dévalorisé
 - Un besoin de reconnaissance, être redevable, avoir peur de la faute
 - Un état de fatigue fluctuant

- ✓ **L'ORGANISATION : UNE PROTECTION FACE AUX DEMANDES**
 - Anticiper
 - Transmettre ses attentes au secrétariat.
 - Apprendre à dire non et à faire patienter, peur du jugement
 - S'adapter aux patients, être souple
 - Transmettre ses attentes aux patients, se remettre en question
 - Se faire aider, trouver des solutions

- ✓ **EVOLUTION A TRAVERS L'EXPERIENCE**
 - Être transformé par l'expérience
 - S'adapter à l'évolution de la profession
 - Subir l'évolution numérique
 - Avoir peur de l'avenir

UNE FRAGILITE SOURCE D'EPUISEMENT

Les médecins généralistes font face à l'imprévu des demandes avec le risque d'être envahi. Ils sont occupés par les consultations médicales toute la journée. Ils doivent gérer les imprévus avec les patients présents lors des consultations médicales. Ils doivent aussi gérer l'imprévu lié aux demandes des patients en dehors des consultations. C'est **source de stress et d'agacement.**

« J'assimilerai ça à du dérangement où l'on est à faire autre chose et puis on ne sait pas la quantité de chose qu'on devrait avoir. Ces demandes s'accumulent au fil de la journée. Soit j'ouvre cette boîte dès le matin, soit le midi et si la journée est vraiment dure, j'ouvre après 18h, il peut y en avoir beaucoup. Des fois je le fais alors que je n'ai pas envie, car sinon ça me prend plus de temps » (MG10).

« Il faut reconnaître qu'on n'est pas tout lisse non plus, le contexte, le nombre de consultation et les consultations difficiles pèsent dans la balance » (MG2).

« Ça grignote et ça pollue la vie » (MG9).

« C'est un peu agaçant comme c'est imprévu » (MG5).

« Je ne le vis pas très bien, j'apprécierai que les journées soient un peu plus linéaires. Je le vis comme du parasitage permanent, avec toutes ces demandes qu'on essaye de traiter comme on peut, ou moment où l'on peut. On se trouve avec un temps de travail à rallonge » (MG7).

Les médecins généralistes sont épuisés par la quantité de demandes. Il est plus facile pour les médecins de répondre aux demandes si elles sont peu nombreuses. Plus il y a des demandes, plus les médecins décrivent une **souffrance**.

« C'est notre quotidien ! C'est vrai que passer une heure à tout traiter [...] le soir à la fin des consultations, c'est pesant. On a l'impression de passer notre temps au téléphone à faire des papiers » (MG1).

« C'est vrai que c'est un peu énervant, même stressant [...] il y en a marre, il faut prendre rendez-vous, voilà ! » (MG2).

« Les demandes sont épuisantes, ça nous grignote chaque jour. Les patients ne comprennent pas que le problème, c'est le nombre de demande » (MG9).

« On fait tout ça quand on peut, entre deux consultations ou le midi lorsqu'on devrait manger plutôt que de faire des ordonnances. Ou encore le soir à 20h quand on a envie de rentrer chez soi. Quand on en a 10 j'avoue que c'est un peu décourageant » (MG7).

« D'un premier coup d'œil, je regarde le nombre de demandes et si j'en ai plus que 3 ou 4, c'est une microseconde d'agacement alors que c'est souvent pas grand-chose » (MG3).

« Ce n'est pas une tâche qui me pèse pour moi sauf si il y a un grand nombre de demandes » (MG6).

« Ça peut aller jusqu'à l'agacement quand on a un nombre important » (MG10)

Ils sont épuisés par le type de demande. La dégradation de l'accès aux soins de second recours entraîne des demandes chronophages. Par exemple, la prise de rendez-vous à la place du patient. Les demandes administratives ne cessent d'augmenter avec des certificats qui pourraient être évités. **Les médecins généralistes sont dévalorisés.** Il y a un manque de considération de leur travail.

« Mon vécu est désagréable notamment avec l'accès au second recours. On peut avoir des demandes pour prendre rendez-vous à la place du patient. Ça retombe sur le médecin généraliste. Mon temps est précieux » (MG6).

« J'ai des demandes aussi où le patient veut que j'appelle le spécialiste pour prendre le rendez-vous. Ça ce sont des messages agaçants. Il faut mettre des limites mais c'est le patient aussi qui a une perte de chance parfois » (MG10).

« Il y a aussi beaucoup de paperasse administrative qui pourrait à mon sens être réduite. Les appels pour prolongation enfant malade par exemple » (MG3).

« Je ne veux pas que la médecine générale devienne une plate-forme de gestion pour faciliter le travail des autres. Que nous allons gérer « la merde », l'administratif pour qu'ils puissent travailler confortablement » (MG6).

« J'ai l'impression d'être un garde papier, c'est de l'administratif » (MG1).

« Parfois j'ai l'impression qu'on est bon qu'à ça [...] Il mettrait une pièce de 1 euro et ils auraient leur ordonnance, comme un distributeur » (MG2).

« Ce n'est pas mon but de faire de la distribution d'ordonnance » (MG3).

« Ce qui est monté en parallèle, c'est l'exigence des gens. On devient un service d'ordre, ou l'on exécute ce que les gens demandent. On n'est pas des distributeurs d'ordonnance ! » (MG10).

Un besoin de reconnaissance se fait donc ressentir chez les médecins. Ils s'inquiètent d'une perte de respect de leur métier avec le temps et selon les personnes. Ils travaillent **dans l'ombre** pour gérer les demandes des patients. Ce travail est chronophage, énergivore et considéré comme gratuit par les médecins.

« Chaque demande me prend du temps, car ça me fait ouvrir le dossier pour savoir si la demande est justifiée » (MG5).

« C'est un temps important, non négligeable dans notre quotidien. C'est un temps non connu qui n'est pas matérialisable. Quand on n'est pas dedans on ne se rend pas compte de ce temps » (MG7).

« C'est du temps gratuit d'ailleurs, c'est aussi pour ça que je veux absolument limiter ces demandes parce que si c'est pour passer une heure le matin et une heure le soir pour faire des ordonnances gratuites, ce n'est pas la peine » (MG3).

« C'est toujours énervant, on a déjà l'impression de travailler beaucoup. C'est souvent une tâche ingrate. C'est une des contraintes à l'installation » (MG4).

« La génération « click », c'est-à-dire les jeunes il y a une perte de respect. Les gens âgés il y a encore un respect de la profession où ils ne te demandent pas tout et n'importe quoi. Mais il y a des choses qu'ils se permettent que les personnes âgées ne se permettraient pas. Les gens plus âgés ils disent qu'ils dérangent car le docteur est très occupé » (MG8).

Malgré ce manque de reconnaissance, **les médecins généralistes se sentent redevables**. Ils essayent de respecter leur code de déontologie en sachant qu'ils sont responsables de ces actes hors consultations. **Ils ont peur de la faute**. Les médecins se protègent sur le plan légal et juridique.

« On est rémunéré indirectement avec le forfait médecin traitant qui est versé tous les ans [...] c'est peut-être pour répondre aux demandes que ce forfait a été créé, enfin je n'ai pas été voir l'historique [...] On nous demande de prendre une responsabilité quand on fait ces actes-là. Il faut tout écrire pour le côté médico-légal » (MG1).

« C'est de mon devoir de rappeler pour dire ce que je sais, ce que j'en pense et pour voir ce qu'il faut faire ensuite en programmant une consultation » (MG7).

« On s'engage si on fait une ordonnance, et si je fais une faute ? [...] A partir du vendredi soir, je ne regarde plus ma boîte mail pro. Je trouve ça intrusif. Je ne donne pas non plus mon numéro de téléphone. Quelle est ma responsabilité si je ne réponds pas ? Il n'y a pas vraiment de jurisprudence là-dessus. Pour moi, c'est source d'angoisse » (MG2).

« Donner une réponse à un patient sans l'examiner et sans avoir discuté, il y a toujours un risque de passer à côté de quelque chose. Toute prescription n'est pas anodine » (MG3).

L'état de fatigue est fluctuant selon les journées. Si la journée est « difficile » ou si la journée est « facile » le ressenti sur les demandes va être différent. Plus les demandes des patients sont visualisées tard dans la journée, plus la fatigue

accumulée détériore le vécu. Plus les consultations sont complexes, plus les demandes en dehors des consultations vont augmenter. C'est un cercle vicieux. Les médecins ont besoin de réflexion pour répondre aux demandes.

« En fonction de ma fatigue et de mon énergie, je fais ce que je peux dans la journée ou je reporte à plus tard. Je regarde le soir en faisant ma comptabilité et je laisse la réponse au secrétariat ou j'appelle le patient » (MG3).

« C'est du travail en plus ! Une demande implique d'autre chose. De comprendre pourquoi la personne fait la demande, d'ouvrir le dossier, de ne pas comprendre la demande, de devoir rappeler le patient pour comprendre. Donc, juste une petite demande, derrière ça implique beaucoup de réflexion et potentiellement de travail » (MG7).

« Je comprends que dans l'esprit des gens, ça prend deux secondes mais c'est difficile de savoir et ça dépend dans quel état on est » (MG9).

« Ça dépend des jours, ça dépend du patient et ça dépend de mon état nerveux et émotionnel après ma journée. Si je regarde après une journée où j'en ai bavé, je vais très mal recevoir les messages du soir. Si c'est une journée plutôt tranquille où je n'ai pas fini trop tard ou je n'ai pas été épuisée nerveusement, je vais être un peu plus coulante sur certaines demandes » (MG8).

« Plus d'activités est égale à plus de risques d'oublis voire d'erreurs. Il y a aussi les consultations à plusieurs motifs qui deviennent de plus en plus compliquées. On a cette pression de ne pas oublier des trucs, pour ne pas se faire embêter derrière avec ces demandes d'après consultation » (MG10).

« Ça dépend de mon état à moi, aujourd'hui vous me voyez plutôt zen, je sors de 5 jours de vacances » (MG6).

Pour contrebalancer ce vécu négatif, les médecins généralistes s'organisent pour se protéger et améliorer leur vécu face aux demandes.

L'ORGANISATION : UNE PROTECTION FACE AUX DEMANDES

S'organiser permet de se mettre dans de bonnes conditions face aux demandes des patients. **Anticiper** les demandes en aménageant du temps sur le planning et en respectant les horaires aide à mieux les appréhender.

« Je me garde deux pauses matin et après-midi, j'en profite et je ne me retrouve pas à 20h à gérer les demandes. Je vois maximum 23 patients par jour, l'avantage c'est que j'ai plus de temps pour répondre aux demandes » (MG4).

« J'essaie d'éviter d'attendre le soir pour tout lire » (MG10).

Il est difficile de toujours anticiper les demandes qui sont variables en nombre selon les journées de la semaine. Les demandes de consultations étant très nombreuses « aussi », les médecins chargent leurs plannings. **Moins il y a de créneaux de consultations, plus les demandes hors consultations augmentent.**

« Le vendredi après-midi je reprends à 15h donc j'ai parfois 45 minutes à 1h ou je suis tranquille pour répondre aux différents messages des secrétaires. Malheureusement entre les consultations et les visites, il est difficile de faire ça chaque jour. C'est là, où il faut des personnes en plus » (MG10).

