Qu'est-ce qu'un " bon " médecin généraliste ? Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère

Léa Guirado, Pénélope Dupont-Bourgoin

▶ **To cite this version:**

Léa Guirado, Pénélope Dupont-Bourgoin. Qu'est-ce qu'un " bon " médecin généraliste ? Étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04515518

HAL Id: dumas-04515518
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04515518

Submitted on 21 Mar 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2024

QU'EST-CE QU'UN « BON » MÉDECIN GÉNÉRALISTE ? ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI DIRIGÉS AUPRÈS DE PATIENTS DE SAVOIE, HAUTE-SAVOIE ET ISÈRE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNERALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 19/03/2024

Par Mme Léa GUIRADO et Mme Pénélope DUPONT-BOURGOIN

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Pr Jean-Nicolas LEDOUX (directeur de thèse)

M. le Dr Pierre MINIER

M. le Pr Philippe SALTEL

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **Pr Olivier PALOMBI**
ANNÉE 2023-2024
ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MÉDECINE

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; **gériatrie et biologie du vieillissement** ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; **pharmacologie clinique** ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; **addictologie**
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; **gériatrie et biologie du vieillissement** ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

« Le paysan n'est jamais plus fort ni plus malin que la terre qu'il cultive, l'artisan n'est jamais plus fort ni plus malin que la matière qu'il répare, et le soignant n'est jamais plus fort ni plus malin que les humains dont il a la charge. S'il n'y a pas humilité, ça ne marche pas. »

Christophe André

Résumé

Qu'est-ce qu'un « bon » médecin généraliste ? Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère

Introduction : Dans une période de difficultés croissantes d'accès au système de santé, la pression de la demande de soins pèse sur les médecins généralistes. Dans ce contexte, il nous a semblé important de savoir ce qu'est un « bon » médecin généraliste ? Quelles sont les attentes des patients sur cette question ? L'objectif de cette étude était de définir les qualités attendues par les patients d'un « bon » médecin généraliste.

Matériel et méthode : Etude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée par entretiens semi-dirigés en présentiel auprès de patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère entre août et novembre 2023.

Résultats : 43 catégories issues de 17 entretiens exploitables, représentent les attentes des patients envers leur médecin généraliste « idéal ». Certaines sont apparues centrales lors de notre analyse. Un bon médecin sait : « construire une relation de confiance », « être compétent », « être disponible », « représenter sa profession », « s'investir », « s'adapter », « être à l'écoute », « expliquer », « être alliés », « guider », « rassurer », « donner une réponse », « être le soignant référent ». Nous proposons une interprétation en carte heuristique, et une classification en 3 parties ; les prérequis pour être un « bon » médecin généraliste, les stratégies et procédés pour le devenir ou le rester et les missions qu'il a le devoir de remplir.

Discussion : Les catégories retrouvées sont cohérentes avec les données de la littérature, mais reliées par des liens complexes, parfois contradictoires et surtout évolutifs. Il apparaît qu'il n'y a pas de cahier des charges d'un médecin « idéal » qui correspondrait aux attentes de tout patient mais plutôt des aptitudes à avoir et une grande faculté à s'adapter.

Conclusion : Notre étude pourrait aider les internes en médecine générale à avoir une attitude réflexive pendant leur cursus en comparant les résultats de notre étude aux compétences qui leurs sont enseignées.

On pourrait dans les suites, s'intéresser à l'avis d'autres populations sur la question du « bon » médecin généraliste. Les médecins, les institutionnels et les enseignants universitaires ont-ils des avis similaires ou divergents ?

Mots clefs : médecine générale ; bon médecin généraliste ; relation médecin-patient ; enquête qualitative ; opinion des patients

Abstract

What makes a « good » general practitioner ? A qualitative study using semi-directed interviews with patients in Savoie, Haute-Savoie and Isère

Introduction : At a time when access to the healthcare system is becoming increasingly difficult, general practitioners are under pressure from the demand for care. In this context, it is vital to know : what makes a « good » general practitioner ?

What do patients think about this ? The aim of this study was to define the qualities that patients expect of a « good » general practitioner.

Material and method : Qualitative study, inspired by grounded theory, using face-to-face semi-directed interviews with patients in Savoie, Haute-Savoie and Isère between August and November 2023.

Results : 43 categories from 17 usable interviews represent patients expectations of their 'ideal' general practitioner. Some categories emerged as central to our analysis.

A good doctor knows how to : « build a relationship of trust », « be competent », « be available », « represent his profession », « get involved », « adapt », « be a good listener », « explain », « be an ally », « guide », « reassure », « give an answer », « be the referring carer ».

We propose an interpretation in the form of a mind map, and a classification into 3 parts : the prerequisites for being a "good" general practitioner, the strategies and procedures for becoming or remaining one, and the missions that it is the general practitioner's duty to fulfill.

Discussion : The categories found are consistent with the data in the literature, but are linked by complex, sometimes contradictory and, above all, evolving links. It would appear that there are no specifications for an 'ideal' doctor who would correspond to the expectations of every patient, but rather aptitudes and a great capacity to adapt.

Conclusion : Our study could help general medical interns to adopt a reflective attitude during their training by comparing the results of our study with the skills they are taught.

In the future, we could look at the opinions of other populations on the question of the « good » general practitioner. Do doctors, institutions and university teachers have similar or different opinions ?

Key words : general medicine ; good general practitioner ; doctor-patient relationship ; qualitative survey ; patient opinion

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, pour nous faire l'honneur et le plaisir de présider notre jury. Merci pour votre temps, votre attention et l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe SALTEL, pour avoir accepté de juger notre travail de thèse, et d'enrichir notre jury de votre regard philosophique.

A Monsieur le Docteur Pierre MINIER, pour votre enthousiasme à participer à notre jury, et pour vos encouragements.

A Monsieur le Professeur Jean Nicolas LEDOUX, pour avoir accepté de diriger notre thèse, nous avoir guidé dans nos recherches et réflexions et remis dans le chemin tortueux de la recherche qualitative quand il le fallait. Merci pour ta disponibilité, tes conseils avisés et ta présence rassurante.

A nos relecteurs, nos assistants et nos conseillers : Morgan, Simon, Charlie, Véronique, …

Aux participants de notre thèse, pour avoir bien voulu se prêter au jeu des entretiens et de la réflexion, ce travail est riche grâce à eux.

Remerciements de Léa

A Pénélope, mon amie, compagne de cordée, collègue et maintenant co-thésarde, pour avoir partagé ce travail, ces doutes et ces joies. Pour m'avoir abreuvée de café de luxe à fréquence croissante, fait repasser la 2nde quand je m'emballais en 5 eme dans des résumés de plus en plus résumés ; et avoir freiné mes élans littéraires quand il commençait à falloir un dictionnaire et un ravito pour arriver au bout de mes phrases (Oui, c'en est un exemple, comme tu n'as pas pu relire cette phrase !). On a formé une équipe sacrément complémentaire mon petit lagopède alpin, et maintenant continuons de l'être dans les domaines que l'on maîtrise mieux ; le massage, le VTT et le raid à ski !

A Simon, mon plus précieux soutien et mon bonheur au quotidien.
Pour ta patience (ce n'est pas souvent que je le dis, profites), tes encouragements, ta cuisine et tes blagues qui ont ensoleillés nos journées de travail, tes avis pertinents, ton affection et tout le reste qui n'a pas sa place à être exposé ici. <3

A Bloup, mascotte de la thèse, notre muse et notre soutien psychologique dans les moments difficiles.

A ma famille,
A Lisa, pour ton soutien malgré la distance et les moments riches que l'on arrive à passer ensemble, d'autant plus précieux qu'ils se font malheureusement trop rares. Je suis extrêmement fière de toi et de ton parcours, sache-le.
A Aaron, pour ton humour similaire au mien malheureusement pour toi, ta finesse de réflexion et ton amour pour nous, Picsou et les balades (ahaha).
A Maman, pour ton soutien, ton amour et ta générosité, tout 3 sans limites. J'espère te rendre petit à petit un peu de tout ce que tu nous as donné.

A Morgan, pour ton aide plus que précieuse, tes talents culinaires et le soin que tu prends de ma maman et de mon frère.

A Papa, pour ton soutien, ton amour, ton intégrité. Je suis heureuse que tu aies donné ce tournant à ta vie, récemment enrichie de plus en plus de joie, de bon vin et de bêtises.

A Sarah, pour ton arrivée "discrète" dans nos vies, ton humour et le soin que tu prends à secouer les habitudes riz-ketchup de mon papa.

A Papy et mamie, que je ne peux dissocier de mon enfance, et qui ont participé à faire de moi ce que je suis devenue. J'espère que vous êtes fiers de moi. Je vous aime.

A Anne, Alain et Eliane, pour votre présence. J'ai beaucoup de chance de faire partie de votre famille.

A Coco, Gilou, Jean Eric, ma famille de cœur, pour votre présence toutes ces années, vos bêtises et les nombreux bons moments passés ensemble. La maison de retraite ne sera pas aussi luxueuse que prévu mais elle sera riche de vous.

A ma belle-famille ; Laulau, Flo, Loane, Vali, Alex, Fred et Camille.

A mes amis,

A Mail, mon petit poney, ma loutre qui m'empêche de dériver. Pour la plus parisienne des grenobloises de la Roquette sur Laffrey, je construirai des barrages, j'apprendrais à nager... je garderai même ton chien s'il le fallait.

A Marine, princesse des bonnes idées, du stalking, de tik-tok et des vocaux, avec qui les crevasses ne font même plus peur mais l'UT4M quand même encore un peu… C'est un bonheur d'avoir une amie comme toi.

A Melly, précieuse amie depuis l'époque des mots dans les cahiers de texte. L'ogresse de Bricorama s'est exilée dans les contrées suisses, mais je ne perds pas espoir de te faire revenir du côté français du ski de fond et de la fondue.

A Meulette, possesseur de la plus haute résistance jamais trouvée aux bébés chats surexcités, d'une endurance et d'un style inébranlables pendant les sessions de Air-Jibe, d'un humour de première catégorie (pas que sur 9gag)... il ne te manque qu'un petit appartement en Savoie !

A Arthur, fournisseur officiel de picnics et de victuailles en tout genre, toujours partant pour une aventure plus ou moins préparée, je suis plus qu'heureuse que tu aies trouvé ta maison du bonheur, et que tu t'atelle à la remplir de minis-vous.

A Yan, fidèle comparse de potins, de kiki et de conneries depuis tant d'années et pour encore tout autant au moins.

A Nolwenn et demi, petite dédicace particulière pour cette année 2024 qui s'annonce bien ronde et remplie.

A Justine, ma folle collègue avec qui les 18-1 filent plus vite qu'un Fimon sur neige dure ou qu'un relais du chat en VTC. Mdr

A Maëva, future collègue de luxe, sportive décontractée, fanne de carotte (ahah), et amie en or depuis l'époque de la maison de retraite.

A mes amis de médecine ; Laetitia, Noémie, Come, Tim, Anne, Elsa, Chloé, Soline, Anaïs, Esther, Joey, Nanou, Annaëlle, Sarah qui ont jalonné ce long et sinueux parcours de joie, de blagues, de sports et de breuvages en tous genres.

A mes amis planchistes ; Hugo, Antho, Nico, Camille, Jerem, Babouche, Mathilde, Antoine, qui ont peu à peu dérivé du statut de copains des après midi froides à Laffrey, vers celui d'amis précieux.

A mes amis d'adoption ; Greg, Charlie, Botch, Oscar, Flex, Quentin, Dany, Maxime, Florian, Fanny.

Aux médecins que j'ai croisé et qui ont participé à me faire devenir la médecin que je suis.

A JC, à qui je pense quand je me demande ce qu'un "bon" généraliste doit être.

A Romain, Julien, Patrick, Mathilde, Bérengère et Sébastien, qui m'ont fait découvrir le riche métier de médecin traitant et qui ont pris soin de moi.

A l'équipe d'infectiologie, grâce à qui j'ai pu m'épanouir et progresser le temps d'un semestre.

A l'équipe de l'UPU, qui m'ont tant appris et que j'ai hâte de rejoindre.

Remerciements de Pénélope

Merci à Léa, incroyable co-thésarde mais surtout une très belle amie. Nos aventures en montagne sur les lattes et le VTT nous ont permis de se faire entièrement confiance. On s'est bien trouvée pour mener à bien ce travail. On aura beaucoup ri et parfois pleuré, notre amitié en ressort plus forte ! Je te kiffe (bientôt prête à faire tomber le chrono du QOM XC Chambéry le Haut).

Merci à ma maman, tu es et resteras mon pilier dans la vie. Merci pour ton soutien dans le chemin parfois complexe de l'existence. Tu m'inspires par ton courage et ta force dans la vie.

Merci à mon papa, pour tous les précieux conseils techniques dans la vie, je suis tous les jours un peu moins « saucisse » grâce à toi. Merci pour le gout que tu m'as donné pour le sport et l'aventure que nous partageons et partagerons encore.

Merci à ma sœur, pour ta soif d'aventure perpétuelle que nous partageons au gré des chemins à pied, à VTT, ou au bout d'une corde arrosée par les cascades.

Merci à mon frère, pour ta motivation inépuisable et la confiance que tu m'accordes dans nos aventures à travers les montagnes à ski, à VTT. Tu es mon mécano préféré !

Merci à ma mamie Colette, qui m'a donné le gout de prendre soin mais qui est malheureusement partie trop vite. J'espère que tu seras fière de moi là-haut dans les étoiles.

Merci à ma tante Nelly, qui m'a fait découvrir en premier la médecine générale et qui m'a transmis la flamme du prendre soin. J'espère être aussi heureuse que tu l'es et l'a été dans la profession.

Merci Mme Troussier, qui m'a merveilleusement accueilli et soutenu pendant ma première année de médecine, je pense que je n'aurais pas si bien réussi sans.

Merci à toute l'équipe des urgences de la clinique mutualiste pour ce premier stage intense mais formateur. Un grand merci en particulier au Dr Hélène Charles et au Dr Maxime Maisonneuve pour leur soutien dans les moments plus difficiles, j'ai grandi grâce à vous !

Merci aux Dr Archambault, Dr Chabauty et Dr Mitifiot pour m'avoir fait découvrir la variété en médecine générale.

Merci au Dr Richard Langlois pour m'avoir donné gout à la médecine de montagne.

Merci à toute l'équipe du service de gériatrie de Chambéry, qui m'a accompagné dans un stage riche intellectuellement et éthiquement.

Merci à toute l'équipe du service de pédiatrie de Chambéry, grâce à ce stage j'ai moins peur de soigner les enfants…

Merci à toute l'équipe du cabinet médical des Carroz-Flaine-Magland, pour ces 6 mois formidables sur le plan professionnel et humain. Et de m'avoir fait encore découvrir les différentes facettes de la médecine de montagne !

Merci aux Dr Philibert , Dr Markopoulos et Dr Dubois pour votre gentillesse et votre transmission de savoir et savoir-faire en gynécologie, j'espère prendre soin des femmes comme vous le faites si bien !

Merci aux supers nanas, Anouck, Laurène et Solenn, on se connait depuis tellement longtemps malgré le temps et l'espace qui peut nous éloigner, on se retrouve toujours avec autant de sincérité. Je vous adore !

Merci à Océane, amie, coloc', compagnonne de cordée, consoeur de médecine de montagne, merci pour ton soutien et toutes ces émotions partagées et ce n'est pas fini !!! Je te kiffe !

Merci à Nolwenn, encore une amie incroyable et inépuisable, merci d'être là !

Merci à Juliette, ma meilleure partenaire de cordée, j'adore partager mes questionnements, mes doutes à tes côtés et ça nous mène souvent au sommet en toute beauté ! Merci à Marco qui complète souvent à merveille notre cordée !

Merci à Alexandre, encore un formidable partenaire de cordée qui leade et partage à merveille sur les cimes !

Merci à Marianne, amie, compagnonne de cordée, tu m'inspires et m'impressionnes par ta force à rebondir dans la vie et ton énergie débordante !

Merci à Nanou et Bryan, pour votre duo de folie, c'est toujours une joie d'être à vos côtés !

Merci à Ella, amie, coloc, et incroyable partenaire de raquettes de plage, le sable n'a qu'à bien se tenir !

Merci à Charlène et Jodie, les Twins de folies, vous me faites rêver, changez rien !

Merci à mes supers copines Alexa et Valérie, que de beaux moments partagés et à venir encordées ensemble, à VTT et à skis !!!

Merci à Margaux, amie, coloc et partenaire d'aventures, ces un an à tes côtés ont été formidables, il en ressort une belle amitié qui durera ! Et merci pour m'avoir permis de surfer sur la vague du travail de thèse ! De belles aventures nous entendent !

Merci à Charlotte, amie, coloc et partenaire d'aventures, 6 mois de colocation pour partager des bons petits plats, des émotions et rider sur la vague du travail de thèse ! De belles aventures nous entendent !

Merci à Baptiste et Benoit, encore du beau monde avec qui partager la corde et qui arrivent à m'emmener dans les grottes…enfin quand il y a une soirée à la clé !

Merci à Grégoire et Tom, des supers copains de cordée !

Merci à Clara, pour nos soirées et journées à bien papoter sur la vie.

Merci à Paul et Ugo, pour les soirées Tout le sport ! Hâtes de partager la route avec vous et ma gitane Mach 12.

Merci à la team Hossegor, pour me faire découvrir chaque année les vacances farniente et jouer à la raquette de plage et au volley avec moi !

Merci à tous les co-internes de gériatrie et pédiatrie, que du bonheur d'avoir bossé avec vous mais surtout de partager des moments d'amitié avec vous !

Merci Simon, cuistot officiel de la thèse sans toi on serait morte de faim et merci pour ton soutien et surtout le QOM de Chambéry le Haut !

Merci au CAF la Roche Bonneville pour m'avoir refilé le virus de la montagne, inculquer l'esprit de cordée et l'humilité, une vraie école de la vie qui me sert tous les jours !

Merci au Tennis Club de St Pierre, qui m'a vu grandir et appris de belles valeurs qui m'aident dans la vie.

Merci à Annemasse Handisport, en particulier à Michel qui m'a fait découvrir le merveilleux esprit handisport, j'espère un jour retrouver le temps de me réimpliquer à vos côtés.

Merci à la team du groupe médical des Sybelles, pour votre accueil chaleureux et votre soutien pour ma première saison à vos côtés !

Merci Bloop, vénéré mascotte de la thèse !

Merci le reblochon, j'ai des os solides grâce à toi…

Merci l'hysope, tu me réchauffes au sommet des montagnes, en refuge ou à la fin d'un bon repas !

