

Année 2017

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : KONZELMANN Prénoms : Claire, Valérie, Françoise
Date et Lieu de naissance : 24 Juillet 1987 à Enghien-les-Bains (95)

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 2017

**Perceptions et représentations du médecin généraliste remplaçant par
le patient**
Etude qualitative

Président de thèse : **Professeur Eric GALAM**

Directrice de thèse : **Dr Julie GILLES DE LA LONDE**

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

Pr Eric Galam

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse. Vos conseils m'ont été précieux lors de la rédaction finale. Merci également de m'avoir enseigné la médecine générale dans votre cabinet pour mon tout premier stage en ville! J'en garde un excellent souvenir.

Dr Julie Gilles de la Londe

Merci de tous tes conseils et de ta disponibilité lors de la réalisation de cette thèse, de sa conception jusqu'aux dernières minutes de rédaction! Tu as su me faire découvrir la recherche qualitative, et ce fut un réel plaisir de travailler avec toi!

Pr Max Budowski

Merci d'avoir accepté à la dernière minute de rejoindre mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Vous m'en voyez très ravie!

Pr Philippe Cornet

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Les ressources documentaires que vous m'avez transmises en cours de thèse m'ont été utiles.

Dr Jean-Sebastien Cadwallader

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Votre enseignement lors du séminaire sur la recherche qualitative m'a permis de mieux comprendre la théorie, immensément utile à la réalisation de cette thèse.

Dr Cécile Fournier

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Vos publications et vos ouvrages sur la recherche qualitative en santé m'ont été d'une grande aide lors de cette thèse.

Dr Julien Gelly

Merci pour tous tes enseignements au CMS lors de mon SASPAS. Ta sagesse et la qualité de tes connaissances inspirent ma pratique au quotidien!

A tous les médecins et les patients qui ont permis ce travail de thèse, de près ou de loin!

A mes parents

Merci pour votre soutien sans faille pendant ces 10 années d'études. Vous m'avez aidée de toutes les façons possibles et inimaginables. Votre bienveillance et votre amour ont permis ma réussite! Papa, merci de ta relecture attentive et rigoureuse.
Je vous aime infiniment!

A Pierre et Marjorie

Frère et soeur adorés! Merci pour votre bonne humeur et cette complicité unique entre nous. Je suis fière de notre famille!

A Bonne-Maman

J'espère être un aussi bon médecin que tu as été une bonne infirmière! Merci de ta bienveillance et de tes petites attentions. Je pense aussi à Grand-Père, que j'aurai aimé connaître..

A Papi

Ta "fräulein" a enfin terminé sa thèse! Je suis fière d'avoir un papi si moderne, et curieux de mon travail!

A ma mamie chérie

J'aurais tant aimé pouvoir te parler de cette thèse et te la faire lire. Tu nous manques tellement.

A toute ma famille

Merci à chacun d'entre vous pour votre bienveillance et vos encouragements lors de la réalisation de cette thèse. Confraternelle pensée pour Dr Mimi, qui n'y est sûrement pas pour rien dans ce choix d'études ;)

A ma belle famille,

Merci de votre soutien chaleureux et votre accueil gourmand en toute occasion!

A mes amis

Marie, mon amie de toujours, merci pour ton aide en début de thèse, et pour tes conseils linguistiques à la fin de celle-ci!

Alexis, Serena, Sangee, Céline, Virgile,.. Les années d'études ensemble ont fait naître une amitié sincère et durable! Merci pour tous les bons moments qu'on a passé en stage et sur les bancs de la fac..

A Florence

Tu as mérité cette ligne pour toi toute seule. Merci d'avoir été là pour décompresser et se retrouver dans nos activités girly! J'espère être d'un aussi bon soutien quand ton tour arrivera!

Sami

Tu sais l'amour inconditionnel que je te porte. Tu as changé ma vie et mon quotidien après toutes ces années. Tu as su me remonter le moral dans les moments difficiles de cette thèse mais aussi de la vie en général. J'attends avec impatience la suite de notre histoire... Bahebak!

A Scott, pour l'éternité...

AVANT PROPOS

Cette thèse, proposée sous forme d'article, fait l'objet d'une soumission à la revue médicale *Exercer*®.

Nous avons choisi de soumettre l'article à cette revue, consultée par la communauté des médecins généralistes Français, et probablement aussi par une forte proportion de médecins généralistes remplaçants.

D'autre part, l'objectif était de présenter un travail méthodologique avancé, répondant aux normes d'une étude qualitative de qualité (échantillonnage théorique, proposition d'une théorie explicative...).

Une publication dans une revue internationale, qui plus est de recherche qualitative, sera envisagée par la suite.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Méthode	7
Résultats	10
Discussion	17
Conclusion	23
Annexes:	
● Guide d'entretien	24
● Guide d'observation de la salle d'attente	25
● Schéma illustrant l'échantillonnage théorique réalisé	26
● Codage axial réalisé	27
● Exemple d'entretien (E7)	29
● Journal de bord	34
● Exemple de schémas réalisés au cours de l'analyse des entretiens	38
● Lettre d'information et de consentement	39
● Fiche de projet de thèse	43
● Autorisations éthiques (CNIL, CCTIRS, CPP)	45
Bibliographie	49
Abstract	51
Permis d'imprimer	

INTRODUCTION

Au 1er janvier 2015, le Conseil de l'Ordre recensait en France 7 494 remplaçants en médecine générale sur les 58 104 médecins généralistes (MG) en activité régulière¹. Cette population de MG remplaçants est assez hétérogène² : MG libéraux, salariés, remplaçants thésés ou non thésés, internes remplaçant pendant leur cursus^{3, 4, 5}. Remplacer un MG installé pousse le MG remplaçant à trouver sa place dans la relation existante entre le patient et son MG, tout en se forgeant une identité professionnelle propre.

L'intention initiale de cette étude, qui a fait l'objet d'une thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine générale de l'auteur principale, était de réaliser un travail sur les difficultés rencontrées par les jeunes MG remplaçants débutant leur activité.

Cette question initiale est née d'une problématique vécue par l'auteur lors de ses premiers mois d'exercice en tant que remplaçante au sein d'un cabinet. Les consultations répétées avec une patiente ont permis de diagnostiquer une hémopathie maligne, mais la famille de la patiente a reproché à la remplaçante de ne pas avoir posé le diagnostic plus tôt. Cela a entraîné chez elle tout un questionnement sur la solidité de ses connaissances théoriques d'une part, mais aussi surtout sur sa légitimité personnelle en tant que jeune remplaçante vis à vis des patients, d'autant plus qu'elle n'était alors pas encore thésée.

Aussi, façonner sa propre identité et se positionner dans la relation déjà instaurée entre un patient et son MG habituel (non nécessairement le MG déclaré à la sécurité sociale sous le terme médecin "traitant") peut poser des difficultés, et amener le MG remplaçant à se remettre en question.

Plusieurs études précédemment réalisées -pour la plupart quantitatives- ont montré que les patients ont globalement une image favorable ou très favorable du MG remplaçant (75%), et qu'ils acceptent volontiers de le consulter (76%)^{6, 7, 8}.

Dans ce contexte, et suite au questionnement personnel de l'auteur, ce travail de thèse s'est donc centré sur le ressenti des patients amenés à consulter le MG remplaçant de leur MG habituel.

L'objectif principal était donc d'explorer en profondeur la perception que peut avoir le patient du MG remplaçant et de proposer une théorie explicative du lien entre ces différents acteurs: patient, médecin remplaçant et peut être MG habituel.

MÉTHODE

● Population étudiée et choix des participants

Il s'agissait d'une étude qualitative, menée auprès de patients de médecine générale^{9,10}. Les participants étaient des patients adultes, issus de cabinets d'Ile de France, recrutés sur place suite à un contact préalable de l'auteur avec le MG ou le remplaçant du cabinet. La période de recrutement s'étalait entre juin et décembre 2016. L'auteur a jugé judicieux de ne pas interroger ses propres patients.

Ce recrutement s'est fait par échantillonnage théorique à variation maximale, c'est à dire une variation des caractéristiques des participants (âge, genre, antécédents médicaux...) ou des situations (mode d'exercice du MG, présence d'un remplaçant..) en fonction des hypothèses intermédiaires émergentes au fur et à mesure des entretiens¹¹.

Ceci permet un va et vient permanent entre la théorisation en cours, et la réalité du terrain. Le choix des patients sélectionnés reposait donc sur des critères que le chercheur jugeait pertinents pour la suite de l'étude¹².

Les patients ne devaient pas nécessairement avoir déjà rencontré un MG remplaçant, permettant alors d'explorer leur imaginaire et d'obtenir un autre point de vue sur le sujet de l'étude.

● Recueil de données

Le recueil des données a été mixte, c'est à dire qu'il comportait des entretiens individuels et une observation ethnographique. Pour réaliser ces entretiens, l'auteur a élaboré un guide d'entretien à partir des données de la littérature et d'un entretien exploratoire, et l'a adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude, en fonction des nouveaux points soulevés par les participants, témoignant de la posture inductive du chercheur.

L'objectif était de favoriser l'expression libre des patients par des questions ouvertes, tout en reformulant les propos à l'aide de relances, demandes d'approfondissement ou d'éclaircissement¹³.

Un formulaire d'information et de non-opposition à l'utilisation des données était fourni au patient, afin de recueillir son consentement oral puis écrit, stipulant un droit de retrait à tout moment de l'entretien, et un droit d'accès aux données recueillies le concernant.

L'enregistrement de l'entretien, via un logiciel d'enregistrement sur ordinateur Mac®, ne comportait aucune limitation de durée, les patients étant libres d'arrêter à tout moment.

L'auteur a ensuite procédé à la retranscription mot à mot des entretiens, en anonymisant sur Microsoft Word®. Les enregistrements ont été détruits par la suite.

- **Analyse des données et méthodologie**

L'analyse des données a été assistée par le logiciel Nvivo®.

Elle s'est faite par la méthode de théorisation ancrée dont la finalité consiste à élaborer une théorie sur le phénomène observé. Au fur et à mesure que des hypothèses provisoires émergent, les chercheurs doivent les mettre à l'épreuve et refaire des entretiens, jusqu'à ce que les données se répètent, et que les témoignages n'apportent plus rien de nouveau. C'est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et le processus de théorisation.

Chaque entretien retranscrit était donc analysé avant le suivant, afin de faire ressortir une hypothèse, qui est ensuite testée auprès d'un autre patient, choisi selon celle-ci, via l'échantillonnage théorique. Afin de s'en imprégner, l'entretien était relu à plusieurs reprises et analysé selon 3 niveaux de codage ¹⁴.

Le premier niveau est le codage ouvert: au fur et à mesure de la lecture du texte, on attribue aux passages intéressants et remarquables une "étiquette" ^{5, 14}, donnant un sens aux propos du patient: elle ne porte pas sur ce dont il parle, mais sur ce qu'il en dit, amenant à l'interprétation et la conceptualisation.

Le 2ème niveau est le codage axial: il consiste à articuler les propriétés découvertes lors du codage ouvert, et à identifier lesquelles varient en fonction des autres, afin de créer des catégories plus larges. Nous avons pu dégager 37 catégories.

Le 3ème niveau est le codage sélectif: les articulations du codage axial sont intégrées les unes aux autres. Ce codage est dit "sélectif" parce qu'il se resserre autour des éléments répondant à la question de recherche, ce qui implique d'écarter les propriétés ou catégories marginales.

- **Enrichir le recueil de données: le choix de l'observation**

A cours de l'étude, et afin d'enrichir le recueil de données, nous avons décidé de compléter les entretiens déjà réalisés par une expérience ethnographique d'observation.

L'observation est une technique de recherche qualitative fréquemment utilisée en sciences sociales ¹⁵. Cette démarche inductive vise à découvrir par l'observation dans le milieu "naturel" ce qui organise notamment les comportements et les représentations des acteurs du terrain étudié, en s'immergeant dans celui-ci.

Nous avons donc choisi d'appliquer cette technique à notre question de recherche, en observant des patients "sur le terrain", à savoir une salle d'attente d'un MG, lieu participant à la construction de la relation de soin entre un MG et son patient. Le but était d'observer leur comportement et leurs paroles, dans l'attente du MG -et qui plus est, du MG remplaçant.

Dès lors, l'auteur a endossé le rôle d'observateur en s'immergeant dans le terrain. L'expérience consistait à se rendre dans un cabinet médical où une jeune MG remplaçante exerçait seule, quotidiennement pendant les vacances scolaires, et se faire passer pour un patient attendant son tour en salle d'attente. Les consultations se faisaient sans rendez-vous, donc avec un temps d'attente important et des patients nombreux - plutôt bénéfique pour notre expérience d'observation.

Après accord du MG du cabinet, nous avons donc observé et pris des notes en salle d'attente, à l'aide d'un guide d'observation ¹⁶.

- **Approbation des comités éthiques (annexes)**

Une déclaration simplifiée a été enregistrée à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) le 29/07/2016 (numéro 1976614v0), et l'étude a reçu l'autorisation du CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé) le 29/09/2016 et du Comité de Protection des Personnes Paris Ile de France IV le 11/10/2016.

RÉSULTATS

- **Description des participants**

Entre Juillet et Décembre 2016, huit patients ont été interviewés. Les entretiens ont duré de 16 à 36 minutes. Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1.

Nous avons réalisé une seule observation de salle d'attente d'un MG.