Comme attendu, le **rôle du secrétariat** est important dans la gestion des demandes des patients hors consultation. Le secrétariat peut être physique et/ou téléphonique. **Transmettre ses attentes et consignes aux secrétaires** permet d'éviter les demandes inattendues.

« On a essayé de donner des consignes aux secrétaires [...]. On a réussi à briefer les secrétaires, ce ne sont pas des demandes aberrantes » (MG1).

« Les secrétaires ne me laissent jamais de mots pour des demandes complètement aberrantes. Elles doivent répondre directement au patient avec les consignes qu'elles ont reçues » (MG3).

Les secrétaires protègent les médecins. Le secrétariat est une barrière qui filtre les messages. Les médecins ont une estime importante de leurs secrétaires. Au-delà de filtrer les messages, les secrétaires transmettent les réponses des médecins aux patients. Il est plus aisé pour les médecins de **dire non indirectement par le secrétariat**. Les réponses par les secrétaires évitent des demandes supplémentaires et des pseudo-consultations téléphoniques imprévues. Le soir, les médecins souhaitent rentrer chez eux, fatigués de leur journée. Ils ont une vie personnelle. Ils ont peur de perdre le contrôle.

« J'ai la secrétaire qui prend tous les messages et qui filtre. Et comme elle est super efficace notre secrétaire et bah elle fait une partie des réponses toute seule. C'est une libération, notre quantité de demande a largement diminué depuis son arrivée [...] C'est toujours compliqué de dire non. C'est vachement plus facile de refuser avec la secrétaire, je me cache derrière pour plein de truc » (MG4).

« Les secrétaires font barrière [...] Elles font un boulot remarquable » (MG7).

« Je suis contente d'avoir cette barrière de la secrétaire [...]. Ça me permet d'avoir un temps de réflexion vis-à-vis de la demande. Souvent je fais répondre par la secrétaire. Parce qu'autrement, il en profite au téléphone pour te parler d'autre chose, et moi j'ai du mal à dire non » (MG2).

« Je réponds facilement Non grâce aux secrétaires à distance. Cet intermédiaire est facilitateur. Ce serait plus dur de dire non si on avait directement les patients au téléphone » (MG5).

« En général, quand ils ont besoin de venir, c'est la secrétaire qui rappelle. Quand c'est nous qui rappelons, ça peut durer 20 minutes, c'est presque une consultation téléphonique, avec la secrétaire la discussion coupe plus rapidement. Je leur dit aussi il est 20h30, j'ai une fille de 4 ans, je vais rentrer chez moi aussi donc on va arrêter la conversation. Les personnes sont très égocentrées » (MG8).

Le vécu est différent selon le type de secrétariat. Le secrétariat physique a l'avantage d'être sur place, de connaître les patients et d'avoir des fonctions élargies (accès au dossier). A contrario, le secrétariat téléphonique effectue un moins bon filtre des messages par méconnaissance des patients et par une restriction des accès. Le principal avantage du secrétariat téléphonique est de ne pas avoir à être employeur. C'est important pour les médecins dans le choix du secrétariat.

« Ce qui fait vraiment la différence, c'est le secrétariat physique à l'accueil, pour gérer les demandes des personnes qui se présentent au cabinet sans appeler. Le secrétariat est important pour avoir le confort » (MG3).

« Je pense que le rôle du secrétariat est important. On a une secrétaire qui filtre bien. Sinon tu pêtes un câble. Le vécu est différent selon la secrétaire » (MG9).

« Quand j'avais une secrétaire physique, elle arrivait à faire tampon avec les demandes. Le filtre était mieux que le secrétariat téléphonique. Mais on a plus cette pression d'être employeur, c'est plus serein » (MG10).

« Les assistants médicaux, c'est bien mais je ne veux pas être employeur, c'est trop de contrainte et ce n'est pas mon métier. C'est pour ça que j'ai un secrétariat téléphonique » (MG6).

« Moi j'ai la secrétaire à distance, la secrétaire retranscrit alors parfois ce n'est pas totalement bien retranscrit » (MG2).

« On voit bien la différence quand on met la plateforme téléphonique, il y a beaucoup plus de messages non justifiés. Notre secrétaire physique est là depuis 7 ans donc elle connaît les gens, elle sait aussi qui va avoir des demandes justifiées » (MG8).

Apprendre à dire non et à faire patienter les patients pour éviter d'être envahi.

Cet exercice est difficile pour les médecins. En plus du secrétariat, l'expérience aide.

Les médecins culpabilisent et ont **peur du jugement**.

« Je refuse souvent des ordonnances, ils apprennent petit à petit que c'est non [...] Je dis souvent non et demande de prendre rendez-vous » (MG5).

« Heureusement que j'ai un secrétariat, parce que je pourrais jamais dire non. C'est mon caractère je veux dire. Evidemment en vieillissant, on dit plus non » (MG2).

« C'est comme les gens qui me laissent des papiers. Alors ça non, on va le remplir ensemble car ça me fait chier donc ça va vous faire chier aussi ! Il faut vraiment savoir dire non, c'est primordial » (MG9).

« En général, ça m'arrive de faire poirotter un peu » (MG8).

« L'inconvénient de répondre rapidement au patient, c'est qu'il prend l'habitude et demande toujours plus [...] tu as une impression de culpabilité » (MG4).

« J'essaye de ne pas ouvrir les mails pour que le patient rumine un peu sur ce mode de fonctionnement » (MG6).

« Le fait de bien connaître ses patients, il y a une relation plus intime avec eux qui fait que répondre à la demande, il y a une forme de gentillesse à vouloir le faire et ne pas le faire. Ça me met un peu dans la posture de comment me juge-t-il ? Je n'ai pas envie de prendre des mauvaises habitudes pour plus tard » (MG3).

Les médecins généralistes **s'adaptent à leurs patients** pour être en cohérence. La gestion des demandes est différente selon le patient. La subjectivité des médecins impacte sur la prise en charge de la demande. Ils sont **souples** et éduquent au mieux leurs patients. Ils **dépassent leurs limites** en faisant des concessions.

« J'ai l'impression d'agir différemment en fonction de qui me demande. Le patient qui a jamais trop demandé de truc, qui est sympa et qui gère sa santé bah tu as moins cette impression d'énerverment et dire oh encore. Que celui qui de toute façon, ne vient jamais, est toujours en retard et puis au passage, j'ai plus de traitement vous pouvez me dépanner ? [...] Les patients prennent vite l'habitude, on dit souvent que la patientèle ressemble à son médecin » (MG4).

« Ça dépend toujours du patient, du type de patient et de notre vécu avec celui-ci ». (MG6).

« Il y a des gens parce que tu les connais bien, parce que tu les aimes bien, tu acquiesces. On n'est pas très objectif toujours dans la façon dont on traite les messages » (MG8).

« J'échange souvent par mail avec les personnes les plus jeunes qui manipulent l'informatique » (MG4).

« Il faut faire de l'éducation, mais ne pas être trop rigide, il faut trouver le juste milieu et se mettre à leur place. A trop avoir de demande, on en devient un peu trop dur alors qu'il faut garder de la souplesse » (MG7).

« Il y a des cas particuliers, il y en a j'accède à leur demande car je vais gagner du temps par rapport à une consultation et c'est convenu ensemble » (MG6).

« Parfois il y a aussi des certificats MDPH. On essaye de refuser mais on voit que le planning est plein, il m'arrive de les remplir alors que je n'ai pas vu le patient » (MG7).

Les médecins généralistes **transmettent leurs propres attentes et propres règles aux patients**. Plus l'habitude est ancrée entre le médecin et le patient, plus le changement est difficile. Ils doivent **se remettre en question** pour comprendre l'origine des différentes demandes.

« Je commence à être un vieux médecin, donc j'ai formaté les patients » (MG6).

« On a mis un mot en salle d'attente pour dire qu'on allait pas rappeler après chaque résultat » (MG8).

« J'ai réussi à les dresser un peu pour remplir les dossiers MDPH ou maison de retraite, ils viennent en consultation » (MG10).

« Une fois que c'est installé, ancré, pour moi et pour le patient, c'est très dur de changer » (MG7).

« On a un peu ce qu'on mérite, si on en a beaucoup, ce n'est pas forcément à cause du patient ou du secrétariat. C'est aussi soi-même se remettre en cause » (MG3).

Les médecins généralistes se font aider par l'expérience des pairs (en ligne et en maison de santé) et envisagent d'autres professionnels pour satisfaire les demandes des patients et se libérer du temps. Ils trouvent des solutions comme la téléconsultation pour répondre aux demandes dans un cadre.

« Ce qui m'a aidé, c'est le partage d'expérience par exemple sur Facebook. Quand je vois comment galère certains. Dès le départ j'ai posé mes conditions » (MG3).

« Je pense que l'exercice en MSP est un exercice intéressant parce qu'on a tous la tête dans le guidon et ça permet de lever un peu le nez de tes consultations, de prendre un peu de distance sur tes patients » (MG8).

« L'histoire des assistants médicaux pour gérer certaines transmissions, si on en avait, il pourrait peut-être s'en occuper. C'est une autre solution » (MG1).

« On va travailler avec des paramédicaux pour gérer tout ça. Je suis très ouverte aux infirmiers en pratique avancée (IPA) pour ne pas s'épuiser. Il faut partager le travail avec d'autres professionnels de santé » (MG10).

« On a même envie de transformer notre secrétaire en assistante médicale » (MG4).

« J'ai évoqué de mettre des créneaux de téléconsultation [...] pour que les secrétaires aient une autre réponse à apporter au patient » (MG1).

« Ce que je peux faire en téléconsultation, je le fais [...] je demande à la secrétaire de rappeler le patient pour programmer soit une consultation, soit une téléconsultation avec le patient » (MG3).

« Moi j'essaye de mettre en place des téléconsultations lors des rendus de résultats, ou lorsque les gens s'inquiètent de leur analyse pour qu'on puisse en discuter. Ce n'est pas toujours simple. » (MG7).

Les médecins **se posent des limites et se diversifient** pour protéger leur vie personnelle et professionnelle. Ces **limites peuvent être dépassées**, les médecins se transcendent pour les patients. Ils cherchent à trouver le bon équilibre entre le professionnel et le personnel.

« Je n'ai pas accès à mon logiciel de chez moi, je ne peux travailler qu'au cabinet. Le risque c'est de déborder et de passer de plus en plus de temps même à la maison. On a un métier, ou il n'y a pas d'avance, quand il n'y a plus de demandes, il y en a encore » (MG3).

« J'ai pas envie maintenant, j'ai 42 ans, de m'épuiser sur des trucs injustifiés. Les gens ont de la chance d'avoir un médecin traitant donc ma façon de faire ça leur convient et on travaille ensemble, ou ça ne leur convient pas et ils vont voir ailleurs s'ils trouvent mieux. On arrive à ça à cause du stress, fatigue inutile pour des choses comme ça. On relativise » (MG8).