Table des matières

LISTES DES ENSEIGNANTS……2
RÉSUMÉ……8
ABSTRACT……9
REMERCIEMENTS……10
I. INTRODUCTION ……19
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE ……21
1. Type d'étude ……21
2. Population ……21
3. Recueil des données ……21
4. Analyse des données ……22
5. Aspects éthiques et réglementaires ……22
III. RÉSULTATS……24
1. Les caractéristiques de la population ……24
2. Les prérequis pour être un « bon » médecin généraliste ……26
a. Construire une relation de confiance ……26
b. Être compétent……27
c. Être disponible……28
d. Représenter la profession……30
e. Connaître son patient ……31
f. Être empathique……33
g. Montrer de l'humanité ……33
h. Mettre à l'aise……34
i. Avoir du tact ……35
j. Être humble ……36
k. Accueillir……36
l. Faire attention à sa présentation ……37
m. Être ponctuel ……37
n. Faire attention à sa réputation……38
o. Ne pas se laisser influencer par la soif du gain ……38
p. Respecter la confidentialité ……38
q. Prendre soin de soi pour bien soigner ……39
3. Les stratégies et les procédés pour être un « bon » médecin généraliste……39
a. S'investir ……39
b. S'adapter ……40

c. Être à l'écoute....42
d. Expliquer....42
e. Prendre le temps....44
f. Être efficace....44
g. Assurer la continuité des soins....45
h. Coordonner le parcours de soins....45
i. Connaître un réseau....46
j. Faire de la prévention....46
k. Interroger....47
l. Examiner....47
m. Recueillir le consentement....48
n. Créer les conditions de la confidence....48
o. S'enquérir de la santé mentale....49
p. Prendre au sérieux....49
q. Déculpabiliser....50
r. Valoriser....50
s. Être transparent....50
t. Partager les décisions....51
u. Gérer les erreurs....52
4. Les missions du « bon » médecin généraliste....52
a. Être alliés....52
b. Guider....53
c. Rassurer....54
d. Apporter une réponse....55
e. Être le soignant référent....56
IV. DISCUSSION....58
1. Résultat principal....58
2. Limites et forces....60
3. Comparaison avec la littérature....65
4. Perspectives....73
V. CONCLUSIONS....77
VI. BIBLIOGRAPHIE....79
VII. ANNEXES....83
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE....93

I. Introduction

L'accès au médecin généraliste, médecin de la « vraie vie » (1), devient difficile depuis quelques années et préoccupe la population française. Il est cependant un des piliers du système de santé français, surtout depuis la loi 2004, qui le replace au centre du parcours de soins coordonnés avec le dispositif médecin traitant (2).

En effet, en France, le système de santé est confronté à un « effet ciseau ». Le nombre de médecins généralistes en activité est en diminution de 8% depuis 2010 (3). Tandis qu'on note en parallèle, une augmentation de la population générale de 5,3% sur la même période. Il existe plus particulièrement une augmentation de 20,4% de la population des plus de 75 ans, population qui nécessite fréquemment des soins réguliers. Cette augmentation se porte à 28% en région Rhône Alpes (4).

De plus en plus de médecins généralistes sont donc amenés à refuser de suivre de nouveaux patients en tant que médecin traitant. (5).

Cette diminution de l'offre de soins s'ajoute à un changement de la demande de soins des Français, dans notre société où l'information est abondante, entraînant une haute exigence et un idéal de « santé parfaite ». Comme l'analyse Pierre Ancet, professeur en philosophie des sciences, « la recherche de la perfection peut donc s'interpréter comme source de pathologies nouvelles chez l'individu [...] dans une société où l'injonction à la performance domine, avec des rythmes de plus en plus exigeants au travail et dans la vie privée (6). »

Dans cette quête d'amélioration permanente, nous nous sommes demandé comment se définit un « bon » médecin généraliste. D'après le Robert, « Bon » signifie « qui fait bien son travail, tient bien son rôle ». Être « bon » se rapporte-t-il aux connaissances, aux résultats, à la relation médecin-malade ?

Plusieurs organismes dont la WONCA-Europe, société européenne de médecine générale, et un consensus d'experts du CNGE, collège national des généralistes enseignants, ont proposé une définition du rôle et des compétences du médecin généraliste (7, 8). L'état définit également les missions du médecin généraliste dans la loi de 2009 (9). Plus solennellement, le Serment d'Hippocrate déclare les valeurs et les obligations des médecins. Ces textes suffisent-ils à définir un « bon » médecin ? Est-ce que cela répond aux attentes des patients ?

En faisant une revue de la littérature, nous avons trouvé des études traitant de « Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? ». Certaines sont anciennes (10, 11), d'autres étudient l'avis des patients de manière quantitative, notamment une utilisant le questionnaire EUROPEP (12).

Deux thèses datant de 2016, ont interrogé des patients sur les qualités attendues du « bon » médecin généraliste, avec une méthodologie qualitative dans 2 régions distinctes ; Paris et Clermont Ferrand (13, 14). Nous émettons l'hypothèse que l'évolution de la société et le lieu de recrutement des patients peuvent changer l'avis des patients.

Nous avons donc souhaité nous intéresser à l'avis des patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère sur ce qu'est un bon médecin généraliste.

L'objectif principal était de mettre en évidence les qualités attendues par les patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère vis-à-vis des médecins généralistes. L'objectif secondaire était de dégager des pistes d'amélioration pour la formation des futurs médecins généralistes.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons effectué une étude qualitative en utilisant une approche inspirée de la théorisation ancrée (15), pour tenter de développer un modèle expliquant les attentes des patients envers leurs médecins généralistes.

2. Population

Nous avons réalisé par méthode inductive un échantillonnage raisonné théorique. L'objectif était d'avoir une population diversifiée.

Le recrutement a été réalisé initialement via notre réseau social. Puis, nous avons élargi notre champ de recrutement par diffusion de notre projet de thèse via des affiches dans des commerces proches de notre domicile. Les différents participants nous ont parfois recommandé permettant un recrutement par effet « boule de neige ».

Le seul critère d'exclusion était le refus de participer à l'étude et l'âge inférieur à 18 ans.

3. Recueil des données

Nous avons effectué des entretiens individuels semi-dirigés en présentiel. Nous nous sommes basées sur un guide d'entretien avec des questions ouvertes et des relances, que nous avons modifié à deux reprises à la suite de l'analyse des entretiens successifs (Annexe 1). Nous avons fait le choix d'entretiens semi-dirigés pour évoquer les thèmes qui nous paraissaient indispensables, tout en laissant la liberté aux participants d'aborder d'autres thèmes.

Le lieu d'entretien a été laissé au choix des participants pour qu'ils se sentent le plus à l'aise possible : à leur domicile, à l'un de nos domiciles, dans un café, au cabinet médical. Trois entretiens ont été réalisés en présence de l'époux/épouse des participants mais sans intervention de leur part.

Chaque entretien était enregistré en audio sur 2 supports : un ordinateur et un téléphone. Chaque investigatrice a retranscrit intégralement, en incluant le non verbal,

et anonymisé les entretiens réalisés. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour être corrigées.

Nous avons arrêté le recueil de données lorsque nous avons atteint la saturation des données, soit deux entretiens sans nouvelle catégorie.

4. Analyse des données

Au début de notre travail de recherche, nous avons réalisé une approche réflexive en recherche qualitative en effectuant un auto-questionnement pour nous dégager de nos à priori vis à vis de notre question de recherche (Annexe 2). Nous avons également utilisé un journal de bord pour suivre l'avancée de notre travail et exprimer nos réflexions au fur et à mesure du recueil et de l'analyse des données.

Par la suite, nous avons fait une analyse ouverte de chaque entretien de façon individuelle en identifiant, à partir des verbatims, des étiquettes expérientielles puis des propriétés. Puis nous avons mis en commun nos résultats pour dégager des catégories (Annexe 3). L'ensemble de l'analyse ouverte a donc bénéficié d'une double lecture par la confrontation des résultats des 2 chercheuses (LG et PDB), et une triangulation sur quelques entretiens avec notre directeur de thèse.

L'étiquetage initial a été réalisé à l'aide d'un tableur Excel. Pour l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif, nous avons utilisé le logiciel Mindmeister pour réaliser un modèle sous forme de carte heuristique.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Chaque participant a consenti librement à sa participation en toute connaissance de cause. Nous leur avons fait signer un formulaire de non-opposition (Annexe 4) reprenant leurs droits, notamment de rétractation, et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité. Nous leur avons également délivré une lettre d'information (Annexe 5) reprenant la question de recherche, les modalités réglementaires et nos coordonnées.

Nous avons respecté la confidentialité en anonymisant les entretiens lors de la retranscription. Pour cela, nous avons supprimé des verbatims tous les noms propres (personnes, lieux, etc.) ainsi que quelques éléments particuliers permettant de reconnaître la personne. Les noms des participants ont été codés par X suivi d'un chiffre.

Les enregistrements audios ne faisaient apparaître ni le lieu de l'entretien ni le nom de la personne interrogée et ont été supprimés après 15 jours.

Concernant les autorisations réglementaires, notre recherche a été effectuée dans le respect de la loi Jardé (16). Nous avons effectué une déclaration simplifiée à la CNIL en conformité avec la méthodologie de référence MR-004 auprès du délégué à la protection des données de la faculté de médecine de l'Université Grenoble Alpes (Annexe 6).

III. Résultats

1. Les caractéristiques de la population

La population de notre étude se composait de 17 individus.

La moyenne d'âge était de 51,1 ans, avec un âge minimum de 19 ans et un âge maximum de 84 ans.

Il y avait 9 femmes et 8 hommes.

La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes, avec une durée minimum de 9 minutes et une durée maximum de 40 minutes.

Les entretiens se sont déroulés de début août 2023 à fin novembre 2023.

Tableau I : Tableau des caractéristiques de la population interrogée

	Sexe	Âge	Milieu de vie	Milieu professionnel	Milieu socio culturel	Famille	Investigatrice	Durée des entretiens
X1	F	27 ans	Semi rural	Manager magasin de vêtement	Classe moyenne	Concubinage sans enfant	P	23min
X2	F	55 ans	Urbain	Entrepreneuse, commerciale	Classe moyenne	3 enfants	L	21min
X3	H	40 ans	Semi rural	Commercial	Classe aisée	Marié, un enfant de 2 ans	L	35min
X4	F	84 ans	Semi rural	Enseignante maths à la retraite	Classe moyenne	Veuve, 3 enfants petits enfants	P	24min
X5	F	77 ans	Rural	Peintre retraitée	Classe moyenne	Mariée, 3 enfants et des petits enfants	L	15min
X6	H	78 ans	Semi rural	Agent technique retraité	Classe moyenne	Marié, 2 enfants, 4 petits enfants	L	28min
X7	F	24 ans	Semi rural	Étudiante langues	Classe moyenne	Célibataire sans enfant	L	32min
X8	F	35 ans	Semi rural	Sportive haut niveau	Classe moyenne	Mariée sans enfant	L	40min
X9	H	19 ans	Semi rural	Étudiant STAPS foot	Classe moyenne	Célibataire sans enfant	P	16min
X10	H	75 ans	Urbain	Professeur retraité	Classe moyenne	Marié, 2 enfants	P	26min
X11	H	32 ans	Urbain	Épicier	Classe modeste	Marié, sans enfant	P	9min
X12	H	69 ans	Urbain	Retraité DRH - RQTH	Classe moyenne	Veuf, 1 fille, 1 petite fille	P	20min
X13	F	61 ans	Urbain	Retraitée avocate/juriste	Classe aisée	Mariée, 4 enfants	P	37min
X14	H	65 ans	Urbain	Retraité informaticien-gestion de projet associatif	Classe aisée	Marié, 4 enfants	P	31min
X15	F	37 ans	Rural	Architecte - RQTH	Classe moyenne	Concubinage, 1 nourrisson	P	17min
X16	F	40 ans	Rural	Esthéticienne/ puis cheffe entreprise	Classe moyenne	Mariée, 2 filles adolescentes, dont une diabétique	L	23min
X17	H	51 ans	Urbain	Mécanicien moto	Classe modeste	Marié, 2 enfants	L	28min

2. Les prérequis pour être un « bon » médecin généraliste

a. Construire une relation de confiance

Une confiance qui s'est créée,

X13 : « C'est quelqu'un qui m'inspire confiance ou en qui j'ai confiance, donc il a fallu nouer cette relation. Quelqu'un en qui j'ai confiance. »

X17 : « quand tu connais ton propre toubib c'est bête hein…. C'est comme le carrossier ou ton boulanger ou ton fromager. Ben tu des fois tu ne vas pas changer de crémerie parce que tu sais que lui il est bon. »

… qui s'est bâtie avec le temps,

X1 : « Je l'appréciais on va dire, parce qu'il m'a connue depuis ma naissance, c'est lui qui m'a auscultée, on va dire jusqu'à mes 25 ans.

… favorisée par un suivi régulier.

X2 : « [il] a beaucoup d'absences ce qui fait qu'on a du mal à avoir un lien »

X6 : « C'est un gars que j'aimais beaucoup, que j'aimais beaucoup. Et c'est lui qui m'a suivi quand j'ai eu mon opération de la colonne vertébrale. »

Des liens qui se sont construits,

X6 : « Et on s'entendait très très bien aussi. On avait noué des liens, pas d'amitié, pas encore. Mais 2 ans de plus on y serait arrivés quoi. »

… en fonction des affinités,

X12 : « forcément, avec les années, on échange des choses. Bon, il aimait le ski donc on a parlé de ski, on a parlé de montagne. »

… des efforts de chacun,

X6 : « C'est presque dans l'affectif, c'est plus dans le lien qui s'établit, mais il s'établit avec le patient aussi. Je veux dire que le patient a aussi une démarche à faire, il faut que ça soit réciproque. »

… ou naturellement, comme dans toute relation humaine.
X15 : « ma médecin traitant, je pense que ça aurait pu être une copine si ce n'était pas mon médecin, tu vois ? D'accord, Bah elle a à peu près mon âge... Tu vois même sa façon d'être. Elle est dynamique et tout. »

Cette relation de confiance était parfois tellement forte qu'elle entraînait un a priori négatif et une méfiance à l'idée même de voir un autre médecin.
X17 : « Ton propre docteur [...] il a confiance en toi, il te connait déjà d'une ; alors que la personne que tu ne connais pas [...] Bah tu dis « putain je n'ai pas confiance quoi. » Même si elle est sympa même si elle sait ce que tu as ; mais des fois tu dis "merde non ce n'est pas bon je, je vais partir et puis je reviendrai prendre un rendez-vous »

b. <u>Être compétent</u>

La compétence était une évidence.
X2 : « compétence du médecin quand même, c'est peut-être la priorité. »

Cela consistait en :

- avoir des connaissances fiables :

X9 : « Au moins un bon médecin, c'est une personne avec des connaissances solides. »

- être compétent dans plusieurs domaines :

X13 : « J'avais juste un médecin spécialiste pour la gynécologie et lorsque ce médecin est parti en retraite, je me suis rabattue sur mon généraliste. »
X15 : « on a une super médecin [...] en fait vu qu'elle fait de la pédiatre, elle peut suivre ma fille donc du coup je n'ai pas besoin de suivre un pédiatre en plus. »

- savoir faire des gestes techniques :

X4 : « le médecin généraliste, autrefois, il faisait un petit peu de couture, un petit peu de… voyez ce que je veux dire quoi. »

- questionner pertinemment :

X17 : « avant même de t'examiner, juste avec ses questions il savait, tu vois ? puis il te disait "on va examiner pour confirmer", bah là tu te dis, il est compétent quoi. »

- faire preuve de perspicacité :

X5 : « il nous agaçait parce qu'il voyait en nous ce qui n'allait pas, [rires] et on ne voulait surtout pas que ça se sache. Donc il était, il était très clairvoyant aussi. »

X6 : « s'il sent que j'ai quelque inquiétude, je serais heureux de voir qu'il s'en rend compte et qu'il va me questionner. »

- ... pour comprendre le motif de consultation :

X6 : « Je lui ai parlé de ça, il n'en est pas plus inquiet que ça. Moi je ne suis pas inquiet mais embêté. »

- ne pas faire d'erreurs :

X2 : « de pas faire de grosses grosses erreurs, parce qu'on est en confiance et que c'est quand même super important la santé. »

X15 : «je commence à lui dire que je suis tétraplégique. Il dit « tétraplégique, c'est les 4 membres hein, c'est ça ? » »

- connaître ses limites :

X13 : « La compétence, sachant que la compétence… il ne faut pas être forcément un spécialiste de tout mais dans la compétence, il y a la capacité de dire « ça je ne sais pas ». Et de renvoyer. »

Cependant, la définition de la compétence pouvait varier selon les individus et leur demande de soins spécifiques.

X8 : « mon médecin ne me correspond pas avec mes pathologies [...] pour moi j'estime qu'elle n'est pas... le meilleur match [...] qu'elle n'est pas à la hauteur de ce que moi j'attendrais, mais pour ma mère, pour moi, c'est quelqu'un de parfait. »

c. <u>Être disponible</u>

La disponibilité était une nécessité, cela consistait à :

- Accepter de nouveaux patients.

X4 : « Elle a accepté de me prendre… parce que c'est encore aussi quelque chose de…. C'est un point important ça. Maintenant, il y a… les médecins refusent. »

X11 : « De toute façon on n'a pas le choix donc on ne trouvera pas ailleurs, donc on va rester chez elle. »

- Proposer des RDV :

X1 : « Je préfère sur rendez-vous personnellement parce que je suis quelqu'un de très organisé. »

- Avoir un secrétariat en présentiel :

X4 : « Maintenant avec Doctolib, c'est la croix et la bannière. Je ne dois pas être la seule à le dire et donc … [..] il y avait une secrétaire qui a été supprimée. »

X15 : « des fois c'est par téléphone parce que je dois expliquer vraiment une situation particulière. »

- … et être sur une plateforme de RDV en ligne :

X2 : « moi j'aime bien Doctolib ! je trouve que c'est pratique parce qu'on peut le faire en pleine nuit, n'importe quand. On peut regarder ce qui est libre. Moi je trouve que c'est l'idéal. »

- Avoir des créneaux d'urgence :

X14 : « Donc oui, le fait qu'ils soient réactifs sur des petites urgences que je n'ai pas eu besoin ni d'aller à l'hôpital, ni d'appeler le 15 [...] C'est un service utile et agréable. »

X17 : «si tu es malade, alors justement avant c'était bien, mais maintenant ben c'est un peu compliqué. Il faut attendre. »

- Être joignable :

X2 : « il y a certains médecins où on ne peut jamais avoir personne. »

X10 : « c'est quasi impossible de l'avoir au téléphone donc je lui en ai parlé. Je lui ai dit « ce n'est pas possible, vous avez internet là ? » Il m'a dit « vous avez raison, on va faire comme ça ». Donc il m'a donné son adresse mail. »

X16 : « C'est une secrétaire et là c'est une mission. C'est une secrétaire où ça sonne toujours occupé, ça sonne même pas occupé d'ailleurs, ça coupe le téléphone. »

- Se faire remplacer :

X3 : « Et mon docteur là il n'a jamais de remplaçant par contre. »

- … ce qui était facilité par le travail en cabinet de groupe.