Patient (P)	Âge	Genre	Profession	Maladie chronique	Mode d'exercice du MG habituel / Âge	Expérience d'un remplaçant / Âge	Expérience d'un interne
P1	28	F	Consultante	Non	C* libéral seul / environ 60	Non	Non
P2	60	M	Chômage	Oui	C* libéral seul / environ 60	Oui / environ 50	Non
P3	41	M	Maçon	Non	CMS** / environ 35	Non	Non
P3	42	F	Ingénieur en arrêt maladie	Oui	C* de groupe / environ 60	Oui / environ 30	Oui
P5	41	F	Secrétaire comptable	Oui	C* de groupe / environ 50	Oui / environ 30	Oui
P6	23	F	Etudiante	Non	C* de groupe / environ 50	Oui / environ 30	Non
P7	60	H	Vendeur	Non	C* de groupe / environ 60	Oui / environ 50	Non
P8	42	F	Vendeuse	Non	C* de groupe / environ 60	Oui / environ 50	Non

Tableau 1: Caractéristiques des patients interviewés. F: Féminin; M: Masculin; *C: Cabinet; **CMS: Centre Municipal de Santé

- **Le MG habituel: un référentiel pour les patients**

L'analyse des entretiens a montré une relation triangulaire entre le patient, son MG habituel, et un éventuel MG remplaçant. Avant d'évoquer cet éventuel remplaçant, les patients décrivaient tout naturellement le référentiel qu'ils connaissaient, à savoir leur MG habituel.

La relation avec lui était décrite de façon dynamique, en commençant par une première rencontre, qui amenait le MG à être choisi par le patient, selon des critères pratiques: *“J’en ai consulté un qui est en face de chez moi, comme j’habite dans un endroit central, j’essaie de chercher des médecins qui sont à côté.”* (P2), ou des critères davantage relationnels: *“Il y a peut être un contact qui fait qu’on se sent bien avec un certain médecin plus qu’avec un autre.”* (P5).

La répétition des rencontres permettait alors de se connaître mutuellement, et le patient appréciait d’en savoir plus sur la personne qu’est son médecin: *“Le Dr A c’est pas quelqu’un qui se livre facilement. Il ne parle pas du tout de sa vie. La dernière fois j’ai appris des choses, qu’il s’était remarié et tout. Et ça m’aurait intéressé de savoir ça avant!”* (P4).

Mais il voyait avant tout son MG habituel comme la personne qui le connaît, et qui devenait alors le principal détenteur de son histoire personnelle et médicale: *“Il sait les soucis que j’ai eu dans l’enfance, autres que ceux qui peuvent être écrits dans mon carnet de santé. Il sait la relation que j’ai avec mes parents, il me connaît en terme de caractère”* (P1).

Le temps permettait au patient de nouer une relation de confiance avec ce MG: *“C’est une relation qui se crée avec le Dr D, au fil de ces années, ça fait plus de 20 ans qu’il me suit”* (P1); *“Le médecin traitant a l’avantage qu’on lui fait confiance”* (P6). A cette confiance, les patients ajoutaient la notion de fidélité, *“comme dans une histoire de couple, on peut avoir des surprises mais en règle générale on est loyal, en amitié c’est pareil, et on va toujours vers la personne qu’on a choisie”* (P8).

Être connu du MG habituel était vu pour le patient comme un facilitateur de soin qui amenait à une sorte d’intuition et donc une rapidité de prise en charge en comparaison aux autres MG: *“C’est un médecin qui vous suit, qui sait quand vous l’appellez ou quand vous dites, je sais pas, le moindre truc, il va tout de suite comprendre, il le sait.”* (P7); *“Très vite il peut comprendre certaines choses que d’autres docteurs, que ce soit sa remplaçante ou d’autres docteurs, ne savent pas.”* (P1); *“Ah c’est la remplaçante! C’est pour ça que ça va pas vite, elle met un quart d’heure-20 min. Sinon ça irait plus vite avec lui!”* (Observation de salle d’attente).

En étant la personne qui “sait”, et à qui le patient fait confiance, le MG habituel pouvait alors devenir celui qui assurait le suivi. En plus d’être perçu comme outils de premier recours pour les problèmes médicaux: *“Pour vous c’est quoi un médecin traitant ? - Bah c’est un généraliste que je vais voir pour rien, [...] c’est quelqu’un que je vais voir si j’ai un pet de travers, quelque chose qui ne va pas, un généraliste quoi”* (P2), le MG habituel pouvait endosser le rôle de soutien psychologique lors des périodes difficiles de la vie: *“Comme j’ai fait plusieurs années de chômage, j’allais le voir souvent”* (P2). Certains patients voyaient aussi en lui un soutien informatif: *“Je suis quand même allée voir le Dr D, pour vérifier ensemble que ce qui avait été*

identifié à l'hôpital c'était vraiment ce que j'avais, qu'il n'y avait pas d'autre truc, pour être sûre que ce qu'on avait identifié c'était bien ça" (P1), ou encore technique: *"Il m'a expliqué les choses bien comme il faut, comment faire pour envoyer les papiers, il m'a donné l'enveloppe [...] il a tout fait, c'est bien pour moi"* (P3), ou bien un soutien dans le processus de construction personnelle: *"Pour soigner la maladie en soi, pas de problème. C'est juste le petit "plus" qui fait qu'il va donner un conseil sur le bien-être, une leçon de vie."* (P1).

Certains justifiaient l'exclusivité de cette relation par la signature administrative du contrat de médecin traitant qui les liait. En devenant la personne capable de répondre à de nombreux besoins, le MG habituel était plusieurs fois désigné comme le "médecin de famille" par les patients, non seulement car il pouvait en soigner tous les membres *"Il nous suit tous dans la famille"* (P1), mais aussi car la nature de la relation créée pouvait devenir intime, voire donc familière: *"Il m'avait engueulé comme du poisson pourri, mais comme on l'aurait fait avec sa famille"* (P4).

- **Le rôle fonctionnel du MG remplaçant**

Une fois précisée la vision du MG habituel, nous avons pu aborder la notion du MG remplaçant.

La définition qu'ils en donnaient était avant tout fonctionnelle, toujours dans un lien avec le MG habituel: *"C'est quelqu'un qui remplace le Dr A, qui prend le relais quand il n'est pas là"* (P4). L'avantage était que la continuité des soins étaient assurée, *"pour couvrir les besoins"* (P5). Il était vu comme l'outil permettant de répondre à un besoin lors de l'absence du MG habituel: *"Je lui raconte pas ma vie, j'arrive, je lui demande ce que je veux, il regarde sur l'ordinateur, je lui dis que j'ai tels traitements et qu'il me faudrait ça et ça, et il me l'a donné."* (P2).

En cas d'absence du MG habituel, se tourner vers son remplaçant attitré pouvait sembler naturel: *"Si le Dr D par exemple n'était pas là, clairement c'est elle que j'irai voir, j'irais pas dans un autre cabinet, voir quelqu'un d'autre."* (P1), ou parfois cela était plus hasardeux: *"À droite à gauche ici, n'importe lequel si il n'y a pas le choix. [...] C'est la secrétaire qui me dirige vers un autre médecin."* (P3).

Dans ce référentiel fonctionnel, le motif de consultation paraissait influencer la décision de rencontrer le MG remplaçant, et donc la représentation que les patients en avaient. En effet, le MG remplaçant semblait parfois cantonné à la prise en charge des urgences: *"Si c'est urgent, je vais voir n'importe qui"* (P3); *"Normalement quand c'est la remplaçante je pars. Mais bon ma nièce est malade j'ai pas le choix."* (Observation de salle d'attente). Hors cas d'urgence (papiers administratifs, problème chronique, renouvellement d'ordonnance non urgent..), ils

préféraient voir leur MG habituel: *“Et si c’était une consultation moins urgente, vous attendriez? - Moins urgente j’attendrai. J’attendrai mon médecin traitant, bien sûr. C’est normal, c’est même plus que normal.”* (P7).

La possible substitution du MG habituel par le MG remplaçant mettait en avant leur équivalence fonctionnelle: *“Elle fait exactement ce que fait le Dr D.”* (P1), et il s’opérait comme un transfert de compétence: *“Un médecin remplaçant il a les mêmes compétences”* (P2); *“Pour vous ils soignent différemment? - Pareil.”* (P7), de connaissances: *“De toute façon moi c’est simple, quand je vais voir un médecin, je me dis qu’il doit être capable de me soigner: une angine, une entorse..”* (P1) mais également un transfert de confiance, s’accordant sur le fait qu’il était *“quelqu’un de confiance du médecin habituel”* (P2).

Avec cette définition fonctionnelle du MG remplaçant, des patients remettaient en cause la définition davantage identitaire qui pouvait être présumée par le remplaçant lui même: *“Pour vous c’est quoi un médecin remplaçant? - C’est rien, pour moi c’est un médecin. On a besoin de lui. Il n’y a que le mot qui fait un peu... “Remplaçant” ça ne veut rien dire. Il est aussi bon que le premier, ou que le meilleur, c’est pas un problème. C’est un médecin, tout simplement. [...] C’est vous qui le dites qu’il est remplaçant! Moi personnellement c’est un médecin que je viens voir. C’est pas un remplaçant. Pour moi c’est UN médecin, c’est tout. Uniquement. Le mot “remplaçant” c’est formulé par le bureau, par vous, par les gens. Mais en vérité pour moi il est pas remplaçant.. [...] Non pour moi c’est juste un mot c’est tout. “Remplaçant” ça veut juste dire que le cabinet manque UN médecin, on en amène un autre, c’est tout, point. Mais c’est un médecin avant tout.”* (P7).

Nous avons testé auprès des patients leur perception du lien établi entre leur MG habituel et le MG remplaçant. De la même façon qu’ils choisissaient leur MG, les patients envisageaient que le MG remplaçant était également choisi, voire recruté par le MG habituel, *“pour ses résultats peut être universitaires”* (P5), comme dans un milieu professionnel quelconque. Ils imaginaient une obligation de résultats du remplaçant vis à vis des patients: *“On doit avoir une entière confiance, pour que ce médecin-là, soit à même d’assurer à 100% et de satisfaire ses patients”* (P5). Il devenait l’image du cabinet et en assurait la réputation, qui *“peut être mise à mal, si la personne n’est pas compétente”* (P2).

Plusieurs d’entre eux pensaient qu’ils pouvaient se connaître en dehors du cabinet. Il est arrivé que le remplaçant soit un membre de la famille du MG remplacé: *“Il y a des fois comme maintenant, comme aujourd’hui, où il est remplacé par son neveu”* (P7). Cela semblait être une preuve de confiance pour le patient.

Une patiente notait la ressemblance entre le MG habituel et son remplaçant, comme dans un miroir: *“C’est le même genre de mec, donc quand vous avez affaire à l’un ou à l’autre, vous n’êtes pas trop perturbés. Dans le même esprit on va dire, car justement, on choisit, donc il faut qu’il y ait un peu la même philosophie vous voyez, le même feeling un peu.”* (P8).

La notion d’une communication entre les deux MG rassurait, à l’oral ou via les dossiers: *“Elle dirait au Dr D :”j’ai vu Mlle X, elle avait ça” [...] des sortes de passations, qu’ils se laissent des notes, des dossiers genre “alors j’ai vu Mlle X”* (P1).

- **La vision d’un jeune MG en début de carrière**

Comme le MG remplaçant n’était pas présent au quotidien, certains patients en déduisaient que c’était avant tout un choix personnel d’être remplaçant, justifié par les contraintes d’avoir son propre cabinet: *“Ils n’ont pas envie peut être, c’est contraignant à gérer. Peut être qu’elle n’a pas envie ou besoin de travailler tous les jours. Deux jours par semaine ça lui suffit pour vivre”* (P1).

Être remplaçant signifiait avoir une sorte de statut souvent perçu comme temporaire et transitoire, envisageant que ces MG remplaçaient dans l’attente d’une installation, par manque d’*“opportunité d’ouvrir un cabinet parce que ça coûte cher”* (P1), ou encore pour *“expérimenter, se former, se faire une idée de quel type de médecine générale ”* (P6).

Le remplacement était alors vu comme une période de perfectionnement du MG, *“pour se faire les dents entre guillemets”* (P5), ou comme le mode d’exercice privilégié après la fin des études: *“Peut être c’est les débuts, j’imagine comme un médecin en début de carrière”* (P6). Ainsi, le remplaçant était le plus souvent quelqu’un de jeune dans leur esprit, le qualifiant de cette façon au cours des entretiens: *“Je me souviens d’une petite jeune fille qui était adorable”* (P4).

Les patients dont le MG habituel avait comme remplaçant un MG plus “âgé” (P1, P7, P8) n’ont pas spontanément évoqué son âge, et après questionnement, ne l’ont pas explicité comme facteur modifiant la perception qu’il pouvait en avoir: *“Pour moi c’est un médecin. Quand je suis dans l’urgence, que j’ai besoin de voir un médecin, ça peut être le petit jeune de 30 ans, ça peut être le pépé de 70 ans, peu importe. Pour moi c’est d’abord UN docteur.”* (P7).

Dans cette phase de perfectionnement, des patients relevaient des difficultés techniques ou administratives: *“J’ai vu une différence lors d’un vaccin, il m’a piqué, et il m’a mal piqué”* (P5).