« Il ne faut pas se laisser déborder, j'ai déjà été pas loin du burn-out il y a quelques années, je connais mes limites » (MG10).

« J'ai plusieurs casquettes qui permettent de me nourrir [...] ça permet de se poser des questions sur soi, sa pratique. Mon truc, c'est le soin ou la pédagogie. Faire bouger les lignes » (MG6).

« Je travaille sur mes jours de congés. C'est un temps de réflexion qu'on n'a pas en consultation. Après je ne suis pas dans la pression des consultations. J'ai le temps » (MG8).

« On s'adapte, on change son organisation. Là par exemple, je suis au cabinet aujourd'hui pour rattraper la semaine de vacances avant de reprendre. Ça va être l'horreur lundi si je ne fais pas tout ça. Le seul moyen de travailler moins c'est de ne pas venir au cabinet » (MG6).

EVOLUTION A TRAVERS L'EXPERIENCE

L'expérience permet aux médecins de **s'affirmer** et de **mieux connaître** leurs patients. Elle est propre à chacun. **L'expérience transforme** les médecins. Mieux connaître les patients expose les médecins à un sentiment de culpabilité et paradoxalement à une difficulté à dire non.

« J'ai l'impression d'avoir réussi à beaucoup plus m'affirmer actuellement même si ce n'est pas facile » (MG3).

« Peut-être que je prends trop à cœur, mais c'est ma personnalité. Je m'organise mieux avec l'âge car je me connais mieux » (MG2).

« Le temps aide à m'affirmer par contre ça a un effet pervers aussi sur le fait que je connais mieux mes patients et c'est plus facile de se laisser tenter [...] Avec une sensation de culpabilité, je vais être mal à l'aise si je dis non. J'essaye quand même de rester ferme » (MG3).

Les médecins constatent et s'adaptent à **l'évolution de leur profession**. Plus on avance dans le temps, plus les consultations sont nombreuses et complexes, plus la pression augmente et plus les demandes augmentent.

« On est beaucoup plus occupé qu'il y a 10 ans. On a beaucoup plus de travail en termes de consultation. On a des agendas plus chargés et c'est plus compliqué pour caser tous les patients » (MG7).

« En 25 ans, la population a changé, la société a changé, petit à petit les consultations se sont remplies. Il y a 10 – 15 ans, il y avait encore des moments de rendez-vous non pris. Ce qui fait que ça laissait un peu de temps dans la journée pour faire des ordonnances, des trucs en plus [...] On était dans l'attente et on était ouvert à ces demandes sans difficultés parce qu'on avait le temps. Mais les types de demandes ont évolué » (MG10).

« C'était pas du tout la même époque lors de mes remplacements, il n'y avait pas ce genre de demande il y a 30 ans. C'est évident pour moi, ça a évolué » (MG2).

« J'ai remplacé pendant 10 ans en campagne, j'ai connu l'arrivée de l'informatique et même du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA). Il y avait trop de médecins avant. Les médecins se bouffaient entre eux [...] On ne se rend pas compte de la chance qu'on a de pouvoir dire merde aux gens. Quand il y avait trop de médecins avant le MICA, on ne pouvait pas » (MG9).

Les médecins généralistes **subissent l'évolution du numérique**. Ils sont inquiets. Cette évolution numérique s'est précipitée depuis la pandémie Covid19 et le développement de la téléconsultation. Les habitudes des médecins généralistes ont été bouleversées. Ils constatent une dégradation des soins et une augmentation des demandes depuis la pandémie.

« C'est d'ailleurs quelque chose que je vois mal venir l'e-santé et mon espace santé. Le médecin n'a pas que ça à foutre de répondre aux mails de ses patients et donner son avis. Je ne pense pas que ça soit quelque chose de porteur pour les médecins, c'est peut être très bien pour les patients. C'est une évolution consumériste [...] Je pense qu'on ne change pas les comportements des gens en discutant par l'intermédiaire d'un ordinateur ou téléphone [...] Les gens vont peut-être croire que c'est normal de demander des choses à son médecin si l'espace santé se popularise. A chaque fois que l'on fait une avancée dans la médecine, on fait porter la charge au médecin généraliste » (MG6).

« Je ne pense pas que les demandes ont augmentées avec la pandémie Covid19, juste changement des moyens (via le mail et l'informatique en général) » (MG7).

« Un truc qui est apparu malheureusement avec le covid, c'est la communication par mail avec les patients. Si c'était à refaire, je ne referais pas [...] J'ai de plus en plus de demandes. C'est l'effet Covid pour moi. C'est parce qu'on a géré des choses à distance » (MG6).

« Je pense que c'est la génération actuelle, c'est click and collect, amazon prime. On a besoin d'un truc et en 24h j'ai ce qu'il te faut. Le Covid, les confinements et les téléconsultations, ça a fait que les gens sont devenus impatients et les demandes sans se déplacer ont explosées [...] ça explique pourquoi je ne fais plus de téléconsultation. J'ai détesté cet exercice et je trouve que c'est une porte ouverte à beaucoup de déviance » (MG8).

« Ça augmente avec le Covid [...], les gens ont pris l'habitude de nous appeler plus et correspondre de manière numérique avec nous. Ça a enlevé certaines barrières qu'on s'était forcé de mettre » (MG1).

« Il y a des patients qui se sont habitués à la période de Covid, à ce mode de fonctionnement dégradé » (MG2).

Les médecins généralistes **ont peur de l'avenir de leur métier**. Il existe des difficultés à se projeter avec l'évolution sociétale.

« J'ai du mal à voir comment le fonctionnement de la médecine générale dans son ensemble va évoluer. Avec l'apparition de tous les outils numériques, on est sur une demande du public de communiquer avec les médecins avec la problématique de la désertification médicale. J'ai du mal à me projeter sur un avenir lointain. Est-ce que dans 20ans, on sera des coordinateurs avec une délégation des tâches vers les assistants et IPA ? On ne fera que de la médecine d'urgence ou de la gestion de crise ? » (MG3).

DISCUSSION

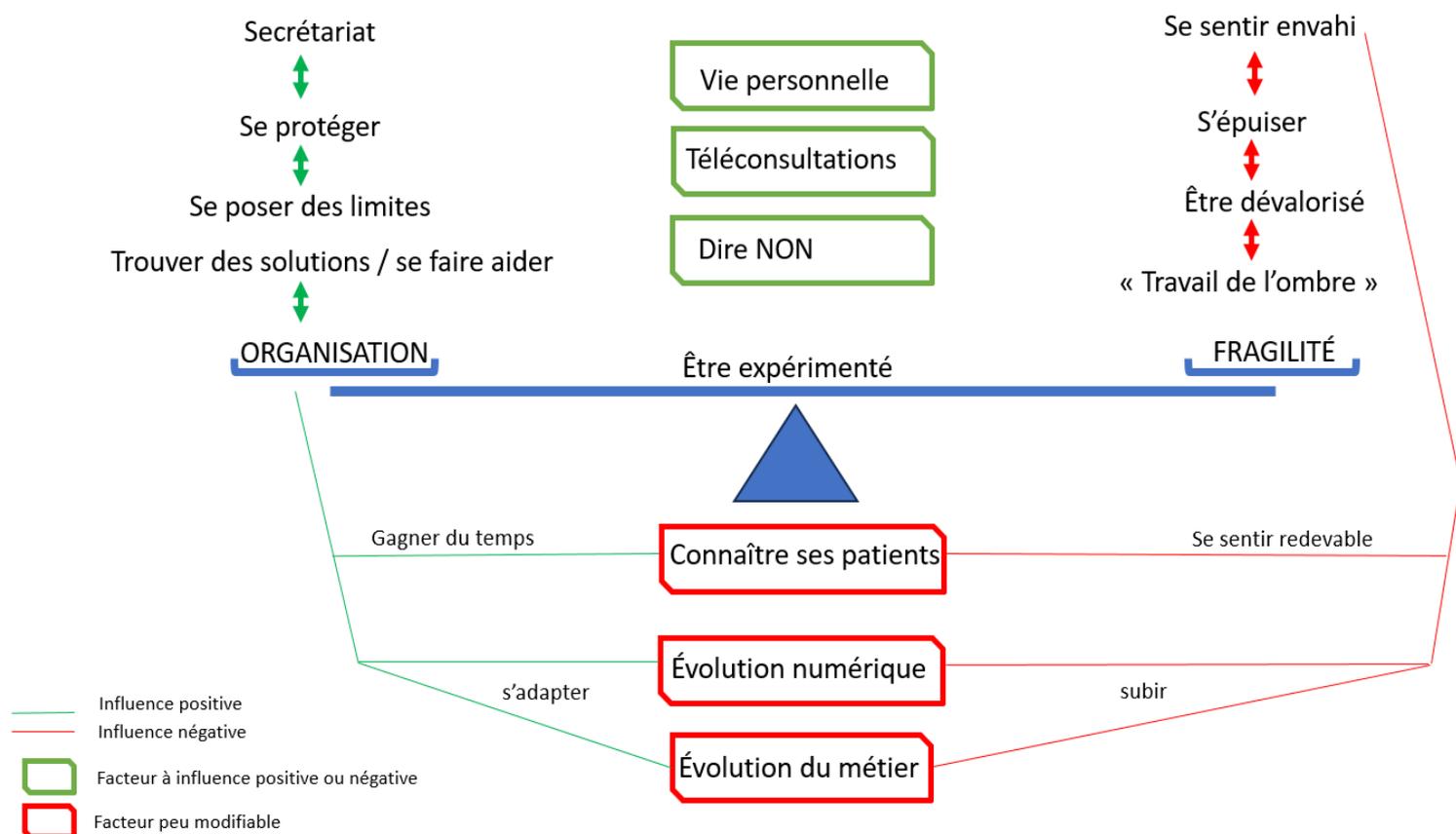
1) Résultat principal

Cette étude a donné la parole aux médecins généralistes et a permis de mieux comprendre leur vécu face aux demandes des patients en dehors des consultations. Un schéma, sous forme de balance, propose un modèle explicatif (Figure 1 : Modèle explicatif).

Les médecins généralistes sont confrontés à une diversité et à une augmentation des demandes en dehors des consultations, source de stress et d'épuisement. Ils sont dévalorisés par ce travail de l'ombre. Ils fixent des règles et trouvent des alternatives pour améliorer leur vécu avec l'aide du secrétariat, des pairs et de leur expérience. L'apprentissage du dire non est essentiel pour contrôler les demandes des patients ainsi que l'éducation des patients pour pouvoir pérenniser les règles fixées. La connaissance de leurs patients leur permet de mieux s'organiser et gagner du temps. En contrepartie, cette connaissance des patients entraîne des difficultés à dire non parce que les médecins généralistes se sentent redevables. L'évolution numérique, précipitée par la pandémie Covid19, avec la téléconsultation et l'apport des nouvelles technologies de communication est difficile à concevoir pour les médecins. Les médecins généralistes ont du mal à se projeter dans l'avenir de leur métier avec la peur d'être envahi et de compromettre leur bien-être et équilibre de vie.