X16 : « J'ai appelé mon médecin traitant, qui est dans un cabinet avec un regroupement, il était pris. Donc j'ai dû aller voir quelqu'un d'autre. »

- Être organisé pour ne pas avoir trop de retard :

X3 : « Il prend 1/4 d'heure tous les quarts d'heure quelqu'un, mais en réel réel, il prend toutes les demi-heures quelqu'un, donc il y a un problème !»

- Proposer des téléconsultations :

X15 : « des fois tu aimerais juste qu'il puisse te prendre 5 min en visio ou juste pour avoir un avis aussi justement ouais. »

- Travailler suffisamment :

X5 : « Oui, ben maintenant, c'est lundi, mardi ; mercredi, c'est le jour des enfants ; jeudi, vendredi. Donc les mercredis, samedis, dimanche, bah c'est le 15. »

X11 : « c'est leur choix de vie aussi, donc s'ils choisissent de travailler que 3 fois par semaine…. Mais bon aujourd'hui avec ce qui se passe en France, je pense que tout le monde devrait mettre un peu plus de son temps. Surtout les médecins. »

Cependant, il était évoqué que la disponibilité des médecins serait plutôt liée à une problématique d'organisation du système de soins.

X13 : « les problèmes de disponibilité par rapport aux urgences et cetera m'intéressent, parce que c'est vraiment une question d'organisation de la société. »

d. <u>Représenter la profession</u>

Le médecin généraliste était admiré pour son métier.

X6 : « j'ai… depuis fort longtemps une sympathie, une attirance particulière pour les toubibs, les médecins, les gens de la santé. [...] Je me suis convaincu que ces gens-là, c'était pas… c'est un apostolat pratiquement. [...] ils ont un amour de l'homme, je trouve, très grand. Et c'est ce que, ce que j'attends enfin ce qui fait que quand je vais chez eux, je suis en pleine confiance. [...] des gens qui m'inspirent. »

X8 : « enfin, pour tout le salaire du monde… et je pense que ce gars-là par exemple il ne le fait pas pour ça, mais parce que médecin ça lui plaît, c'est vraiment sa passion. Je pense que oui c'est sa passion mais je pense aussi que c'est parce que c'est des personnes qui sont dévouées. »

Mais il fallait :

- Être à la hauteur de cette profession,

X4 : « J'en ai rencontré qui étaient pour moi, pas à la hauteur. [...] je suis même très dure, je dis qu'elle ne méritait pas d'être médecin parce qu'elle n'avait pas du tout de contact humain. [...] Elle a été d'une brutalité que je crois, je n'ai pas digéré encore. »

- Être digne et responsable de l'image du médecin,

X8 : « c'est quelqu'un qui je pense, fume des bédos… La dernière fois je l'ai vue à une soirée chez des amis, complètement déchirée…. Bah forcément, ça perd un peu en crédibilité. »

- Être fier de son métier.

X9 : « Une personne qui aime ce qu'elle fait. »

X10 : « Je trouve ça bien parce que ouais voilà spécialiste en médecine générale. »

Il était même valorisé que le médecin s'engage en dehors de son activité de consultation, par exemple, par l'engagement associatif.

X10 : « on avait organisé une réunion de travail justement sur la question du sida et de la toxicomanie et on avait invité tous les médecins généralistes de la commune. […] il n'y en a qu'un qui est venu, c'est lui. Donc je me suis dit, il mérite, il mérite qu'on s'intéresse à lui, parce que s'il fait cette démarche, c'est qu'il s'intéresse aux gens. Donc ça, ça me plaît. »

e. <u>Connaître son patient</u>

Cela était permis et favorisé par :

- Un échange et des discussions informelles,

X1 : « Des prises de nouvelles des 2 parties on va dire. Il me demande, comment je vais et [...] m'a ensuite demandé comment s'était passé mon voyage en Angleterre. »

X15 : « et puis là je m'étais mise à chialer. Puis du coup après à chaque fois, elle connaissait ma vie en fait. Et puis elle me posait des questions alors, « Comment ça va maintenant ? » »

X17 : « Pour discuter [...] « alors comment ça va les motos ? Bon, la famille ? » C'est bien, c'est cool, ça c'est cool, c'est cool d'être comme ça, c'est cool. »

- Une considération pour l'unicité de chacun,

X2 : « qu'il ait quand même un petit dossier ou qu'il se souvienne un petit peu, même s'il faut regarder sur l'ordinateur ce qu'il en était la dernière fois. Voilà hein. Peut-être pas trop d'anonymat quoi. »

X6 : « il sait qui je suis ; quand je lui dis que je suis fatigué et rigole [...] Bon alors du coup ça me fait plaisir puisque je comprends que s'il rigole c'est que je ne dois pas aller trop mal. »

X10 : « j'aime bien que le médecin m'accueille… pas comme si j'étais… pas un anonyme quoi. »

- Une connaissance des antécédents de ses patients,

X3 : « Moi qui ai des problèmes d'acidité ; je pense que c'est en mode, c'est en phare rouge sur son PC et que du coup [...], il arrive à faire le lien. »

X12 : « Elle sait comme je suis, voilà elle ne va pas me demander à chaque fois de baisser mon pantalon pour regarder mes prothèses quoi tu vois. »

X15 : « Quand tu as une maladie chronique, tu y vas quand même régulièrement ; qu'il sache qui tu es quoi. »

- ... et de leurs comportements,

X16 : « Je pense qu'il sait que je ne viens pas pour rien non plus. Moi j'ai déjà essayé avant, ouais. Je ne suis pas du tout hypocondriaque. »

- … qui permettait de mieux soigner.

X13 : « J'en ai déduit qu'effectivement le fait qu'elle connaisse ma sensibilité à la douleur lui donnait un avantage entre guillemets ou une compétence en plus que le médecin qui m'avait très mal soignée. »

Le fait de connaître son patient donnait au médecin généraliste un statut de « proche ».

X5 : « Un médecin c'est un peu comme un ami, c'est quelqu'un qui vous veut du bien. »

X15 : « c'est quelqu'un de très important qui connaît tout le monde, qui est sociable, qui va vers les gens et puis qui demande des nouvelles et puis voilà qui est proche de ses patients. »

X17 : « En fait c'est un proche quoi, il est dans l'entourage, il connait plein de choses de toi, de ta famille et tout. »

Tandis que les relations avec d'autres médecins étaient ressenties comme manquant de considération.

X1 : « Il y a moins de considération avec un autre médecin, qui n'est pas ton médecin traitant. »

*X17 : « « Bonjour, je suis le remplaçant de docteur **** », bon ils se présentaient hein ? C'est bien, ils se présentent et tout mais c'est froid… c'est… c'est froid. »*

f. Être empathique

L'empathie était considérée comme clef dans la relation de soin.

X4 : « c'est peut-être un peu culotté de dire ça, mais moi j'ai besoin de m'entendre avec le médecin que je rencontre, de sentir une empathie même. »

X4 : « L'intérêt pour les autres et que ça ne devienne pas une machine à soigner [...] chaleureux, je ne vais peut-être pas jusque-là parce que c'est un peu un peu plus fort, mais en tous les cas, empathique. »

Elle impliquait de savoir se mettre à la place du patient.

X7 : « peut-être un peu plus d'empathie parce que quand on est malade, on n'a pas trop envie d'entendre des réflexions un peu déplacées. »

X8 : « peut-être le fait qu'elle ne se met pas à ma place et de se dire que c'est hyper important pour moi quoi. »

Le manque d'empathie pouvait même altérer la santé du patient.

X4 : « Elle critiquait la façon… tout ce que je faisais était nul, hein ? C'était c'était vraiment destructeur. »

g. Montrer de l'humanité

Montrer de l'humanité était défini par la capacité à :

- Être bienveillant,

X2 : « Bienveillance, c'est toujours agréable quand même parce que parfois, quand on arrive avec une certaine peur ou anxiété, c'est toujours agréable de pas se faire recevoir par quelqu'un de complètement antipathique, et stressant, c'est toujours agréable. »

- Montrer de l'intérêt pour l'autre,

X4 : « Le coté humaniste même carrément, parce que c'est à dire l'intérêt pour les autres et que ça ne devienne pas une machine à soigner. »

- Avoir une approche facile,

X4 : « elle ne méritait pas d'être médecin parce qu'elle n'avait pas du tout de contact humain. »

X6 : « il y a une qualité déjà d'approche. Le côté humain [...] qu'il parle, qu'il ait un contact facile. »

- Être simplement un Homme bon.

X9 : « un bon médecin, c'est dans un premier temps, une bonne personne, humainement parlant, à laquelle on peut faire confiance et à qui on peut parler et se sentir à l'aise. Beaucoup de qualités humaines. »

X17 : « Bah, que c'est quelqu'un de bien quoi ?»

Cette humanité que pouvait montrer le médecin généraliste était mise en opposition au comportement de certains spécialistes, qui ne considéraient plus le patient comme un être entier.

X10 : « c'est quelqu'un qui s'intéresse à moi dans mon entièreté, à ma personne, pas comme je l'ai vu chez l'urologue justement chez qui j'avais l'impression quand il me regardait, il regardait un rein en fait. »

h. <u>Mettre à l'aise</u>

Il était important que le médecin mette à l'aise son patient :

- Par sa communication :

X12 : « Elle dit « bonjour », normalement, les formules de politesse, un mot agréable pour mettre en route la conversation. »

X12 : « une certaine… convivialité, si on peut appeler ça convivialité quoi. Voilà ce cadre un peu informel. »

- … en utilisant l'humour.

X4 : « probablement qu'il y aurait un échange d'humour parce qu'elle a beaucoup d'humour et je crois que j'en ai un peu. »

X6 : « il commence seulement après 10 ans à oser faire une petite plaisanterie. »

- Par son attitude :

X15 : « Tu vois même sa façon d'être. Elle est dynamique et tout [...] elle est avenante.»

X17 : « et je l'aime bien. Je te jure, que je l'aime bien. Quand je vais le voir, je suis, je me sens à l'aise, je suis super à l'aise. »

- … avec le sourire,

X6 : « beaucoup plus bavard, beaucoup plus souriant et… plus décontracté avec moi.»

X11 : « c'est juste le sourire. Et de mettre le patient à l'aise. »

- … en étant chaleureux.

X13 : « je me suis dit « Oh là, qu'est-ce qu'il est froid ? Qu'est-ce qu'il n'est pas agréable ? » Je n'ai déjà pas du tout eu envie d'aller retourner le voir. »

- Par une absence de gêne peu importe le motif de consultation.

X6 : « j'étais allé la voir parce que [rigole] parce que j'avais trouvé des hémorroïdes [rit encore]... bon, et j'ai été terriblement gêné. »

X9 : « C'est le médecin qui sait mettre à l'aise. Je ne me suis jamais senti mal à l'aise quand je vais la voir. Je n'ai jamais eu de gêne quand j'ai dû parler de problème. »

Mettre à l'aise le patient lui permet de libérer sa parole, de se sentir libre de reconsulter et donc d'être mieux soigné.

X10 : « Oui, ça je ne suis pas gêné pour lui dire les questions que je me pose. »

X14 : « Un bon médecin généraliste, c'est un médecin chez qui j'ai, je ne vais pas dire plaisir, mais pas de déplaisir à y aller [...] Et que je ne vive pas comme une contrainte de devoir y aller. »

i. <u>Avoir du tact</u>

Il était apprécié d'avoir du tact :

- Pour aborder certains sujets sensibles :

*X1 : « Ne pas dénigrer la personne, je sais qu'**** [sa sœur], elle se sentait mal dans son corps et il l'a pesée et il lui a dit « Oula, on a pris un petit peu de poids ». Ça ce n'est pas forcément bon à dire à certains patients parce que du coup ma sœur elle l'a très mal pris. »*

X14 : « c'est arrivé plusieurs fois des médecins qui me voient de façon occasionnelle dire « Vous savez, ce n'est pas bon pour vous d'être trop gros « mais ça c'est quelque chose... De but en blanc [...] J'ai trouvé que ce n'était pas adapté. »

X17 : « tu sais, moi je buvais beaucoup de lait ? Et un jour il m'avait ausculté, et il avait osé dire que j'étais un alcoolique ! »

- Dans la distance mise avec le patient :

X10 : « Il est très attentif à moi et puis sûrement aux autres pour ne pas être intrusif. »

X15 : « Proximité mais en même temps quand même de la distance, tu vois, je ne sais pas comment dire ; connaître toute ma vie elle mais elle ne va pas être intrusive. »

- Lors des annonces *:*

X16 : « on ne savait pas, on ne connaissait pas le diabète et en fait on se dit « Mais comment ça se passe ? Il va rester là cette nuit ? » on était un peu, on… c'était un peu le flou. Et la personne elle lui a dit « mais en gros vous travaillez dans quoi Monsieur ? » « Artisan dans le bâtiment », « Bah vous allez devoir changer de métier. »

X17 : « s'il fallait s'inquiéter il te le disait aussi hein attention ! Mais il te le disait bien, pas brutalement comme ça non plus. »

j. Être humble

Être humble consistait à :

- Connaître et admettre ses limites.

X6 : « qu'il... ne soit pas persuadé qu'il va te soigner et qu'il soit modeste, qu'il soit humble. »

X8 : « si elle n'a pas les compétences et ça c'est normal parce que enfin pour moi médecin ; je veux dire entre le bras, la jambe, la tête, les yeux… [...] mais par contre pour moi il doit t'aiguiller vers le domaine qui correspond à tes symptômes. »

- Faire confiance à son patient, parfois expert.

X4 : « cette notion d'échange…voilà, parce que le médecin…Je suis capable aussi de lui dire sans que ça la fâche. […] Tous les progrès qui se font dans… c'est impossible, sauf si on a des malades qui justement sont concernés. »

- Être ouvert à la communication sur ses erreurs.

X8 : « le souci c'est que si tu n'es pas d'accord avec son diagnostic [...] ça me paraît compliqué d'aller voir mon médecin G et de lui dire « franchement ce que tu as fait c'est de la merde. » »

k. Accueillir

Un des pré requis était le fait de bien accueillir le patient :

- Dans un lieu simple, propre, rangé, pas stressant.

X6 : « Son cabinet est tout à fait simple et sobre. C'est tout à fait bien rangé, ce n'est pas le bordel, il y a une petite salle à côté où il s'occupe de l'examen. »

X1 : « c'est important de mettre un espace un peu cocooning puisque tu arrives souvent stressé chez le médecin. »

- Accessible aux patients porteurs de handicap.

X15 : « Ben déjà accessible pour moi, tu vois ?»

- En ayant un secrétariat accueillant.

X2 : « le secrétariat est important aussi parce que [...], on aime bien être bien accueilli quand même, qu'il y ait un minimum de sympathie ou de sourire, c'est toujours plus agréable que de se faire envoyer promener si le docteur n'a pas disponibilité. »

- Par les premiers mots et gestes du médecin.

X1 : «il m'a toujours serré la main quand j'arrivais au bureau. Je trouve ça bien. [...] ça crée une relation de confiance. En fait, ça t'invite à te dire OK, je suis entre de bonnes mains. »

X17 : « rien que l'accueil ; il ouvre la porte « vas-y installe toi » puis et puis c'est après, après m'avoir ausculté et tout, puis on parle : « comment ça va ? » Tu vois ça c'est c'est cool hein ? »

l. Faire attention à sa présentation

Il y avait peu d'exigence par rapport à la présentation du médecin si ce n'est la propreté et le sérieux.

X7 : « du moment que c'est hygiénique, moi c'est bon hein. Ils peuvent ressembler à ce qu'ils veulent. »

X9 : « inconsciemment, si c'est une image qui va l'opposé du… de l'image du médecin que je me fais ça ouais, ça va avoir une petite réticence mais sinon en général j'essaie de ne pas y prêter attention. [...] très sérieuse, très… comment dire très… Toujours très carrée sur elle-même, toujours bien coiffée toujours. Et voilà. Ok bah après ça c'est vraiment l'image stéréotypée en fait du médecin. »

Il était apprécié qu'il montre une image de bonne santé.

X8 : « Je ne demande pas que ça soit quelqu'un d'athlétique tu vois, mais pas en obésité. Il a une bonne hygiène buccale avec des dents correctes. Et il sent bon enfin une hygiène corporelle normale. »

m. Être ponctuel

La ponctualité était une qualité appréciée.

X3 : « moi, bon généraliste, je te dis, c'est plutôt quelqu'un de ponctuel parce que bah à vrai dire voilà ; pas passer notre vie non plus dans une salle d'attente, surtout si en plus il y a des créneaux horaires, autrement on n'en fait pas et puis c'est libre-service et tout le monde vient à la chaîne quoi. Ce qui se faisait avant d'ailleurs… Donc voilà, donc c'est la ponctualité. »

n. Faire attention à sa réputation

Un bon médecin généraliste était un médecin recommandable.

X5 : « Ça se passe toujours très bien et je le conseille à d'autres personnes. »

Sa réputation était bonne s'il n'avait pas fait d'erreurs diagnostiques.

X16 : « il y en avait après des fois qui étaient disponibles, ils n'avaient pas bonne réputation et après je suis allée là-haut à ceux qui sont bien réputés. […] Ben la réputation… du bon diagnostiqueur. »

o. Ne pas se laisser influencer par la soif du gain

Certains participants relevaient qu'un bon médecin était un médecin qui savait privilégier la qualité à la quantité.

X6 : « Il pourrait en faire 3 par heure hein, ça ferait plus de pépettes. Mais non, non. »

X10 : « je trouve qu'il prenait trop de rendez-vous parce que je pense qu'il avait envie de sous quoi… [...] Je discutais avec lui, il disait, "mais j'ai besoin d'argent, moi je voyage". Voilà, mais très naturellement. Mais c'était… ça ne me choque pas moi. Parce qu'après tout, il faisait bien son boulot. »

p. Respecter la confidentialité

Une notion évidemment importante était le respecter de la confidentialité par :

- le lieu de consultation.

X5 : « Et ce qui se dit dans la salle d'examen, les gens dans la salle d'attente, n'entendent pas. »

- la distinction vie privée - vie professionnelle.

X8 : « Et je sais que je vais la revoir. Tu te confies donc c'est dur parce que tu pourrais te dire, je vais la recroiser, va se dire « Ah attends elle, c'est vrai, elle a ça. » »

q. Prendre soin de soi pour bien soigner

Il ressortait qu'un médecin soignait mieux quand il prenait soin de lui.