L’une des patientes interviewées avait développé une connaissance fine de sa maladie. De part la rareté de celle ci (en l’occurrence une maladie tropicale chronique), elle avait pris conscience avec le temps du manque de connaissances des jeunes MG et des étudiants, vis à vis de sa pathologie: *“Comme ma pathologie est rare, et exotique, et spéciale, à chaque fois*

ça les intéresse, donc j'en profite, ce n'est pas que je me prend pour une prof, mais comme moi même je pourrais écrire une thèse sur ce qui m'est arrivé, au fur et à mesure j'ai fait tellement de recherche, je m'aperçois que j'en sais autant que les médecins presque.”(P4). Lucide sur le fait que les pathologies rares étaient peu enseignées, elle se positionnait comme une sorte d'experte de la connaissance médicale de sa maladie lors des consultations avec les internes ou les jeunes MG, se substituant à son tour à son MG habituel, qui connaissait bien sa pathologie. Elle vivait cela comme un réel échange bilatéral de connaissances: *“Chaque patient va apprendre plein de trucs à son thérapeute. Donc chacun est enrichi avec des choses un peu différentes.”*

Les patients avaient du mal à cerner les différentes “identités” possibles du MG remplaçant: remplacer pour eux étant une fonction, ce MG pouvait tout aussi bien être un étudiant/externe/interne qu'un jeune ou plus vieux médecin, mais leur vision demeurait floue pour les plus jeunes d'entre eux: *“C'est pas des internes les jeunes?” (P4).*

La question d'un diplôme a fini par émerger des entretiens, son obtention étant vue comme rassurante, et nécessaire à un moment ou à un autre *“pour travailler” (P2)*, car *“la récompense, c'est de pouvoir pratiquer” (P7).*

Les seuls patients à évoquer spontanément l'existence de la thèse de médecine étaient ceux dont un proche avait soutenu une thèse (P2, P4, P5, P8). Ils la considéraient comme la preuve de l'acquisition des connaissances, et *“une loupe sur un point pour approfondir un sujet” (P4)*, choisi par l'étudiant. Cela permettait l'amélioration des connaissances théoriques dans le sujet choisi, et participait à un accomplissement personnel et surtout professionnel qui *“permet de prendre confiance en soi. Et quelqu'un qui a confiance en soi sera peut être un meilleur thérapeute” (P4).*

Certains donnaient toutefois plus d'importance aux études réalisées avant la thèse: *“Je pense que c'est ce qui est avant qui apporte, ce n'est pas la thèse” (P2).*

- **Le remplaçant: place au changement**

Pour les patients, le MG remplaçant portait un nouveau regard sur leur état de santé, trouvant parfois un remède à leurs problèmes jusqu'ici sans réponse: *“En tout cas elle était compétente, car pour vous diagnostiquer une « sur-dépression » comme ça, alors que mon médecin traitant me connaissait bien, n'avait pas trouvé.. ! Car elle, ne me connaissant pas, me dire ça et me soigner en 3 jours, franchement!” (P2)*

Le remplaçant n'avait pas d'a priori sur leur état de santé, l'opposant au MG habituel: *“Les vieux c'est plus une routine, vous êtes déjà répertorié dans des cases, alors qu'un plus jeune*

médecin vous êtes moins répertorié, moins casé, vous êtes une personne nouvelle à chaque fois” (P2).

Avec cette image d'un jeune MG, ils considéraient qu'il avait *“plus envie d'apprendre”* (P4), et qu'il était plus ouvert à un enrichissement intellectuel ou à de nouvelles thérapeutiques: *“Je pense qu'il y a un truc d'ouverture d'esprit qui est un peu différent sur certaines choses. Mais c'est dû aussi à l'âge, quand même.”* (P8).

Plusieurs patients ont souligné la prudence dont faisaient preuve certains remplaçants: *“Elle a pris le Vidal ©, enfin la liste des médicaments, pour bien regarder la liste des effets secondaires, donc je me suis dis qu'elle était consciencieuse. C'est justement un signe qu'on est sérieux”.* (P5). La prudence les rendait *“assez humble pour prendre le Vidal devant le patient, et puis regarder.”* (P5)

Le principal avantage supposé de le consulter était que ses connaissances médicales étaient récentes et actualisées par rapport à leur MG habituel plus âgé par exemple: *“Il y en a peut être qui sortent tout droit de l'école, et qui sont peut être plus compétents qu'un vieux machin”* (P2).

La compassion et l'écoute attentive étaient citées comme qualités fréquentes de ces MG, notamment pour ceux associant “jeune” et “remplaçant”: *“Quand vous êtes tout nouveau dans le métier, vous avez tendance à peut-être être plus à l'écoute”* (P4).

Par opposition à la définition de leur MG habituel que les patients aimaient donner -un MG qui les connaît- être un “inconnu” aux yeux du MG passait parfois pour un avantage: le patient pouvait en effet être gêné d'aborder des sujets intimes avec quelqu'un devenu si proche et familier: *“Ca me dérangerait plus car il me connaît depuis que je suis toute petite et que je n'ai jamais parlé de ça avec lui.”* (P6). Cette patiente se sentait plus proche de la remplaçante que de son MG habituel car *“c'est une jeune femme, donc je serai plus à l'aise de parler de certains sujets, je lui parlerai plus de mes problèmes de jeune femme on va dire”.* Cela apportait donc quelque chose de positif dans le soin.

“Changer” de MG pouvait être parfois vu comme problématique voire risqué car *“après ça mélange tout.”* (observation de salle d'attente). Plusieurs patients ont regretté le manque de suivi des pathologies chroniques, mais aussi un certain manque d'investissement de la part du remplaçant: *“Je me dis clairement que la remplaçante elle veut que mon angine soit soignée, puis voilà quoi. Mais sur le long terme, bon..”* (P1).

DISCUSSION

Cette étude a été réalisée dans le but de répondre à une question que se posent beaucoup de MG remplaçants: "Comment le patient me perçoit-il? Quelle est ma place?". Réaliser ces entretiens a permis de mettre en évidence que le remplaçant est avant tout un rôle fonctionnel, avant de constituer une identité médicale en tant que tel, ce qui pouvait être présupposé par l'auteur avant le début de l'étude, mais aussi par les MG remplaçants en général.

- **Forces et limites méthodologiques du travail**

Les études traitant des MG remplaçants sont peu nombreuses et souvent quantitatives. Elles se sont penchées sur le degré d'appréciation de celui-ci, ou sur les motifs de consultation amenant à le consulter ou non^{6, 8}. Dans notre étude, les entretiens semi-dirigés ont permis d'accéder à des données plus difficiles à obtenir par un questionnaire écrit. L'auteur a alors tenté autant que possible de s'affranchir de ses a priori de médecin, en s'efforçant de rendre sa subjectivité la plus scientifique possible (via un journal de bord notamment).

La force de notre étude vient aussi de la rigueur méthodologique appliquée à la question de recherche: la méthode par théorisation ancrée a paru être la meilleure méthode pour explorer l'inconscient collectif, et en proposer un modèle explicatif.

Concernant le recueil de données: nous aurons aimé enregistrer davantage d'entretiens, mais dans le faible temps imparti pour ce travail de thèse, le choix a été fait de prendre le temps de les sélectionner minutieusement de la façon la plus variée possible, en respectant la méthode d'échantillonnage théorique entre chaque entretien, ce qui a permis une cohérence et une redondance des étiquettes, dans les catégories émergentes des verbatims.

L'expérience d'observation en salle d'attente a été intéressante, mais parfois complexe pour l'auteur novice en matière de recherche, ce qui a peut-être mené à une perte de certaines richesses de données du terrain.

Une triangulation des méthodes, en recourant à des focus groupes par exemple, aurait aussi pu être envisagée.

- **Un questionnement éthique**

L'expérience d'observation en salle d'attente a permis d'observer et de retranscrire les propos de certains patients, de façon incognito. Par définition dans cette expérience, le chercheur

observe son terrain sans en informer au préalable les acteurs impliqués¹⁷. L'auteur s'est alors interrogé sur l'aspect éthique de cette expérience.

Tout d'abord nous avons choisi de ne pas en informer les patients présents ce jour là. Cela permet de saisir la spontanéité des acteurs de terrain, afin qu'ils agissent de façon authentique, et qu'il ne soient pas influencés par une présence observatrice¹⁸.

Ensuite, dans la mesure où aucune identité n'était connue de l'observateur, et que la diffusion des résultats ne permettait pas d'identifier un lieu ou le MG, aucune demande supplémentaire auprès des instances éthiques n'a paru réellement nécessaire. Nous avons au total jugé notre démarche comme légitime, justifiée, et sans risque ou conséquence pour les patients observés ce jour-là.

- **Besoin relationnel versus besoin fonctionnel**

La notion de MG remplaçant paraît indissociable de celle du MG habituel. En effet, et par définition, le médecin "remplaçant" n'existe que parce qu'il y a un médecin "remplacé". Il se met en place une relation triangulaire entre le patient, le MG habituel et le MG remplaçant, ce qui va permettre de proposer des modèles théoriques explicatifs à notre question de recherche.

Tout d'abord, la nature de la relation déjà créée entre le patient et son MG habituel apparaît primordiale. Bien que la définition donnée au MG remplaçant soit assez fonctionnelle - il remplace la fonction de médecin du MG habituel- il ne remplace pas la "personne" qu'est le MG habituel, qui reste le médecin avec qui le patient a construit une histoire au fil du temps. Pour certains patients, cette relation est alors parfois perçue comme exclusive, telle une relation de couple, dont toute autre personne est écartée. Le patient n'envisage alors pas de rencontrer un autre médecin que lui, car il a besoin de la rencontre et de la relation préétablie, raisonnant schématiquement ainsi: "Je suis malade, j'ai besoin de MON médecin". Le MG habituel ne peut alors avoir de substitut, et devient comme irremplaçable aux yeux du patient. Ceci explique pourquoi certains patients interrogés n'ont pas évoqué le terme de "remplaçant" au fil des entretiens. Leur MG n'est pas vu comme remplaçable, donc le MG faisant office de remplaçant, éventuellement consulté en cas d'urgence ou d'indisponibilité du MG habituel, devient un simple "autre" médecin, distinct de la relation patient-MG habituel, ne pouvant répondre à ce "besoin relationnel".

L'analyse des données recueillies montre que ce modèle peut s'appliquer lorsque le patient considère que son MG habituel a été présent dans les difficultés, telles que le chômage, ou la dépression, et qu'il a donc besoin de ses compétences relationnelles, plus importantes à ses yeux que ses compétences techniques.

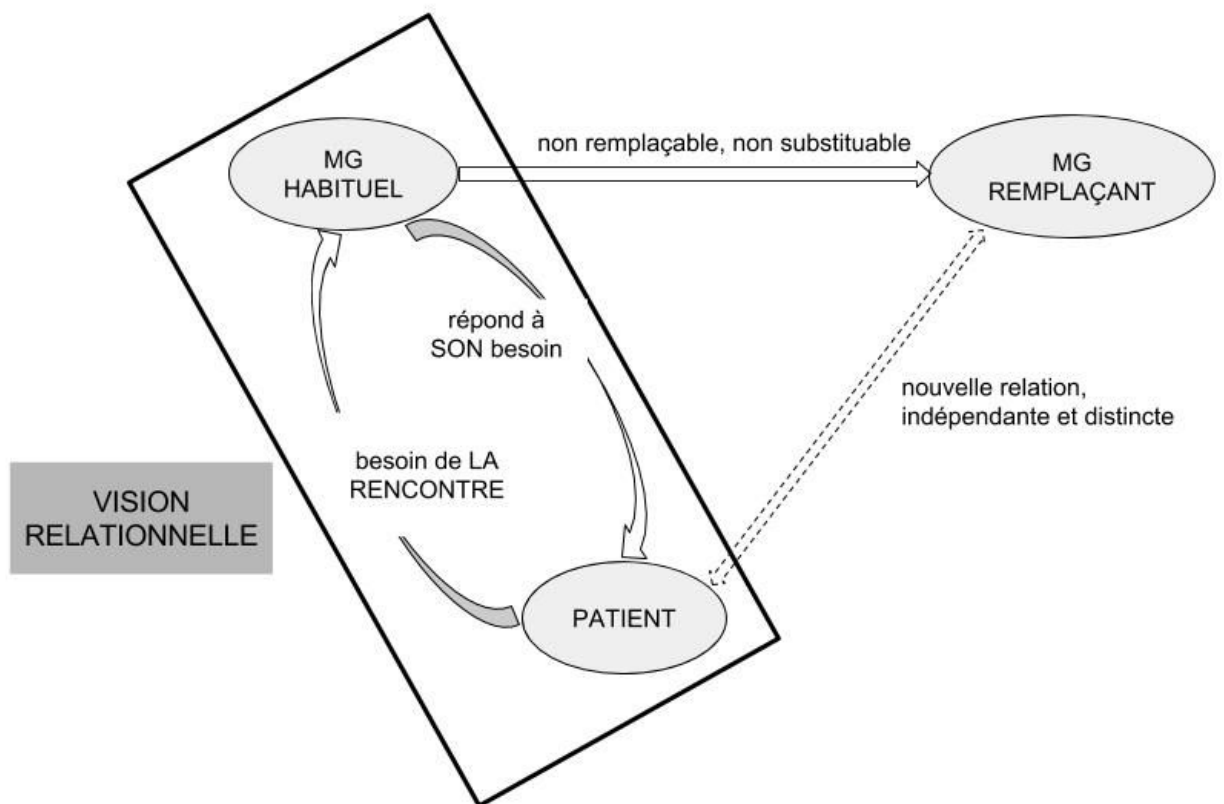


Figure 1: Modèle théorique du besoin relationnel

Inversement, certains patients considèrent la relation créée avec leur MG habituel d'une façon différente, davantage "utilitaire", le MG étant alors vu comme une personne pouvant répondre à n'importe quel problème de santé. Dans ce cas, consulter le MG remplaçant n'est pas problématique, car il est jugé a priori apte à répondre au problème, en tant que personne de confiance du MG habituel, substitut de ses compétences et donc équivalent sur le plan fonctionnel, raisonnant schématiquement ainsi: "Je suis malade, j'ai besoin de voir UN médecin".

L'analyse des données recueillies montre que ce modèle peut s'appliquer d'une part aux patients consultant peu fréquemment le MG, du fait de l'absence d'un problème de santé chronique par exemple, ou alors lorsqu'il s'agit d'un problème bénin ou en cas de crainte d'une maladie grave. Cette hypothèse rejoint d'ailleurs les données d'une précédente thèse de médecine traitant de la même problématique, qui, d'un point de vue quantitatif, montrait que pour 77% des patients interrogés par questionnaire, c'était l'urgence de la consultation qui les motivait à consulter le remplaçant⁸.

Dans cette approche, le MG remplaçant est donc vu comme la réponse à un besoin fonctionnel.