Figure 1 : Modèle explicatif

VECU DES MG FACE A LA DEMANDE DES PATIENTS HORS CONSULTATIONS



2) Comparaison avec la littérature

Deux études quantitatives se sont intéressées aux caractéristiques des demandes en dehors des consultations ainsi qu'aux appels téléphoniques des patients. Les motifs principaux étaient la prescription de médicaments, les conseils médicaux et les demandes administratives. La formation au bon usage du téléphone en cabinet et la création de plages d'horaires libres sur le planning étaient recommandées. La question de la revalorisation financière pour les médecins était

controversée (7), (8). Notre étude qualitative est en cohérence avec ces études. L'organisation du cabinet avec des plages d'horaires libres sur le planning peut améliorer le vécu des MG.

Plusieurs études qualitatives ont exploré le rôle et le point de vue du secrétariat sur la gestion des demandes des patients en dehors des consultations. Le secrétariat physique a un rôle de barrière, de protection du MG vis-à-vis des demandes. Pour cela, il faut une relation de confiance entre le médecin et la secrétaire. Le secrétariat téléphonique, avec la distance, semble moins protecteur de la relation médecin - patient. Il est moins onéreux et a l'avantage d'être toujours disponible (9), (14). Il est à noter qu'en France, 84% des MG déclarent disposer d'un secrétariat médical (15). Notre étude retrouve l'importance du secrétariat dans l'organisation et la protection des médecins généralistes. Elle permet aussi de comprendre le choix des MG concernant le type de secrétariat. Le secrétariat physique apporte un confort avec des secrétaires aux tâches plus élargies. Les contraintes sont le coût et le fait d'être employeur. Le secrétariat téléphonique quant à lui a des fonctions limitées. Il garantit la présence du secrétariat quotidien malgré les arrêts maladies, c'est un point important pour les MG. Dans notre étude, ce sont les médecins les plus âgés qui se sont orientés vers le secrétariat téléphonique. L'expérience, plus ou moins bonne, influe donc le choix du secrétariat. Le secrétariat dans son ensemble est protecteur vis-à-vis des demandes des patients en dehors des consultations.

L'organisation du temps de travail des MG est importante pour gérer les demandes des patients en dehors des consultations. La thèse du Dr Mur-Bacquer décrit l'importance de la reconnaissance de l'activité globale du MG y compris du travail supplémentaire hors consultations. Ce travail n'est pas valorisé par le paiement

à l'acte. Les médecins renvoient donc une image négative (5). Le travail supplémentaire, notamment administratif, est un fardeau pour les MG (16), d'où l'importance d'être soutenu par le secrétariat et de s'ouvrir aux nouveaux métiers avec délégation de tâches. La délégation des tâches médico-administratives a été étudiée avec le point de vue des MG sur l'aide pouvant être apportée par le métier d'assistant médical. Cette délégation peut permettre aux MG de diminuer la charge liée aux demandes des patients en dehors des consultations (17). L'un des freins principaux est le fait d'être employeur (18). Une revue systématique de la littérature a étudié les dispositifs de coopération et délégation de tâche avec les infirmiers en pratique avancée (IPA) dans divers pays pour étudier leur reproductibilité en France. Il existe un effet positif sur l'accès, la qualité et l'organisation des soins primaires en général. Les IPA pourraient expérimenter différents modèles tels que le modèle complémentaire (IPA aide le MG) et le modèle substitutif (IPA remplace le MG pour certains patients ou certains motifs de consultations) avec l'aval du MG (19). Les obstacles à cette collaboration sont nombreux. Il faut une relation de confiance et un bénéfice de part et d'autre (20). En rapport avec notre étude, il pourrait y avoir une diminution des demandes des patients en dehors des consultations avec l'obtention de créneaux supplémentaires. Des partages de tâches entre MG et IPA pourraient diminuer le sentiment d'envahissement des médecins généralistes.

Le développement du numérique avec les échanges par mail sécurisé fait craindre aux médecins une augmentation de leur charge de travail. L'échange par mail sécurisé a été étudié dans une étude Californienne de 2017 et retrouve un poids supplémentaire pour les MG. Les MG devaient gérer de nombreux messages pour du conseil médical. Les auteurs suggèrent que les mails soient filtrés selon leur nature et traités par des interlocuteurs différents tels que des assistants médicaux, infirmiers,

pharmaciens puis médecins. L'extrapolation à la France est difficile car les médecins Californiens sont en majorité dans des centres de premier recours avec déjà différents professionnels en place (21). Une autre étude étatsunienne sur la messagerie sécurisée montre que 51 % des médecins en cabinet de groupe utilisent la messagerie sécurisée contre seulement 15,6 % en cabinet seul (22). Ces études permettent de se donner une idée de l'impact des échanges par mails sur les MG Français.

L'équilibre travail-vie personnelle est essentiel à maintenir. Les facteurs qui libèrent et améliorent la vie personnelle des médecins permettent d'éviter l'épuisement professionnel et l'abandon de la profession (23). Les MG ont un risque élevé de burn-out (24). Les demandes des patients en dehors des consultations peuvent empiéter sur le temps personnel des MG, affectant leur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Cela peut entraîner un épuisement et une détérioration de la qualité de vie. Dans notre étude, le fait de dire non, ressort comme facteur protecteur pour le médecin, encore faut-il y arriver. Ce savoir dire non a été étudié dans de nombreux travaux lors des demandes des patients **pendant** les consultations. Des thèmes similaires ressortent tels que le sentiment de culpabilité et la peur de décevoir le patient. Il existe un besoin de formation aux outils de communication pour apprendre à dire non. L'expérience étant insuffisante pour acquérir ce savoir. Au-delà de protéger le médecin, dire non permet d'éviter les actes médicaux inutiles et de maîtriser la consommation de soins (25), (26), (27). L'éducation de la patientèle aux pratiques des MG, l'organisation du cabinet et l'échange avec les pairs permettent de faire face aux demandes pendant les consultations (28), (29). Ces outils sont à utiliser lors des demandes des patients **en dehors** des consultations.

3) Forces et limites

Cette thèse était originale, peu d'auteurs se sont intéressés aux demandes des patients en dehors des consultations en explorant le vécu des MG. Elle a permis le temps d'un entretien, une réflexion des MG sur leurs pratiques ainsi que d'offrir des perspectives d'amélioration.

Le chercheur était naïf vis-à-vis de l'analyse qualitative. Il s'en est rendu compte après le premier entretien où les questions fermées étaient trop présentes. Il s'est alors formé aux entretiens ouverts ainsi qu'à l'entretien motivationnel pour contrebalancer son manque d'expérience (12), (30), (31). Le chercheur a fait le choix de ne pas réaliser de guide en favorisant l'entretien ouvert conformément à l'approche inspirée de la phénoménologie interprétative.

Concernant l'échantillonnage, il a été difficile d'entrer en contact direct avec les MG lors du recrutement. Trois participants sur dix étaient connus par le chercheur avant la recherche. Le chercheur s'est déplacé dans 15 cabinets de Loire-Atlantique. Il a essuyé plusieurs non-réponses des médecins. Les MG avaient été contactés soit directement à leur cabinet ou indirectement par courrier, message et secrétariat. Les raisons de refus n'ont pas été données sauf une fois, le manque de temps disponible. Cela va dans le sens de la surcharge de travail des MG. Raison pour laquelle, un grand nombre de participant a été recueilli par effet boule de neige. Il aurait été intéressant d'interroger des MG sans secrétariat ou avec un assistant médical pour obtenir leur vécu.

Concernant l'analyse, la triangulation des données a pu être réalisée avec l'aide du Directeur de thèse JM et de LB, épouse du chercheur principal. Ce choix a été fait

pour avoir un point de vue extérieur sur l'étiquetage des données. Il a été assumé par le chercheur.

4) Perspectives et ouverture

a) Conséquence pour la recherche

Il est possible d'approfondir l'étude de la balance entre les attentes des patients et les contraintes de la pratique médicale.

Il serait pertinent d'entreprendre une étude qualitative afin d'explorer l'expérience vécue par les patients lors de leurs demandes en dehors des consultations, afin de mieux comprendre leurs motivations et attentes. Cette démarche permettrait aux MG de mieux se mettre à la place des patients. À la fin de chaque entretien, il serait possible de transmettre aux patients les impressions et ressentis exprimés par les MG face à ces demandes. Cette réflexion soulève la question de la possibilité de créer un nouveau cadre favorisant le travail des MG face aux demandes des patients.

Recueillir le vécu des MG sans secrétariat ou avec un assistant médical, face aux demandes des patients en dehors des consultations, serait intéressant et pertinent.

D'autres études pourraient se pencher sur l'expérience vécue par les professionnels de santé des différentes spécialités médicales (tant en libéral qu'en milieu hospitalier) face aux demandes des patients en dehors des consultations. Il serait intéressant d'explorer les spécificités rencontrées en pédiatrie et en gériatrie, où l'entourage des patients peut être demandeur. Comment les médecins vivent-ils ces

situations et comment s'organisent-ils ? Quelles sont les différences entre le milieu libéral et le milieu hospitalier à cet égard ? Est-ce que les patients hésitent à déranger les médecins d'autres spécialités médicales ? Est-il plus courant et plus facile de solliciter son médecin généraliste en raison de la proximité géographique ? Ou bien est-ce la disponibilité qui influence cette décision ?

b) Conséquence pour la pratique

Les résultats suggèrent des pistes pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes.

Le fait **d'avoir un secrétariat**, qu'il soit physique ou téléphonique, pour contrôler et filtrer les demandes des patients. A condition de transmettre ses attentes, d'avoir une bonne communication avec les secrétaires et de connaître les limites. **S'organiser des pauses** dans le planning avec du temps dédié pour gérer les imprévus et les demandes des patients. **Apprendre à dire non** et à faire patienter les patients. Se former aux outils communicationnels est un atout en médecine générale. **Se préoccuper de sa vie personnelle**, prendre des jours de repos et des vacances pour recharger les batteries et se sentir mieux. Prendre du recul sur les demandes lorsque l'on est fatigué. Trouver le bon équilibre entre vie personnelle et professionnelle. **Essayer de s'adapter à l'évolution sans la subir**. Appréhender la téléconsultation et les échanges par mail. **Participer à l'éducation des patients** en expliquant lorsque certaines demandes impliquent une consultation. **Se faire épauler** en échangeant avec les pairs. **S'ouvrir aux nouvelles professions** en expansion tels que les assistants médicaux et IPA pour se libérer du temps médical et être moins envahi par les demandes des patients en dehors des consultations.

c) Conséquence pour l'organisation des soins

Il est important pour les MG de trouver des solutions à court terme compte tenu de la pénurie médicale prévue jusqu'en 2035 (3). Elle va entraîner une augmentation des demandes de consultation alors que les MG sont déjà surchargés. Devant l'absence de rendez-vous disponibles, les demandes en dehors des consultations vont augmenter. Le développement des assistants médicaux fait partie des solutions à court terme. Les aides de l'assurance maladie encouragent les MG à utiliser ce dispositif. Il est nécessaire de trouver des solutions afin de lever les contraintes qui pèsent sur l'employeur. En 2022, 41% des MG estiment qu'avoir un assistant médical est utile pour répondre aux sollicitations des patients et un MG sur vingt travaille avec un assistant médical (32).