- En prenant du temps pour lui :

X13 : « Parce que bon, je connais des médecins [...] qui veulent avoir des weekends libres, [...]…donc j'ai du mal à exiger, entre guillemets ou à considérer que la disponibilité est une qualité importante. Elle est intéressante et ça tombe bien, mais ça demande tellement de sacrifices de l'autre côté. »

- En sachant s'arrêter au bon moment :

X5 : « et le confrère, visiblement, en avait par-dessus la tête et il expédiait les gens… Il fallait qu'il s'arrête. On sentait qu'il n'avait plus d'intérêt pour ses patients, ça c'était vraiment, c'était pénible. »

Cela permettait de mieux gérer ses émotions pour qu'elles n'aient pas d'impact négatif sur les soins.

X17 : « c'est un docteur qui est bien ; non mais je ne t'explique pas quand il était énervé ! [...] Ben ça se voyait. Alors est ce que c'est parce qu'il était fatigué ? Tu sais, c'est vrai que c'est un métier quand même qui est dur. Alors est ce qu'il était fatigué ou énervé hein ? On ne sait pas, on ne sait pas mais c'est vrai des fois putain il n'était pas content… [...] il va faire son boulot mais un peu plus vite… »

3. Les stratégies et les procédés pour être un « bon » médecin généraliste

a. S'investir

Les patients appréciaient un médecin qui s'investit.

- En donnant de son temps :

X4 : « lui, il avait toujours le temps, mais il commençait à 07h00 du matin, il finissait à 10h00 du soir aussi hein. »

- En montrant une disponibilité réelle sur le moment :

X5 : « Quand je parle de disponibilité, [...] il n'est pas à regarder sans arrêt sa petite pendulette, ni son ordinateur. Oui, c'est quelqu'un qui vous regarde dans les yeux, qui

vous parle [...] On sent qu'il écoute vraiment, d'accord ? qu'il ne pense pas « vivement que ça soit fini. » »

- En cherchant des potentiels motifs cachés :

X6 : « Et puis qu'il pose des questions ! Parce que s'il pose des questions, c'est qu'il cherche des pistes, qu'il creuse, qu'il ne se contente pas de m'écouter. »

- En allant au bout des choses :

X2 : « elle n'essaye jamais de résoudre en 2 secondes le problème. Elle essaie de de pousser plus loin, si… »

X9 : « [l'examen clinique ;] vous pouvez y accorder toute votre attention et ne pas faire les choses à moitié. »

Cet investissement était souhaité total :

- … même en dehors des horaires de travail,

X17 : « Puis tu vois quand mon beau père est décédé, il était très malade hein. Et c'était pas lui c'était un remplaçant. Mais il a dû lui dire parce que bah il nous a appelé. Il était en vacances tu vois ? Et il nous a appelés. »

- … malgré la fatigue,

X11 : « voilà donc qu'il soit fatigué ou pas, je pense ; c'est surtout sa volonté. »

- … ou la maladie.

X16 : « j'ai déjà consulté où elle soit malade. Ouais, je l'ai vu parce que je lui ai dit, et malgré tout elle a fait son boulot à la perfection. »

b. S'adapter

Les patients appréciaient que le médecin s'adapte à eux :

- En acceptant de parler de plusieurs problèmes :

X3 : « Je peux lui parler de mes problèmes d'acidité puis switcher et lui parler de mes problèmes de psoas ou mes problèmes de poids ou je ne sais quoi. Enfin voilà, je veux dire, c'est pas quelqu'un de très fermé où on lui a posé un sujet au début et il finit là-dessus. »

- En s'adaptant aux habitudes des patients :

X4 : « elle me dit, non mais vous ne bougez pas, vous restez assise, je vous prends votre tension là, parce qu'elle me connaît bien, parce que dès que je me déplace la tension monte. »

- Dans sa communication ;
    - en vulgarisant :

X14 : « ses capacités de vulgarisation, c'est-à-dire pouvoir répondre [...] d'une façon compréhensible simplement par quelqu'un qui n'est pas formé aux techniques médicales. »

    - .. ou en employant un langage médical :

X4 : « elle va dire les choses assez crûment, assez directement. Puis moi je comprends assez bien le langage médical aussi donc, ça ne me gêne pas du tout. »

    - en prenant en compte la sensibilité des patients :

X8 : « Il n'a pas de sentiment quand il donne le diagnostic, il ne dit pas ce que tu veux entendre. [...] Moi je dirais que je le souhaite pour moi, mais pas forcément pour les autres. Par exemple, si je reprends le cas de ma maman, il faut plutôt quelqu'un de positif, à l'écoute on va dire, [...] plutôt quelqu'un qui enrobe, qui va aller tirer le positif.»

- En acceptant de faire des exceptions :
    - en ajoutant des créneaux d'urgence :

X14 : « il y a un peu plus de finesse, c'est à dire que, entre guillemets, il y a un peu de négociation dans la mesure du possible avec la personne en fonction de l'urgence ou pas. »

    - en s'adaptant aux patients qui ne peuvent pas facilement se déplacer :

X15 : « essayer d'être arrangeant aussi tu vois enfin [...]. Ils savent que je peux pas me déplacer à chaque fois, c'est relou. Enfin, ils me préparent les ordonnances, enfin… »

    - en donnant son numéro personnel :

X2 : « c'est génial parce qu'on peut envoyer un SMS, [...] il le lit, quand il peut et il nous répond. Bon voilà je l'ai fait à un moment parce qu'elle l'avait autorisé [...] mais je n'en ai pas abusé et après je ne l'ai jamais plus utilisé parce que je trouve qu'il faut respecter.»

Cette adaptation était possible car le médecin connaissait ses patients :

X16 : « elle apprend, [...] à connaître ses patients aussi et que ça permet de bah de connaître un peu mieux ses patients et de les juger aussi pour savoir comment s'adapter par rapport à eux. »

c. Être à l'écoute

Être à l'écoute était une compétence fondamentale dans la relation de soin.

X9 : « Une personne à l'écoute dans un premier temps, je pense, ça c'est vraiment le plus important. »

Pour une bonne écoute, il était nécessaire :

- de prendre le temps.

X7 : « Et c'est aussi son attitude. Elle écoute, elle prend vraiment le temps. »

X15 : « ce n'est pas grave d'attendre 1/4 d'heure dans une salle d'attente. Si après on t'écoute. »

- … de pratiquer une écoute active :

X5 : « c'est quelqu'un qui vous regarde dans les yeux, qui vous parle. Il regarde bien sur l'ordinateur pour voir le profil, puis se remémorer le patient, les mots du patient. Mais il a une écoute. Comment dire… une écoute ? tactile, [...] palpable. »

X16 : « en fait c'est elle qui pousse quand on va en consultation, qui cherche en fait ce n'est pas juste… elle est vraiment à l'écoute quoi. »

- … avec tous :

X11 : « qu'il doit être à l'écoute et surtout, à l'écoute de tout le monde. »

- … même quand ce n'était pas le motif de consultation :

X6 : « S'il n'y a pas besoin de parler, bah c'est que ce n'est pas très grave. Mais s'il y a besoin ; qu'il soit capable d'écouter quelque chose qui ne soit pas forcément le sujet pour lequel tu viens le voir. »

Le seul fait d'être à l'écoute permettaient parfois de soigner.

X3 : « il est très à l'écoute et… [...] j'ai l'impression d'être soigné. Ok, c'est un peu… il y a un effet un peu placebo, hein quand même… »

d. Expliquer

Il était important d'expliquer :

- les actes de la consultation, surtout s'il pouvaient être douloureux :

X7 : « Mais même pour des trucs vraiment basiques, par exemple pour regarder au fond de la gorge à chaque fois, ils [les médecins canadiens] sont obligés d'annoncer

pourquoi ils vont faire ça et tout ça. Et ça comme je suis un peu une stressée de la vie, pour moi c'est mieux. »

X2 : « ce que j'aime mieux, par rapport à mon vécu, c'est qu'on me prévienne si on fait quelque chose de douloureux. »

- les évolutions possibles :

X9 : « s'il ne m'explique pas pourquoi, c'est sûr qu'après si par la suite il y a un problème dans les années qui suivent, voilà, je me sentirais comme trahi par ce médecin. »

- ... que faire pour une bonne évolution :

X8 : « tu as envie qu'on te dise exactement ce qu'il faut que tu fasses pour que ça se résolve le mieux possible. »

X17 : « des fois j'ai mal au dos et là aussi il t'explique, les gestes qu'il faut faire et ne pas faire. »

- et les éventuelles non prescriptions :

X14 : « Il ne va pas forcément chercher à me faire plaisir en me donnant une ordonnance avec des produits, mais voir ce qui est adapté m'expliquer si ça ne sert à rien de mettre une médication. »

Les explications étaient parfois souhaitées :

- simples et à l'oral

X12 : « elle est claire et concise. »

- … écrites :

X8 : « que à la limite, il me fasse voilà, 3 options, mais qu'on les ait aussi papiers [...] parce qu'oralement, tu te souviens toujours de ce qui t'arrange. »

X9 : « dans les maladies plus graves, on a besoin de savoir ce qu'on a pour comprendre où on va. Oui, là je pense qu'on aura besoin de documentation. »

- … ou illustrées par des supports :

X17 : « il t'expliquait vraiment tout ! Quand tu es malade, il sort tout son petit truc là, tu sais son… il avait une espèce de cahier, un livre quoi, où tu avais tout le squelette humain. Et quand tu avais mal franchement, il t'expliquait vraiment, vraiment, vraiment ce que tu avais. »

Il était important que les prescriptions soient comprises pour une meilleure observance :

X8 : « elle me dit « mais vous savez pourquoi vous prenez ce traitement là ? À quoi ça sert ? » Je dis « bah non moi je n'en sais rien en fait ». Et elle m'a expliqué un peu le principe de ce médicament et quel était l'intérêt de prendre ce médicament là et du coup j'ai plus suivi un peu mon traitement. »

X17 : « Bah quand il m'expliquait, bah moi je prenais les médicaments. »

e. Prendre le temps

Il était important que le médecin prenne le temps.

- de faire une consultation complète :

X6 : « je n'aimerais pas être évacuée au bout de 4min 30. Euh, le mien nous garde vers 25 minutes de toute façon, tu vois. Et puis tu sens qu'il n'est pas derrière sa montre hein ? »

X9 : « Qui prend son temps pour un patient parce que je pense que quand on essaie de faire quelque chose vite, bah c'est compliqué après de bien le faire. »

- de chercher d'autres motifs :

X3 : « C'est qu'il prend le temps quand même de… je suppose, que c'est fait exprès de prendre le temps avec le patient pour savoir s' il y a peut-être d'autres choses qu'on veut évoquer.»

- de laisser le temps au patient d'intégrer les informations :

X16 : « déjà que ça faisait beaucoup d'informations à emmagasiner. En plus on… bah… et j'ai trouvé qu'au niveau psychologique, ils ont été zéro. »

- pour apaiser le patient.

X17 : « moi je suis quand même speed tu vois ? Donc il savait très bien…, il m'apaisait moi. »

f. Être efficace

Un médecin était considéré comme efficace :

- En étant organisé :

X3 : « il n'est pas désordonné. »

- En comprenant vite :

X4 : « Elle comprend très très vite. »

X7 : « Elle a vraiment l'œil, [...] elle a directement vu, même dans la manière dont je parlais, dont je me comportais, qu'il y avait des choses qui n'allaient pas. »

- En soignant vite et bien :

X9 : « ce que je recherche, c'est d'être soigné le plus vite possible. L'efficacité donc. [...] Je pars dans l'optique qu'un médecin essaie de faire en sorte que tu sois remis le plus vite possible et le mieux possible. »

X16 : « on fait 2 consultations pour être soigné comme il faut ; on a l'impression de perdre du temps. Du temps de l'argent. »

- Pour ne pas faire trop attendre les autres :

X15 : « Après il ne faut pas non plus attendre 01h30 tu vois ? Parce que des fois c'est l'inverse, tu as des médecins qui prennent vraiment trop de temps. »

g. Assurer la continuité des soins

Le suivi était important pour assurer la continuité des soins :

- En tenant à jour le dossier médical :

X4 : « c'était la remplaçante, elle avait bien mon dossier sur leur ordinateur puisque c'était dans le cabinet du médecin habituel. Mais ça, elle a très très vite su faire le tour [...] elle n'a pas hésité parce que c'était déjà prescrit dans toutes les ordonnances précédentes. »

- En tenant les patients au courant de leurs résultats :

X7 : « quand souvent j'ai des résultats d'examens [...] C'est moi qui ai dû rappeler en fait, et souvent c'est le cas [...] j'attendais que mon médecin me rappelle pour qu'on en discute et tout, et en fait il ne m'a jamais rappelée ! Et du coup j'avais le résultat, j'avais quelques lignes du laboratoire quoi mais je n'avais pas d'explication. »

- En trouvant un successeur lors du départ à la retraite :

X17 : « il m'a dit bon qu'il allait bientôt finir… et je lui ai même posé la question, "comment on va faire ? Comment on va faire ?»

h. Coordonner le parcours de soins

Il était apprécié que le médecin coordonne le parcours de soins.

- En orientant vers des spécialistes :

X11 : « on a un problème, on va chez le généraliste et c'est lui qui va nous orienter. Et s'il nous oriente bien, je pense que ça, c'est important. »

- ... seulement si besoin :

X4 : « maintenant c'est effarant quoi, il n'y a pas d'enfant qui soit élevé sans être entouré de spécialistes. »

- En prenant les RDV pour le patient en cas d'urgence :

X8 : « Et j'ai trouvé que c'était bien parce que voilà, il m'a envoyé tout de suite voir quelqu'un spécialisé. Il a appelé. J'ai eu un rendez-vous. »

- En recevant les résultats et en communiquant avec les spécialistes :

X1 : « Si en gros, je vais voir quelqu'un d'autre, ce quelqu'un d'autre, il envoie finalement les résultats à mon docteur généraliste, comme ça il peut me suivre en fait.»

i. Connaître un réseau

Il était utile de connaître des spécialistes de confiance à conseiller à ses patients.

X7 : « ça peut être utile un médecin généraliste, mais qui connaît un peu, comment dire… le vivier de spécialistes qu'il y a sur la région, qui peut un peu conseiller, qui voir ou qui ne pas voir. »

X16 : « je lui ai demandé qui il fallait que j'aille voir. Elle me conseille quelqu'un et comme je lui fais confiance, et ben je suis allée là où elle m'a dit. »

j. Faire de la prévention

Le « bon » médecin pouvait faire de la prévention :

- En salle d'attente :

X1 : « Et puis souvent, s'il n'y a pas de document, s'il n'y a rien à faire, bah je lis tous les affichages qui sont autour de moi. »

- Qui ne soit pas trop anxiogène :

X3 : « Faut pas trop d'affiches « Fumer donne le cancer et compagnie ». Non mais tu as des médecins, ce n'est que ça. Il y a des affiches, tu ressors, tu as l'impression que tu as le cancer quoi. »

- Adaptée aux pathologies de chacun :

X8 : « elle t'explique que en fait il ne faut pas banaliser la brûlure d'estomac parce qu'en fait derrière il peut y avoir dans les années qui suivent, il va y avoir peut-être des risques. »

X14 : « moi je ne savais même pas qu'il doit me faire un vaccin à 65 ans. Donc, il m'a fait une ordonnance pour acheter le vaccin, mais c'est lui qui... J'avoue que j'avais un peu décroché de ce vaccin régulier. »

k. Interroger

L'interrogatoire, était un moment important :

X2 : « Elle me pose des questions, elle regarde la globalité. »

X4 : « quelqu'un qui sait poser les bonnes questions. [...] qui vous pose plein de questions et qui attend que vous répondiez et qui en plus demande si vous n'avez pas encore d'autres questions à lui poser. »

l. Examiner

Les patients appréciaient quand l'examen clinique était global :

X3 : « j'en profite souvent pour faire un check-up, [...] on passe quand même forcément par la tension et touti quanti. Même si t'as un problème au pied entre guillemets. »

X6 : « Il examine tout, tout, tout ; le pouls, il m'ausculte derrière, devant, les réflexes, il me pèse, il me mesure. »

X10 : « je ne sais pas comment faire de la médecine en télétravail, vraiment je… parce que la question du médecin, c'est la question du corps, même s'il y a aussi des aspects psychologiques bien sûr, mais même les aspects psy à travers un écran, je ne suis pas sûr qu'on les voit si bien que ça. »

La prise de tension était essentielle :

X6 : « j'apprécie beaucoup qu'il me prenne la tension à chacun des 2 bras. »

X13 : « on prend la tension à chaque fois [...] je trouve ça normal, logique, c'est une espèce de d'habitude de routine et de normalité. »

Il y avait parfois besoin d'examens plus poussés :

X1 : « On a fait un électrocardiogramme, il me semble, pour que je reprenne la boxe en compétition. »

X5 : « Enfin je veux dire, si j'avais une douleur dans le bas ventre, peut-être qu'il faudrait que j'enlève ma culotte, ça je ne sais pas. »

X14 : «et donc là il m'a fait tout un tas de gestes, bouger la cuisse, machin etc, [...]. Il a soupçonné en fait, une tendinite. »

m. Recueillir le consentement

Le recueil du consentement était vécu positivement :

X1 : « vu que je suis un petit peu pudique, j'avoue que quand je dois me retrouver en slip, je ne suis jamais très à l'aise mais… Mais encore une fois, s'il y a de la communication. C'est... ça pose la chose en fait. »

X7 : « ils n'annoncent JAMAIS ce qu'ils vont faire en fait. Et on est un peu dans le flou. Ils vont commencer à bouger des trucs, à toucher, des endroits et tout. Et parfois je ne sais pas, après ça dépend le passé de chacun et chacune mais parfois, ça fait un peu invasif. »

... ou parfois il était considéré comme superflu :

X8 : « en fait je viens pour ça donc euh, s'il venait à me dire, « alors là, est-ce que je peux ? » Je serai là, mais vas-y enfin, sinon je ne serai pas là ! Sinon je me palpe toute seule et puis je te dis !»

n. Créer les conditions de la confidence

Il fallait que le « bon » médecin permette les confidences :

- En créant un cadre adapté :

X6 : « il me semble que c'est important que le patient se sente à l'aise [...] il me semble que l'on se confierait plus facilement. »

X13 : « Je ne demande pas forcément que tous les gens soient sympas sauf que du coup je ne vais rien lui raconter. [...] ce que je veux dire c'est que je ne vais rien, rien lui donner comme information. De plus, parce que d'abord, elle ne les a pas demandé et manifestement ça la faisait chier de les avoir. »

- En étant prêt à écouter, peu importe le moment :

X6 : « ça fait partie du boulot, qu'on puisse déborder, s'il y a besoin bien sûr. »

- En permettant aux patients d'exprimer ce qui les tourmente :

X5 : « une bonne écoute c'est faire parler la personne. Même ou peut-être surtout d'ailleurs, des choses dont elle n'a pas envie de parler… »

Avec parfois le besoin de voir un médecin différent.