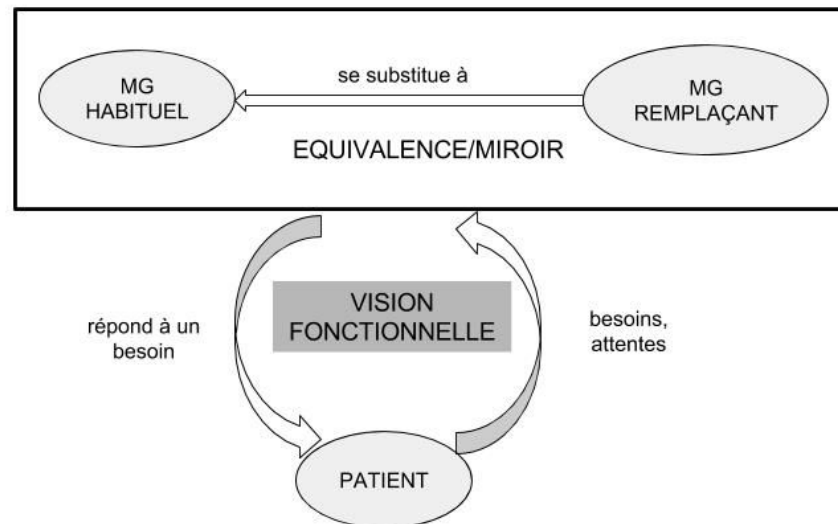


Figure 2: Modèle théorique du besoin fonctionnel

Ces différentes approches nous ont permis de définir la notion de miroir au sein du couple remplacé-remplaçant. Le patient peut mettre en miroir leur fonction (c'est un médecin dans les deux cas) et considérer que le MG remplaçant reflète son MG habituel, ou au contraire, considérer que son MG habituel est irremplaçable et ne peut avoir de reflet.

Il est intéressant de noter que certains patients consultent le MG remplaçant sans avoir eu l'occasion de consulter le MG remplacé auparavant. Il perd alors pour eux sa fonction de remplaçant et n'est même plus désigné de cette façon par les patients: sans miroir d'un remplacé, le remplaçant n'existe pas.

De la même façon, la notion de régularité a également joué dans la façon de considérer le MG remplaçant. Pour les patients dont le MG remplaçant consultait régulièrement (jours fixes dans la semaine ou chaque vacances scolaires par exemple), de nouveaux liens relationnels se tissaient. Il devenait un nouvel acteur de la prise en charge du patient, alors distinct du MG habituel, et n'était plus désigné comme *remplaçant*, mais plus comme une sorte d'*associé* du MG habituel formant une relation triangulaire plus équilibrée.

- **Une relation dynamique et évolutive avec le jeune MG**

La représentation “jeune” et “récemment diplômé” du MG remplaçant ne nous a pas surpris car elle reflète la réalité et concorde avec les statistiques nationales: en 2015, 44% des MG remplaçants étaient âgés de moins de 35 ans ^{1, 2}. Conscients du parcours universitaire jusqu'ici réalisé, les patients s'accordent sur le fait que les connaissances théoriques de ces MG sont acquises lors des études, mais qu'elles sont perfectibles. Cette idée est plus marquée lorsque le remplaçant est identifié comme un étudiant (externes, internes). Le patient considère alors qu'il est possible, avec l'aide du MG habituel, de participer activement à l'amélioration de son expérience et de ses connaissances, tout en bénéficiant des qualités inhérentes à sa jeunesse, formant ainsi un nouveau modèle relationnel entre eux, dans une dynamique d'échange.

L'échantillonnage théorique peut laisser penser que l'existence d'une maladie chronique, voire rare, amène le patient à échanger avec de multiples interlocuteurs médicaux, lors d'hospitalisations par exemple, ce qui atténue l'exclusivité relationnelle avec le MG habituel. On retrouve cette situation également dans les cabinets médicaux où le MG habituel reçoit des étudiants en médecine, intégrant pleinement l'enseignement à son projet de soin.

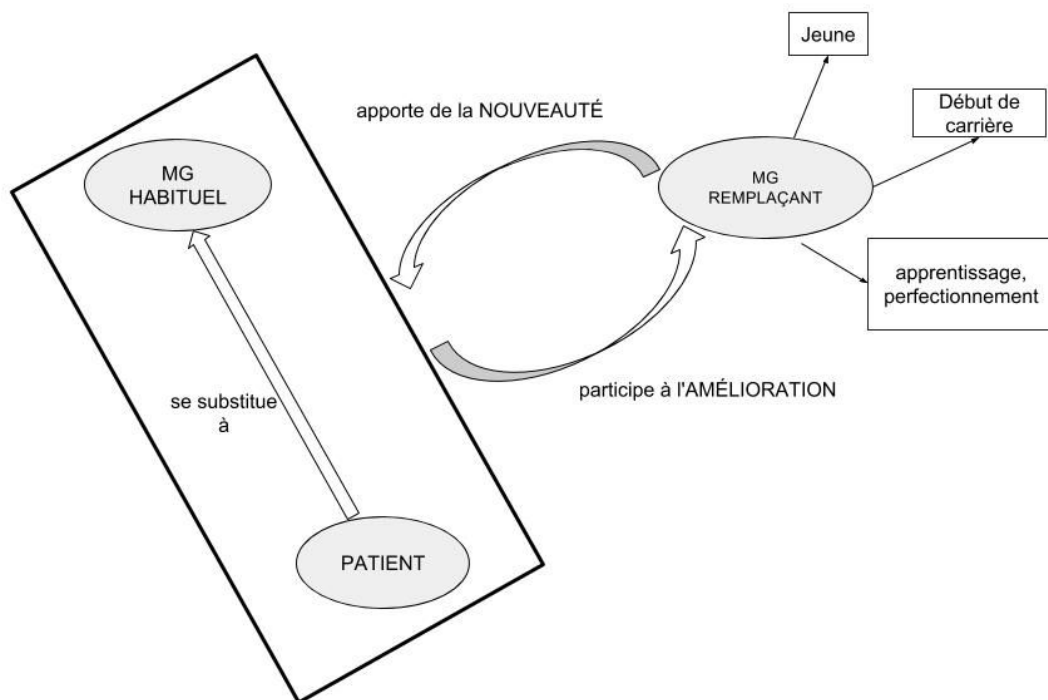
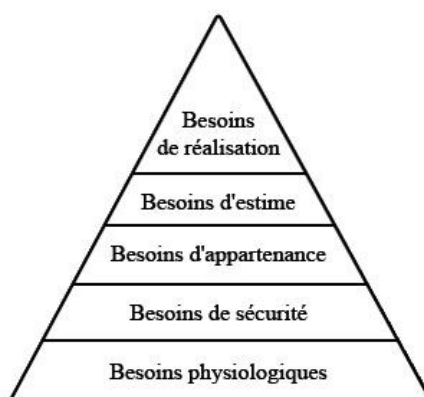


Figure 3: Modèle théorique de la vision du MG remplaçant jeune et en apprentissage

- **La projection des attentes du patient**

D'une façon plus générale, les entretiens réalisés nous ont permis de mieux répondre à la question suivante: "Qu'est ce qu'un médecin et qu'en attend le patient?". En développant non seulement la perception, mais également les attentes vis à vis de son MG habituel et du MG remplaçant, le patient dévoile qu'il est souvent à la recherche d'un semblable. Il projette alors dans la relation ses propres attentes, et part en quête de celui qui pourra répondre à ses besoins fondamentaux (santé et sécurité), mais aussi à son besoin d'épanouissement personnel (appartenance, estime de soi, et accomplissement). Cela reflète le modèle de la "pyramide des besoins" selon Maslow ¹⁹.



CONCLUSION

Dans cette relation triangulaire, la représentation du MG remplaçant se construit en miroir de la vision que les patients portent à leur MG habituel. Il semblerait que le questionnement autour du MG remplaçant dans sa dimension identitaire, appartienne bien plus au médecin qu'au patient lui-même, le patient lui donnant une définition avant tout fonctionnelle. L'étude de la perception du MG remplaçant a aussi servi à mieux comprendre les attentes des patients vis à vis du médecin en général, ce qui peut alors aider le remplaçant à mieux définir sa place au sein de la relation, et ainsi développer et améliorer les échanges entre eux.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Le MG habituel:

- Parlez moi de votre MG. Vous consultez ici depuis longtemps ? Qui est ce MG pour vous? Traitant? Que cela signifie-t-il pour vous?
- Pour quels genre de motifs consultez vous habituellement? Avez vous des antécédents médicaux?
- Est-ce qu'il arrive que ce soit quelqu'un d'autre qui vous reçoive? Qui voyez vous quand il n'est pas la? (*objectif: voir si le terme ou la notion de "remplaçant" émerge*)

Le MG remplaçant:

- Vous avez évoqué le MG remplaçant. Qui est-il pour vous? Pourquoi est-il là?
- L'avez vous déjà rencontré? Racontez moi une consultation : quelles ont été vos impressions?
- Quelles étaient les différences que vous avez remarqué? (*connaissance, disponibilité, compétence, diagnostique, communication, légitimité,...*)
- A votre avis, quel lien a-t-il avec le MG habituel? Vous était-il recommandé?
- Pourquoi est il remplaçant selon vous?

Données émergentes au fil des entretiens:

- Certains patients ont évoqué un diplôme différent pour le MG remplaçant. Qu'en pensez vous? Que savez vous des études de médecine?
- Selon certains patients interviewés, le MG remplaçant est toujours un jeune médecin. Qu'en pensez vous?
- Certains patients interviewés remarquaient que le MG remplaçant exerçait parfois de façon régulière. Qu'en pensez vous?

Y-a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter?

Données démographiques:

- Age?
- Profession?

GUIDE D'OBSERVATION POUR LA SALLE D'ATTENTE

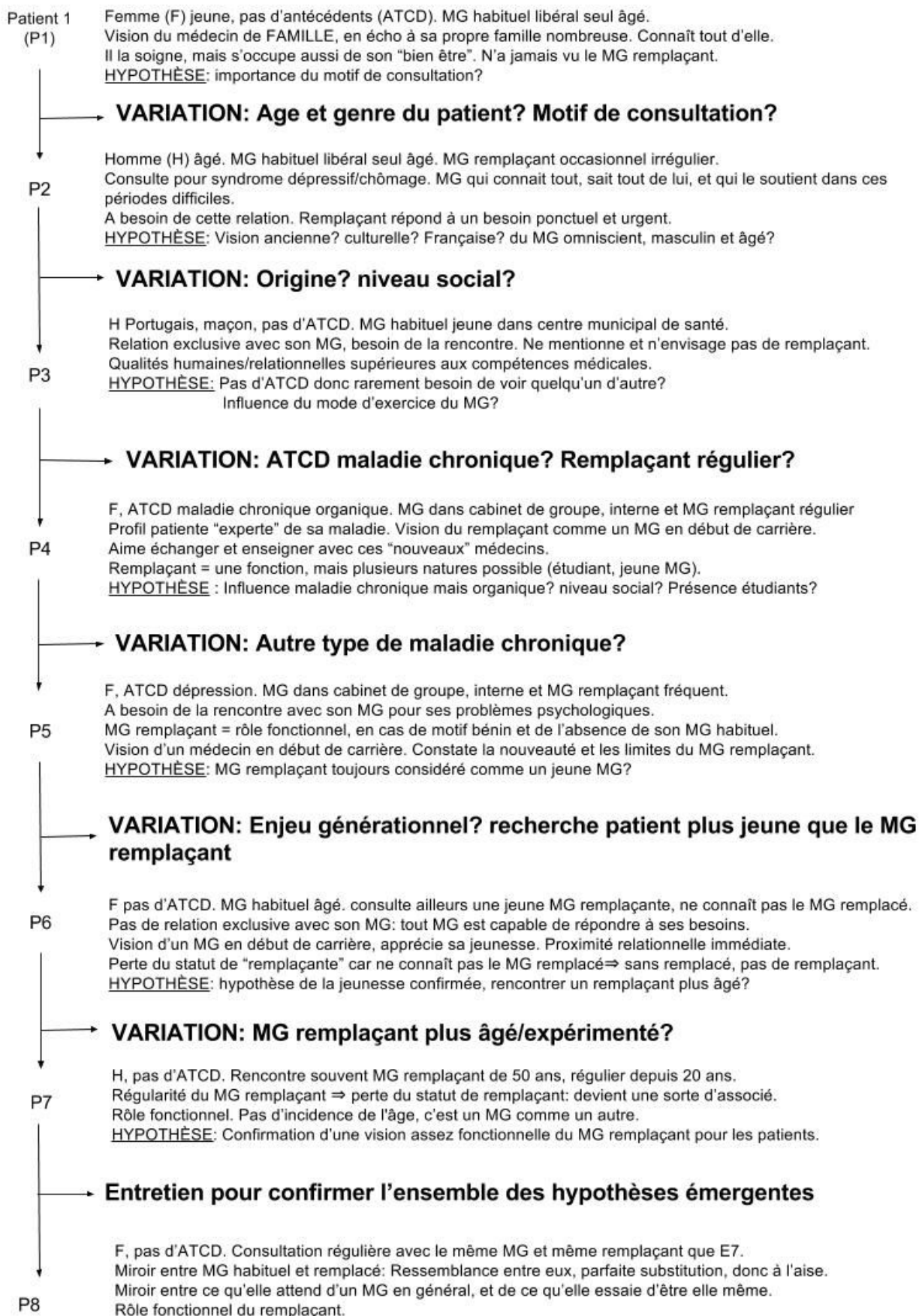
Guide d'approche systématique:

- mode de fonctionnement du cabinet, horaires, secrétaire, accueil
- patients prévenus par affichage de la présence du MG remplaçant? si oui qu'est-il indiqué?
- Configuration des lieux et de la salle d'attente
- Nombre de patients présents, Type de patientèle
- Ordre de passage des patients

Programme d'observation

- le MG remplaçant présent:
 - VERBAL: Se présente-t-il? Que dit-il? Que fait-il?
 - NON VERBAL: Comportement, approche du patient
- interaction patient-remplaçant
 - VERBAL: que se disent-ils?
 - NON VERBAL: regards, expression, poignée de main?
- autres patients de la salle d'attente: interactions entre eux?
 - VERBAL: parlent-ils entre eux? thème? parlent du MG remplaçant?
 - NON VERBAL: sourire, regards, s'observent-ils?
- comportement INDIVIDUEL des patients
 - VERBAL
 - NON VERBAL: signe d'agacement, réaction à l'apparition du doc en salle d'attente?
- ce que J'AI ressenti en la salle d'attente

SCHÉMA ILLUSTRANT L'ÉCHANTILLONNAGE THÉORIQUE RÉALISÉ



CODAGE AXIAL RÉALISÉ

MG=MG habituel; MR=MG remplaçant

1. considérer la relation avec son médecin comme familière
2. considérer la thèse comme un accomplissement personnel
3. considérer que la thèse est un aboutissement nécessaire des études
4. considérer que la thèse ne fait pas le médecin
5. considérer que la thèse permet une amélioration des connaissances médicales
6. considérer que le remplaçant peut avoir plusieurs natures
7. déplorer le manque d'investissement du remplaçant
8. déplorer le manque de suivi du remplaçant
9. désigner le remplaçant par sa fonction propre
10. être aidé par ses pairs pendant les études de médecine
11. être remplaçant dans l'attente d'une installation
12. être remplaçant permet de progresser
13. être remplaçant pour ne pas avoir les contraintes d'une installation
14. impression d'une relation MR-patient moins personnelle
15. l'accès au dossier médical par le MR est rassurante par le patient
16. la relation de confiance avec son MG se crée avec le temps
17. le motif de consultation influe dans le choix du médecin
18. le MG a la mémoire de l'histoire médicale et personnelle du patient
19. le MG accorde toute la confiance au remplaçant
20. le MG assure une meilleure prise en charge personnelle et psychologique de son patient
21. le MG est le premier recours en cas de problème
22. le patient reste fidèle au médecin
23. le remplaçant à des qualités supplémentaires au médecin habituel
 - avoir des connaissances actualisées et récentes
 - avoir l'esprit plus ouvert
 - être prudent en début d'exercice
 - ne pas avoir de relation familière permet d'aborder des sujets plus intimes
 - qualité d'humilité
 - se sentir plus proche car même âge-même genre
24. le remplaçant a une obligation de résultats vis à vis du médecin remplacé
25. le remplaçant est choisi et recruté par le médecin
26. le remplaçant est là pour dépanner
27. le remplaçant est le substitut du savoir et des compétences médicales
28. le remplaçant n'a pas la mémoire de la vie personnelle du patient
29. les compétences médicales sont acquises lors des études de médecine, de façon identique
30. les qualités humaines du médecin sont primordiales et singulières
 - avoir une vision idéalisée du médecin
 - elles priment sur les connaissances médicales
 - un médecin est un humain comme les autres
31. mettre en évidence des difficultés dans la pratique du MR
32. préférer un remplaçant régulier

33. prendre de l'âge fait évoluer le médecin

- difficultés à actualiser ses connaissances médicales
- gagner en expérience pour mieux soigner
- les qualités humaines s'usent avec le temps

34. privilégier son MG comme interlocuteur lors de problèmes psychologiques

35. s'enrichir de façon bilatérale entre patient et médecin

36. voir la thèse comme un permis de travail

37. voir la thèse comme un rite de passage

VERBATIMS D'ENTRETIEN

ENTRETIEN 7

Ca fait longtemps que vous consultez ici?

Oui, depuis toujours!

C'est à dire toujours?

Moi personnellement, à partir de la cinquantième année que je commence à... on va dire à vieillir vraiment! Et donc à avoir besoin d'un docteur. Mais sans ça ma famille oui, ma femme, car elle est diabétique, mes enfants...

Et qui est le médecin que vous voyez ici?

C'est le Dr F, c'est l'oncle de l'autre médecin!

D'accord. Et quand vous venez ici, vous voyez toujours le Dr F. ?

Toujours, enfin souvent, car il y a des fois comme maintenant, comme aujourd'hui, où il est remplacé par son neveu, et il y a 2 ou 3 semaines, j'étais là et il n'y avait ni l'un ni l'autre, enfin, c'est plutôt que c'était à 11h et quelques, et moi je travaille donc je ne peux pas trop attendre, et j'ai pris une dame, qui est docteur aussi.

Du même cabinet vous voulez dire?

Voilà. Toujours ici.

Mais de préférence vous allez plus vers le même médecin.

Oui voilà, on sait très bien qu'on a plus de relation avec un même médecin, avoir plus confiance en lui, et il nous connaît on va dire. Enfin je ne sais pas si c'est bien ou pas.

Et c'est votre médecin traitant?

Voilà exact.

Pour vous c'est quoi en fait un médecin traitant?

C'est un médecin qui vous suit, qui sait quand vous l'appellez ou quand vous dites, je ne sais pas, le moindre truc, il va tout de suite comprendre, il le sait. Ca c'est très important.

Et pourquoi vous pensez qu'il sait déjà tout ça?

Parce que depuis... ca fait assez longtemps qu'il nous connaît, il sait comment on vit, comment on bouge, enfin je pense, même si c'est très peu de temps tous les jours qu'il nous voit, mais je sais que c'est tout de suite au premier regard, quand on connaît la personne. Et avec le temps on sait ce qu'ils font, ce qu'ils ne font pas.

Et quand vous consultez du coup un autre docteur, vous pensez qu'il y a cette relation là?

Non. J'ai consulté un cardiologue, il m'a dit tous les 2 ans pour vérifier, comme je vous ai dit, vu l'Age, on est obligé. Et par contre

lui, il vous donne RDV à 11h, et vous passez qu'à 12h30-13h. Et ça, c'est pas trop bien pour le coeur, je ne crois pas, ça dépend des gens, ils sont nerveux ou alors très calmes et ils peuvent dormir. Moi quand je prend un RDV, c'est un RDV.

AH il y a beaucoup de retard chez votre cardiologue.

Énormément. Mais bon, il est très bon aussi.

Et ici il y a du retard?

Non. Alors par contre quand je viens sans RDV c'est normal! On ne peut pas tout faire!

Et donc là le remplaçant vous l'avez consulté plusieurs fois?

Oui oulala oui.

Et vous allez le voir sans problème?

Non. Aucun. Vraiment aucun.

Est ce qu'il y a des choses qui vous freineraient à aller le voir?

Non, franchement non, au contraire même. Si on vient ici c'est qu'on a besoin de quelqu'un. On a besoin d'un docteur, on a besoin d'un secours on va dire, et on trouve ce qu'il faut.

Et si il n'était pas là, et que c'était un médecin que vous n'aviez jamais vu..?

Non pas de problème. Je pense que la première fois, oui bien sur. Mais si vous êtes, comment dire, sur le coup vous avez besoin de quelque chose, si vous avez besoin de quelqu'un, si vous avez mal, vous souffrez, n'importe qui qu'on va vous présenter, vous allez y aller, c'est obligé. Et c'est après qu'on se fait une idée sur un médecin. Mais au départ, on ne connaît pas

la personne. Et on a besoin de cette personne.

Et si c'était une consultation moins urgente, vous attendriez?

Moins urgente j'attendrai. J'attendrai mon médecin traitant, bien sûr. C'est normal, c'est même plus que normal.

Et vous diriez qu'il y a des différences entre le médecin que vous venez de voir et votre médecin habituel?

Non. Il n'y a pas de différence. C'est à peu près la même chose, c'est similaire parce que.. Moi personnellement mon cas, j'ai vu l'un comme l'autre, pareil. Ma femme, beaucoup plus le Dr F, depuis le temps. Comme je vous ai dit, ça fait à peine 10 ans que j'ai quelques soucis, mal ici, mal là.

Pour vous ils soignent différemment?

Pareil.

Donc lui ici il fait office de remplaçant c'est ça?

(Hésite).. Oui.

Et pour vous du coup c'est quoi un médecin remplaçant?

C'est rien pour moi c'est un médecin. On a besoin de lui. Il n'y a que le mot qui fait un peu... "Remplaçant" ça ne veut rien dire. Il est aussi bon que le premier, ou que le meilleur, ce n'est pas un problème. C'est un médecin, tout simplement.

J'ai discuté avec d'autres patients, comme vous, qui se disaient, peut être que le médecin remplaçant a des diplômes différents du médecin habituel. Qu'est ce que vous en pensez vous?

Pourquoi ils n'ont pas été à la même école? Bah je pense qu'ils ont tous été à la même école, qu'ils ont tous appris la même chose, et qu'il est aussi bon l'un que l'autre. C'est tout. Il peut peut être mettre un peu plus de temps car la première fois c'est un peu difficile mais.. Non, je pense qu'il soignera aussi bien que l'autre.

Et là il est là pendant les vacances visiblement. Et le reste de l'année, vous pensez qu'il fait quoi?

... Rien..(Hésite)

Vous ne savez pas trop?

Franchement non.

Et pourquoi vous pensez qu'il est remplaçant?

Bah ça c'est vous qui le dites qu'il est remplaçant! Moi personnellement c'est un médecin que je viens voir. Ce n'est pas un remplaçant. Pour moi c'est UN médecin, c'est tout. Uniquement. Le mot "remplaçant" c'est formulé par le bureau, par vous, par les gens. Mais en vérité pour moi il est pas remplaçant. Ce gars là il n'est pas que ici, je pense qu'il fait beaucoup de choses. Donc il est pas remplaçant, il est loin de l'être.

Là par exemple, bon il n'est pas tout jeune, ça vous est arrivé de consulter des médecins vraiment jeunes?

Non. Je suis un mauvais exemple, car je n'ai pas vu beaucoup de médecins. Même pas pour un bras cassé (rires)! Donc je ne suis pas vraiment très bon de ce côté. Et le peu de médecins que j'ai vu, bon, lui c'est le plus jeune.

Et si il y a avait un tout jeune médecin qui sortait de l'école, ça vous ferait quoi?

Bah rien. Je vous ai dis, qu'il ait genre 30 ans, ou même 29 ans, qu'il ait avancé, c'est un médecin. Il a fait la même formation que le premier, même si il a 60 ans. On est d'accord? Donc c'est pareil. Peut être que celui de 30 ans peut amener quelque chose de nouveau.

C'est à dire quelque chose de nouveau?

Dans la médecine tout avance, comme dans le monde. Peut être que ce garçon là, il a appris des choses que l'autre il a pas eu le temps de voir, et que lui il a avancé finalement.

Ce serait une qualité supplémentaire finalement?

Exactement, pour pouvoir mieux soigner, pour pouvoir mieux discuter, et prendre son temps.

Vous savez un peu comment se passe les études de médecine?

Non je ne sais pas, mais je sais que c'est très dur et très long!

Et qu'est ce que vous imaginez, par exemple pour finir les études de médecine, est ce qu'il faut quelque chose en particulier?

Alors il faut déjà vraiment avoir une tête. Et aimer ça. La personne qui n'aime pas ça, je ne crois pas qu'elle puisse. Aider son prochain, aller au devant des autres, il faut quelque part, aimer ça.

C'est des choses importantes pour vous?

Très importantes bien sûr. Si il n'y avait pas ces gens là, qu'est ce qu'on ferait?

Alors qu'est ce qui fait, pour vous, un "bon" médecin?

Un bon médecin? C'est un médecin qui est à l'écoute. Qui ne va pas vous bâcler. Bah par exemple là je viens juste pour avoir des nouveaux cachets, c'était fini, je dois faire une visite quand même. Il ne s'est pas contenté de me signer un truc. Il a pris la tension, il a ausculté mon coeur, il a vu ma douleur, il ne va pas me laisser partir comme ça. Et ça c'est très important. Il aurait pu me renouveler un morceau de papier, me le donner, et "au revoir monsieur". Il ne l'a pas fait. Il a fait son boulot.

Ca vous est arrivé de consulter des médecins comme ça?

Je pense une fois. Et c'était terminé. C'est des gens qui ne vous laissent pas vous exprimer, enfin pas tous, mais je suis tombé sur une exception. Et il sait tout. Voilà le problème il est là. C'était une personne âgée. Il sait tout. Il vous voit ça lui suffit, il marque, il vous laisse même pas le temps de vous expliquer.

C'était un généraliste?

Oui. J'ai pris son truc, je suis parti, j'ai balancé ça, et puis je suis allé voir mon médecin et puis c'est tout. Parce que je n'étais pas là où il fallait.

Pour vous c'est important de prendre son temps.

De prendre tout le temps oui, je vous ai dit. Pour moi c'est un médecin. Quand je suis dans l'urgence, que j'ai besoin de voir un médecin, ça peut être le petit jeune de 30 ans, ça peut être le pépé de 70 ans, peu importe. Pour moi c'est d'abord UN docteur. Le reste..

Et vous amenez vos enfants aussi ici?

Bien sûr, je leur conseille car je sais qui est tel médecin. Mon fils il vient ici, ma fille.. Bah d'ailleurs le médecin m'a fait un truc pour ma

filles. Quand vous êtes contents de quelque chose, vous y retournez.

Je reviens juste sur les études de médecine. Vous savez si à la fin il y a un diplôme, quelque chose?

Si il y a un diplôme? J'espère bien! Sans ça ça aurait été très difficile!

Vous savez ce que c'est ce diplôme?

La récompense, c'est de pouvoir pratiquer. Et à partir de cet instant, vous pouvez vraiment ouvrir votre cabinet, ou faire ce que vous avez à faire, votre travail quoi. Pour moi c'est ça, si il n'y a pas de diplôme, c'est qu'il n'y a rien.

Pour vous c'est obligatoire le diplôme.

Normalement oui, bien sûr, et il est préférable entre nous. Si la personne n'a pas eu ça, c'est qu'il lui manque quelque chose et il faut qu'elle s'entraîne, il faut qu'elle travaille, qu'elle persiste, et elle va l'avoir!

Si vous consultiez un médecin et qu'on vous disait a posteriori qu'il n'avait pas eu, ou pas encore eu son diplôme, ça vous ferait quoi?

Ca ne me ferait pas un choc. Parce que déjà il est bien là dedans, il est très avancé, donc c'est une question de.. Il va l'avoir, ou il l'aura.. Sur le moment c'est pareil, mais après si vous me dites "ce gars là c'est un faux médecin", je me méfierai, j'irai voir mon médecin; mais sur le coup, non, je n'ai pas ces préjugés là. Surtout quand c'est un médecin, c'est très important. Il a la vie des gens entre les mains. Et je pense que ces gars là ils arrivent comme ça, ils ont beaucoup de mérite, avec tout ce qu'ils voient, ce qu'ils entendent, ce qui se passe, ils ont du mérite. Et je les respecte pour ça.

Pour plus de précision, le fond de mon travail est d'étudier ce que les patients pensent des médecins remplaçants. Votre médecin habituel n'est pas là, un médecin vient le remplacer, donc c'est pour ça qu'on l'appelle facilement le remplaçant. Tout le monde a une opinion différente, des choses positives ou négatives. Vous m'avez expliqué votre cas, mais est ce que ça vous donne envie de rajouter quelque chose?

Non, comme je vous ai dit, "remplaçant" ce n'est qu'un nom, juste une parole, c'est un médecin quand même, quoi qu'il arrive. Si il ne pratique pas ici, il pratique ailleurs, et ainsi de suite. C'est vraiment un docteur à part entière. On n'est pas arrivé à cet âge là pour... Je pense qu'il a beaucoup plus de connaissance que n'importe qui d'autre. Non pour moi c'est juste un mot c'est tout. "Remplaçant" ça veut juste dire que le cabinet manque UN médecin, on en amène un autre, c'est tout, point. Mais c'est un médecin avant tout.

Et pour vous c'est important qu'il soit régulier? Car vous l'avez déjà vu régulièrement pendant les vacances et tout.. Plutôt que changer à chaque vacances, un médecin différent?

C'est important de pas à chaque fois expliquer, à chaque fois.. ca c'est le point le plus important, entre un patient et son médecin. Si à chaque fois on a un autre devant, on recommence l'histoire. Et un autre après, "ah non lui il est parti", on recommence encore. C'est le cas des hôpitaux, et le bordel c'est là bas!

Pour terminer, quel âge avez vous?

60 ans.

Et vous travaillez?

Oui, je suis vendeur dans le textile.

JOURNAL DE BORD

Janvier 2016:

Mon idée initiale de thèse portait sur les difficultés rencontrées par les médecins remplaçants, au début de leur activité. Cette idée faisait alors écho à ma propre situation de remplaçante. Lors des 2 premiers mois d'exercice post internat, j'avais été confrontée à plusieurs difficultés, certaines m'ayant amené à me poser des questions sur ma légitimité auprès des patients, en tant que remplaçante non thésée. Je contacte alors le Dr Gilles De La Londe, habituée aux thèses qualitatives.

15 Février 2016:

Première rencontre avec le Dr Gilles pour parler de mon idée de sujet et essaye de préciser ma question. Il semble que ma question de recherche soit trop vaste, et que ma thèse risque d'être uniquement "descriptive" type catalogue des difficultés des jeunes médecins.. Elle m'incite alors à faire des recherches autour de la fin de l'internat, des études de médecine, des remplacements..

Elle me propose également de faire ma thèse sous la forme d'un article en vue d'une éventuelle publication. Je ne savais même pas que ça pouvait être possible! Cela me fait un peu peur car je n'ai absolument aucune idée de comment faire! Mais je décide de me laisser guider..

22 mars 2016:

1ere séance avec le Dr Gilles pour essayer de cibler une question de recherche. On essaie de comprendre pourquoi j'ai eu cette idée de sujet. On parle d'un cas avec un patient, pour lequel j'ai été en difficulté, et où je me suis remise en question. Étant remplaçante mais non thésée, je me suis sentie, vis à vis des patients, parfois "moins médecin" que les autres médecins de mon centre de santé.. J'ai remis en cause ma légitimité en tant que médecin remplaçante.

La question de recherche est venue d'elle même par la suite: que pensent les patients des médecins remplaçants? Et ceux qui n'ont pas la thèse? Savent-ils déjà que c'est possible d'exercer sans la thèse? Qu'est ce qu'ils en disent?

La méthodologie est venue par la suite: interviewer des patients pour recueillir leur propre vision. Les questionnaires ne nous ont pas paru la méthode la mieux adaptée pour explorer au maximum leur perception des remplaçants. Mon objectif suivant est de cibler ma question de recherche au maximum et d'essayer de préciser la méthodologie.

7-8 avril 2016:

J'assiste au séminaire de recherche qualitative organisé par le CNGE à la faculté de Bichat. Ce séminaire m'a été très utile car je n'avais aucune idée de comment faire une thèse qualitative. Cela m'a également permis de projeter la théorie sur ma question de recherche.

Je continue à faire des recherches sur des sujets similaires au mien. Je m'aperçois qu'il existe quelques thèses traitant du même sujet, mais souvent travaillée sur le versant quantitatif, ou bien qualitative mais sous forme de questionnaires.

26 mai 2016:

Ma fiche de thèse a été acceptée par la commission des thèses! Le travail va enfin commencer.

Par ailleurs, je me lance dans la rédaction des demandes d'autorisation auprès du Comité de protection des personnes, de la CNIL et du CCTIRS. C'est fastidieux mais la rédaction des documents demandés m'oblige à encore mieux me pencher sur la méthodologie.

On commence à élaborer un guide d'entretien. Je vais réaliser un entretien "test" afin de voir si mes questions sont assez cohérentes et les réponses informatives.

11 juin 2016:

Je réalise un premier entretien auprès d'une connaissance qui n'est pas du monde médical. Même si j'ai été à l'aise avec la personne, j'ai eu du mal à préciser les questions, souvent trop fermées.

12 Juillet 2016:

Je réalise la retranscription de E1. Pour 15 minutes d'enregistrement, j'ai mis environ 1h, je m'y attendais. Je m'aperçois que j'ai eu plein d'occasions de rebondir sur ses réponses mais je ne l'ai pas fait, dommage! Julie m'explique comment faire une microanalyse et l'intégrer au logiciel NVivo que je viens de télécharger, qui m'aidera à catégoriser les thèmes par la suite.

4 septembre:

Je me lance dans la microanalyse de l'entretien, que j'intègre au logiciel NVivo. Ce n'est pas si évident que ça de faire ce "codage" pour la première fois. Je ne vais pas assez loin dans la signification des mots, j'ai l'impression de paraphraser.

Puis, je fais un 2ème entretien avec un patient inconnu. Il est très bavard, j'arrive bien à le faire parler, et mes questions me semblent plus appropriées. Le contenu me semble plus riche!

13 septembre 2016

Au fur et à mesure de la microanalyse de E2, j'arrive à dégager un schéma de relation patient/remplaçant/remplacé. Je trouve cela très concret, et je vais essayer de l'appliquer aux autres entretiens dans la mesure du possible. La vision de P2 semble être la vision d'un MG qui sait tout, qui fait tout, exclusif. C'est un homme plutôt âgé exerçant seul. Cette vision pourrait-elle être culturelle?

23 septembre 2016:

3ème entretien. L'objectif est de tester les interrogations soulevées lors de E2: influence de la culture Française du vieux médecin omniscient? Influence du mode d'exercice? Je me rends dans un centre de santé, où l'exercice et la position du remplaçant est peut être bien différente qu'en libéral (mes 2 premiers patients ne consultaient qu'en libéral). Le MG est jeune. Le patient est Portugais et ne maîtrise pas totalement le Français, ce qui complique un peu la chose, il manque de vocabulaire.

Je me rends compte que la notion de "remplaçant" est totalement différente des 2 premières fois. Je pense creuser cette notion. Sa vision du médecin est bien différente de E1 et E2.

Je me lance dans la retranscription et la microanalyse de ce 3ème entretien, je fais une sorte de schéma comme précédemment. Je commence à faire une ébauche d'article avec l'introduction, la méthodologie.. Je continue mes recherches sur les thèses ou études déjà existantes sur mon sujet, car il en existe.

11 octobre 2016

Microanalyse de E3. P3 a une relation quasi exclusive avec son médecin, et ne consulte personne d'autre, sauf urgence. La notion de remplaçant n'intervient même pas! Il a une vision quasi idéaliste de son médecin, il voit le médecin comme quelqu'un de bon. Le relationnel et le côté humain semblent plus importants pour lui que les connaissances médicales, et son MG a les qualités relationnelles requises. Est-ce pour cela qu'il n'envisage-t-il pas de voir quelqu'un d'autre? Il n'identifie pas de MG remplaçant, est-ce lié au mode de fonctionnement du centre?

Je recherche pour mon futur entretien un patient qui consulte dans un cabinet de groupe, où il pourrait rencontrer des remplaçants/internes réguliers. J'aimerais aussi rencontrer un patient avec une maladie chronique.

Je commence à me pencher sur une autre étape de mon analyse qualitative: le codage axial. J'ai peur de trop catégoriser les choses, et de ne pas les classer selon leur signification. Le livre de Christophe Lejeune va pouvoir m'aider car très didactique.

21 octobre 2016

Entretien 4 dans un cabinet de groupe avec 2 médecins, une secrétaire, des remplaçants fréquents, et un interne de niveau 1 réalisant des consultations seul. La patiente est suivie pour une maladie chronique rare. Elle rencontre facilement d'autres interlocuteurs, aime échanger sur le médical du fait de sa maladie qu'elle maîtrise parfaitement. C'est agréable de parler avec elle. A première vue j'ai l'impression d'avoir des éléments nouveaux à analyser.

25 octobre 2016

Micro-analyse de l'E4. En relisant mes questions, je me rends compte qu'il faut que je dise plus "que PENSEZ vous" plutôt que "que SAVEZ vous". Sinon cela ne fait pas assez appel à l'imaginaire du patient. Je refais d'ailleurs mon guide d'entretien pour les prochaines fois.

La patiente a une vision tout à fait différente de la relation médecin-patient. Plus une relation d'égal à égal mais aussi une vision éducative vis à vis du MG remplaçant! Elle se voit comme une sorte de source de connaissance pour les jeunes médecins. C'est une situation nouvelle pour ma question de recherche.

Plusieurs hypothèses à cela: est ce dû à son niveau d'étude plutôt élevé (elle a fait un mémoire, le compare à la thèse)? Ou à sa maladie chronique, qui l'a amené à consulter de grands professeurs de médecine? Elle s'est renseignée sur sa maladie et a l'impression de tout connaître!

Est-ce que tous les patients avec une maladie chronique arrivent à rencontrer aussi facilement un remplaçant? Quel que soit le type de maladie chronique?

27 octobre 2016

Entretien 5 dans un cabinet de groupe, recevant des internes en SASPAS, et des remplaçants.

La patiente interviewée est atteinte de dépression. Elle consulte son MG habituel pour ses problèmes psychologiques, ayant besoin de la relation préétablie, et parfois des remplaçants lors qu'elle a un problème bénin. Tout comme P4, elle a systématiquement la vision du remplaçant comme un "jeune" médecin.

4 novembre 2016

Après ces 5 entretiens, je fais un peu le point et poursuis mon codage axial. J'arrive à créer de plus en plus de catégories, grâce au logiciel NVivo. J'essaie d'utiliser des verbes, d'être "dynamique" afin de ne pas faire trop listing. Cela peut aussi se présenter sous forme d'un schéma que je vais refaire au propre pour y voir plus clair. Je suis agréablement surprise de voir que j'ai beaucoup plus de données que je croyais!

Les catégories qui émergent me semblent logiques et liées entre elles. Malgré le petit nombre d'entretien que j'ai jusqu'ici, les idées s'enchaînent plutôt bien.

18 novembre

J'essaie de définir de façon concrète les prochaines caractéristiques des patients ou des remplaçants qui seraient intéressantes à explorer. J'aimerais tester l'hypothèse du MG remplaçant identifié comme un jeune médecin débutant, idée plusieurs fois revenue jusqu'ici. Et du coup peut être qu'il serait intéressant de rencontrer un remplaçant plus âgé?

20 novembre:

Je rencontre P6, jeune patiente de 23 ans, donc plus jeune que la remplaçante du cabinet (30 ans).

J'ai été perturbée par le fait qu'elle n'ait jamais rencontré le MG remplacé par la remplaçante! Donnée intéressante?

Autre particularité, elle était accompagnée de son copain. J'avoue que je n'ai pas osé lui demander de sortir lors de l'entretien... Il est donc resté, et est intervenu pendant l'entretien. Cela m'a un peu déstabilisé (j'avais peur de tomber dans le focus group!) mais finalement j'ai trouvé qu'il avait apporté d'autres éléments par rapport à sa copine. Donc je vais essayer d'en tirer du positif.

En tout cas la vision d'un jeune MG en apprentissage, qui apporte de la nouveauté, semble se confirmer. Elle n'a pas de relation exclusive avec son MG habituel. Elle est ouverte à la rencontre avec d'autres médecins, faisant confiance à leurs connaissances théoriques, et considérant qu'ils étaient équivalents au final.

2 décembre

La date de soutenance de thèse est définie au mardi 21 mars 2016. Le jury est également défini.

Julie me propose d'enrichir mes données avec une "observation" de salle d'attente, le but étant d'observer ce qui s'y passe, les interactions entre les différents médecins (remplaçants, associés, étudiants...) et entre les patients aussi.

Plusieurs questions techniques se posent (qui? comment? demande d'autorisation? incognito? qu'observer?). Pour maximiser les éléments à observer, je pense qu'il faut privilégier les consultations sans RDV, les patients étant souvent nombreux en salle d'attente, avec un temps d'attente important.

Par l'intermédiaire d'une amie médecin, je me mets en contact avec une jeune MG remplaçante dans un cabinet exclusivement sans RDV. On convient d'une date. Son MG m'a donné son autorisation.

Je prépare une grille d'observation.

20 décembre

Réalisation de l'observation de salle d'attente. J'ai patienté 1h45 avec les autres patients..! Je n'ai pas observé beaucoup d'éléments dits "non verbaux", les patients semblaient parfois résignés et habitués à l'attente. En revanche, certains de mes voisins de chaise m'ont spontanément parlé, me rapportant leur "déception" de voir la remplaçante.. J'ai rebondi de la façon la plus neutre possible, mais j'étais contente de ces éléments!
J'ajoute les éléments nouveaux à mon codage axial.

26 décembre

Pour retester mon hypothèse du remplaçant vu quasi à chaque fois comme un "jeune", je prévois E7 dans un cabinet où le remplaçant, qui est présent pendant les vacances de Noël, a environ 50 ans. C'est un remplaçant régulier depuis près de 20 ans! Je prépare des questions supplémentaires.

27 décembre

L'âge ne semble pas trop importer pour P7! Enfin il faut dire qu'il ne l'a spontanément pas évoqué, j'ai du tester cette hypothèse par une question. La définition fonctionnelle du remplaçant semble encore ressortir. Il est assez critique avec l'expression "remplaçant", cela est très riche!

28 décembre

Mon codage axial mène à un codage sélectif, où plusieurs visions semblent se dégager: la relation déjà créée avec le MG habituel influence beaucoup la perception du MG.
Je trouve que les données recueillies jusqu'ici sont assez redondantes. J'ai envie de confirmer chacune des hypothèses par un entretien final (le temps me manque aussi...)

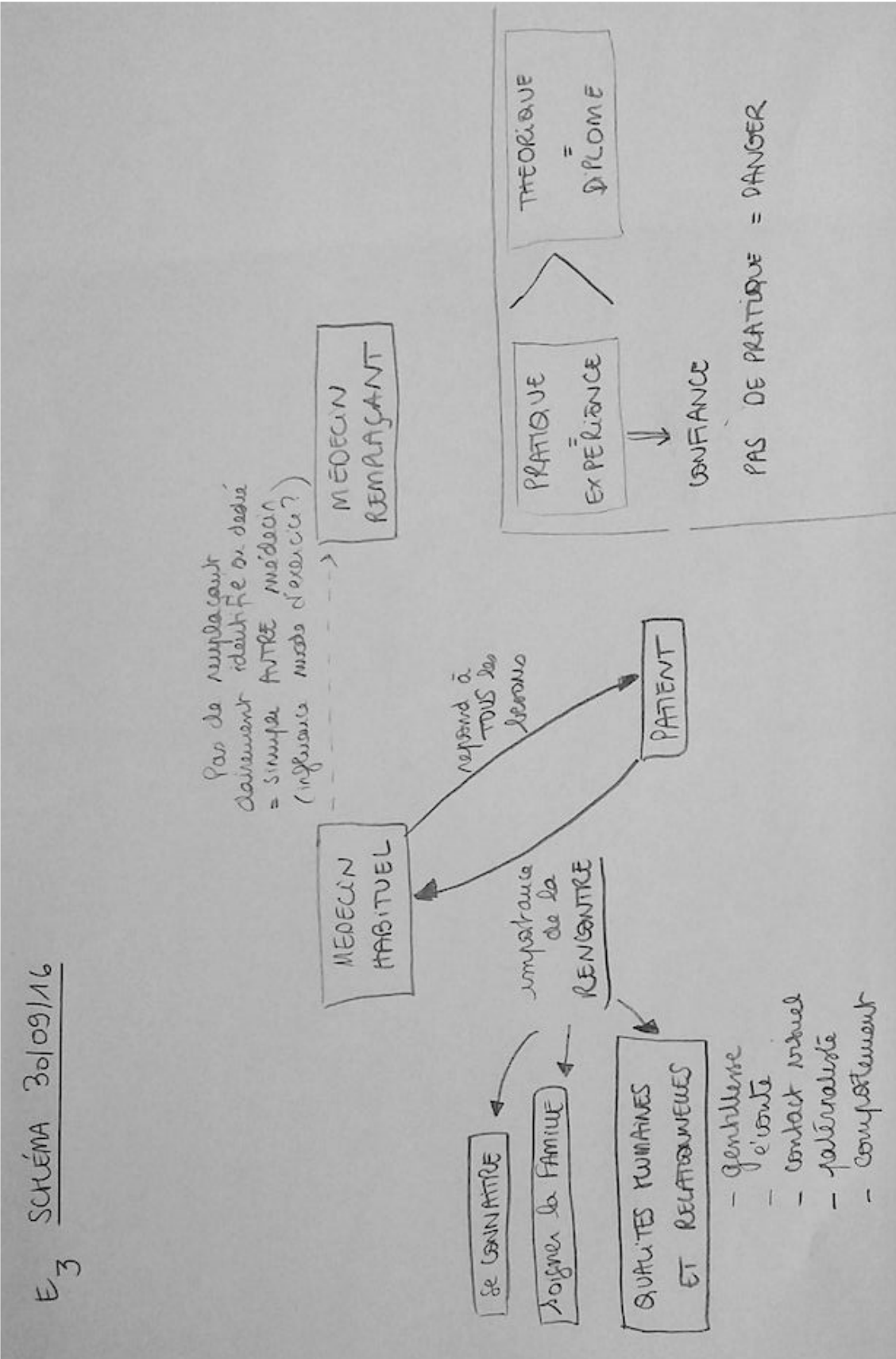
29 décembre

Je retourne dans le précédent cabinet. P8 confirme la vision souvent fonctionnelle, parfois de dépannage du MG remplaçant. Elle consulte peu le MG mais est ouverte à rencontrer le remplaçant. Elle apprécie la ressemblance/similarité entre le MG et son remplaçant. Elle projette aussi beaucoup ses attentes vis à vis de la personne et du médecin idéaux.

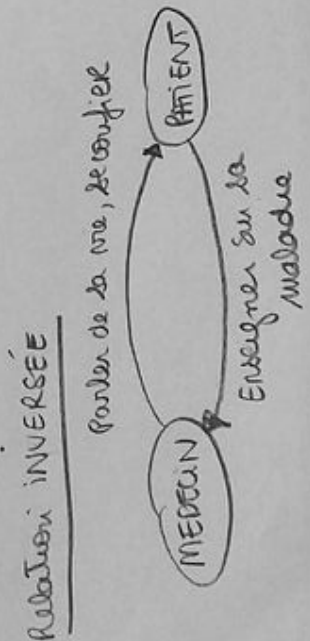
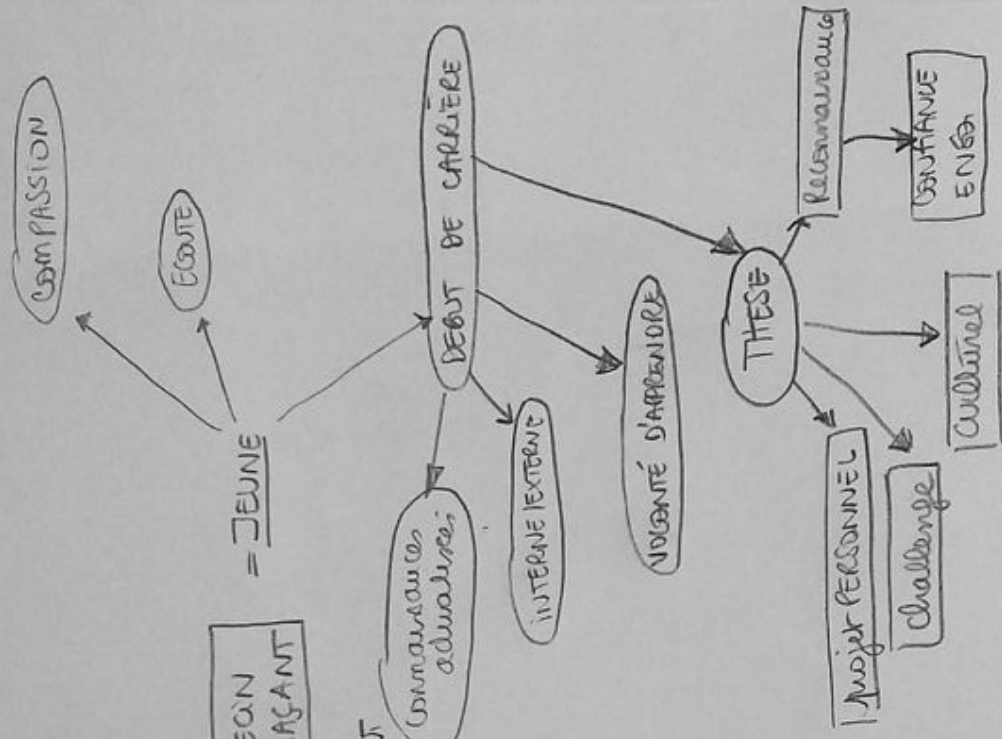
13 janvier

Avec tous les codages à ma disposition, j'ai l'impression d'avoir beaucoup d'informations qui s'imbriquent plutôt bien ensemble. Pour cette raison, mais aussi par manque de temps, je décide d'arrêter les entretiens, consciente que j'en ai assez peu..!
Avec mon codage sélectif, je rédige les résultats selon des grandes catégories, que je réduis de plus en plus.
Je met beaucoup de temps à écrire, réécrire la discussion pour que cela soit fluide et compréhensif par les gens n'ayant pas lu les entretiens réalisés.

SCHÉMAS AU COURS DES ANALYSES D'ENTRETIENS



E4 SCHEMA DU 25/10/2016



LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



LETTRE D'INFORMATION

DESTINÉE AUX PATIENTS

POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE MÉDICALE

Titre de la recherche :

Perception par les patients du statut du médecin généraliste remplaçant. Étude qualitative.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une étude réalisée par le Département de Médecine générale de l'Université Paris 7.

Cette étude a pour but d'analyser l'image que vous avez, patients, des médecins généralistes que vous êtes amenés à consulter.

Votre expérience et votre vécu nous sont indispensables pour cette étude, dont l'objectif ultime est de mieux comprendre la relation entre le médecin et son patient.

C'est pourquoi nous vous proposons de participer à une rencontre avec un médecin-chercheur en médecine générale.

Il s'agit d'un entretien, d'une discussion entre ce médecin-chercheur et vous, dans le but de recueillir les impressions que vous avez des médecins généralistes lors de consultation. Cet entretien peut se dérouler dans le lieu de votre choix, votre domicile par exemple.

Votre identité restera confidentielle, la conversation sera enregistrée avec votre accord écrit, et le contenu de nos propos restera totalement anonyme.

LÉGISLATION - CONFIDENTIALITÉ

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Ile de France IV a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 08/09/2016

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et , en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur KONZELMANN conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 29/07/2016.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pouvez contacter le médecin responsable de l'étude, Dr KONZELMANN Claire, claire.konzelmann@orange.fr

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de non opposition ci-joint.

FORMULAIRE DE NON OPPOSITION À L'UTILISATION DES DONNÉES

Titre de la recherche : *Perception par les patients du statut du médecin généraliste. Étude qualitative.*

Je soussigné(e)(nom et prénom du sujet),

accepte de participer à l'étude "***Perception par les patients du statut du médecin généraliste. Étude qualitative.***"

n'accepte pas de participer à cette étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le Dr Claire KONZELMANN .

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte d'être enregistré lors de l'entretien avec le Dr KONZELMANN. A l'exception de cette personne, qui traitera les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Dr KONZELMANN.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

FICHE DE PROJET DE THÈSE

Votre projet de thèse	Projet agréé par la commission des thèses comme THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. Vous êtes dispensé de la rédaction d'un mémoire.
Date de la présente version du projet de fiche de thèse:	16/05/2016
Thème de la thèse:	Perception par les patients du statut du jeune médecin généraliste remplaçant.
Contexte et justification:	<p>La fin de l'internat et l'arrivée dans le monde du travail en tant que médecin généraliste remplaçant peut confronter à toutes sortes de difficultés (médicales, éthiques, administratives...). Le jeune remplaçant est parfois amené à douter de ses capacités et de sa légitimité auprès des patients, habitués à leur médecin généraliste habituel (1).</p> <p>Plusieurs études montrent pourtant que les patients semblent avoir une opinion positive du remplaçant, qu'ils acceptent volontiers de le consulter et que leurs connaissances médicales leur semblent satisfaisantes (2).</p> <p>Le but de cette thèse est d'analyser, à l'aide d'une méthode qualitative, l'image qu'ont les patients du médecin remplaçant, via notamment leurs expériences personnelles de consultations avec des remplaçants.</p> <p>Par ailleurs, l'interne en médecine générale non thésé, sous réserve d'une licence de remplacement valable, a également le droit d'exercer comme remplaçant. Les entretiens avec les patients seront donc l'occasion de s'interroger sur leur vision de la thèse de médecine, et ainsi d'observer leur perception des remplaçants non thésés.</p>
Hypothèse et question:	Quelle est la perception par le patient du médecin généraliste remplaçant non thésé?
Méthode:	<p>Méthode : recherche qualitative (3) par théorisation ancrée.</p> <p>Échantillonnage raisonné théorique, à variation maximale c'est à dire variation des caractéristiques des participants en fonction des hypothèses intermédiaires émergentes (exemples: patients de différents âges, genres, antécédents médicaux, habitués à consulter des médecins remplaçants ou non, fréquentant des cabinets de médecine libérale ou des centres de santé).</p> <p>Recueil des données: entretiens semi-dirigés auprès de patients de médecine générale (guide d'entretien réalisé au préalable à partir d'entretiens exploratoires, adapté au fur et à mesure de l'analyse) jusqu'à obtention d'une saturation (ou plutôt suffisance) des données, permettant au chercheur de proposer une théorie explicative.</p> <p>Recrutement: cabinets de médecine générale.</p> <p>Analyse des données assistée par logiciel NVivo 10: Retranscription mot pour mot des entretiens sur Microsoft Word, pour constituer le verbatim. Utilisation de la méthode de comparaison constante de façon itérative.</p> <p>Proposition d'une théorie explicative du phénomène étudié.</p>

	Rédaction de la thèse sous forme d'un article qui devra avoir été soumis pour publication le jour de la soutenance.
Retombées potentielles:	Décryptage de la signification du statut du jeune médecin du point de vue du patient. Transmission de ces informations aux jeunes médecins pour leur permettre d'éventuels ajustements dans la relation médecin-patient. Décryptage de la signification de la thèse de médecine générale en utilisant un autre point de vue, celui du patient, en questionnant les représentations, l'opinion, la connaissance de ce phénomène. Proposition pour publication de l'article dans une revue médicale.
Rôle de l'interne dans le projet de thèse:	Formation à la recherche qualitative (séminaire CNGE les 8/9 avril 2016) Réflexion préalable autour de l'échantillonnage, du mode de recrutement, du contenu du guide d'entretien. Réalisation du recueil des données (entretiens semi-dirigés de patients). Retranscription intégrale des entretiens et anonymisation des données Analyse et codage des données. Proposition d'un modèle explicatif du phénomène étudié. Réalisation d'un plan de publication. Production finale sous forme d'un article répondant aux recommandations des auteurs de la revue choisie. Soumission du protocole en fonction des accords éthiques préalables nécessaires (CNIL, CPP).
Bibliographie:	(1) Deschaume J, Difficultés rencontrées par les remplaçants en médecine générale après un an d'exercice, France, 2010 (2) Larivière-Abdoussi S, La perception du médecin généraliste remplaçant par le patient, Étude quantitative par questionnaires, Université de médecine Lille 2, 2010. (3) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Introduction à la recherche qualitative, Exercer 2008, 84:142-5 Braka-Cohen V, Les médecins remplaçants généralistes d'Ile de France, Profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfaction, France, 2010 Atlas de la démographie médicale 2015, conseil national de l'ordre des médecins, 2015.
Recrutement d'investigateurs	Je me charge de recruter les investigateurs pour mon projet (par exemple ils seront tirés au sort, ou bien je les trouverai seul(e), ou bien j'utiliserai un réseau de soins...)