A l'ère du numérique, avec le lancement de « Mon espace santé » depuis le début de 2022, les patients jouent un rôle de plus en plus actif dans leur santé (33). L'utilisation de cet outil numérique par les MG est difficile en raison des contraintes de temps, de l'absence d'intégration automatique dans leur système informatique médical et des responsabilités qui en découlent (34). Bien que la messagerie sécurisée soit initiée par le MG, il est à prévoir qu'elle entraîne un afflux de demandes de la part des patients en dehors des consultations. Il est nécessaire d'étudier les limites de cet outil numérique afin d'éviter d'aggraver le sentiment d'être submergé des MG. Cet outil peut être utilisé comme support pour répondre aux demandes des patients en dehors des consultations, dans un cadre clairement défini.

d) Conséquence pour l'enseignement et la formation

Il est essentiel de continuer à former les internes aux compétences en communication. Pourquoi ne pas envisager la création d'un enseignement spécifique sur les tâches supplémentaires en médecine générale ? Cet enseignement pourrait aborder les demandes des patients en dehors des consultations, ainsi que la gestion des résultats de biologie, les demandes d'avis et le travail administratif. C'est une zone d'ombre avant le début des stages en cabinet et surtout avant les remplacements et l'installation en tant que médecin. Le fait de prendre conscience de ces aspects et de se poser des questions pendant la formation peut aider les jeunes médecins à mieux les appréhender. Chaque individu est unique et s'adapte différemment. Il est difficile de s'adapter si l'on manque de connaissances sur l'ensemble des activités d'un MG. Ce sujet est source de frustration lors des discussions entre collègues, il est donc important d'échanger avec des pairs afin de trouver sa propre organisation.

Un enseignement sur la pratique de la téléconsultation ainsi que sur l'évolution du numérique en médecine générale pourrait être envisagé pour gérer certains types de demandes.

Le développement des assistants médicaux et des IPA doit faire partie de la formation des médecins généralistes avec des exemples clairs et pratiques. L'émergence de ces métiers doit permettre d'épauler les médecins généralistes face aux demandes des patients. Encore faut-il les comprendre et les accepter.

CONCLUSION

Cette Thèse a permis d'explorer le vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la demande des patients en dehors des consultations. Ces demandes entraînent une surcharge de travail et une fatigue pour les MG.

Nos résultats suggèrent que disposer d'un secrétariat, organiser des pauses, apprendre à dire non, échanger avec des collègues et être épanoui dans sa vie personnelle sont des éléments clés pour améliorer le vécu des MG. L'objectif est de trouver un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Ce travail invisible et chronophage doit être connu des patients et valorisé par la société.

L'expérience des médecins est à double tranchant. Elle leur permet de mieux se connaître, de définir leurs limites et de s'adapter. Cependant, paradoxalement, elle représente un frein avec une peur du changement et de l'évolution numérique. Les médecins ressentent de la culpabilité lorsqu'ils connaissent bien leurs patients et ont du mal à dire non. Les MG doivent s'adapter aux demandes des patients avec l'avancée du numérique et la pénurie médicale à venir. Pour cela la reconnaissance, la formation à la communication et la valorisation de leur profession sont indispensables pour prévenir l'épuisement professionnel. Le développement des assistants médicaux en soutien peut faire partie des solutions à court terme à condition de réduire les contraintes dont le statut d'employeur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DRESS [Internet]. 7 mai 2019 [cité 24 nov 2022];(1113). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
2. Svedahl ER, Pape K, Toch-Marquardt M, Skarshaug LJ, Kaspersen SL, Bjørngaard JH, et al. Increasing workload in Norwegian general practice - a qualitative study. BMC Fam Pract. 21 mai 2019;20(1):68.
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021. (Les dossiers de la DRESS). Report No.: 76.
4. URPS médecins libéraux Ile-de-France. Étude sur les tâches cumulatives réalisées par le médecin généraliste pour les patients lors de la consultation mais sans rapport direct avec celle-ci. URPS médecins libéraux Ile-de-France [Internet]. 2012 [cité 24 nov 2022]; Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/etude/etude-taches-cumulatives-realisees-medecin-generaliste-patients-lors-de-consultation-rapport-direct-celle/>
5. Mur-Bacquer H, Perrault-Dulbecco E, Ingrand P, Silvain C, Ben-Brik E, Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations: organisation et représentation [Internet]. Poitiers, France; 2016 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6807dab2-cd81-48aa-ba62-a5f7ab94b75e>
6. Feng Me H. Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2016 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice/view/rennes1-ori-wf-1-7969?height=500&width=900>
7. Pedrosa J van B. L'appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste : point de vue des patients [Internet]. 2015 [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195905>
8. Guillouet C. Prévalence des demandes de patients non vus en face à face en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2019.
9. Lestapis-Auroux. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires [Internet] [Thèse de médecine]. Université Poitiers; 2018 [cité 30 juill 2021]. Disponible sur:

<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/eac2218a-5c14-40e3-bb86-8fd8854ac957>

10. Brant HD, Atherton H, Bikker A, Porqueddu T, Salisbury C, McKinstry B, et al. Receptionists' role in new approaches to consultations in primary care: a focused ethnographic study. *Br J Gen Pract.* juill 2018;68(672):e478-86.
11. Litchfield I, Gale N, Burrows M, Greenfield S. The future role of receptionists in primary care. *Br J Gen Pract.* nov 2017;67(664):523-4.
12. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
13. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev [Internet].* 2015 [cité 5 juin 2023];15(157). Disponible sur: <https://cyberleninka.org/article/n/1110366/viewer>
14. Fandre B. La prise en charge par les secrétaires médicaux des demandes formulées par les patients hors prise de rendez-vous [Internet] [Thèse de médecine]. Université Rouen; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01610912/document>
15. Bergeat M, Vergier N, Verger P. Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2022 oct. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-medecin-generaliste-sur-six-assure-lui-meme-son-secretariat-en>
16. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet] [Thèse d'exercice]. 2015 [cité 29 avr 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490528>
17. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 13 mai 2018;66(3):171-80.
18. Castioni J, Hagenbuch A, Tache J, Cappai M, Jovanovic M, Sartori C. Délégation des tâches médico-administratives: perspectives croisées entre médecins assistants et secrétaires. *Rev Med Suisse.* 22 nov 2017;584:2048-51.
19. Martin A. Infirmiers en Pratique Avancée: quel exercice coordonné avec les médecins généralistes?: revue de littérature systématique des dispositifs de coopération entre infirmiers en pratique avancée et médecins généralistes à l'international en soins primaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
20. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse

substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [cité 8 juin 2023];(4). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010412.pub2/full/>

21. Yakushi J, Wintner M, Yau N, Borgo L, Solorzano E. Utilization of Secure Messaging to Primary Care Departments. *Perm J*. 29 avr 2020;24:19.177.
22. Heisey-Grove DM, Carretta HJ. Disparities in Secure Messaging Uptake Between Patients and Physicians: Longitudinal Analysis of Two National Cross-Sectional Surveys. *J Med Internet Res*. 1 mai 2020;22(5):e12611.
23. Bodendieck E, Jung FU, Conrad I, Riedel-Heller SG, Hussenoeder FS. The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. *BMC Prim Care*. 30 août 2022;23(1):218.
24. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*. sept 2011;32(4):407-12.
25. Juillard M, Bloedé F. Savoir dire non à bon escient: vécu des internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2016;12(8):375-8.
26. Manciet M. Les difficultés des internes à dire « non » à leurs patients: étude qualitative auprès des internes de médecine générale de Paris VII [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
27. Lotfi M. Un aspect de la relation médecin-malade: les refus opposés aux demandes des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
28. Firoaguer VSM. Les demandes abusives ou injustifiées des patients. Enquête auprès de médecins généralistes. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2023 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_FIROAGUER_Victoria.pdf
29. Zuliani Cyr J. Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients, étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2019 [cité 24 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492993>
30. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2019. (Méthodes en sciences humaines).
31. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. Paris: Interéditions; 2019. (Soins et psy).
32. Bergeat M, Verger P. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale | Direction de la

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2023 mai [cité 14 juill 2023]. Report No.: 1268. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>

33. Mon espace santé [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>
34. Lafortune A, Bronner C, Andrès E. Mon Espace Santé: Suivi du déploiement auprès de 1959 médecins généralistes en France en 2022 [Internet]. France; 2023 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_LAFORTUNE_Axelle.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Extrait initial du journal de bord

Le 08/12/2021 après achat du livre « Initiation à la recherche qualitative en santé ».

Voici les 7 questions pour prendre de la distance et comprendre l'émergence du sujet :

1) *Quelle est ma question initiale ?*

Comment font les médecins généralistes face à toutes les demandes supplémentaires des patients en dehors des consultations ?

2) *Comment en suis-je venu à me poser cette question ?*

Question qui m'est venue lors de mon stage praticien niveau 1 de novembre 2019 à juin 2020. C'était ma première expérience réelle en cabinet. J'ai constaté que les patients faisaient des demandes en dehors des consultations par le biais des secrétaires et aussi par mail. C'était parfois des demandes d'ordonnance, de certificat ou de conseil. Je n'avais jamais réfléchi à toutes les questions des patients en dehors des consultations. Les demandes pouvaient être nombreuses certains jours et le médecin devait prendre le temps d'y répondre à un moment dans la journée, soit en appelant le patient soit en transmettant à la secrétaire les informations. C'est le cas dans tous les cabinets où je suis passé. C'était aussi l'époque du développement de la téléconsultation avec le début de la pandémie Covid19. Je me suis posé la question avec mon praticien de l'utilité de la téléconsultation pour gérer ces demandes, pour comprendre les patients, pour avoir une réponse qui convienne au patient et aussi au médecin. Au cœur du modèle économique, il y a bien sûr la question du temps et de

la rémunération. J'entends parfois des confrères qui essaient de faire une consultation égale un motif, mais n'y-a-t-il pas un entre deux à trouver ? Le fait de mettre en avant une consultation égale un motif, est-ce que les patients ne vont pas créer plus de demandes en dehors des consultations ? Est-ce que les patients ont tort d'avoir des demandes en dehors des consultations ? N'est-ce pas normal avec l'évolution de la société ? Est-ce que toutes les demandes des patients justifient une consultation ?

3) *Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?*

Ma première réaction, c'est d'être un peu exaspéré par ces demandes. Je souhaiterais ne pas trop en avoir de peur de me faire envahir et de répondre trop vite. J'aurais peur de voir un nombre incalculable de demandes augmenter de jour en jour si je ne réponds pas tout de suite à la secrétaire ou aux patients. J'essaierai de trouver des moyens et du temps pour y répondre dans des conditions « optimales ». Je donnerais certaines consignes aux secrétaires. Je pourrais utiliser des créneaux de téléconsultations dédiés pour répondre à certaines demandes.

4) *Pourquoi suis-je convaincu que cette question est pertinente ?*

On s'intéresse peu au point de vue des médecins en général et notamment sur ce sujet-là alors que c'est omniprésent dans notre quotidien. Tous y sont plus ou moins confrontés. C'est en comprenant mieux le vécu des médecins que la pratique peut s'améliorer.