X8 : « elle ne te connaît pas. Donc tu n'as pas …[...] « la facette ». [...] Là tu te dis, tu peux parler à une personne que tu ne connais pas, qui ne va pas te juger, elle ne te connaît pas. »

o. S'enquérir de la santé mentale

Il était bien vu que le médecin s'enquiert du bien être psychologique de ses patients.

X5 : « le mien il pose toujours à un moment une question sur le moral, c'est important je trouve. »

p. Prendre au sérieux

Il était primordial que le médecin accorde de l'importance aux plaintes de ses patients:

- Sans banaliser les symptômes :

X7 : « je lui ai expliqué mes symptômes, il m'a dit, « Ah ben reposez-vous » [rire nerveux]. Ouais, alors que c'étaient des symptômes vraiment… enfin graves entre guillemets. »

X8 : « des personnes qui prennent un peu light tu vois ? « il n'y a rien de grave » après c'est vrai hein, il n'y a jamais rien de grave ; ne pas faire de sport c'est pas grave. »

- En faisant confiance aux patients :

X17 : « il [son fils] est parti en colère. En fait il n'avait pas été pris au sérieux, il nous a dit « je pense qu'il a cru que je mentais sur la douleur ». »

- Pour éviter les erreurs ou complications :

X7 : Peut-être que par prévention, parfois il vaudrait mieux prendre au sérieux tout le monde et au pire leur faire faire des tests qui ne vont servir à rien. »

X16 : « « je sens que c'est en train de dégénérer, ça ne va pas et »... Bah on sent qu'on… c'est limite s'il écoute, il n'est pas attentif. Et que… comme si ce qu'on disait n'avait pas de valeur. »

q. Déculpabiliser

Il était utile de ne pas avoir un discours culpabilisant.

X1 : « On [sa sœur et elle] n'a jamais eu trop confiance en nous hein. Mais si en plus ton docteur te dit « Oula, tu as pris du poids », c'est... ça peut être compliqué. »

X14 : « je souffre d'une surcharge pondérale donc c'est arrivé plusieurs fois que des médecins qui me voient de façon occasionnelle me disent « Vous savez, ce n'est pas bon pour vous d'être trop gros » [...] quand on est gros, on le sait et que on…enfin c'est peut-être adapté que mon médecin régulier à un moment donné me demande de façon délicate ce qu'il en est, etc. Mais sur un médecin occasionnel, cette espèce de vigilance qu'il a… est un peu pesante. »

r. Valoriser

Le fait de valoriser ses patients était appréciable.

X15 : « Tu as l'impression que ton gamin est un génie quand tu ressors. « Oh c'est super elle est hypertonique, elle est très éveillée », alors tu ressors, tu es gonflée à bloc et je fais « ouais ma fille est géniale !» »

X17 : « Il dit « la tension elle est bonne, continue comme ça » tu vois c'est bien parce qu'il te fait des compliments quand même. »

s. Être transparent

Un « bon » médecin était aussi évalué par sa transparence :

- A justifier les prescriptions ou non prescriptions :

X7 : « un adressage que mon médecin traitant ne voulait pas me faire et je ne savais pas pourquoi il ne voulait pas me la faire. »

X17 : « quand il m'expliquait, bah moi je prenais les médicaments. »

- A expliquer les évolutions potentielles :

X8 : « il peut m'expliquer s'il y a plusieurs options, typiquement je ne sais pas, je reprends la déchirure. « L'option un : vous continuez à courir de manière modérée, voilà les signes à ne pas dépasser, mais voilà aussi les risques que vous pouvez avoir. Option 2 : on arrête tout, option 3 … » »

X9 : « Bah, s'il ne m'explique pas pourquoi… c'est sûr qu'après si par la suite il y a un problème dans les années qui suivent, voilà, je me sentirais comme trahi par ce médecin. »

- A justifier la validité scientifique des soins prodigués :

X13 : « Et depuis quand je vois toutes les études qui disent que l'homéopathie c'est une vaste connerie [...] autant je lui faisais complètement confiance et je considérais qu'une homéopathie c'est très bien. Autant maintenant je vais toujours… Bah zut alors… »

- A exprimer son incertitude :

X9 : « si le médecin n'est pas en capacité de répondre à mes attentes, ouais ce n'est pas forcément quelque chose de grave. Je préfère une personne qui est sincère [...] qu'un médecin qui va se forcer à prendre une décision pour… à forcer le résultat et qu'il ne soit pas toujours bon, voire néfaste pour la personne. »

X10 : « Ah ben non, ça ne me déstabilise pas. Mais ce que je comprends, la médecine ce n'est pas une science exacte hein. Donc ça ne me pose aucun problème. Je préfère même que y ait du doute, des interrogations. »

t. <u>Partager les décisions</u>

Le « bon » médecin devait s'adapter au degré d'autonomie souhaité par chaque patient dans la prise de décision :

X2 : « j'aime bien qu'on me dise ce qui est possible et puis que j'ai quand même la dernière décision. [...] Ouais, je préfère avoir un peu d'autonomie. »

X10 : « Je préfère même que y ait du doute, des interrogations et que je sois partie prenante des interrogations quoi. »

X13 : « on va en discuter des conséquences de chaque… s'il y a des options : [...] il n'y a jamais de solutions noires ou blanches. »

… parfois le patient préférait que le médecin décide seul :

X3 : « De mon côté, moi je pense que je préfère du directif que d'avoir toute une salade d'options. »

... ou au contraire, le patient décidait seul :

X10 : « et j'ai refusé de prendre mes statines. »

u. Gérer les erreurs

Il était important que le médecin sache gérer les erreurs :

- En étant réactif après une erreur :

X13 : « elle n'aurait pas eu la même prise en charge [...] et elle a fait un courrier en fait pour signaler. »

X17 : « C'est une erreur. Bon après ce n'est pas… Et lui, il me conseillait sur ce qu'il fallait faire, ne pas faire… »

- Car elles ont des conséquences pour les patients :

X8 : « J'ai fait ça et derrière, et ben ma brûlure, elle a augmenté encore. Enfin l'infection a augmenté, ça a durcit encore plus autour… »

X16 : « j'ai eu des fois des erreurs de diagnostic ou 2-3 jours après j'étais obligée de retourner voir le médecin qui connaissait mes filles parce que bah elles n'étaient pas soignées comme il faut. »

- … et peuvent impacter la réputation du médecin :

X7 : « le lien de confiance qui se rompt [...] j'ai eu 2 ou 3 personnes comme ça qui avaient ce médecin et qui ont eu des expériences un peu où il a laissé dégénérer un peu des trucs. »

X16 : «il y en avait un dans notre commune ; mauvais diagnostics qui, qui… vraiment de mauvaise réputation. Donc je n'ai même pas cherché à y aller. »

4. Les missions du « bon » médecin généraliste

a. Être alliés

Le médecin et son patient devaient être des alliés avec des objectifs communs :

X9 : « moi quand j'y vais, ce que je recherche, c'est d'être soigné le plus vite possible. [...] Je pars dans l'optique qu'un médecin essaie de faire en sorte que tu sois remis le plus vite possible et le mieux possible. »

X14 : « ça m'est arrivé typiquement sur ce problème spécifique de poids de le prendre en charge moi-même, c'est à dire non pas en maigrissant la seule chose, mais en demandant au médecin qu'est-ce qu'on peut faire ?»

A l'inverse sans alliance, une lutte pouvait s'installer :

X7 : « il a vraiment fallu que ce soit moi qui aille les voir à chaque fois, qui ai dû les faire les démarches. J'ai dû réclamer en fait ! Et en fait ça moi ça met mal à l'aise [...] j'ai l'impression d'être un peu la patiente hyper chiante qui leur dit comment faire leur métier alors que ce n'est pas du tout mon intention. [...] c'était un peu le parcours du combattant. »

Être alliés permettait d'éviter le nomadisme médical :

X8 : « en tout cas pour les blessures du sport, tu as tendance à aller voir plein de médecins qui ont plein d'avis différents, ce qui fait que ça te fait perdre un peu ta confiance envers un médecin et forcément tu prends l'avis de celui qui t'arrange le plus. »

b. Guider

Le médecin généraliste était qualifié de guide dans le parcours de soins :

X1 : « j'aime bien qu'on me guide [...] je pense qu'il faut instaurer un minimum de…pas de directive mais, [...] peut être pas jusqu'au point d'être par paternaliste, mais d'indiquer ce qu'il faut faire quand même sans donner des ordres. »

X9 : « A chaque fois que j'ai eu un problème du coup, je suis allé la voir, elle m'a bien conseillé pour me soigner. »

Il guidait :

- dans la prise de décision :

X16 : « Mettons là, c'est pour une opération pour les dents de sagesse de ma fille. Eh ben je trouve que je suis lâchée dans la nature. C'est à moi où je fais ma tambouille, où ils se renvoient un peu la balle parce qu'on ne sait pas si on doit l'opérer. [...]. Le professionnel ne va pas nous dire « il faut faire ça, ça, ça ». On doit prendre la décision.»

- vers des objectifs personnalisés :

X6 : « il sait que je suis… gourmand comme une vieille chatte ! Et que bon, que j'aimerais être en dessous des 90 kg. Alors la dernière fois il m'a dit « Oh on est à 94 hein, ça ne va pas ça ». »

- en expliquant à l'avance la marche à suivre après un examen :

X7 : « c'est le fait qu'il n'y ait pas cette conversation parce que tout simplement s'il me dit « si je vous ne rappelle pas c'est qu'il n'y a rien de grave mais je vais regarder les examens » au moins je sais que voilà... Et donc je pense, que c'est surtout un problème de communication. »

- en orientant vers des spécialistes de confiance :

X5 : « Je fais surtout confiance à mon médecin généraliste qui me l'a vivement conseillé. Il m'a dit « C'est un gars très bien ». »

- en aidant le patient à prendre ses RDV :

X11 : « elle m'a orienté vers un ostéopathe que…et finalement je… enfin je cherchais de partout... Moi quand j'appelle... J'ai laissé tomber. Je reste comme ça. Mais après le médecin, enfin il a pas cherché plus que ça… »

Parfois, tel un guide de haute montagne, ou un chien guide, les patients le suivaient avec une confiance aveugle.

X6 : « Je me fierais aveuglément à eux »

X17 : «il fallait monter à l'époque au centre de radio, pour faire des radios ; [...]. Voilà, je suis le protocole. S'il me dit de le faire, il faut le faire, c'est tout. »

c. <u>Rassurer</u>

Une autre mission du « bon » médecin généraliste est de rassurer :

- en communiquant bien:

X1 : « on revient à la communication hein, parce que c'est vrai que tu peux très mal interpréter des choses rapidement si par exemple il n'y a pas de communication. […] Il faut imposer une communication claire, précise et rassurante. »

X7 : « à chaque fois, ils sont obligés d'annoncer pourquoi ils vont faire ça et tout ça. Et ça comme je suis un peu une stressée de la vie, pour moi c'est mieux. »

- en étant sûr de soi :

X1 : « plus le médecin il est sûr de lui, plus ça me rassure. »

- par l'expérience :

X11 : « ça varie de tout, mais surtout de l'expérience. »

- en prescrivant des examens complémentaires :

X7 : « Peut-être que par prévention, parfois il vaudrait mieux prendre au sérieux tout le monde et au pire leur faire faire des tests qui ne vont servir à rien. [...] peut-être que

si les généralistes avaient fait des tests plus tôt, j'aurais peut-être été plus rassurée en fait plus tôt. »

X8 : « Ils ne sont pas assez technologiques comme moi j'aurais envie, c'est-à-dire avoir une échographie qui me rassure. Moi le côté je te fais faire une radiologie, [...] me prescrire une IRM... »

- en élargissant la consultation à la santé globale :

X3 : « c'est con à dire mais on vieillit et du coup ben l'idée c'est de, c'est de faire un petit tour quoi quand même. »

X13 : « j'apprécie parce que ça fait un petit point sur les différents dysfonctionnements. [...] donc ça permet de voilà, de faire le point. »

- en examinant :

X15 : « Moi je suis jeune maman, ben premier bébé. Elle ne se sent pas très bien. Bah ouais, j'avais besoin d'un créneau d'urgence quoi. »

Parfois, la consultation avec le médecin était un remède en soi.

X17 : « Si je n'étais pas bien à la maison parce que j'étais malade, je savais que rien que d'aller le voir, rien que d'aller le voir… C'est magique. »

Il était quelquefois préférable de ne pas trop rassurer car cela risquait au contraire d'inquiéter.

X7 : « ils ne pensent jamais que c'est le pire [...]. Et le problème c'est que du coup ça fait que des problèmes se créent et qui traînent et qui s'aggravent et au final, [...] cet espèce de « tout va bien » quoi. Enfin ne jamais anticiper le pire. D'un côté je le comprends parce qu'il ne faut pas stresser ses patients j'imagine. »

d. <u>Apporter une réponse</u>

Une évidence était que le médecin généraliste devait apporter une réponse lors de la consultation. Cette réponse pouvait prendre différentes formes :

- Guérir

X3 : « Quand je dis la pertinence, c'est entre guillemets, résultat, guérison quoi ou mieux en tous les cas, si c'est grave tu vois. Enfin je veux dire faut que ça aille mieux. »

X6 : « le médecin idéal, c'est ben… je voudrais qu'il me soigne, qu'il me guérisse. »

- Soulager la douleur :

X2 : « si on a besoin d'aller chez le médecin, c'est qu'on a envie d'être soulagé pour quelque chose ; ou psychologiquement ou médicalement. »
X10 : « la fois où j'avais les coliques néphrétiques, [...] à cause de la douleur qui était insupportable et là, il a réagi très rapidement [...] Pour que ce soit réglé le lendemain.»

- Donner un diagnostic :

X8 : « ça c'est le problème du sportif. Parce que le sportif, il veut avoir la réponse, il veut savoir. »
X16 : « le bon généraliste : que ce soit un bon diagnostiqueur. »

- Donner un pronostic :

X8 : « est-ce que oui ou non je peux faire mon marathon ? » c'est « quels sont mes pourcentages ? De risque, enfin de chance plutôt d'aller au bout sans déchirer plus ? » »

- Donner un conseil :

X15 : « Elle m'a dit, est-ce que vous voulez le faire [vaccin bexsero] ? [...] Ben moi j'ai dit « vous, vous pensez quoi ? » Et elle m'a dit « nous en général » voilà… mais j'aime bien le conseil. »

- Céder aux requêtes de consommation de soin :

X8 : « je vais vraiment chez mon médecin G quand je veux quelque chose et que la plupart du temps je sais ce que je veux. »

Parfois il s'agissait de gérer l'absence de réponse.
X2 : « je pense qu'on ne sait pas tout encore, on ne peut pas tout, tout tout, tout résoudre à 100% je pense. »

e. Être le soignant référent

Le « bon » médecin généraliste était un des soignants de premier recours, à qui l'on pouvait poser de nombreuses questions sur la santé.
X13 : « donc je faisais le point de ce qui s'était passé dans ma santé avant, depuis le dernier entretien et donc j'avais un certain nombre de questions. »

Il suivait les résultats d'examens et les avis spécialisés :

X1 : « Si en gros, si je vais voir quelqu'un d'autre, ce quelqu'un d'autre, il envoie finalement les résultats à mon docteur généraliste, comme ça il peut me suivre en fait. »
X4 : « un examen de sang avec des quantités de choses à analyser. Donc elle reçoit ça. Et puis je ne sais pas, une intervention, elle reçoit aussi. »

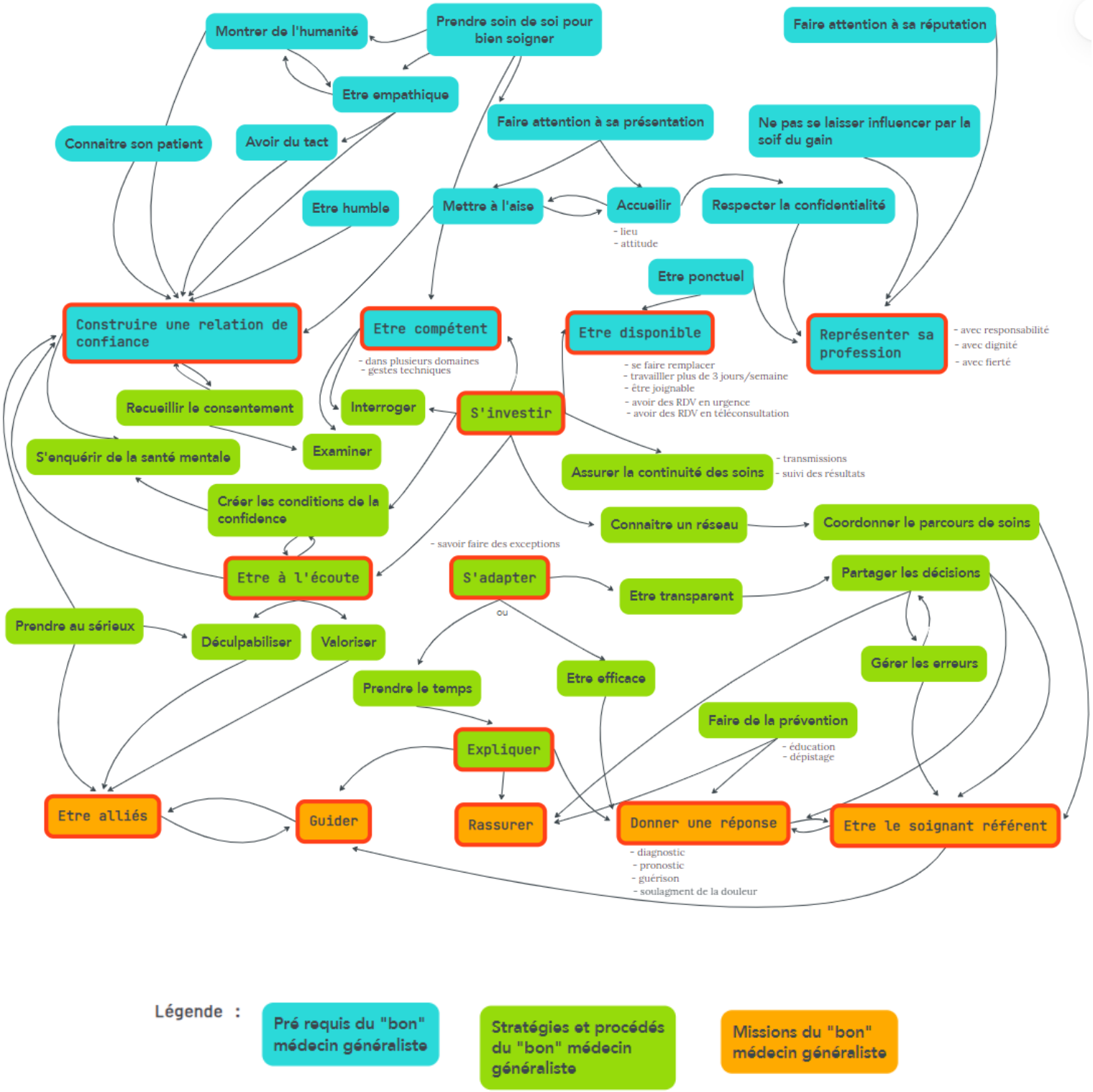
Il réexpliquait les prises en charge des spécialistes si besoin.
X16 : « *On n'avait pas d'insulinothérapie, on ne nous a pas du tout expliqué le rapport avec les glucides, on a été lâchés dans la nature comme ça et… Sauf qu'il avait ses rendez-vous après tous les, je crois 6 mois, avec le diabète. »*

Ce soignant référent, devenait parfois le soignant de toute la famille :
X3 : « c'est un médecin de famille donc tu n'as pas trop tendance à vouloir aller ailleurs. »

Ce qui pouvait être vu comme une lourde tâche par les patients.
X8 : « franchement médecin traitant pour moi, je trouve que c'est le pire des métiers de médecins quoi. Ouais enfin c'est celui qui est dans la vie des gens, où les gens ils comptent énormément sur lui parce que c'est la personne référence pour leur santé. »

IV. Discussion

1. Résultat principal



Selon notre étude et notre interprétation des résultats, il y avait des prérequis pour être un bon médecin, des stratégies et des procédés pour le rester ou le devenir, et des missions qu'il avait le devoir d'accomplir.