AUTORISATION DE LA CNIL

CNIL

8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1976614 v 0

du 29 juillet 2016

Madame KONZELMANN Claire
UNIVERSITE DENIS DIDEROT PARIS 7
DMG MEDECINE GENERALE
16 RUE HENRI HUCHARD - BP 416
SITE BICHAT
75018 PARIS

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE DENIS DIDEROT PARIS 7

Service : DMG MEDECINE GENERALE

Adresse : 16 RUE HENRI HUCHARD - BP 416 SITE BICHAT

Code postal : 75018

Ville : PARIS

N° SIREN ou SIRET :

197517238

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0157277466

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : RÉALISATION D'UNE THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE. THÈME: PERCEPTION PAR LES PATIENTS DU STATUT DU JEUNE MÉDECIN GÉNÉRALISTE REMPLAÇANT. MÉTHODE: RÉALISATION D'ENTRETIENS ENREGISTRÉS PUIS ANONYMISÉS DE PATIENTS VOLONTAIRES, AYANT SIGNÉ UN FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

Fait à Paris, le 29 juillet 2016
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTORISATION DU CCTIRS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 16-675

Intitulé de la demande : **Quelle est la perception par le patient du médecin généraliste remplaçant
on thésé ?**

Responsable scientifique : **Claire KONZELMANN**
DMG Médecine générale
UFR Médecine, Site Bichat
2ème étage ascenseur B
16 rue Henri Huchard - BP 416
75870 PARIS Cedex 18

Demandeur : **Julies GILLES de la LONDE**
Université Paris Diderot - Département de Médecine Générale
UFR Médecine, Site Bichat
2ème étage ascenseur B
16 rue Henri Huchard - BP 416
75870 PARIS Cedex 18

Dossier reçu le : 18 juillet 2016

Dossier examiné le : 29 septembre 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

- La lettre de recrutement des participants doit comporter les mentions légales : droit d'accès, de rectification, accès aux résultats globaux de l'étude, voir guide de rédaction sur le site du CCTIRS <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20537/cctirs.html>.
- Que fait-on si le patient dit qu'il n'a jamais été reçu par un remplaçant ? A la lecture de la partie concernant les lieux de recrutement des sujets, on ne voit rien qui garantisse que le patient ait quelque chose à dire sur les médecins remplaçants.

Fait à Paris, le 5 octobre 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Direction générale de la recherche et de l'innovation

Paris, le 5 octobre 2016

Service de la performance, du financement et de la contractualisation
avec les organismes de recherche
Département de la culture scientifique et des relations avec la société

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière
de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)

Affaire suivie par : Claudine Poudroux

Recommandé avec AR - Numéro de dossier à rappeler dans toute
correspondance : CCTIRS N° 16-675

Responsable administrative CCTIRS : Francine Gaufreteau
Mét. : francine.gaufreteau@recherche.gouv.fr

Vos réf. : -

Madame,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Quelle est la perception par le patient du médecin généraliste remplaçant non thésé ? ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Les remarques émises par le Comité sont à prendre en compte pour votre dossier CNIL. Si vous souhaitez faire parvenir le dossier corrigé au CCTIRS, il serait archivé sans réponse de notre part.

En revanche, le Comité appelle votre attention sur le fait que **toute modification ultérieure du projet** (modification substantielle) que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en « **barrés** » et les **éléments nouveaux sont surlignés**.

Nous vous informons qu'un guideline de rédaction de la lettre d'information et du formulaire de consentement est disponible sur le site web du CCTIRS.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Didier HOFFSCHIR
Chef du département de la culture scientifique
et des relations avec la société

Madame Claire KONZELMANN
DMG Médecine générale
UFR Médecine, Site Bichat
2ème étage ascenseur B
16 rue Henri Huchard - BP 416
75870 PARIS Cedex 18

Copie à : Madame Julies GILLES de la LONDE
DMG Médecine générale
UFR Médecine, Site Bichat
2ème étage ascenseur B
16 rue Henri Huchard - BP 416
75870 PARIS Cedex 18

1, rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05
<http://www.recherche.gouv.fr>

AUTORISATION DU CPP IV

Comité de Protection des Personnes Ile de France IV

Hôpital Saint-Louis
Porte 5 du carré Historique
1 avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10

**Responsable
administrative :**
Mme I. SCAGLIA
Tél. : 01.42.38.92.88
Fax : 01.42.38.92.98
cpp.iledefrance4@orange.fr

Président :

Dr Shahnaz KLOUCHE

Vice-président :

M. Marc BORAND

Secrétaire générale :

Mme B. LEHMANN

Secrétaire générale adjointe :

Mme C. DELETOILLE-LANDRE

Trésorier :

Pr O. CHASSANY

Trésorière Adjointe :

Mme C. MASCRET

Membres du Comité :

Collège I

Médecins et chercheurs

O. CHASSANY

J-P. CESARINI

E. CAROSELLA

S. KLOUCHE

M.-H. DIZIER

B. PAPP

D. TER-MINASSIAN

M. MINKOWSKI

J. FRIJA

Pharmacien hospitalier

B. LEHMANN

Infirmière

C. DELETOILLE-LANDRE

I. DELLATRE

Collège II

Questions éthiques

J.-C. KRZYWKOWSKI

Psychologue

A.S VAN DOREN

Travailleur social

M. BORAND

Compétence juridique

C. MASCRET

P. A. DUMAS

Associations de maladies

et d'usagers

M. BERNARD-HARLAUT

M. TROUGOUBOFF

Institutional Review Board
Agrément de : US Department of
Health and Human Services
(n° IRB 00003835)

Institutional Review Board Agrément de : US Department of Health and Human Services (n° IRB 00003835)

Paris, le 11 octobre 2016

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – SITE BICHAT
Dr KONZELMANN CLAIRE
Département de médecine générale
16 rue Henri Huchard BP 416
75 870 PARIS CEDEX 18

Protocole 2016/39NI

« *Perception par les patients du statut du jeune médecin généraliste remplaçant. Etude qualitative.* »

Gestionnaire : UNIVERSITE PARIS DIDEROT- SITE BICHAT

Clinicien coordonnateur : Dr KONZELMANN (Hôpital Bichat, Département de médecine générale)

L'objectif principal est d'analyser l'image qu'ont de patients du médecin remplaçant.

Le Comité a examinée les informations relatives à ce projet lors de la séance du 08 septembre 2016 et a émis une demande motivée d'informations complémentaires.

Membres présents : Dr E. Carosella (I), Mme M. Trougouboff (II), Dr S. Klouche (I), Dr D. Ter Minassian (I), Mme M. Bernard (II), Mme C. Deletoille (I), Dr J.P. Cesarini (I), Mme A.S Van Doren (II), Pr O. Chassany (I), Mme I. Delattre (I), Mme M-H Dizier (I), Pr J. Fria (I), Dr S. Klouche (I), Mme C. Mascret (II), Mme M. Minkowski (I), M B. Papp (I).

A la suite de l'examen des documents soumis, le Comité confirme qu'il s'agit d'une étude non interventionnelle, n'entrant pas dans le champ d'application de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Le CPP approuve les documents d'information.



Dr Shahnaz KLOUCHE
Présidente

- Protocole
- Résumé
- Note d'information et consentement
- Votre courrier du 14/07/2016
- Votre courriel de réponse du 20/09/2016

BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre des Médecins : Atlas de la démographie médicale 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
2. Braka-Cohen V. Les médecins généralistes remplaçants en Ile de France : Profil, cursus, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfaction. Thèse de médecine, Université Paris Diderot, 2010.
3. InterSyndicat National des Internes; Le guide du remplacement. 2013. Disponible sur: <http://isni.fr/le-guide-de-linstallation-remplacement/>
4. Ordre des médecins. Les conditions du remplacement. 2012. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-65-remplacements-conditions-289>
5. Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR). L'étude Remplact. 2010. Disponible sur: <http://www.reagjir.com/je-remplace/letude-remplact/>
6. Larivière Abdoussi S. La perception du médecin généraliste remplaçant par le patient. Thèse de médecine. Lille; 2009.
7. Bresson-Benbrahim E. Perception du médecin généraliste remplaçant par le patient: analyse qualitative et statistique textuelle. Thèse de médecine. Université Paris Diderot. 2013
8. Dupin M. Perception du médecin remplaçant par le patient. Thèse de médecine. Angers. 2016.
9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.
10. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016.
11. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches qualitatives-Hors Série. 2013;15:435–452.
12. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Faculté de médecine de Lille. 2009. Disponible sur <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
13. Guide pour la conduite d'entretien. Université de Grenoble. Disponible sur http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide_entretien_fourier_1.pdf
14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1ère éd. De Boeck; 2014.
15. Robert Bogdan and Steven J. Taylor. Introduction to Qualitative Research Method – A Phenomenological Approach to the Social Sciences. 1975.
16. Revillard A. Méthode qualitative-Observation directe et enquête de terrain. Sciences Po Paris. 2014.

17. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 2006;26(2):1–18.
18. Soulé B. Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*. 2007;27(1):127–140.
19. Maslow A-H. A Theory of Human Motivation. *Classics in the History of Psychology*. 1943. Disponible sur: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

ABSTRACT

Patient's perceptions and representations of the locum general practitioner Qualitative study

Background: The general practitioner (GP) who makes replacements may encounter sensitive situations at the beginning of his activity. In order to develop his professional identity, he tries to find his place within the relationship between the usual GP and his patient, and he is looking for legitimacy from the patient.

Objectives: Explore patient's perceptions of the locum GP.

Methods: Qualitative research by the grounded theory method. Data collection of semi-structured interviews from patients who consult in general practice, and an observation of a GP's waiting room. Theoretical sampling. Data analysis by the constant comparative method with three coding levels, assisted by the software NVivo10®. Explanation of the results with an explanatory model.

Results: We conducted in 2016 eight semi-structured interviews and one observation. Patients developed their locum GP's perception by comparing it with that of the usual GP.

The relationship with this latter could be considered as a singular and personal bond. Consequently, the usual GP was perceived as the single interlocutor or as the preferred of the patient, emphasizing the relationship, rather than the reason of the consultation. In this case, the concept of "locum" GP was very obliterated, even inconceivable.

However, when the patient considered the relationship with the GP as utilitarian, with the objective to solve a specific health problem, the locum GP was considered as an interlocutor among others, as capable and qualified as any other GP.

Conclusion: In this triangular relationship, the patient's perception of the locum GP mirrors his representation of the usual GP. It appears that the questioning regarding the locum GP, in his identity dimension, originates more from the practitioner than the patient himself, because the patient gives the locum GP a functional definition above all.

The purpose of this study was also to better understand what patients generally expect from their GP, in order to develop and improve their interactions.

Keywords: general practice; locum general practitioner; qualitative research; physician-patient relation

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université Paris Diderot

Le Professeur

ERIC GALAM

Date

31/01/2017



VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI



Département de Médecine Générale
de l'Université Paris Diderot
16 rue Henri Huchard
75890 PARIS Cedex 18
Tél. : 01 57 27 74 64 / 66

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

Perceptions et représentations du médecin généraliste remplaçant par le patient

Etude qualitative

RÉSUMÉ:

Contexte: Le médecin généraliste (MG) effectuant des remplacements peut rencontrer des situations délicates en début d'activité. Afin de forger son identité professionnelle, il tente de trouver sa place au sein d'une relation existante entre le MG habituel et son patient, et se trouve parfois en quête de légitimité vis à vis du patient.

Objectif: Explorer les perceptions du patient vis à vis du MG remplaçant.

Méthode: Étude qualitative par théorisation ancrée. Recueil de données par entretiens individuels semi-dirigés de patients consultant en médecine générale, et une observation en salle d'attente. Échantillonnage théorique. Analyse des données par comparaison constante avec trois niveaux de codage, assistée par logiciel NVivo 10®. Explication des résultats sous forme d'un modèle explicatif.

Résultats: Huit entretiens et une observation ont été menés en 2016. Les patients développaient leur vision du MG remplaçant en la comparant avec celle de leur MG habituel.

La relation avec ce dernier pouvait être envisagée comme un colloque singulier et personnel. Il était alors perçu comme l'interlocuteur unique ou très privilégié du patient, mettant en avant la relation, plus que le motif de consultation. Dans ce cas, la notion de "remplaçant" était très effacée voire inconcevable.

Quand le patient envisageait en revanche la relation avec le MG comme utilitaire, pour répondre à un problème de santé spécifique, le remplaçant était perçu comme un interlocuteur parmi d'autres, apte et compétent au même titre que n'importe quel autre MG.

Conclusion: Dans cette relation triangulaire, la représentation du MG remplaçant se fait en miroir de la vision que les patients portent à leur MG habituel. Il semblerait que le questionnement autour du MG remplaçant dans sa dimension identitaire, appartienne bien plus au médecin qu'au patient lui-même, le patient lui donnant une définition avant tout fonctionnelle. L'étude a aussi servi à mieux comprendre les attentes des patients vis à vis du médecin en général, pour ainsi développer et améliorer les échanges entre eux.

Mots clés: médecine générale; médecin remplaçant; recherche qualitative; relation médecin-patient