5) *Quelles réponses est-ce-que j'attends des participants ?*

J'attends des réponses telles que de la surcharge, du « trop plein » et du travail supplémentaire. J'attends de la nuance et des points de vue différents entre des médecins aux pratiques et organisations différentes.

6) *Quelles réponses est-ce-que je n'attends pas des participants ?*

Des médecins qui adorent répondre aux demandes des patients le jour, la nuit et le week-end. Qu'il n'y ait aucune contrainte. Que ce soit normal de répondre à toutes les demandes des patients.

7) *Quelle est finalement ma question de recherche ?*

Quel est le vécu des médecins généralistes face aux demandes des patients en dehors des consultations ?

Annexe 2 : Document d'information et de consentement transmis aux médecins

Document d'information et de consentement

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Thomas PERDEREAU, dans le cadre de sa thèse pour le titre de Docteur en médecine générale, sous la direction du Dr MICHENAUD Jérôme. Mr Thomas PERDEREAU est rattaché au département universitaire de médecine générale de Nantes.

Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec Mr Thomas PERDEREAU au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre le vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique vis-à-vis des demandes de patients en dehors des consultations. Cette étude fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

Mieux comprendre les différents points de vue et le vécu des médecins généralistes face aux nombreuses demandes des patients.

Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Rémunération et indemnisation

Absence.

Informations complémentaires

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

Confidentialité et utilisation des données médicales et personnelles

Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement.

Annexe 3 : Formulaire de consentement signé

Lettre de consentement

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé :

« Vécu des médecins généralistes de Loire Atlantique face à la demande des patients en dehors des consultations : Etude qualitative »

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude.

J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 4 : Analyse indépendante présentée sous forme de schéma

Schéma 1

MG1

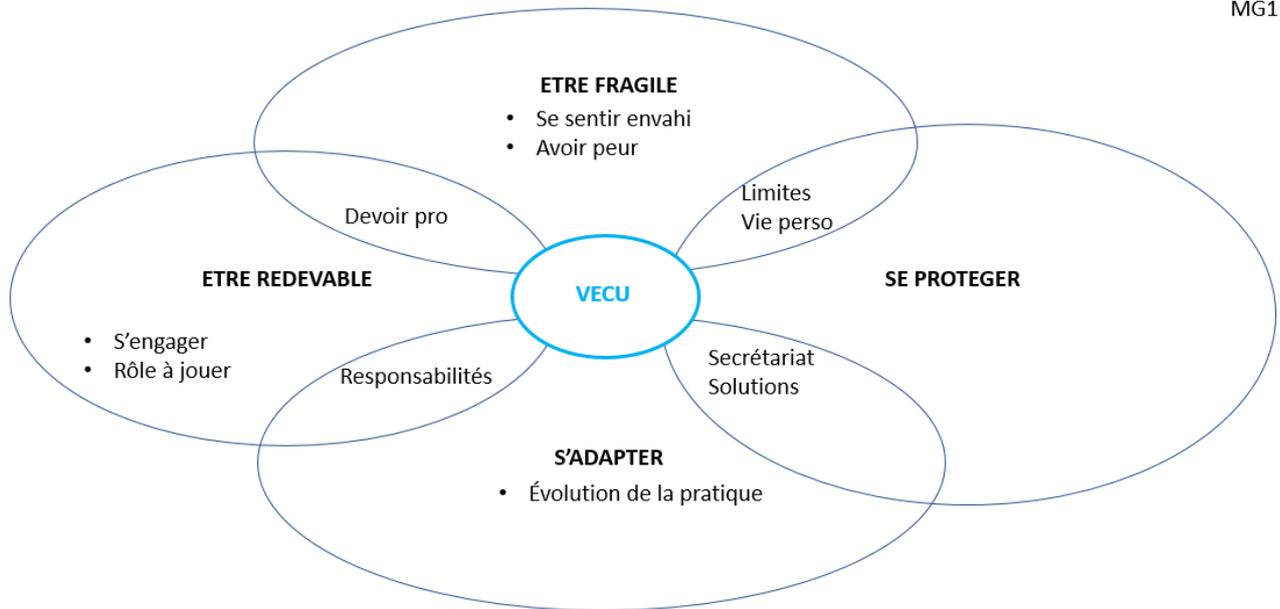


Schéma 2

MG2

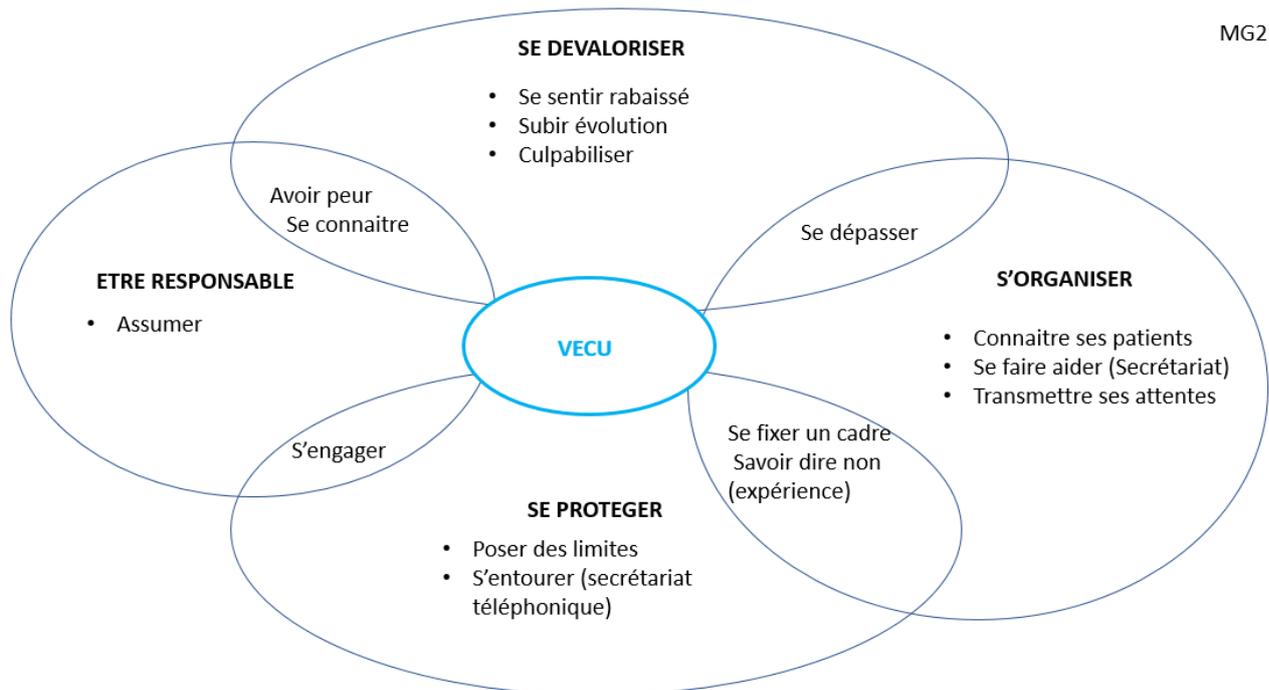


Schéma 3

MG3

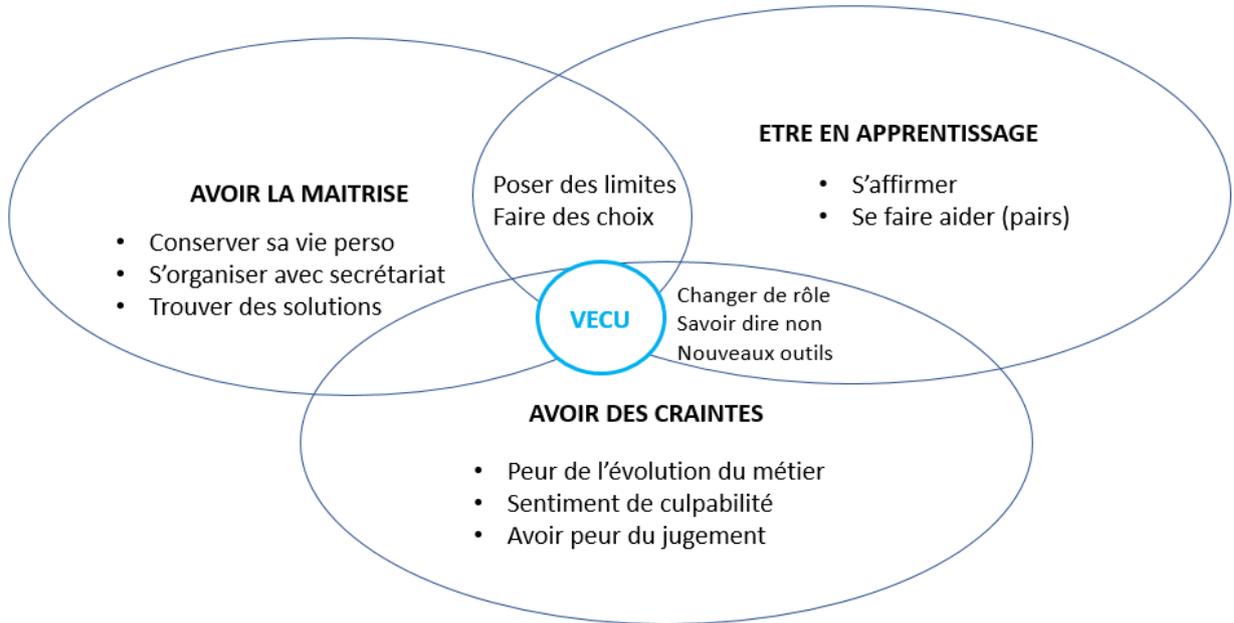


Schéma 4

MG4

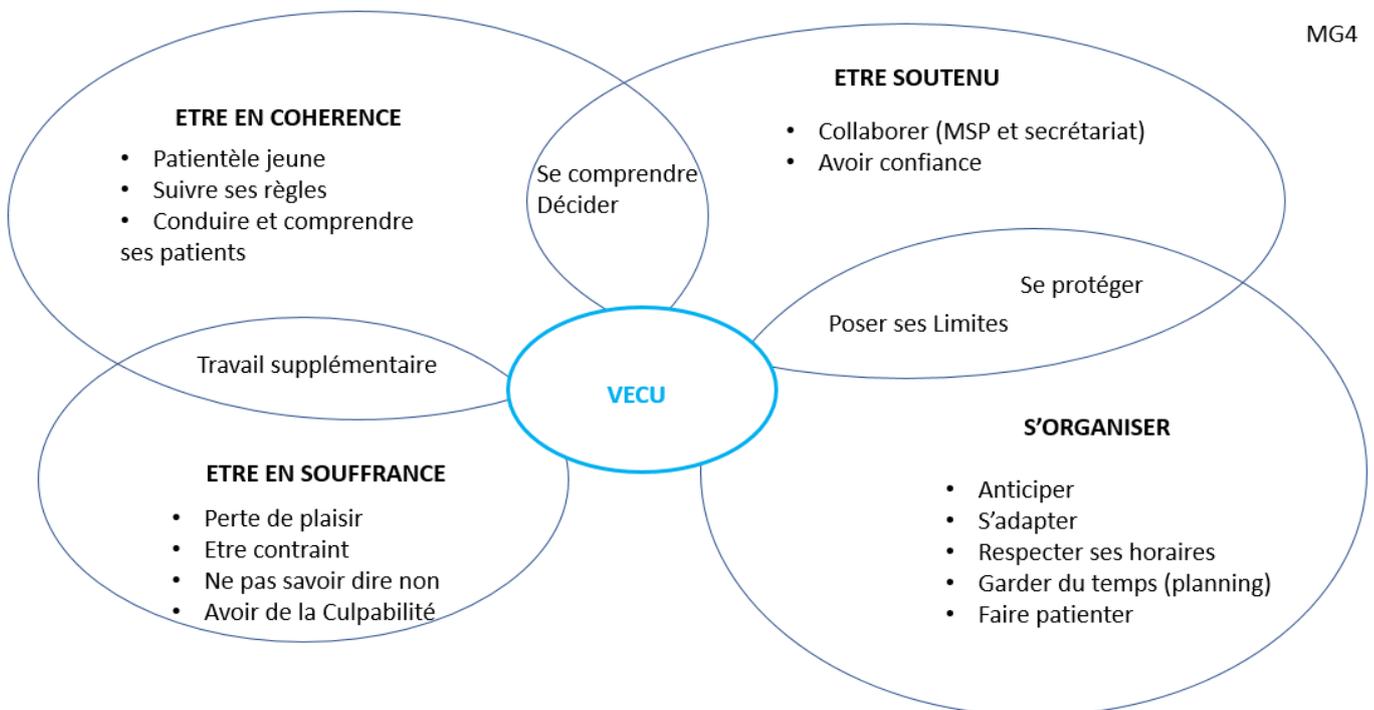


Schéma 5

MG5

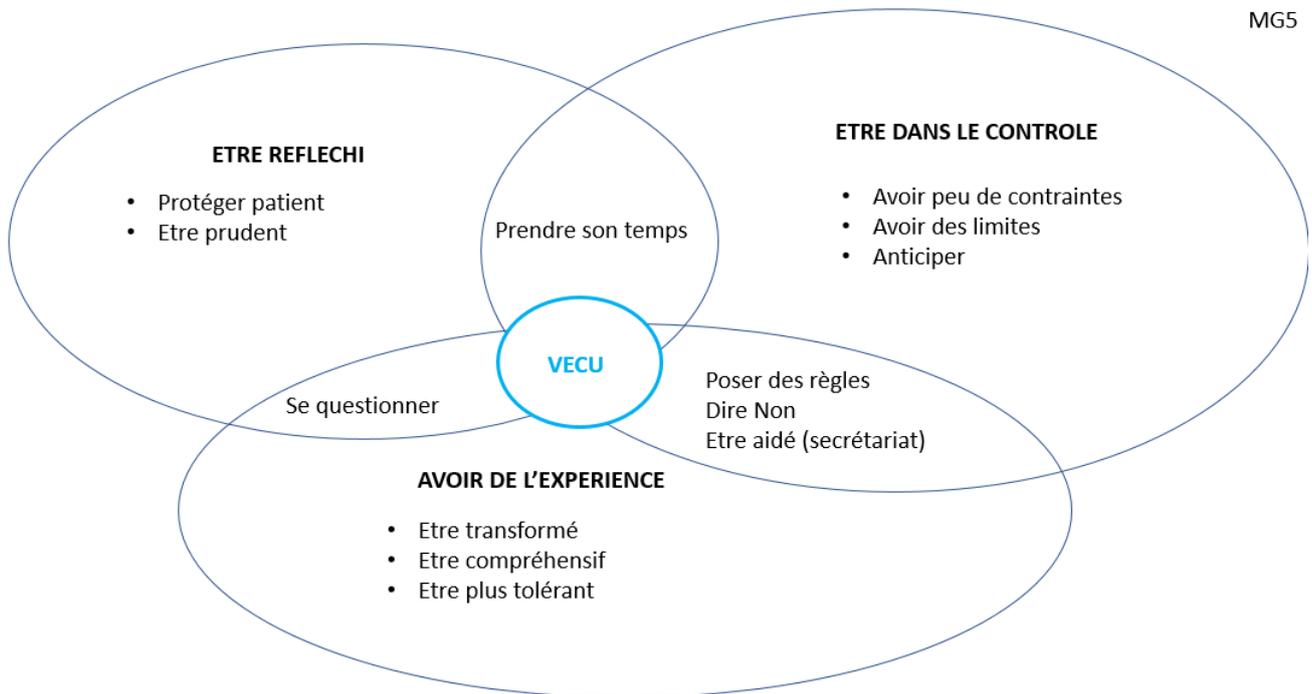


Schéma 6

MG6

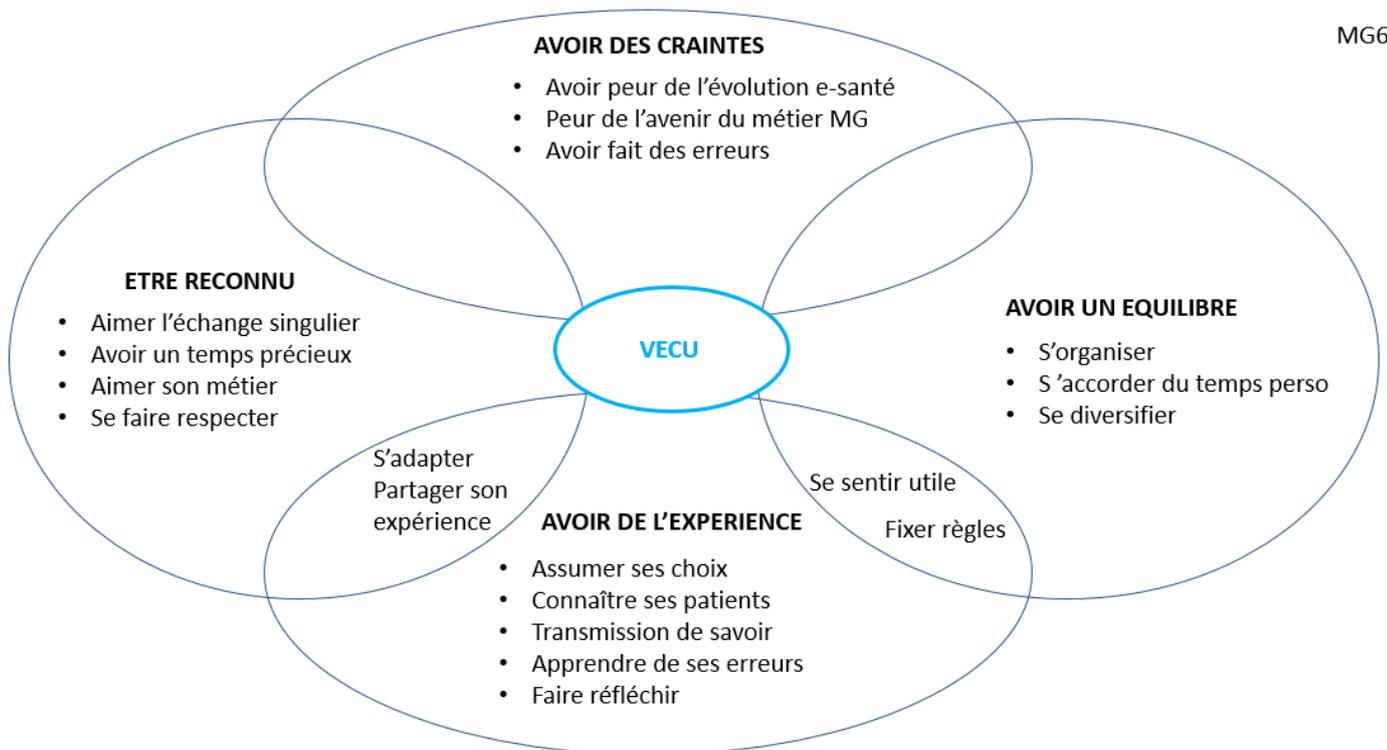


Schéma 7

MG7

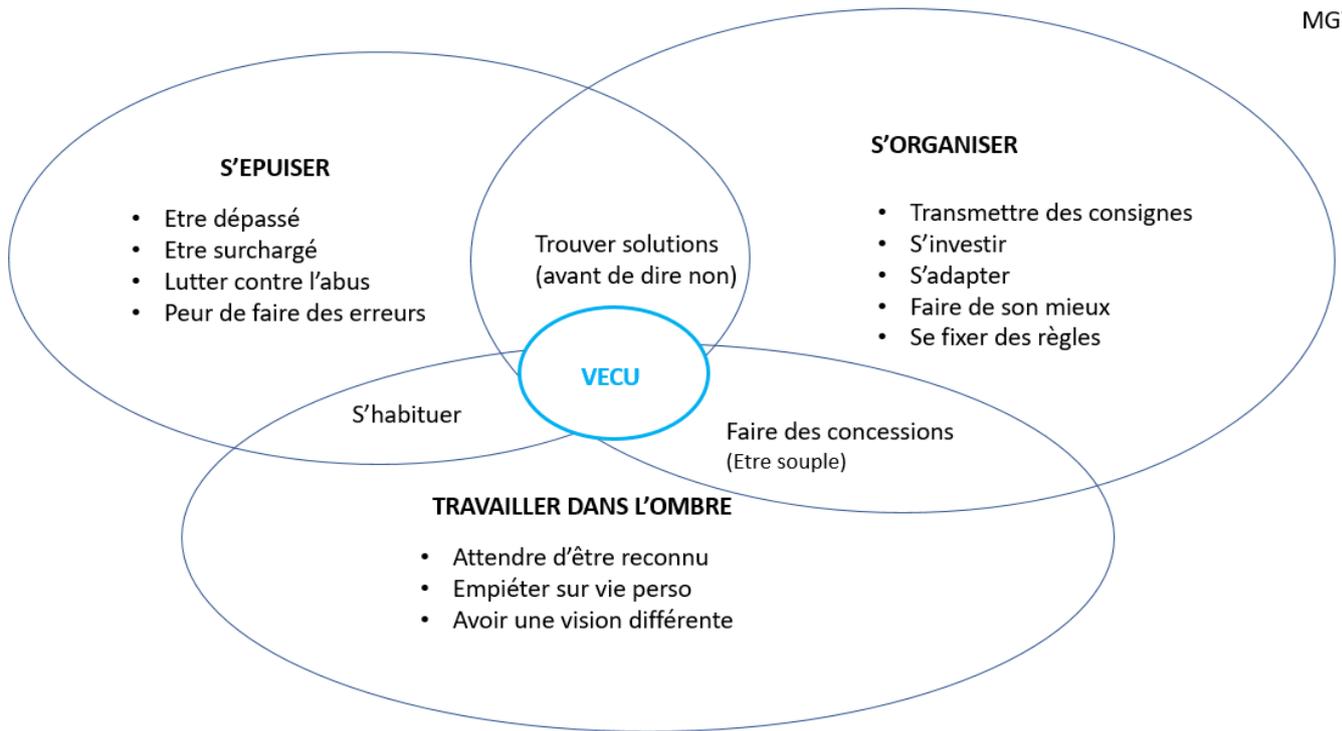


Schéma 8

MG8

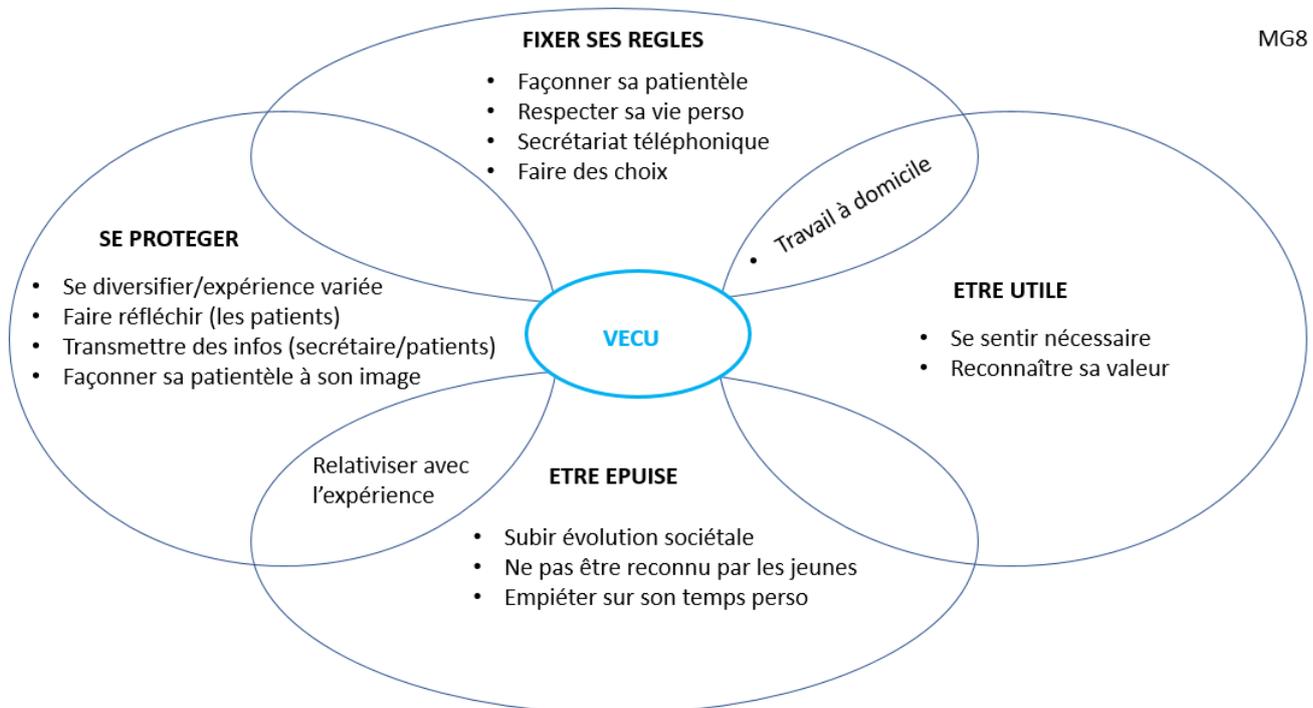


Schéma 9

MG9

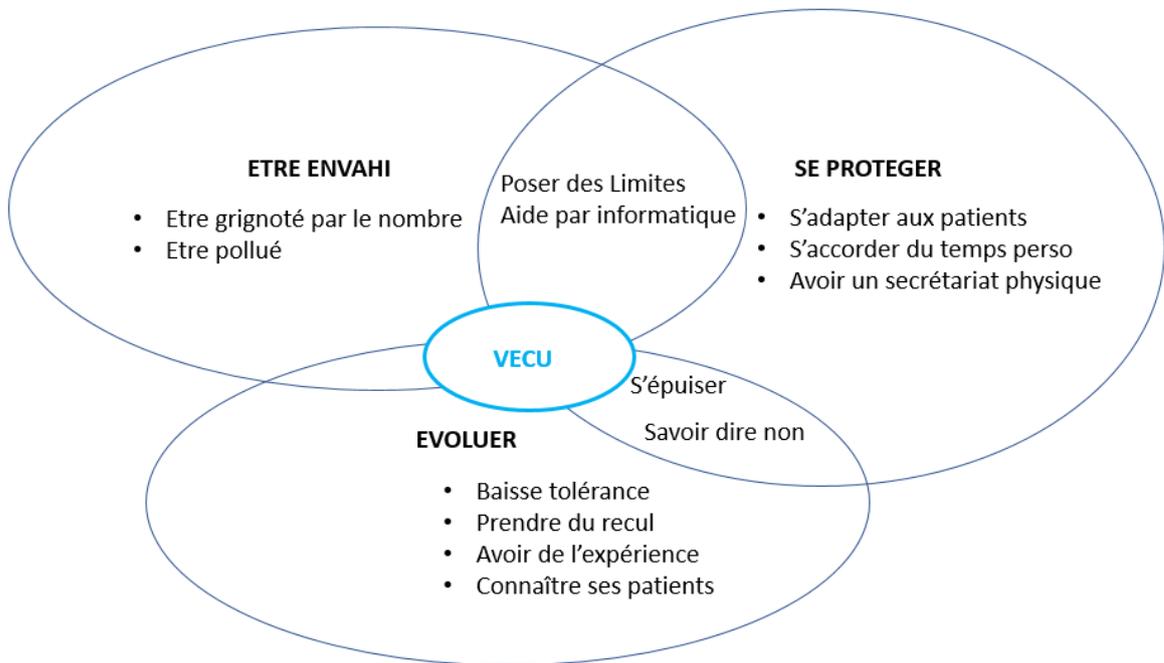
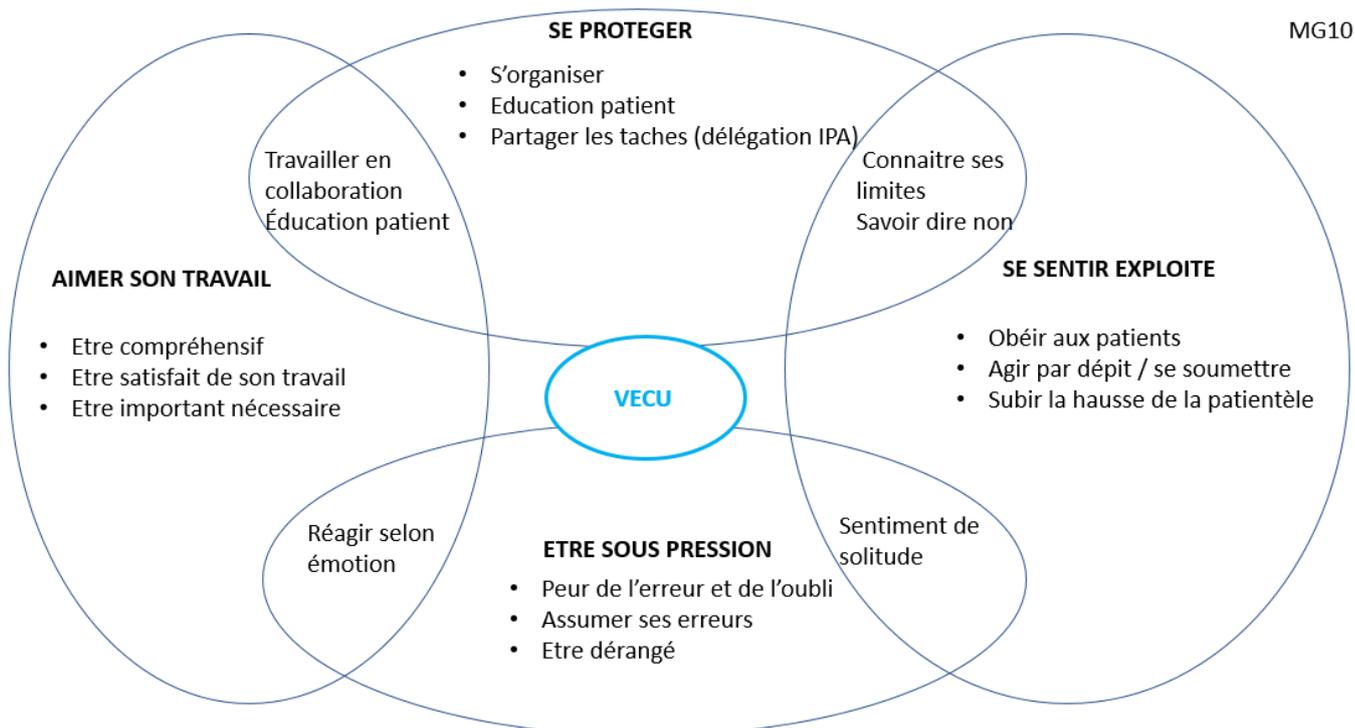


Schéma 10

MG10



Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Jean-
Pascal FOURNIER

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Jérôme
MICHENAUD

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : PERDEREAU

PRENOM : THOMAS

Titre de Thèse : Vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique face à la demande des patients en dehors des consultations : Etude qualitative

RESUME

Introduction : La charge de travail des médecins généralistes ne cesse d'augmenter. En France, les médecins généralistes déclarent travailler plus de 50 heures par semaine. Les demandes des patients en dehors des consultations sont omniprésentes malgré un filtre par les secrétaires médicales. L'objectif de ce travail était d'étudier le vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique face aux demandes des patients en dehors des consultations.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative a été réalisée auprès de 10 médecins généralistes installés en Loire-Atlantique entre décembre 2021 et octobre 2022. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés avec triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes font face à une diversité croissante de demandes en dehors des consultations, ce qui engendre stress et épuisement. Ils se sentent dévalorisés par ce travail invisible et chronophage. Pour se protéger, ils cherchent à établir des limites, à trouver des solutions avec l'aide d'un secrétariat, en organisant leur planning et en échangeant avec leurs pairs. Savoir dire non est essentiel pour préserver leur bien-être. L'expérience acquise se révèle précieuse pour se protéger. Le fait de bien connaître les patients ne doit pas devenir un obstacle à la capacité à dire non. L'adoption des nouvelles techniques de communication et l'évolution numérique représentent des défis inévitables mais difficiles à appréhender. Les médecins généralistes rencontrent des difficultés à envisager l'avenir de leur profession.

Discussion : L'amélioration du vécu des médecins généralistes passe par une meilleure communication et utilisation des ressources disponibles. A court terme, l'optimisation de la téléconsultation et le soutien des assistants médicaux peuvent permettre d'économiser du temps médical et de se protéger en contexte de pénurie médicale. Il est essentiel de former les médecins généralistes aux techniques de communication et aux tâches supplémentaires en médecine générale. D'autres travaux sont nécessaires afin d'obtenir le point de vue des patients et des médecins généralistes travaillant avec des assistants médicaux.

MOTS-CLES :

Médecine générale - soins de santé primaires - secrétaires médicales - organisation du temps de travail - patients - besoins et demandes de services en santé - assistants médicaux