Notre étude nous a confirmé la complexité de notre sujet. Elle nous a permis d'identifier à partir des verbatims, puis des propriétés ; 43 catégories représentant les attentes des patients envers leur médecin généraliste idéal.

Nous avons choisi de les organiser en schéma heuristique, selon l'interprétation que nous avons fait des axes qui les lient. Il s'agit d'une proposition d'interprétation, car nous avons conscience que toutes ces qualités attendues par les patients sont intriquées.

Nous avons choisi de mettre en prérequis les catégories qui nous paraissaient soit chronologiquement préexistantes dans le déroulé de l'établissement d'une relation, par exemple les catégories « accueillir » et « faire attention à sa réputation ».

Soit qui nous paraissaient nécessaires au préalable, car elles dépendaient de caractéristiques personnelles intrinsèques au médecin, par exemple « être humble », ou « montrer de l'humanité ».

Nous avons encadré en rouge celles qui sont ressorties comme les plus importantes : « construire une relation de confiance », « être compétent », « être disponible » et « représenter sa profession ».

Nous avons ensuite présenté les procédés et stratégies qui sont utiles pour devenir ou rester un « bon » médecin généraliste. Certaines ont également été encadrées en rouge car interprétées comme d'importance majeure à l'analyse des entretiens ; « s'investir », « s'adapter », « être à l'écoute » et « expliquer ».

Puis nous avons identifié les missions que le « bon » médecin généraliste devaient remplir ; « être alliés », « guider », « rassurer », « donner une réponse » et « être le soignant référent ».

Nous avons retrouvé des attentes opposées selon les patients, par exemple « être transparent » ou ne pas « être transparent ». Elles pouvaient être parfois contradictoires chez une même personne, selon le motif de consultation ; « être efficace » ou « prendre le temps ».

Cela nous a montré qu'il n'y a pas de médecin généraliste « idéal » qui pourrait correspondre à tous, ni de mode de relation unique. Il y a en revanche une nécessité pour un « bon » médecin généraliste de posséder des aptitudes différentes, à mettre en place ou non selon les patients. C'est pourquoi nous avons accordé une place particulière à notre catégorie « s'adapter ».

De plus, pour nuancer cette interprétation, nous proposons de considérer cette classification comme évolutive :

- Évolutive selon l'époque : en effet nous voulions faire de la catégorie « être disponible » un procédé à la base, mais dans le contexte d'accès difficile au médecin généraliste exprimé par les patients, elle nous est finalement apparue comme un prérequis.
- Évolutive selon les âges : il nous est apparu une tendance pour les patients plus âgés à accorder plus d'importance à « connaître son patient » et « créer une relation de confiance ».
- Évolutive selon les moments de leur histoire de vie : par exemple la catégorie « être à l'écoute » pouvait ne pas revêtir trop d'importance ou au contraire être essentielle selon les problématiques des patients.

2. Limites et forces

La discussion de la méthode a été réalisée grâce à la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitive research) qui permet d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative (17).

a. Limites liées à l'équipe de recherche et de réflexion

a.1) Caractéristiques personnelles

Certaines limites de notre étude étaient liées aux caractéristiques personnelles de l'équipe de recherche.

En effet, nous étions deux chercheures novices, qui n'avaient pas d'expérience pour mener une étude qualitative en théorisation ancrée par entretien semi dirigé. Cela a certainement impacté la manière de mener les entretiens semi dirigés, par exemple nos temps de parole étaient probablement trop importants dans les premiers entretiens

avec trop de questions fermées. Cela a pu limiter la découverte de nouvelles notions. Nous nous sommes améliorées au fur et à mesure des entretiens.

Cela a aussi pu impacter notre analyse qui a été influencée par notre subjectivité.

Même si nous savons que cela est une faiblesse inhérente à la méthodologie qualitative, nous avions fait en amont un travail de réflexivité pour limiter au maximum nos à priori et préjugés sur le sujet de notre thèse.

Nous avons de plus, régulièrement échangé avec notre directeur de thèse au sujet de notre guide d'entretien et de nos façons de relancer afin de les faire évoluer. Toutes ces réflexions ont été consignées au fur et à mesure dans notre journal de bord.

De plus, nous avons passé du temps à nous documenter sur ce type d'étude, avec notamment le livre du GROUMF, « *initiation à la recherche qualitative en santé* » (15).

D'autre part, nous étions également limitées par nos situations professionnelles respectives car nous avons réalisé cette thèse en parallèle de notre internat. Nous avions donc une contrainte de temps. Cela ne nous a pas empêché de nous investir en nous dégageant du temps de travail, seules ou en binôme.

De plus, nous n'exercions pas dans les mêmes départements nous avions donc une contrainte géographique. Mais cela nous a permis de recruter des participants originaires de Savoie, de Haute Savoie et d'Isère.

a.2) Relations avec les participants

En ce qui concerne nos relations avec les participants, certains participants ont été choisis par connaissance ou connaissance interposée. Cela a pu gêner certains participants pour exprimer leurs opinions.

Nous avons cependant veillé à rester les plus neutres possibles lors des entretiens, et à choisir sur la fin de recueil, des personnes que nous ne connaissions pas. La connaissance de certains participants nous a à l'inverse permis de recruter des personnes avec des avis variés, pour arriver à des entretiens de qualité.

Les participants connaissaient notre statut de jeunes médecins que nous annoncions au début des entretiens. Cependant nous avons été vigilantes à ne pas interroger de

patients que nous aurions pu soigner dans le passé ou le futur. Ils n'avaient donc à priori pas d'intérêt à adapter leurs réponses à notre statut de médecins.

b. Limites liées à la conception de l'étude

b.1) Cadre théorique

Pour réaliser notre étude nous avons choisi de réaliser une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, tel qu'expliqué dans la section « Matériel et méthode ».

b.2) Sélection des participants

La sélection des participants a été réalisée d'abord de proche en proche puis par effet « boule de neige », et ensuite par recrutement aléatoire avec des petites annonces. Nous avons cependant de mieux en mieux compris l'échantillonnage théorique au cours de l'étude. Nos premiers participants étaient donc choisis plutôt aléatoirement qu'en fonction d'hypothèses à vérifier.

Pour la suite de nos entretiens nous avons plutôt visé à confronter nos hypothèses sur le terrain. Par exemple, quand nous avons découvert que certains patients évoquaient des erreurs médicales mal gérées, nous avons essayé de recruter des patients qui avaient eu affaire à la bonne gestion d'une erreur médicale.

Nous avons contacté les personnes par mail, téléphone ou en direct pour organiser les dates et lieux d'entretiens.

Nous avons recruté 17 personnes.

Nous n'avons pas eu de refus de participation, et avons par contre dû refuser plusieurs candidats ; les époux, épouses ou amis proches de personnes interrogées, car nous estimions que les opinions pouvaient être trop proches.

b.3) Contexte

Nous avons interrogé les patients en présentiel, en laissant le choix aux participants du lieu d'entretien. Une personne a été interrogée dans un café, deux personnes sur leur lieu de travail, deux au cabinet médical de l'une des investigatrices, quatre ont été

interrogées au domicile d'une des investigatrices, les autres ont été interrogées à leur domicile. Nous pensions que laisser le choix du lieu d'entretien permettait une aisance et une liberté d'expression plus importantes.

Le fait de réaliser les entretiens en présentiel, était également une force. Cela permettait de mieux identifier la part non-verbale des réponses.

Deux entretiens ont été réalisés en présence d'un ou d'une non participant-e, il s'agissait des époux/épouses de la personne interrogée. Ces témoins n'étaient pas intervenus mais avaient pu influencer les entretiens en entrainant des non-dits. Cependant les personnes interrogées avaient donné leur accord à leur présence.

Nous avons privilégié des profils de sexe, d'âge et de catégories socio professionnelles variés. Nous avons veillé à avoir au moins une personne par tranche de dizaine d'années ; de la vingtaine à la quatre vingtaine. Nous avons essayé d'avoir une mixité de genre. Nous avons tenté de représenter toutes les catégories socio-professionnelles en se basant sur celles de l'INSEE (18). Cependant nous n'avons pas interrogé d'agriculteurs, d'ouvriers. Notre échantillon était varié. Ses principales caractéristiques ont été décrites dans la partie Résultats.

Il nous manquait peut-être des participants atteints de maladies graves ou en mauvais état de santé. Cela a pu occasionner la non-apparition de certaines catégories dans notre étude que nous aurions pourtant pu attendre suite à notre travail de réflexivité (Annexe 2), comme « accompagner ».

On pouvait également se dire que les participants ayant accepté de participer à l'étude devaient avoir un certain intérêt pour le sujet. Cela a pu entraîner une certaine homogénéité des réponses. Et ceci nous a peut-être privé de la découverte de nouvelles catégories qui auraient différé la saturation des données.

b.4) Recueil des données

Une force méthodologique était d'avoir modifié notre guide d'entretien à plusieurs reprises en fonction de nos avancées et hypothèses. Il a été fourni en annexe ainsi que nos relances (Annexe 1).

Il a été testé sur nos proches avant sa première utilisation pour vérifier la compréhension de nos questions.

Comme il y avait plus d'intérêt pour l'étude à interroger de nouvelles personnes, les entretiens n'ont pas été répétés sur les premiers participants après modification du guide d'entretien.

Nous avons enregistré les entretiens grâce aux applications dictaphone de nos téléphones et ordinateurs. Nous ne prenions pas de notes pour ne pas perturber les participants mais avons cependant veillé à retranscrire le non-verbal qui apportait des informations intéressantes.

Les entretiens ont duré entre 9 et 40 min avec une durée moyenne de 25 minutes. Cette durée moyenne nous paraissait adaptée pour obtenir un recueil de données suffisamment riche.

Nous avions décidé d'acter la saturation des données après 2 entretiens consécutifs sans nouvelle catégorie après lecture de livres de méthodologie en recherche qualitative (15).

Les retranscriptions n'ont pas été envoyées aux participants, ce qui aurait pu permettre de vérifier par leur retour, la cohérence de notre retranscription avec leurs propos. Cependant la retranscription mot pour mot des entretiens, couplée à la retranscription du non verbal, nous a permis de rester fidèles aux idées exprimées.

c. Analyse et résultats

c.1) Analyse des données

Nous avons codé les données en aveugle puis avons procédé à une mise en commun. Le codage de certains entretiens a bénéficié d'une triangulation avec le directeur de thèse, principalement pour valider avec lui notre méthode de travail.

Les catégories ont été déterminées au fur et à mesure, à deux, à partir des données du terrain et non à partir de catégories identifiées à l'avance.

Nous avons fourni un exemple de notre procédé de codage en annexe (Annexe 3).

Nous n'avons pas utilisé de logiciel dédié spécifiquement au traitement des données en recherche qualitative. Nous avons préféré utiliser un tableur Excel, car nous maîtrisions mieux ce logiciel.

Nous n'avons pas fait vérifier nos résultats par les participants, cela aurait pu permettre de vérifier la cohérence de nos catégories avec leurs discours.

c.2) Rédaction des résultats

Nous avons illustré chaque propriété de chaque catégorie décrite dans nos résultats par au moins un verbatim. Nous avons parfois laissé 2 voire exceptionnellement 3 verbatims pour illustrer une propriété quand nous estimions qu'ils apportaient du sens. Les verbatims cités étaient précédés du code de l'entretien anonymisé dont ils étaient issus.

Afin que tout lecteur puisse vérifier la cohérence entre les verbatims et les propriétés et catégories qui en ont été extraites, nous avons fourni tous les verbatims en annexe.

Nos 43 catégories ont toutes été classées et présentées dans la catégorie résultats et dans le schéma heuristique.

3. Comparaison avec la littérature

a. Inscription dans la littérature existante

Notre étude s'était inscrite dans un corpus de connaissances déjà existant traitant des qualités du » bon » médecin généraliste.

Sur le plan de l'éthique médicale, nous pouvions citer deux textes fondateurs où nous retrouvions plusieurs des notions relevées par les patients.

Dans le Serment d'Hippocrate (20), on retrouvait des correspondances avec nos catégories :

- « préserver et promouvoir la santé » correspondait à notre catégorie « faire de la prévention »
- « rétablir la santé », « soulager les souffrances » correspondaient à notre catégorie « donner une réponse »
- « je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté » correspondait à notre catégorie « partager les décisions »

- « je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain » correspondait à notre catégorie du même nom
- « je tairai les secrets qui me seront confiés » correspondait à notre catégorie « respecter la confidentialité »
- « je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences » correspondait aux catégories « être humble » et « être compétent »

Dans la Déclaration de Genève, les mêmes notions que dans le serment d'Hippocrate étaient retrouvées. Nous y retrouvions en plus la notion de bien-être soignant qui correspondait à notre catégorie « prendre soin de soi pour bien soigner » : « JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être [...] afin de prodiguer des soins irréprochables » (20).

Sur le plan déontologique, on pouvait citer le code de déontologie qui régit les devoirs du médecin (21). On y retrouvait nombre de nos catégories, notamment : « représenter sa profession », « être à l'écoute », « s'investir », « expliquer », « s'adapter », « avoir du tact », « recueillir le consentement », « assurer la continuité des soins », « coordonner le parcours de soin », « être le soignant référent », « accueillir ».

Sur le plan législatif, nous pouvions nous référer au décret récent qui a modifié la maquette de formation du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale (22). Plusieurs de nos catégories y étaient retrouvées : « donner une réponse », « expliquer », « être transparent », « être disponible », « faire de la prévention », « assurer la continuité des soins », « coordonner les soins », « connaitre un réseau », « construire une relation de confiance », « prendre le temps », « s'enquérir de la santé mentale », « représenter sa profession », et « prendre soin de soi pour bien soigner ».

Dans la définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, on retrouvait certaines de nos catégories (7) :

- « utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins

primaires et la gestion du recours aux autres spécialités » correspondait à nos catégories « être le soignant référent », et « coordonner »

- « qui construit dans la durée une relation médecin-patient » correspondait à notre catégorie « construire une relation de confiance »
- « a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient » correspondait à notre catégorie « continuité des soins »
- « favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace » correspondait à notre catégorie « faire de la prévention »
- « répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » comprenait notre catégorie « s'enquérir de la santé mentale »

Sur le plan pédagogique, un autre élément de comparaison avec nos résultats était la marguerite des compétences du CNGE (23). Elle abordait des qualités retrouvées dans notre étude comme : « assurer la continuité des soins », « coordonner le parcours de soins », « faire de la prévention », « être à l'écoute », « connaître son patient », « s'adapter ».

Nos résultats étaient également cohérents en de nombreux points avec un ouvrage de la Société Française de Médecine Générale. Il était adressé aux futurs médecins généralistes pour leur faire appréhender les spécificités de la discipline et avec l'objectif de faire d'eux de « bons » médecins généralistes (1).

- « continuité des soins » correspondait à notre catégorie du même nom
- « histoire partagée » correspondait à notre catégorie « connaître son patient »
- « travail en collaboration » reprenant nos notions « connaitre un réseau », « s'investir », « coordonner les soins » et « être le soignant référent »
- « éléments de communication » correspondait à nos catégories « expliquer » et « s'adapter »
- « l'anamnèse avant tout » correspondait à notre catégorie « interroger »
- « l'examen physique : rituel diagnostique et relationnel » correspondait à nos catégorie « examiner » et « recueillir le consentement »

- « le diagnostic : une difficulté surmontable », « apprivoiser l'inévitable incertitude » correspondaient à nos catégories « donner une réponse » « être transparent »
- « décision médicale partagée » correspondait à notre catégorie « partager les décisions »
- « effet médecin » correspondait à notre catégorie « rassurer »

Plusieurs concepts sus-cités venaient de l'ouvrage du psychiatre, Balint Michael, *« Le médecin, son malade et la maladie »* (24) :

- « la compagnie d'investissement mutuel » correspondait à nos catégories « connaître son patient », « construire une relation de confiance » et « être alliés »
- « éviter la collusion de l'anonymat » pour éviter la dilution des responsabilités, correspondait à notre catégorie « être le soignant référent »
- « la confusion des langues » pour éviter les quiproquos entre le médecin et le patient, correspondait à nos catégories : « s'adapter », « expliquer », « être transparent »
- « le remède médecin » correspondait à nos catégories « rassurer » et « donner une réponse »

Sur le plan scientifique, d'autres études s'étaient intéressées au sujet du « bon » médecin.

Une étude parisienne avait été réalisée en 2016, par Ganée Julien avec une méthode qualitative. Il interrogeait 10 patients en entretien semi-dirigé, sur les qualités attendues du « bon » médecin (13). Il retrouvait comme qualités attendues : les compétences médicales, les qualités intrinsèques au médecin, l'environnement de travail, la relation médecin-patient et la représentation imaginaire du médecin. Il concluait : « Ainsi, un bon médecin est un médecin en qui on a confiance, qui est à l'écoute, qui sait être amical et paternel, qui est une bonne personne. »

Une autre étude qualitative de Clermont Ferrand, de Folini Benjamin, avait interrogé 19 patients en focus groupe, sur les critères qui définissaient un bon médecin traitant (14). Différents thèmes étaient retrouvés comme : la disponibilité, la communication,

l'écoute, la qualité de la relation, la confiance et la sincérité, la pédagogie, la psychologie, les compétences médicales, la permanence et la continuité des soins, l'environnement.

Une autre étude sur « qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste » était celle de Gaboriau Pauline, de 2013 (12). Elle utilisait une méthodologie quantitative pour évaluer les items du questionnaire EUROPEP, un questionnaire de 23 items, créé par un groupe de travail de la WONCA-Europe, et validé sur le plan international.

Son étude retrouvait par ordre d'importance les domaines : de la continuité des soins-coopération, des soins médicaux, de la relation-communication, de l'accessibilité-disponibilité, de l'information.

Une étude de grande ampleur était celle d'Ibanez Gladys, Cornet Philippe, Minguet Cassian de 2010 (25). Il s'agissait d'une revue de la littérature s'interrogeant sur la définition du « bon » médecin. Dix études étaient incluses, avec 5 points de vue différents : les patients, les médecins, les médecins enseignants, les étudiants en médecine et le personnel para-médical.

Les qualités requises du « bon » médecin, étaient classées en 3 thèmes : compétences techniques, compétences relationnelles, valeurs morales et éthiques.

En regardant plus spécifiquement le point de vue des patients, les qualités suivantes étaient retrouvées :

- Accessibilité, compétences cliniques, connaissances théoriques, capacités d'écoute, connaissance des limites (26)
- De confiance, empathique, humain, personnel, direct, respectueux, consciencieux (27)
- Capacité d'écoute, explications claires, qualité du diagnostic (28)
- Responsable, respectueux et de confiance, intérêt du patient supérieur aux intérêts financiers (29)
- Connaissances théoriques, engagé dans la formation continue, responsable et de confiance, respectueux et confidentiel, intelligent et brillant (30)
- Compétences techniques, communication avec le patient, éthique, coopération avec les soignants, promotion de la prévention en santé, bon usage des technologies, coût pris en compte pour le patient (31)

Sur un plan plus philosophique, on pouvait citer l'ouvrage coordonné par les philosophes Crignon De Oliveira Claire et Gaille Marie : *« Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est ce qu'un bon médecin ? »* (6).

- Selon le philosophe Canguilhem « la bonne médecine est la médecine de l'individualité ». Cela correspondait à notre catégorie « connaître son patient », en insistant sur l'importance de l'unicité de chacun.
- « un bon médecin complète ses connaissances médicales et son jugement clinique avec des qualités humanistes telles que le respect, l'intégrité, l'empathie » correspondait à notre catégorie « être empathique »
- « lorsqu'on parle d'un bon médecin, on désigne une attitude qui démontre que le médecin est « présent pour » le patient » correspondait à notre catégorie « s'investir »
- « le bon médecin a certainement intérêt à développer la même conscience d'insuffisance » correspondant à notre catégorie « être humble »
- « un rapport aux soins comme objet de consommation pouvant apporter un mieux-être rapide et efficace » se rapportait à notre catégorie « être efficace »
- « les patients ont besoin que le médecin soit vivant et réactif devant leurs difficultés et leurs demandes » correspondait à notre catégorie "s'investir"
- « le médecin idéal aiderait le patient à retrouver une constance dans le sentiment de soi que la maladie bouscule et déstabilise sans cesse » correspondait à notre catégorie « guider » et à la notion « accompagner » que nous n'avions finalement pas retrouvée.
- « pour être un bon médecin, un médecin doit continuer à être un non-médecin, un homme ordinaire » correspondait à notre catégorie « montrer de l'humanité »

Un livre rédigé par un collectif de médecins généralistes, *« Infiniment médecins »*, dirigé par Galam Eric, nuançait la position de médecin généraliste, « entre la science et l'humain » (32). On y retrouvait plusieurs qualités citées dans notre étude :

- « la globalité de la prise en charge induit la synthèse tandis que sa personnalisation exige l'humanité » correspondait à nos catégories « montrer de l'humanité » et « connaître son patient »

- « la médecine est une relation thérapeutique où le praticien lui-même se prescrit dans la mesure où sa présence est déjà thérapeutique » correspondait à la notion de « remède médecin » et à notre catégorie « rassurer »
- « le médecin de campagne existe, certainement, mais surtout dans les fantasmes, c'est le modèle du généraliste, le généraliste modèle. Tout le temps présent, capable de tout et du pire, dévoué corps et âme, bon vivant, mettant la main à la pâte, compréhensif mais efficace, très efficace, autant par ses connaissances très étendues que par ses incroyables bricolages. On lui pardonne tout sauf d'être absent. » présentait un modèle de médecin généraliste idéal et correspondait à nos catégories « être disponible », « être efficace », « être à l'écoute », « être empathique », « être compétent ».

b. Éclairage nouveau, qui remet en question ce qui était acquis

Notre étude avait l'avantage d'être **contemporaine et locale**. On pouvait constater qu'aucune étude ne s'était intéressée spécifiquement aux avis des patients de Savoie, Haute Savoie et Isère, et que les dernières études qualitatives sur les avis des patients dataient de 2016.

Nous avons fait une **lecture nouvelle** par rapport à d'autres études en organisant nos catégories en prérequis, stratégies et procédés puis missions. Les autres études proposaient plutôt une classification par domaines de compétences.

Certaines de nos catégories n'étaient **pas retrouvées dans notre revue de la littérature**. Il s'agissait des catégories « prendre au sérieux », « déculpabiliser », « valoriser » et « gérer les erreurs ».

Il s'agissait potentiellement d'attentes existantes sur lesquelles les patients n'insistaient pas dans les études plus anciennes. Leur importance dans notre étude pouvait être interprétée comme le développement ou l'apparition de nouveaux besoins des patients, reflétant un changement de la demande adressée aux médecins.

L'importance de savoir « gérer les erreurs », était peut-être expliquée par un droit à l'erreur de moins en moins toléré, dans une société avec un accès facile à une

information abondante. Nos catégories « prendre au sérieux », « déculpabiliser », et « valoriser », pouvaient témoigner d'un besoin actuel de reconnaissance et de légitimité des patients, dans une société où l'image de chacun est très exposée au jugement d'autrui.

Certaines de nos catégories, **remettaient en question des notions qui paraissaient acquises.** « Prendre soin de soi pour bien soigner » était une qualité citée dans quelques entretiens. Même si cette notion était retrouvée dans la déclaration de Genève, elle apparaissait intéressante au regard de l'actualité sur le mal-être soignant. Plusieurs études ont montré que 47% des médecins libéraux présentent les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel ou Burn out syndrom (32).

Concernant la catégorie « être disponible », dans l'étude de Gaboriau P de 2013, le domaine « accessibilité-disponibilité » arrivait en 4e position de son classement, sur 5 (11). Tandis qu'elle avait une importance majeure pour les patients de notre étude, nous amenant à la positionner dans les prérequis de notre modèle.

Mais comment permettre cette disponibilité, nécessaire pour fournir à tous des soins de qualité ? Dépendait-elle de la seule volonté du « bon » médecin généraliste ?

Une réponse était proposée par l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne Franche-Comté : « La responsabilité de bien soigner les citoyens n'incombe ni à l'individuel, ni à une profession, mais bien à une organisation globale de tous les métiers du monde de la santé. » (33)

Nos catégories « connaître son patient » et « construire une relation de confiance » dépendaient de la possibilité pour les patients d'avoir accès à un médecin traitant. C'était en partie le statut de médecin traitant qui permettait la confiance, le suivi et une bonne alliance thérapeutique. Or, cet accès était de plus en plus compliqué. En 2022, 65% des médecins déclaraient être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient 53% en 2019. La part de médecins ne pouvant plus suivre régulièrement certains patients était, quant à elle, passée de 40% en 2019 à 44% en 2022 (34).

La catégorie « être humain » était historiquement une évidence, une vocation, présente dans tous les textes fondateurs d'éthique médical.

Mais avec les évolutions techniques, technologiques et scientifiques, l'humain avait peut-être parfois été perdu de vue. La crise sanitaire du Covid 19 avait permis des réflexions sur les causes de la dégradation du système de santé. L'avis 140 du Comité Consultatif National d'Ethique analysait que : « La situation actuelle trouve ses sources dans des éléments systémiques qui ont concouru à fragiliser notre système de soins, à commencer par notre approche de la santé focalisée sur le traitement (« cure ») plutôt que sur le soin (« care ») » (35).

Notre étude replaçait l'humain au centre du soin, ce qui paraissait la clef d'une approche centrée sur le « care ».

4. Perspectives

a. Perspectives pour la recherche

Nos résultats suggéraient donc qu'un certain nombre de qualités et compétences étaient attendues par les patients d'un « bon » médecin généraliste.

Cette étude pourrait être complétée par une étude quantitative, s'inspirant du modèle EUROPEP (36). Elle pourrait reprendre toutes les catégories que nous avons retrouvées sous forme de questionnaire à choix multiples et tester l'importance de chacune auprès des patients. On pourrait réaliser des analyses en sous-groupes pour classifier l'importance de chaque catégorie selon par exemple l'âge, le sexe, les catégories socio-professionnelles ou l'expérience de la maladie.

Nous pourrions également imaginer reproduire notre étude qualitative en interrogeant d'autres populations de patients ; dans une autre région ou un autre pays, ou peut-être en s'affranchissant des frontières et en se concentrant sur les zones définies comme désert médical.

Nous nous étions de plus interrogées avant même de commencer cette thèse, sur les avis qu'auraient d'autres interlocuteurs sur la question. Qu'en pensent nos confrères et consœurs médecins ? Qu'en pensent les étudiants en médecine ? Qu'en pensent les enseignants de notre formation ? Qu'en pensent le conseil de l'Ordre et l'Assurance Maladie ?

Ces perspectives d'autres études permettraient d'élargir et de comparer le panel des qualités et compétences attendues du « bon » médecin généraliste.

Nous avons eu la chance de savoir par notre directeur de thèse que deux binômes allaient nous succéder dans cette thématique. Un binôme enquêtera auprès des médecins, un autre binôme auprès des institutionnels.

b. Perspectives pour la pratique

Cette étude a ouvert des perspectives pour la pratique de tout médecin qui a eu, ou aura, une réflexion sur son exercice. Elle a confirmé l'idée que les patients avaient de nombreuses attentes envers leur médecin. Elle a posé peut-être une autre question ; faut-il répondre à ces attentes ?

En effet, sur un plan peut-être plus philosophique, on pourrait se questionner sur l'intérêt de savoir ce que quelqu'un attend ou croit attendre de nous, et sur la nécessité ou non de répondre à cette attente. Par exemple quelqu'un qui viendrait en consultation pressé, stressé, en étant demandeur de ponctualité et d'efficacité ; n'aurait-il pas plutôt besoin d'un médecin qui sache lui faire prendre le temps pour lui permettre de se confier sur les raisons de ce stress ?

Un autre exemple concernait les patients qui souhaitaient beaucoup de prescriptions d'examens (laboratoires, imageries) pour être rassurés. Ce comportement pouvait paraître rassurant pour les patients sur le plan individuel, mais nous savions que ces prescriptions pouvaient en fait entretenir une angoisse de maladie, ou de gravité, et avoir des conséquences médico économiques sur la gestion des moyens de santé.

Un atout qu'avait le « bon » médecin était sa capacité à être humain, à rester lui-même pour ne pas devenir un robot, une « machine à soigner ». Cela permet de se questionner sur la place de l'intelligence artificielle en médecine générale et de la téléconsultation, et sur l'intérêt de préserver le contact humain.

Cette étude n'avait donc pas vocation à établir un cahier des charges du « médecin idéal », dans lequel plus le nombre de cases cochées serait haut, plus le médecin serait « bon ». Nous l'espérions plutôt comme une aide à la compréhension de nos patients et de leurs attentes, afin que chacun soit en mesure de choisir comment

s’adapter à chaque situation, sans tomber dans l’écueil de la sur-adaptation qui peut mener à l’épuisement.

c. Perspectives pour l’organisation des soins

Les attentes des patients étaient toutefois à confronter à la situation réelle et actuelle du système de santé. Nous avions déjà discuté du fait que certains patients avaient des attentes qui paraissaient difficiles à satisfaire.

Un exemple parlant était celui de la disponibilité ; les patients interrogés souhaitaient un médecin disponible physiquement sur de grandes plages horaires, voire 24h sur 24. Dans le contexte de démographie médicale actuelle, expliqué dans l’introduction, cette disponibilité totale paraissait utopique.

Une modification organisationnelle du système de santé paraissait donc inévitable pour permettre au médecin de correspondre aux attentes de ses patients.

L’augmentation du numérus clausus, la délégation de tâches, l'organisation en réseau (maisons de santé, CPTS) étaient des premières étapes dans ce sens.

Il paraissait nécessaire que ces efforts soient poursuivis.
Une autre possibilité serait de proposer une éducation des patients à une meilleure utilisation du système de santé, comme le propose le livre *« Urgences or not urgences »* (37).

d. Perspectives pour l’enseignement

Nous avions proposé comme objectif secondaire de pouvoir proposer des pistes d’amélioration pour la formation des futurs médecins généralistes.

Cependant, nous avons réalisé que les catégories importantes, encadrés rouges du schéma heuristique, se retrouvaient dans notre formation : « être compétent », « représenter sa profession », « expliquer », « être à l’écoute », « donner une réponse », « guider », « rassurer », « être le soignant référent ». Mais nous avons remarqué un volume d’enseignement hétérogène.

Une proposition pourrait être d'augmenter le volume de formation de certaines compétences, comme « être à l'écoute ».

Les autres catégories ; « s'investir », « connaître son patient », « être disponible », « s'adapter », « être alliés », étaient difficilement enseignables et semblaient plutôt découler d'un travail personnel et d'un investissement en tant que professionnel.

V. Conclusion

Au total, notre étude nous a permis de répondre à notre objectif principal en identifiant 43 qualités qui définissent un « bon » médecin généraliste pour les patients de Savoie, Haute Savoie et Isère.

Certaines de ces qualités se sont distinguées par leur importance lors de notre analyse. En effet, un bon médecin généraliste sait : « construire une relation de confiance », « être compétent », « être disponible », « représenter sa profession », « s'investir », « s'adapter », « être à l'écoute », « expliquer », « être alliés », « guider », « rassurer », « donner une réponse », « être le soignant référent ».

Nous avons également découvert de nouvelles catégories, non retrouvées dans la littérature : « prendre au sérieux », « déculpabiliser », « valoriser » et « gérer les erreurs ». Elles suggèrent l'apparition de nouvelles attentes des patients envers les médecins généralistes.

Nous avons proposé un schéma heuristique, organisant nos catégories en 3 thèmes ; les prérequis pour être un « bon » médecin généraliste, les stratégies et procédés pour le devenir ou le rester, et les missions qu'il avait le devoir d'accomplir.

Cependant, il apparaît que les liens entre nos catégories sont complexes et évolutifs. Il n'y a pas de cahier des charges d'un médecin « idéal » qui correspondrait aux attentes de tout patient mais plutôt des aptitudes à avoir, et une grande faculté à s'adapter.

Notre étude pourrait permettre d'aider les internes en médecine générale à avoir une attitude réflexive lors de leur cursus en comparant les résultats de notre étude aux compétences qui leur sont enseignées.

Il serait intéressant de compléter ce travail par une étude quantitative, chiffrant l'importance pour les patients de chaque qualité.

On pourrait également prolonger notre questionnement en interrogeant les médecins généralistes, les médecins spécialistes, l'Assurance Maladie et le Conseil de l'Ordre, les étudiants en médecine, les enseignants en médecine générale sur ce qu'est pour eux un « bon » médecin généraliste. Les attentes de chacun sont-elles communes ou divergent-elles ?

THESE SOUTENUE PAR : Pénélope DUPONT-BOURGOIN et Léa GUIRADO

TITRE : Qu'est-ce qu'un « bon » médecin généraliste ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère

CONCLUSION :

Dans une période de difficultés croissantes d'accès au système de santé, la pression de la demande de soins pèse sur les médecins généralistes. Dans ce contexte, il nous a semblé important de savoir ce qu'est un « bon » médecin généraliste ?

Nous avons choisi de nous intéresser aux attentes des patients sur cette question.

L'objectif de cette étude était de définir les qualités attendues par les patients d'un « bon » médecin généraliste.

Nous avons conduit une étude qualitative, avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. Nous avons mené des entretiens semi-dirigés en présentiel auprès de patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère entre août et novembre 2023.

Cela nous a permis d'obtenir 17 entretiens, dont ont été extraites 43 catégories représentant les attentes des patients envers leur médecin généraliste « idéal ». Un bon médecin sait : « construire une relation de confiance », « être compétent », « être disponible », « représenter sa profession », « s'investir », « s'adapter », « être à l'écoute », « expliquer », « être alliés », « guider », « rassurer », « donner une réponse », « être le soignant référent ».

Nous proposons une interprétation sous forme de carte heuristique, et une classification de ces attentes en 3 parties ; les prérequis pour être un "bon" médecin généraliste, les stratégies et procédés pour le devenir ou le rester et les missions qu'il a le devoir de remplir.

Les catégories retrouvées sont cohérentes avec les données de la littérature, mais les liens qui les relient sont complexes, parfois contradictoires et surtout évolutifs. Il apparaît qu'il n'y a pas de cahier des charges d'un médecin idéal qui correspondrait aux attentes de tout patient, mais plutôt des aptitudes à avoir et une grande faculté à s'adapter.

Notre étude pourrait aider les internes en médecine générale à avoir une attitude réflexive lors de leur cursus en comparant les résultats de notre étude aux compétences qui leur sont enseignées.

On pourrait dans les suites, s'intéresser à l'avis d'autres populations sur la question du "bon" médecin généraliste. Les patients, les médecins, les institutionnels et les enseignants universitaires ont-ils des avis similaires ou divergent ?

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 13/02/24

LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine

Pr Olivier PALOMBI

LE PRESIDENT / LA ~~PRESIDENTE~~ DU JURY

Pr Thierry IMBERT

VI. Bibliographie

(1) Kandel O, Bousquet M, Chouilly J. Livre Manuel théorique de médecine générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Saint Cloud : Global Media Santé ; 2018.

(2) Ministère de la santé et de la protection sociale. Loi n°20046810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759372/

(3) Arnault F. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. Janvier 2023. p130 [consulté le 13/12/2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf

(4) INSEE. Estimation de la population au 1 er janvier ; Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2023. Janvier 2023 [cité le 14/12/2023]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198

(5) Roux C. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. DRESS Etudes et résultats [en ligne]. Mai 2023 [cité le 09/02/2024]. N°1267 : page 1. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1267.pdf

(6) Crignon De Oliveira C, Gaille M. Qu'est-ce qu'un bon patient ? qu'est-ce qu'un bon médecin ? Réflexions critiques, analyse en contexte et perspectives historiques. Paris : Editions Seli Arslan ; 2010 : p 97

(7) WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 [cité le 14/12/2023]. Disponible sur : https://www.woncaeurope.org

(8) Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ;108 :148-55

(9) Ministère de la santé et de la protection sociale. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475

(10) Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1 : Description of the research domain. Soc Sci Med 1998;47:1573-88.

(11) Grunding J, Steiner-Hofbauer V, Katz H, Holzinger A. “Good” and "bad" doctors - a qualitative study of the Austrian public on the elements of professional medical identity. Med Educ Online. 2022 ; 27 (1). [doi: 10.1080/10872981.2022.2114133]

(12) Gaborieau P. Qu’est-ce qu’un « bon médecin généraliste » ? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud (thèse). Tours : Université François-Rabelais ; 2013. 39p

(13) Ganée J. Qu’est-ce qu’un bon médecin généraliste ? le point de vue du patient [Thèse d’exercice]. Bobigny, Villetaneuse, Seine-Saint-Denis : Université Sorbonne Paris Nord ; 2016.

(14) Folini B. Quels sont les critères qui définissent un « bon » médecin traitant du point de vue des patients [Thèse d’exercice]. Clermont-Ferrand : Université de Clermont I ; 2016.

(15) Lebeau J-P. GROUMF : Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone. Initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint Cloud : Global Média Santé et CNGE productions ; 2021.

(16) Ministère de la santé et de la prévention. Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587/

(17) Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15 (157):50–54. Disponible sur : http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%cc%80res-COREQ.pdf

(18) INSEE. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l’âge. Mars 2023 [cité le 30/01/2024] Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546

(19) Ordre des médecins. Serment d’Hippocrate. Version revue en 2012. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate

(20) Assemblée générale de l'Association médicale mondiale. Déclaration de Genève. Version revue en 2017. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate

(21) Ministère de la santé et de la prévention. Articles 32 à 35 du code de la santé publique. Devoirs envers les patients. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-32-qualite-soins

(22) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et de la prévention. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2023/8/3/SPRH2317786A/jo/texte

(23) CNGE. Marguerite des compétences [en ligne]. 2013 [cité le 08/01/2024] Disponible sur : https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/

(24) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot. 1996

(25) Ibanez G, Cornet P et Minguet C. Qu'est ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale 2010; 11 (3): 151–165 DOI: 10.1051/pmed/2011002

(26) Abu-Hilal M, Morgan E, Lewis G, McPhail M, Malik H, Hocken D. What makes a good doctor in the 21st century ? A qualitative study. Br J Hosp Med (Lond), 2006;67:375-7.

(27) Bendapudi N, Berry L, Frey K, Parish J, Rayburn W. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. Mayo Clin Proc, 2006;81:338-44.

(28) Bonnetblanc JM, Sparsa A, Boulinguez S. Le «bon médecin » : enquête auprès des patients. Pédagogie Médicale, 2006;7:174-9.

(29) Fones C, Kua E, Goh L."What makes a good doctor?" views of the medical profession and the public in setting priorities for medical education. Singapore Med J, 1998;39:537-42.

(30) Leahy M, Cullen W, Bury G. "What makes a good doctor?" A cross sectional survey of public opinion. Ir Med J, 2003;96:38-41.

(31) McBride C, Shugars D, DiMatteo M, Lepper H, O'Neil E, Damush T. The physician's role. Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. Arch Fam Med, 1994;3:948-53.

(32) Galam E. Infiniment médecins, les généralistes entre la science et l'humain. Paris : Editions Autrement -Collection Mutations N°161 ; 1996.

(33) Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [en ligne]. Juin 2007 [cité le 09/02/2024].

Disponible sur : https://www.urml-idf.org/publications/fiche_publication%20(2).asp?card=3886

(34) Maugan M-E. Les déserts médicaux, quels enjeux éthiques ? [en ligne]. Mars 2023 [cité le 09/02/24]. Disponible sur : https://www.erebfc.fr/documentation/ressource/Doc%27%C3%A9thique_Les+d%C3%A9serts+m%C3%A9dicaux.pdf?id=925

(35) Comité Consultatif National d'Ethique. Avis 140 : repenser le système de soins sur un fondement éthique. [en ligne]. Octobre 2022 [cité le 09/02/2024]. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

(36) Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument [en ligne]. 2000 [cité le 09/02/2024]. Disponible sur : https://www.qualityfamilymedicine.eu/file/bbd7cafc-0577-42f6-98cc-12808fef2fd5/grolwensing2000theeuropepinstrumentequipwonca.pdf

(37) To be or not toubib. Urgences or not urgences, manuel de survie en milieu pédiatrique. Paris : FIRST ; 2021

VII. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation au début des entretiens.

Rappel du sujet et remise fiche d'informations et de consentement.

Cet entretien a lieu dans le cadre d'un travail pour une thèse de doctorat, pour l'université de Grenoble. Le sujet est : « Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste, pour vous ? Quelles qualités attendez-vous d'un médecin généraliste ? »

Rappel du respect de la confidentialité de l'anonymat.

Guide d'entretien :

1. Question brise -glace :

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un médecin généraliste ?

Avez-vous un médecin traitant ?

Si oui : qu'en pensez-vous ? et pourquoi ?

Si non : avez-vous eu des médecins que vous avez apprécié ?

Si oui qu'avez-vous apprécié chez elle/lui (qualités) ?

Si non qu'est-ce qui vous a déplu ?

2. Avez-vous besoin d'aller souvent chez le médecin ?

Si vous pensez à votre/vos dernières consultations, en êtes-vous ressorti satisfait ? et pourquoi ?

3. Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste ?

Je vous propose de me donner 3 mots pour qualifier vos attentes vis-à-vis d'un médecin généraliste.

Si certains thèmes ne sont pas abordés par les mots cités, relance pour développer : qu'attendez-vous d'un médecin généraliste :

- Sur le plan relationnel ?
- Sur le plan médical ?
- Sur le plan organisationnel ?
- Sur le plan moral et éthique ?

En fin d'entretien : recueil de différentes caractéristiques :

Sexe, âge, milieu de vie (rural - semi-rural - différencier centre-ville et périphérie), situation familiale, milieu professionnel, milieu socio culturel

Relances :

- Pour vous, quelle est la place du médecin traitant ou généraliste en cas d'urgence ?
- Comment aimez-vous que soit l'environnement chez votre médecin ? de la salle d'attente, au secrétariat et à la salle de consultation
- Prêtez-vous beaucoup d'attention à l'image que renvoie votre médecin, tenue, coiffure, etc ?
- Quelle importance attachez-vous à l'examen clinique, aux contacts physiques (serrer la main, toucher l'épaule, etc), aux soins prodigués par votre médecin ?
- Aimez-vous que votre médecin vous donne de la documentation écrite ? ou préférez-vous des explications orales ?
- Quel degré d'autonomie aimez-vous avoir dans les décisions concernant votre santé ? Aimez-vous que votre médecin soit directif ou préférez-vous discuter avec lui des soins qu'il propose?
- Comment aimez-vous prendre vos RDV (secrétariat en ligne, venir en présentiel, sites internet connus type doctolib, autres sites internet) (hors sujet ?)
- Comment aimez-vous pouvoir contacter votre médecin ; téléphone, mail, pouvoir venir en présentiel si urgence ?
- Appréciez-vous les prises en charge pluridisciplinaires que votre médecin généraliste peut organiser ?
- Comment réagissez-vous quand votre médecin n'a pas de réponse à une de vos questions ?
- Est ce qu'il vous est arrivé de constater que votre médecin était trop fatigué pour bien vous soigner ?
- Pensez-vous que votre médecin vous comprend/vous soigne mieux si vous avez des points communs avec lui ? (âge, enfant, sport, lieu de vie)
- Dans quelle organisation travaille votre médecin : cabinet de groupe, seul, présence d'assistant, d'IDE ?

Annexe 2 : Auto-questionnement en recherche qualitative

Objectifs : repérer les à priori pour s'en dégager, mettre en lumière les aspects subjectifs qui pourraient influencer nos analyses, éliminer une question trop « militante » ou trop « introspective », révéler un changement d'avis au cours de l'avancée du travail.

1. Quelle est ma question initiale ?

-Léa (25/07/2022) : « qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? »

-Pénélope (27/07/2022) : « qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? »

2. Comment en suis-je venue à me poser cette question :

-Léa : interrogation récurrente dans une démarche personnelle et professionnelle d'amélioration constante, comparaison de mes motivations professionnelles avec celles de mes pairs.

-Pénélope : C'est une question plus ou moins consciente tout au long de nos études que nous nous posons régulièrement et qui s'installe dans le cadre d'une motivation à soigner le mieux possible.

3. Si j'étais moi-même interrogée, que répondrais-je ?

-Léa : écoute, empathie, disponibilité, investissement, connaissances théoriques et connaissances de mes limites.

-Pénélope : empathique, pédagogue, qui communique son incertitude, ses limites, sans jugement, à l'écoute.

4. Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

-Léa : car je pense qu'il y a une discordance entre l'avis des patients et l'avis des médecins à ce sujet, (également entre l'avis des médecins entre eux, l'avis de la sécu, etc). Discordance également entre les enseignements facultaires et la réalité des attentes. Aide à la remise en question.

-Pénélope : car toute personne est amenée à rencontrer dans sa vie un médecin généraliste et que la formation des médecins, les qualités que nous devons acquérir émane de la formation facultaire guidée par l'avis et l'expérience des médecins. Il semble intéressant d'interroger la population sur ses attentes vis-à-vis de notre formation pour pouvoir proposer les meilleurs soins.

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

-Léa : des adjectifs, des qualités, des compétences, plutôt axées communication, socio, psycho.

-Pénélope : qualités qu'ils souhaiteraient, qualités qu'ils ne souhaiteraient pas.

6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas ?

-Léa : des réponses axées science, connaissances.

-Pénélope : des réponses comme « être à l'heure », « qu'il me donne des antibiotiques ».

7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

-Léa : Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste d'après les patients ?

-Pénélope : Quels sont les qualités attendues des patients pour définir leur médecin généraliste comme "bon" ?

Annexe 3 : exemple tableau Excel d'analyse ouverte avec X6

	A	B	C	D	E
1	**Verbatim**	**Etiquettes expérientielles**	**Propriétés**	**Catégories**	
105					
106	X6				
107	Ben, je pense qu'il va me demander normalement déjà pourquoi je viens le voir. Et qu'il va écouter. Et puis qu'il pose des questions ! Parce que s'il pose des questions, c'est qu'il cherche des pistes, qu'il creuse, qu'il ne se contente pas de m'écouter.	J'aime être bien questionné	faire un interrogatoire poussé	s'investir	interroger
108	Et puis qu'il ne soit pas là pour faire l'arrêt de travail quoi. Voilà.				
109	Que la consultation... je n'aimerais pas être évacué au bout de 4 Min 30. Euh, le mien nous garde vers 25 minutes de toute façon, tu vois. Et puis tu sens qu'il n'est pas, derrière sa montre hein ? Ben voilà. Et puis que selon ce que... si il sent que j'ai quelque inquiétude, je serais heureux de voir qu'il s'en rend compte et qu'il va me questionner et qu'il va se permettre de donner quelques conseils, de savoir ce que je fais, quelles sont mes activités. Celui-là, bon, il ne me pose plus ces questions-là puisqu'il les connaît, mais si j'allais la première fois chez un toubib, je ne voudrais pas être le seul qui dise ben "j'ai mal à la gorge" et puis et puis qu'il me fasse une ordonnance pour les 3 cachets avant les repas quoi ce n'est pas ca. Voilà, je voudrais qu'il s'établisse un dialogue pas par pas. Voilà un vrai dialogue.	J'aime qu'il ne soit pas pressé, qu'il percoive mes inquiétudes et qu'il s'établisse un véritable échange	prendre le temps de l'échange, etre alerte et claivoyant	etre pertinent	prendre le temps
110					

Annexe 4 : Formulaire de non-opposition

Après avoir pris connaissance des informations, après en avoir discuté si besoin et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne me portera pas préjudice.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés. Au cours de cette étude, j'accepte que mon vécu et mon expérience partagés à l'investigateur, soient utilisés à des fins d'analyse et de recherche qualitative.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données anonymisées seront utilisées dans le cadre de l'analyse.

J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés», le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des médecins investigateurs par contact à penelope.dupont-bourgoin@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou lea.guirado@etu.univ-grenoble-alpes.fr.

Nous sommes joignables par mail ou téléphone pour répondre à vos éventuelles questions.

Signature de l'intéressé

Signature des investigatrices

DUPONT-BOURGOIN Pénélope

GUIRADO Léa

Annexe 5 : Formulaire d'information à destination des participant.e.s

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Cette lettre d'information vise à vous informer des objectifs et du déroulement de cette étude, pour nous assurer que vous n'y êtes pas opposé(e).

Vous pouvez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander aux responsables de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : « Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? » selon les patients de Savoie, Haute-Savoie et Isère

Etude sous la direction de : Dr LEDOUX Jean-Nicolas

Responsable : Département de Médecine Générale de Grenoble

Investigatrices principales : GUIRADO Léa et DUPONT-BOURGOIN Pénélope, internes en médecine générale

Objectif de l'étude : Déterminer les qualités attendues par les patients des Alpes du Nord vis à vis des médecins généralistes.

Méthode : Étude qualitative par analyse en théorisation ancrée au travers d'entretiens semi-dirigés.

Un descriptif plus précis de l'étude est à votre disposition si vous le souhaitez auprès des investigateurs par mail à penelope.dupont-bourgoin@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou lea.guirado@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Engagement du participant :

Accepter d'être inclus dans cette étude signifie accepter que les données recueillies au cours de l'entretien réalisé soient analysées de façon anonymisées. Les données recueillies ne permettent pas de vous identifier et votre anonymat sera préservé.

Les données anonymisées vous concernant seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'à signature du rapport final de la recherche.

Engagement de l'investigateur principal :

Les investigateurs principaux s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Les données recueillies seront utilisées à des fins de recherche et de communication scientifique.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez par contact par mail.

Liberté du participant :

Votre consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir de responsabilité ni conséquence.

Information du participant :

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations :

Dans le cadre de cette étude à laquelle le Dr LEDOUX Jean-Nicolas , DUPONT-BOURGOIN Pénélope et GUIRADO Léa (internes en médecine générale), et le Département de Médecine Générale de Grenoble (DMG) vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre.

Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche. Le traitement de vos données sera réalisé par DUPONT-BOURGOIN Pénélope et GUIRADO Léa.

Vos données identifiantes recueillies par les investigateurs principaux seront anonymisées, c'est-à-dire codées.

En tout état de cause, les investigateurs s'engagent à respecter la confidentialité de vos données personnelles. Le responsable et les investigateurs conserveront vos données anonymisées jusqu'à la signature du rapport final de la recherche, puis celles-ci seront détruites.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données

personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement de vos données

- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées

- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les responsables de l'étude à penelope.dupont-bourgoin@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou lea.guirado@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou à l'adresse : UFR de Médecine – Pharmacie ; Bureau du 3eme cycle d'étude médicale ; à l'attention du Dr LEDOUX Jean-Nicolas - Domaine de la Merci, avenue des Marquis du Grésivaudan ; 38700 La Tronche.

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail ou par téléphone pour répondre à vos éventuelles questions.

DUPONT-BOURGOIN Pénélope et GUIRADO Léa

sous la direction du Dr LEDOUX Jean-Nicolas.

Annexe 6 : Formulaire de conformité MR-004

Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL

pour un traitement mis en œuvre dans le cadre d'une thèse de médecine générale

(document à communiquer obligatoirement au DPO avec le dossier à instruire)

1. Informations sur le déclarant

Responsable de traitement	**Université Grenoble Alpes (UGA)**
Délégué à la protection des données (DPO)	**DPO@univ-grenoble-alpes.fr**
Unité responsable de la mise en œuvre	**UFR de médecine**

Département de médecine générale (DMG)
Pôle santé, domaine de la Merci, place du Commandant Nal, 38700 La Tronche
doyen.medecine@univ-grenoble-alpes.fr

Référent métier au DMG	**Dr Yoann Gaboreau**

yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr

2. Information sur le traitement mis en œuvre pour la thèse

Finalité (titre court) : "Qu'est ce qu'un bon médecin généraliste ?"

Investigateur.trice principal.e (thésard.e) : DURONT-BOURGOIN Penelope / GUIRADO Lea

Le traitement entre-t-il dans le cadre d'une méthodologie de référence ? (1 choix)

☐ MR-003 *Recherches impliquant la personne humaine dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement* de la personne concernée*

☒ MR-004 *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé*

☐ Le traitement n'entre pas dans le cadre d'une méthodologie de référence

3. Transferts de données hors UE

☒ NON

☐ OUI (consulter la liste des pays offrant un niveau de protection adéquat et justifier auprès du DPO)

4. Engagement du responsable de mise en œuvre (directeur.trice de thèse)

Identité et qualité : Dr Jean-Nicolas LEDOUX P.A. Médecine Générale

Contact mail : jean-nicolas.ledoux@univ-grenoble-alpes.fr

Date : 20 / 06 / 2023

Signature :

Dr Jean-Nicolas LEDOUX
RPPS 1000 3086 003
72690 FLUMET

Avertissement

Les données personnelles dans ce formulaire sont nécessaires à la validité de ce document et sont susceptibles d'être communiquées au responsable du traitement – ou son représentant – et à la CNIL en cas de vérification. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits pour les données qui vous concernent auprès du Délégué à la protection des données de l'UGA DPO@univ-grenoble-alpes.fr

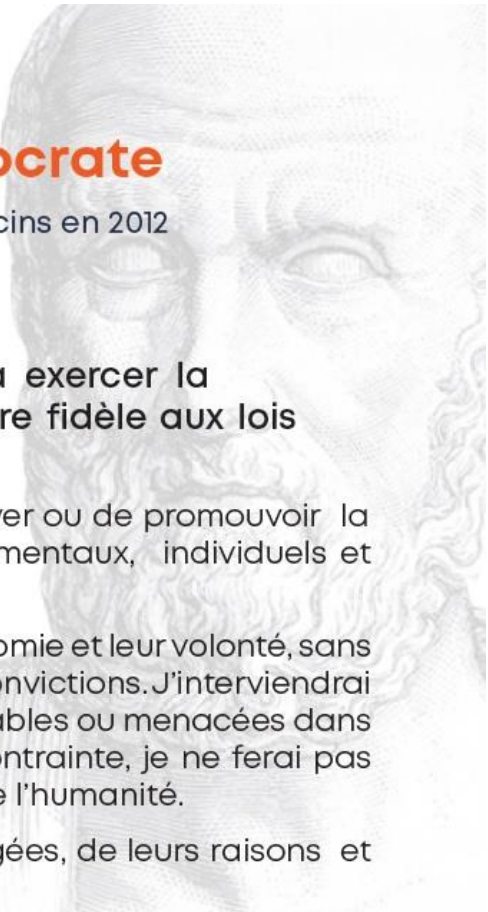
* *Attention : l'information préalable reste obligatoire*

Délégué à la protection des données

avril 2019

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012



« Au moment d'être admis(e) 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.

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.

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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes