

Année 2024-2025

N°91

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Mélanie QUEINNEC

Née le 22/12/1997 à Nogent-le-Rotrou (28)

Comment la population d'Indre-et-Loire perçoit-elle le métier de médecin généraliste en 2024 ?

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Fabrice IVANES, Physiologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Guillermo CARVAJAL ALEGRIA, Rhumatologie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Clément SENNEGOND, Médecine Générale – Sainte-Maure-de-Touraine

Directeur de thèse : Docteur Bruno CHALONS, Médecine Générale – Tours

RÉSUMÉ

Contexte : Dans un contexte d'évolution des attentes sociétales et de défis croissants pour les praticiens, il apparaît essentiel de mieux comprendre la perception actuelle du métier de médecin généraliste. Cette étude avait pour but d'explorer le point de vue de la population sur le rôle et l'organisation du médecin généraliste en 2024 afin d'aider les futurs médecins à mieux appréhender leur métier et à adapter leur pratique pour réussir leur installation.

Méthode : Étude qualitative menée à partir de onze entretiens semi-dirigés auprès de la population adulte d'Indre-et-Loire. Le recueil des données s'est déroulé d'avril à octobre 2024.

Résultats : Les patients considèrent le médecin généraliste comme essentiel dans le système de soins et la société, bien que l'étendue de son champ d'expertise, notamment dans la gestion des pathologies chroniques, reste mal connue. Ils valorisent une prise en charge globale, où la disponibilité du médecin est perçue comme essentielle pour établir une relation de confiance, mais ignorent les contraintes organisationnelles de la profession. Toutefois, ils reconnaissent l'importance d'outils de travail adaptés (secrétariat, outils numériques) et de modes d'exercices coordonnés pour aider les médecins à mieux organiser leur pratique.

Conclusion : La médecine générale est une profession reconnue, mais encore partiellement comprise par ceux qui y ont pourtant recours au quotidien. Ces résultats apportent des repères concrets aux futurs médecins : valoriser la relation de confiance avec les patients par l'écoute ou la connaissance de leur environnement de vie, tout en optimisant l'organisation de leur cabinet pour préserver leur temps médical et personnel.

Mots clés : Médecin généraliste ; Perception ; Rôle ; Organisation ; Équilibre de vie ; Installation

ABSTRACT

Title: How do the residents of Indre-et-Loire (France) perceive general practitioners in 2024?

Background: Societal expectations evolve, and general practitioners face increasing challenges. In this context, it is crucial to understand how the profession is currently perceived. This study aimed to explore public opinion on the role of general practitioners and how their work is organized in 2024, to help future doctors prepare for their professional careers and support them in setting up their practice.

Methods: A qualitative study was conducted through eleven semi-structured interviews with adults living in Indre-et-Loire. Data were collected between April and October 2024.

Results: Participants described general practitioners as essential to the healthcare system and society. However, the full extent of their expertise – especially in managing chronic diseases – remains poorly understood. Participants value holistic care and view doctors' availability as crucial to establishing trust. Yet they are often unaware of the organizational challenges practitioners encounter. They acknowledge the importance of appropriate tools (such as administrative assistance and digital systems) and coordinated practice models to help doctors better organize their work.

Conclusion: While general practice is a well-respected profession, it remains partly misunderstood by those who rely on it daily. These results offer practical insights for future general practitioners: it is essential to strengthen patient trust through active listening and understanding of their living environment, while optimizing practice organization to ensure both professional efficiency and a health work-life balance.

Keywords: General Practitioner; Perception; Role; Organization; Work-Life Balance; Practice Setup

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition

EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d’urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d’urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d’urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d’urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie

PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor Anatomie || MALLET Donatien | Soins palliatifs |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVERREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069

HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie..... Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid Orthophoniste
IMBERT Mélanie Orthophoniste
SIZARET Eva Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et
consœurs si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabrice IVANES,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon plus profond respect.

À Monsieur le Docteur Guillermo CARVAJAL ALEGRIA,

C'est un honneur de vous avoir parmi les jurés de mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour votre évaluation.

À Monsieur le Docteur Bruno CHALONS,

Je tiens à te remercier chaleureusement d'avoir accepté de m'accompagner sur ce projet de thèse. Merci pour ton soutien, ta bienveillance et ta disponibilité. Tes remarques ont été précieuses et m'ont permis d'avancer avec confiance. Merci également pour l'apprentissage de cette belle spécialité qu'est la médecine générale.

À Monsieur le Docteur Clément SENNEGOND,

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Un grand merci pour tes précieux conseils et ta bonne humeur durant mon stage de médecine à Sainte-Maure.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGE :	Collège National des Généralistes Enseignants
COREQ :	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
DMP :	Dossier Médical Partagé
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale
HAS :	Haute Autorité de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
WONCA :	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	16
II.	MATERIELS ET METHODES	18
1.	Type d'étude	18
2.	Population étudiée.....	18
3.	Recueil des données.....	19
a)	Elaboration du guide d'entretien	19
b)	Déroulement des entretiens	19
c)	Données socio-démographiques.....	20
d)	Enregistrement et retranscription.....	20
4.	Analyse des données.....	21
5.	Aspects éthiques et réglementaires.....	21
III.	RESULTATS	22
1.	Caractéristiques de l'échantillon.....	22
2.	Catégories socio-professionnelles de l'échantillon.....	23
3.	Caractéristiques des entretiens	23
4.	Analyse des verbatims.....	24
A.	Le médecin généraliste dans le système de soins	24
1.	Un rôle polyvalent et central dans le parcours de soins	24
2.	Perception du niveau d'expertise du médecin généraliste.....	25
B.	Le médecin généraliste dans son cabinet.....	26
1.	Faire face à des défis organisationnels importants.....	26
2.	Optimiser l'organisation	29
C.	Le médecin généraliste, un repère dans la société	31
1.	Un statut respecté	31
2.	Une reconnaissance jugée comme insuffisante.....	31
3.	Un environnement de travail en mutation	32
4.	Préservation du bien-être mental et physique	33
D.	La médecine générale dans sa relation avec le patient.....	34
1.	Développer une approche du soin plus empathique	34
2.	Evolution de la relation médecin patient : une relation perçue comme moins personnelle	36
IV.	DISCUSSION.....	37
1.	Discussion des résultats principaux et comparaison à la littérature	37
2.	Forces et limites de l'étude	41
3.	Perspectives	42

V.	CONCLUSION	43
VI.	BIBLIOGRAPHIE	44
VII.	ANNEXES.....	48
	Annexe 1 : Glossaire	48
	Annexe 2 : Première ébauche de questions.....	50
	Annexe 3 : Guide d’entretien	51
	Annexe 4 : Guide pratique pour la conduite des entretiens.....	52
	Annexe 5 : Document d’information et de consentement	53
	Annexe 6 : Lettre de consentement	54
	Annexe 7 : Fiche pratique à destination des futurs praticiens.....	55
	Annexe 8 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ	56

I. INTRODUCTION

Au 1er janvier 2025, la France comptait 241 255 médecins en activité, dont 42,3 % de médecins généralistes, faisant de cette spécialité la plus représentée dans le pays¹. Plusieurs tentatives de définition de la discipline ont été proposées, la plus récente étant celle établie en 2023 par la WONCA Europe². Elle définit la médecine générale comme une discipline de premier recours qui garantit un accès ouvert aux soins et adopte une approche centrée sur la personne. Elle souligne également le rôle de coordination des ressources de santé, tout en y intégrant des enjeux environnementaux et sociétaux.

Cette définition est en lien avec les compétences du médecin généraliste définies en 2013 par un groupe national d'enseignants universitaires. Elles incluent³ :

- Une approche globale et une prise en compte de la complexité du patient ;
- Un professionnalisme ;
- L'éducation en santé, ainsi que la prévention individuelle et communautaire ;
- Le premier recours et la gestion des urgences ;
- La continuité, le suivi et la coordination des soins ;
- Une approche centrée sur le patient, incluant la relation et la communication.

Si ces compétences positionnent le médecin généraliste comme un acteur clé dans le système de santé, ce dernier se heurte aujourd'hui à des conditions d'exercice de plus en plus difficiles.

Depuis plusieurs années, la désertification médicale s'intensifie et l'exercice libéral de la médecine devient moins attractif, comme en témoigne la baisse des installations au profit de formes d'exercices mixtes ou salariés⁴. Dès 2004, une enquête de l'Institut IPSOS⁵ faisait déjà état d'un malaise chez les médecins lié à une surcharge de travail, à des exigences croissantes de la part des patients et à une conciliation difficile entre vie privée et professionnelle. Ce constat reste d'actualité, les généralistes continuant à éprouver des difficultés à préserver leur équilibre de vie^{6,7,8}. Ces contraintes expliquent en grande partie l'appréhension des jeunes médecins à s'engager dans un exercice libéral^{9,10}. En effet, près de deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine¹¹.

Cette réalité contraste avec les attentes des patients, qui expriment souvent leur frustration face au manque de disponibilité de leur médecin. Alors que l'on semble évoluer vers une société de « l'immédiateté », où le "*tout, tout de suite*" tend à devenir la norme même au-delà du champ médical, les patients souhaitent généralement des réponses immédiates à leurs besoins de santé. Cette exigence s'avère toutefois en décalage avec la réalité de fonctionnement des cabinets médicaux. Il est donc légitime de se demander si les patients ont conscience des contraintes organisationnelles auxquelles font face les médecins généralistes.

En effet, les médecins ont le sentiment que leur rôle est mal compris, et qu'ils ne bénéficient pas de la reconnaissance qu'ils méritent. Aujourd'hui, la profession de médecin généraliste semble parfois reléguée au second plan par rapport aux autres spécialités. Ils sont souvent perçus comme des praticiens ayant une vision large mais superficielle de nombreuses pathologies, sans expertise approfondie dans un domaine spécifique^{12,13}. Cette perception concorde avec l'image véhiculée par les médias et la presse¹⁴ où la complexité et l'étendue des responsabilités des généralistes sont largement sous-estimées. Bien que les médecins généralistes représentent une part importante des effectifs médicaux en France, leur rôle semble donc méconnu.

Pourtant, les généralistes restent largement appréciés, ils bénéficient d'un haut niveau de confiance de la part de leurs patients^{15,16}.

Le médecin généraliste occupe donc une position ambivalente dans l'imaginaire collectif : il semble à la fois apprécié, mais méconnu, notamment en ce qui concerne l'étendue de son rôle et de son organisation au quotidien. Dans l'état actuel, une question persiste : Quel est le point de vue de la population sur cette profession ?

L'objectif de cette étude était d'explorer le point de vue de la population d'Indre-et-Loire sur le rôle et l'organisation du médecin généraliste en 2024. Un objectif secondaire était d'apporter des éléments de réflexion aux futurs praticiens afin de les aider à mieux appréhender leur métier et à adapter leur pratique pour faciliter leur installation.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Une étude qualitative* a été réalisée. Cette méthode a été choisie pour permettre aux participants de s'exprimer librement, dans le but de recueillir des expériences personnelles et une grande diversité de données. Elle était en effet la plus appropriée pour étudier des phénomènes subjectifs, difficiles à mesurer¹⁷.

2. Population étudiée

La population étudiée était celle des adultes d'Indre-et-Loire. Le choix de se limiter à la population de ce département se justifiait par le fait que le chercheur réside dans cette région et souhaite s'y installer plus tard. Les mineurs n'ont pas été inclus pour des raisons éthiques et légales. Aucune limite supérieure d'âge n'a été fixée afin d'obtenir la plus grande diversité de population possible.

Les critères d'inclusion étaient :

- Âge supérieur ou égal à 18 ans
- Résidence en Indre-et-Loire
- Possession d'un médecin traitant

Les critères de non-inclusion étaient :

- Ne parlait pas français
- Présentait des troubles neurocognitifs, était malentendant ou souffrait de problèmes d'élocution
- Exerçait une profession médicale

*Les termes de recherche qualitative suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire (annexe 1)

3. Recueil des données

a) Elaboration du guide d'entretien

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien* préalablement conçu par le chercheur. Il était composé de onze questions ouvertes* (annexe 3). Pour sa conception, une première ébauche de questions (annexe 2) a été présentée à un membre du DUMG de Tours, puis modifiée. Cette seconde version a ensuite été testée sur un membre de la famille du chercheur, puis modifiée de nouveau, certaines questions ayant été mal comprises.

Les premières questions étaient structurées en deux temps : d'abord sur la figure du médecin généraliste, puis sur le médecin des patients. Cette distinction visait à faciliter leur expression en partant d'idées générales avant d'aborder des éléments plus personnels.

b) Déroulement des entretiens

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-dirigés*, entre le 26 avril 2024 et le 23 octobre 2024 dans des cabinets de médecine générale d'Indre-et-Loire.

L'échantillonnage était de convenance. Les patients étaient recrutés à la sortie de leur consultation médicale, sans critère préétabli. Le médecin informait l'ensemble des patients de la demi-journée qu'ils pourraient être amenés à participer à une étude. Le chercheur se présentait comme une étudiante en médecine effectuant un travail de recherche.

Les entretiens ont été menés de manière individuelle* et non en *focus group** afin de garantir une liberté de parole sans qu'une personne dominante ou que la dynamique de groupe ne puisse influencer les échanges. Toutefois, trois entretiens se sont déroulés en présence d'un tiers : un enfant, une conjointe et une mère de participants.

Les cabinets ont été choisis car le chercheur connaissait les médecins qui y exerçaient, ayant effectué un stage d'internat chez eux. Ces derniers ont mis à disposition un bureau au calme pour la réalisation des entretiens.

Dans un premier temps, les participants avaient une brève description du principe de l'étude, puis le chercheur s'assurait qu'ils respectaient les critères d'inclusion ou de non-inclusion. Afin de ne rien oublier avant de débiter les entretiens, un guide pratique avait été élaboré sous la forme d'une liste de vérification (annexe 4).

c) Données socio-démographiques

À la fin de chaque entretien, les participants ont renseigné des données socio-démographiques, susceptibles d'influencer les réponses obtenues.

Elles comprenaient :

- L'âge ;
- Le sexe ;
- Le statut professionnel (travailleur actif ou non) et, le cas échéant, la catégorie socio-professionnelle ;
- Le lieu de vie (urbain, rural, semi-rural) ;
- L'âge approximatif du médecin généraliste qui suit le patient ;
- L'ancienneté de la relation avec ce médecin ;
- L'existence d'une profession médicale dans l'entourage ;
- L'existence d'une pathologie chronique ;
- Le nombre de consultations de suivi par an (par exemple, pour une maladie chronique) ;
- Le nombre de consultations ponctuelles par an (par exemple, pour une maladie aiguë) ;
- Le nombre total de consultations par an.

La catégorisation du lieu de vie en urbain, rural, ou semi-rural a été complétée selon la libre appréciation des participants.

d) Enregistrement et retranscription

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone portable. Les enregistrements étaient exclusivement audio, sans enregistrement vidéo.

Ils ont été intégralement retranscrits* à l'aide du logiciel de traitement de texte *Microsoft Word*. Une fois retranscrits, ils n'ont pas été soumis aux participants, aucune modification n'a été effectuée a posteriori.

Les erreurs dans l'usage de la langue française n'ont pas été corrigées dans un souci d'authenticité. Les hésitations étaient notées sous la forme de points de suspension. Les éléments non verbaux (expressions, gestes) étaient indiqués entre crochets. Les mots et expressions familières étaient retranscrits entre guillemets et en italique.

Tous les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche sont disponibles sur demande auprès du chercheur.

4. Analyse des données

Les données ont été analysées selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée*. L'analyse s'est faite au fur et à mesure du déroulement des entretiens conformément au principe de la comparaison constante*. Le guide d'entretien a été ajusté en fonction des réponses obtenues, afin d'approfondir les thèmes émergents.

Chaque segment de verbatim* a été étiqueté par le chercheur dans *Microsoft Word* en surlignant les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un code. Aucun logiciel d'aide à l'analyse n'a été utilisé. Ce premier codage ouvert* visait à faire ressortir les éléments exprimés par les participants sous forme d'étiquettes expérientielles*. Ensuite, l'analyse axiale* a permis de regrouper les codes similaires ou apparentés pour obtenir des propriétés, qui ont été catégorisées*. Enfin, l'analyse sélective* a permis de faire émerger un modèle explicatif.

Deux entretiens ont bénéficié d'une triangulation des données* par la confrontation de l'analyse de deux chercheurs (MQ et BC).

5. Aspects éthiques et réglementaires

Toutes les données ont été anonymisées lors de la retranscription, dans le respect des règles éthiques et de confidentialité en vigueur. Une lettre a été attribuée à chaque participant selon l'ordre chronologique des entretiens. Le chercheur a été désigné par la lettre « M », correspondant à l'initiale de son prénom.

Les participants ont donné leur consentement libre et éclairé après avoir pris connaissance et signé le document présenté en annexe 5, qui les informait, entre autres, de l'anonymisation des données. Ils ont également signé une lettre de consentement (annexe 6), précisant que les données de l'étude resteraient strictement confidentielles. Un accord oral a été obtenu en complément avant de débiter les enregistrements.

Pour savoir si cette étude relevait de la loi Jardé et nécessitait l'avis d'un comité d'éthique, le chercheur s'est aidé de l'outil proposé par le CNGE¹⁸, qui a confirmé que l'étude n'était pas concernée.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Six femmes et cinq hommes ont participé à l'étude. Ils étaient issus de deux cabinets et de la patientèle de six médecins différents.

La moyenne d'âge des participants était de 48,2 ans, avec un âge médian de 56 ans (allant de 87 ans à 18 ans).

Le lieu de vie des participants était majoritairement rural (7 participants sur 11).

4 participants sur 11 étaient atteints d'une pathologie chronique.

Les caractéristiques sont détaillées dans le tableau suivant :

Partici- pants	Âge	Sexe	Lieu de vie	Âge du médecin généraliste (approximatif)	Ancienneté de la relation avec le médecin généraliste	Profession médicale dans l'entourage	Pathologies chroniques	Nombre de consultations de suivi par an	Nombre de consultations ponctuelles par an
A	87	M	Urbain	35	13 ans	Non	Oui	2	2
B	20	F	Urbain	50	3 mois	Non	Non	0	3
C	33	M	Rural	50	1 an	Non	Non	0	2
D	59	M	Rural	59	1 an	Oui* ¹	Oui	6	2
E	56	F	Rural	50	21 ans	Oui* ¹	Non	1	2
F	33	F	Rural	35	3 ans	Non	Non	0	2
G	58	M	Rural	55	6 ans	Non	Non	0	6
H	59	F	Rural	45	2 ans	Oui* ¹	Non	0	1
I	65	F	Rural	55	6 ans	Non	Oui	2	2
J	42	M	Urbain	40	10 ans	Non	Oui	10	10
K	18	F	Semi rural	50	< 1 an	Oui* ¹	Non	0	4

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de l'échantillon

Âge exprimé en années ; M : masculin ; F : féminin

*¹ Participant D : amis médecins dans l'entourage ; participant E : un membre de la famille médecin généraliste ; participant H : relations professionnelles avec des médecins ; participant K : un proche en formation médicale

2. Catégories socio-professionnelles de l'échantillon

Les catégories socio-professionnelles ont été recueillies via la nomenclature créée par l'INSEE en 2003¹⁹.

Participants	Catégorie socio-professionnelle
A	Retraité
B	Employé
C	Sans activité professionnelle
D	Sans activité professionnelle
E	Ouvrier
F	Employé
G	Employé
H	Cadre et profession intellectuelle supérieure
I	Retraité
J	Employé
K	Sans activité professionnelle

Tableau 2 : Résumé des catégories socio-professionnelles des participants

3. Caractéristiques des entretiens

Onze entretiens ont été réalisés. Ils ont été interrompus une fois la saturation des données* atteinte, obtenue au 10^{ème} entretien, suivi de la réalisation d'un 11^{ème} entretien pour confirmer cette saturation.

La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes.

Les durées des entretiens sont résumées dans le tableau suivant :

Entretiens	Durée (minutes)
Entretien 1	26 minutes
Entretien 2	29 minutes
Entretien 3	24 minutes
Entretien 4	29 minutes
Entretien 5	30 minutes
Entretien 6	20 minutes
Entretien 7	17 minutes
Entretien 8	42 minutes
Entretien 9	22 minutes
Entretien 10	47 minutes
Entretien 11	23 minutes

Tableau 3 : Durée des différents entretiens

4. Analyse des verbatims

A. Le médecin généraliste dans le système de soins

1. Un rôle polyvalent et central dans le parcours de soins

1.1 Un médecin de premier recours

Les participants percevaient le médecin généraliste comme un professionnel impliqué dans la prise en charge des urgences, des pathologies bénignes et dans la détection de pathologies plus graves.

« C'est le premier médecin qu'on consulte quand on a des problèmes. » (E1)

« Il s'occupe, après, de nous soigner si on a une petite maladie, genre une grippe, un rhume, le covid, ou des choses comme ça. » (E7)

« Ben certains sont quand même amenés à détecter des choses un peu plus importantes quand même. [...] Ils ont détecté après les analyses un cancer. » (E7)

1.2 Coordinateur des soins

À ce titre, il est amené à orienter les patients dans le parcours de soins et à assurer la gestion du dossier médical.

« Bah, le médecin généraliste, il nous dispatche vers les spécialistes [...]. » (E7)

« A : [...] maintenant ça évolue, parce les dossiers se retrouvent sur Internet directement, et les médecins peuvent le consulter, donc ça marche bien, c'est le D ... P ... [hésitations]. M : Le DMP vous voulez dire ? A : Oui ! » (E1)

« Vous voyez un médecin qui exerce dans un QPV là, Quartier Prioritaire de la Ville comme ici, [...], il a un travail social à faire [...], il doit avoir un réseau [...] il sait qu'il va y avoir une assistante sociale par-là, il va y avoir une association pour les femmes par là ... » (E10)

1.3 Qui réalise de la prévention

Par ailleurs, ils estimaient que les médecins généralistes jouaient un rôle important en matière de prévention, aussi bien primaire que secondaire.

« M : Et dans les consultations, vous incluez quoi ? K : Bah, tout ce qui est... vaccins, par exemple. » (E11)

« Elle donne de bons conseils. Des conseils pour la santé. » (E2)

« M : [...] Et dans le bilan de santé, vous pensez à quoi ? K : Tout ce qui est... la tension, je crois. La tension, quoi, quand on pèse, quand on mesure... » (E11)

1.4 Un exercice hors cabinet

Enfin, ils rapportaient que les médecins généralistes pouvaient exercer dans différents lieux, tels que les EHPAD, les universités, ou les hôpitaux. Toutefois, ils avaient du mal à identifier précisément leur rôle en dehors du cabinet médical.

« L'université, il y a peut-être des médecins. » (E5)

« [...] les consultations dans [...] les EHPAD. » (E7)

« Ah bah oui c'est vrai ! Il y a des généralistes à l'hôpital ! Non mais on oublie toujours. Pour nous, les médecins, enfin en tout cas pour moi, un médecin à l'hôpital, c'est souvent un médecin qui est dans une telle ou telle spécialité. » (E10)

2. Perception du niveau d'expertise du médecin généraliste

2.1 Un rôle perçu comme moins spécialisé et moins technique

Les patients distinguaient l'expertise du médecin généraliste de celui des autres spécialistes.

« Du coup, le médecin [généraliste], lui, il voit que « des petits problèmes », entre guillemets, face au chirurgien, qui lui, va avoir d'énormes, de gros problèmes. On va dire, genre, je sais pas, les greffes. [...] Tandis que le médecin, lui, ce qu'il va avoir, c'est petit, [...] quand je dis le petit rhume, il y en a d'autres, genre une gastro ou d'autres petits problèmes. Donc des choses moins graves. » (E2)

« Non non, l'électrocardiogramme c'est pas le médecin [généraliste] qui le fait ça, c'est un spécialiste, c'est le cardiologue. » (E1)

Le suivi et la gestion des pathologies chroniques restaient mal définis pour les patients, ils attribuaient ce rôle aux autres spécialistes.

« Je pense qu'il peut y avoir un suivi des patients sur... une pathologie particulière. Je sais pas trop si c'est des généralistes ou plutôt des spécialistes qui font ça. » (E11)

« M : Selon toi, elle fait moins de suivi de pathologies chroniques, comme le diabète, elle fait plus dans l'aiguë ? B : Ah ouais, oui. Elle voit les patients une fois et puis après elle les revoit pour autre chose. » (E2)

« Le spécialiste lui ben ... il fait plus le suivi des maladies graves. » (E9)

2.2 Des connaissances vastes

Néanmoins, ils reconnaissaient qu'il disposait d'un savoir important couvrant un champ de connaissances plus large.

« Ce qui est différent aussi, c'est que le médecin généraliste, il doit connaître complètement tous les domaines de la médecine [...]. » (E1)

« Enfin il faut qu'il connaisse tout, [...], plus que besoin quoi, qu'un spécialiste... Moi je connais des amis là, chirurgiens ou urgentistes ils n'en connaissent pas autant. » (E4)

Ils reconnaissaient que le médecin, par son professionnalisme, devait se former régulièrement afin de maintenir des compétences solides. Cependant, ils ignoraient comment ces périodes de formation s'intégraient dans son emploi du temps.

« Après ... voilà ... après ils doivent participer à des colloques donc là il exerce pas c'est juste ... pour pouvoir maintenir ses compétences. Mais après, je ne sais pas, honnêtement. Peut-être que vous allez pouvoir me l'apprendre. » (E10)

« Dans leur travail aussi, il y a, normalement, enfin j'espère, une journée ou une demi-journée qui est consacrée dans la formation ou à la recherche de formation, d'informations, etc. » (E8)

B. Le médecin généraliste dans son cabinet

1. Faire face à des défis organisationnels importants

1.1 Contraintes de l'emploi du temps

Les patients avaient conscience que les médecins généralistes avaient des journées de travail particulièrement longues, compliquant la gestion de leur vie personnelle. Ils soulignaient l'incertitude des horaires de travail, qui pouvaient être prolongés en raison d'urgences imprévues.

« Je me suis jamais penchée sur la question, mais j'imagine que ça demande toute une organisation [...] de conjuguer vie professionnelle et vie personnelle, parce que je sais que la tranche horaire est importante. » (E6)

« Ils travaillent beaucoup, ils ont très peu de temps pour eux. » (E2)

« Je sais pas, mais ça a dû lui arriver, peut-être de rester plus tard, parce qu'il y avait une urgence qui a fait qu'il devait ... [rester]. » (E10)

Le manque de disponibilité des médecins était mentionné comme un facteur influençant négativement leur image auprès des patients. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, parfois jugés trop longs, étaient sources de frustration.

« Après, il peut aussi avoir une mauvaise image dans le sens, comme je disais tout à l'heure, qu'ils ont énormément de patients et du coup il faut attendre plusieurs semaines pour avoir un rendez-vous. » (E2)

« J'appelle ici. On me dit que le médecin ne peut pas me parler. Il n'y a aucune solution quoi ! Donc je dis, je vais faire le 112 [...]. » (E5)

En zone rurale, les médecins généralistes étaient perçus comme encore plus sollicités, du fait de leur proximité avec les habitants et de la forte demande en soins.

« Ben, médecin de campagne, à mon avis, vu que c'est une petite population, il doit vivre juste à côté, alors ça doit être encore pire ! Encore pire, parce que même le dimanche si quelqu'un va le voir : « Ouais, [...], j'ai ça, j'ai ça ... [...] », oui je pense que c'est encore pire. » (E10)

1.2 Une charge administrative importante

Les patients ne savaient pas comment le médecin gérait son temps administratif. Toutefois, ils reconnaissaient que ces obligations constituaient une part majeure de son activité.

« [...] parce qu'en fin de journée, je pense qu'il a quand même des dossiers à finir de remplir. Donc ça, je pense qu'il le fait chez lui, ou ..., je sais pas... » (E3)

« Pour moi je sais pas c'est épouvantable ce que peut vivre, je pense, un médecin généraliste après sa journée ... ou ... même s'il y a des méthodes hein. Je pense que c'est de trop. » (E4)

Les participants relevaient que, contrairement aux spécialistes qui disposaient souvent d'une équipe pour les assister, les médecins généralistes s'organisaient le plus souvent seuls.

« Ben, le médecin généraliste, souvent, il s'organise, [...] seul. Les spécialistes, ils ont toujours des assistants, des secrétaires médicaux qui vont leur faire ça, ça, ça. » (E10)

1.3 Etablir des limites

Du fait de la charge de travail et de l'implication émotionnelle, les médecins devaient, selon les patients, se protéger afin de prévenir l'épuisement.

« [...] Elle est géniale, cette médecin, [...], mais elle s'est épuisée. [...] Et aujourd'hui, [...], elle se protège. Quand elle a commencé ... trop tard à mettre les barrières, là, forcément, elle est mal vue. Donc si un jour, vous vous installez, les barrières, il faut les mettre tout de suite ! » (E8)

« Je pense qu'il a fallu un moment et puis, du temps pour réussir à s'organiser, à jongler entre vie privée et vie professionnelle. Mais que, d'une certaine manière, certains y arrivent. Je ne sais pas si c'est le cas de tout le monde, mais [...] sans ça, en fait, je pense que ce serait pas possible [...]. Donc, il faut forcément un peu se détacher et ça fait du bien. » (E11)

1.4 Aménager un espace professionnel au service des patients

Les patients considéraient que l'aménagement de la salle d'attente reflétait la qualité de la prise en charge, en particulier par l'attention portée au confort et à l'hygiène. Les journaux et autres divertissements n'étaient plus attendus en raison du risque de transmission de germes.

« Il faut juste avoir... des bons sièges ! » (E4)

« Après, ce que j'attends, [...], peut-être déjà la propreté des lieux. » (E7)

« [...] les journaux ont disparu, mais ce qui est normal parce que quand on vient voir un médecin, c'est qu'on a des problèmes de santé et donc il y a des transmissions de microbes. » (E1)

Ils estimaient également qu'un accueil chaleureux de la part de la secrétaire à leur arrivée était important et signe de professionnalisme du cabinet.

« Donc, à l'arrivée, déjà quelqu'un qui vous sourit... Je parle pas d'empathie hein mais qui vous sourit. » (E4)

Concernant le bureau du médecin, les patients valorisaient un espace respectueux de leur intimité et bien agencé, reflet d'une organisation soignée. La présence d'un espace dédié à l'hygiène des mains renforçait cette impression.

« L'important c'est que ce soit assez chaleureux et assez respectueux des personnes pour qu'en cas de consultation, heu ... nue, où voilà, qu'on soit respecté. » (E8)

« Et puis quoi ... le lavage de mains, un petit coin lavage de mains. » (E5)

2. Optimiser l'organisation

2.1 Avec des outils numériques

Les patients estimaient qu'ils simplifiaient l'organisation du travail et le suivi médical. Ces outils constituaient un soutien pour les praticiens dans la gestion de leur quotidien.

« Mais je pense aussi qu'aujourd'hui, il y a des logiciels qui aident les médecins, alors qu'il y a quelques temps, ça n'existait pas. Donc, je pense qu'au niveau administratif, peut-être que ça prend moins de temps qu'il y a quelques temps [...]. » (E8)

« Puis, la vraie question, c'est que je me demande comment il fait pour retenir... Je sais pas combien il a de patients... Il va se rappeler de pas mal de choses ! Donc... J'espère qu'il a un bon outil informatique pour l'aider. » (E10)

2.2 En organisant son emploi du temps

Ils estimaient que les médecins devaient accorder des créneaux spécifiques pour les urgences ou gérer efficacement le temps accordé à chaque consultation afin d'éviter les retards. En revanche, ils ne savaient pas comment les médecins s'organisaient pour répartir ce temps.

« Elle fait de la place le matin même quand elle a des appels, dès que ça ouvre. Heu oui elle cale des créneaux d'urgence pour la journée. » (E6)

« Mais, après, ce qui est bien avec le docteur X, c'est que lui, il se laisse pas déborder, quoi. Et du coup, il gère bien son temps, ses rendez-vous [...] Il y a des médecins, dès fois, il y a une heure d'attente. » (E10)

« Je pense qu'il faut que ça soit oui ... organisé, « timé », je sais pas comment c'est compté, je sais pas comment ça fonctionne. » (E6)

Ils rapportaient que les secrétaires étaient un atout pour l'organisation des médecins.

« [...] Ça ne l'oblige pas de couper sa consultation pour répondre ou nous obliger d'attendre pendant 10 minutes au téléphone. » (E9)

« [...] Quand vous téléphoniez la secrétaire connaissait bien votre dossier, connaissait bien ce que vous aviez donc elle pouvait répondre à certaines questions. » (E1)

Malgré les nombreuses contraintes du métier, les patients reconnaissaient que la flexibilité dans l'organisation du travail était l'un des atouts de cette profession.

« Après, je pense à ma cousine, qui est médecin. Elle arrive à se libérer, quand même, pas mal de temps libre oui. Mais bon, après, c'est par choix, perso. Elle a décidé de pas faire à plein temps, quoi. Voilà. » (E5)

« Chacun a sa vie personnelle malgré son emploi. Et chacun la gère un peu comme il l'entend et ça dépend de la charge de travail derrière quoi. Où effectivement l'organisation ... je pense que c'est des choix personnels. » (E6)

2.3 Exercices coordonnés perçus comme bénéfiques

Les patients percevaient positivement les exercices coordonnés mis en place dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces structures allégeaient la charge de travail des médecins et favorisaient les échanges entre professionnels contribuant à réduire l'isolement du médecin généraliste.

« Moi, je trouve ça très bien [...] les maisons de santé... [...], je suppose qu'il y a des échanges entre professionnels. Il doit se sentir moins seul aussi. Il prend une décision, mais quelque part, je suppose que s'il a un doute ou s'il a un cas, etc., il va peut-être se rapprocher d'un autre collègue, parler du cas, etc. » (E8)

« Ben je pense que dans les cabinets médicaux comme ici heu ... où il y a une secrétaire, je pense qu'ils ont peut-être un peu moins de travail qu'avant. » (E7)

Les patients valorisaient ce type d'organisation, qu'ils percevaient comme facilitant la continuité des soins, notamment en cas d'absence de leur médecin traitant.

« Ben moi, la maison médicale, ça me convient parfaitement. Parce que si vraiment le médecin n'est pas là, fin il y a ... On nous propose une solution quoi, de rechange. Ou un médecin différent, ou un remplaçant. Et puis, tout est regroupé. Pour nous c'est quand même plus simple aussi. » (E5)

C. Le médecin généraliste, un repère dans la société

1. Un statut respecté

1.1 Une figure incontournable

Les participants percevaient le médecin généraliste comme une figure clé, tant pour leur santé personnelle que pour la communauté. La présence d'un médecin généraliste dans un territoire était perçue comme essentielle pour l'organisation de la vie locale et l'accès aux soins.

« M : Et comment vous voyez les médecins généralistes dans la société ? I : Un sauveur ! Pour des fois. C'est quelqu'un, oui, qui est à l'écoute des autres. [...] Donc il a plutôt une place importante dans la société. Ils nous sauvent quand même, ils nous soignent. » (E9)

« Le rôle du médecin, c'est un rôle important pour la personne. Pour la société ou pour tous les habitants parce que quand on a des problèmes de santé, on a besoin d'un médecin. » (E1)

« Je dirais que c'est un peu comme l'instituteur dans le temps, les schémas anciens ... [...] Mais je pense qu'ils ont une importance primordiale dans la société évidemment. Un médecin, c'est ce qu'on recherche en premier quand on s'installe quelque part [...]. » (E8)

1.2 Un métier à responsabilités

Les participants avaient conscience que le métier de médecin généraliste était éprouvant en raison des décisions critiques à prendre et de l'incertitude liée à chaque consultation.

« Ben, je pense que le médecin, [...] il a sûrement [...] cette pression, cette responsabilité. Le fait que, s'il « s'est foiré », entre guillemets, on vienne lui reprocher ... quelque part. Heu, ouais ça, je pense qu'au quotidien ça doit être lourd. » (E5)

« Et oui, ça peut être compliqué pour le médecin en général. Enfin, on n'imagine pas tellement les travers du métier, le stress... Donc, voilà. » (E11)

2. Une reconnaissance jugée comme insuffisante

2.1 Socialement

Les patients estimaient que le métier de médecin généraliste n'était pas assez valorisé dans la société.

« Ben, c'est un sacré métier ! Qui est pas assez mis en valeur, qui est pas assez mis en valeur pour tout ce que je vous ai exposé. Par rapport à la pénibilité [...], je sais pas quoi vous dire pour résumer mais c'est chapeau quoi ! Fin franchement heureusement qu'ils sont là ! » (E10)

2.2 Et financièrement

Les patients ignoraient le salaire du médecin, mais relevaient que leur rémunération ne reflétait pas la charge de travail et les responsabilités qu'ils assumaient.

« M : Qu'est-ce que vous imaginez sur le salaire, par exemple ? [...] K : Alors là je sais pas du tout. [...] J'avoue que je pourrais pas dire. Je ne pourrais pas me positionner là-dessus [...]. » (E11)

« Mais bon, au niveau salaire, je pense qu'un médecin c'est très mal payé, moi, c'est mon point de vue hein ... » (E4)

« [...] tout à l'heure, on parlait des salaires. Quand je regarde, par exemple, le salaire des députés, par rapport à ce que fait un médecin, c'est... Voilà. [...] Mais c'est pas normal. C'est pas normal... » (E10)

3. Un environnement de travail en mutation

3.1 Une perte d'indépendance

Les participants ont remarqué que le métier de médecin généraliste semblait évoluer vers une dépendance accrue à la sécurité sociale et aux politiques de santé publique.

« Parce qu'aujourd'hui, je considère qu'un médecin est presque un fonctionnaire de la sécurité sociale. » (E1)

« De mon point de vue, très très mal payé. Mais bon après, comme tout maintenant. Mais bon, bien qu'ils vous aient augmenté là, la Sécu. » (E4)

3.2 Des contraintes financières

Les patients relevaient les contraintes financières croissantes qui pesaient sur les médecins généralistes exerçant en libéral, sans toujours mesurer ce que cela représente réellement. Certains estimaient que, pour limiter le poids de ces charges, les praticiens étaient parfois contraints de réduire leurs horaires.

« Après ils doivent réduire leurs horaires parce que, quand on a un prix de l'énergie qui a flambé et que le prix de la consultation c'est pareil ben à un moment donné forcément : qu'est-ce qu'on se dit : « Vu que je peux pas faire payer plus, il faut que je m'y retrouve aussi. » » (E10)

« Avec toutes les charges, je ne sais pas, parce qu'il y a tellement de charges qui se perdent. Il n'en reste peut-être pas beaucoup à la fin. » (E9)

3.3 Un environnement professionnel marqué par de nouveaux risques

Les patients ont rapporté que les médecins généralistes évoluaient dans un environnement plus exigeant marqué par des risques liés au contexte sanitaire et à la montée des violences envers les professionnels de santé.

« Après ils ont dû aussi faire face à plus de violences aussi. Parce que la société est devenue plus violente. » (E10)

« Je ne voudrais pas être médecin [...] ils sont [...] tout le temps en contact avec les malades, ils chopent... ils peuvent choper toutes les maladies. » (E10)

4. Préservation du bien-être mental et physique

4.1 Des soins de qualité

Les patients estimaient que le bien-être des médecins était essentiel pour garantir la qualité des soins.

« Oui, parce qu'aujourd'hui, on est dans une société de loisirs, il ne faut pas se cacher. Et que donc, qu'on le veuille ou non, ben, les gens, aujourd'hui, ils ont envie de loisirs [...], si après, quand ils sont au boulot, ils sont encore plus performants, parce que justement, ils ont eu ce temps-là, pourquoi pas ? » (E8)

« Et c'est vrai que si on veut pouvoir être soigné dans des bonnes conditions ... forcément il faut déjà que les médecins eux-mêmes soient dans des bonnes conditions quoi. » (E10)

4.2 Evolution de la qualité de vie

Les patients constataient que le quotidien des médecins généralistes s'était amélioré au fil du temps. Pour eux, ce changement était naturel et conforme aux évolutions sociétales.

« Et donc ça a évolué comme on a dit par rapport à avant mais disons que je considère ça tout à fait normal parce que le médecin de famille ben, il prenait pas beaucoup de vacances il avait pas de vie de famille si on peut dire alors qu'aujourd'hui [...], je trouve que c'est une évolution qui est normale. » (E1)

« Donc le médecin a une vie de famille certainement plus agréable en ce moment qu'avant. Parce qu'avant, c'était vraiment du 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. » (E1)

D. La médecine générale dans sa relation avec le patient

1. Développer une approche du soin plus empathique

1.1 Comprendre le patient dans sa globalité

Les participants insistaient sur l'importance d'une approche globale du soin, qui ne se limite plus à traiter les maladies physiques, mais intègre également un rôle de soutien psychologique et social.

« S'ils connaissent la personne ils savent comment soigner. » (E8)

« J : Un médecin c'était juste celui allait soigner une plaie [...], mais maintenant ils se doivent aussi en fait de pouvoir aider une personne [...] qui a aussi des problèmes sociaux [...] et à mon avis avant c'était pas forcément courant. M : Oui avant un médecin s'occupait plus de la maladie que du malade ? J : Ouais c'est exactement ça, c'est bien ! » (E10)

1.2 Un relationnel personnalisé

Les discours médiatiques semblaient avoir peu d'impact sur la perception des patients concernant le métier de médecin généraliste. En revanche, cette perception était principalement influencée par leur propre vécu de la maladie et des soins.

« Alors si je suis influencée, je suis influencée par ce que je vis au quotidien. Par ce que je vois au quotidien. Mais je ne suis pas influencée par les médias [...]. » (E8)

« Après voilà moi c'est un peu spécial j'ai des problèmes de santé chroniques depuis que j'ai 17 ans. [...] On va dire c'est peut-être plus mes problèmes de santé qui ont une influence sur ... [...] mon point de vue oui, parce que s'il n'y avait pas eu le médecin je ne serais peut-être pas là. » (E10)

Les patients avaient différentes perceptions de la relation avec leur médecin. Pour certains, son rôle dépassait la simple fonction de soigner, intégrant une dimension relationnelle forte, parfois proche de l'amitié.

« C'est comme le médecin derrière quoi, si c'est un généraliste c'est comme votre ami. C'est ce qu'on appelait avant le médecin de famille. Alors voilà comment je vois, moi en tout cas, le médecin généraliste. » (E4)

« D'accord euh voilà ... Ensuite c'est quoi ? Son rôle euh ... C'est d'être proche de ses patients. » (E8)

Certains allaient jusqu'à considérer leur médecin comme un membre de la famille.

« Un médecin au bout d'un certain temps il fait partie de la famille en fait. [...] C'est pas quelle place il a dans la société mais c'est quelle place il a dans la famille en fait. » (E10)

La confiance était identifiée comme le pilier central de la relation médecin-patient. Elle était souvent priorisée sur l'expertise du médecin.

« C'est la personne en qui on doit avoir confiance. Ce n'est pas sa qualité de médecin qui compte. C'est sa qualité d'approche avec la personne. » (E4)

« Ce qui est important c'est qu'on ait la confiance entre le médecin et le patient. C'est très important à mon sens. » (E7)

D'ailleurs, le genre du médecin semblait avoir une influence sur le niveau de confiance des patients.

« C'est vrai qu'elle est très gentille. Mon ancien aussi, mais c'était un homme. Donc voilà, aujourd'hui j'ai une femme et je suis beaucoup plus à l'aise. Et il y a aussi le fait que du coup, je suis plus en confiance. » (E2)

Enfin, la relation avec le médecin généraliste était perçue comme plus humaine et accessible par rapport aux autres spécialistes.

« Je dirais que le généraliste, il nous connaît mieux en fait. [...], le médecin spécialiste, il ne connaît pas tous les gens en particulier. Il n'a pas la même proximité [...], on arrive plus à parler avec un médecin généraliste qu'un médecin spécialiste. » (E10)

1.3 La communication et l'écoute, au cœur de la relation

Les patients percevaient l'écoute et la réassurance comme une composante essentielle du rôle du médecin, associant sa disponibilité à une preuve d'empathie et à une volonté de comprendre leurs situations.

« Un médecin [...] qui prend le temps [...]. Pour moi, le premier soin pour un patient, c'est de lui parler. » (E4)

« [...] j'apprécie qu'elle me suit, parce qu'elle prend le temps ! » (E6)

« Oui, il est là pour ça aussi, pour dire « il n'y a rien de grave, je vais vous accompagner ». Même si c'est plus grave. » (E8)

Les patients estimaient qu'un médecin devait être capable de donner des explications et des informations claires au patient.

« Ben oui explique bien, parce que dès fois, quand il y a plusieurs médicaments, [...], bon, il explique, c'est... Que je fasse pas un mélange. » (E9)

« [Ils ont] un rôle informatif [...]. » (E11)

2. Evolution de la relation médecin patient : une relation perçue comme moins personnelle

2.1 Disparition du médecin de famille

Les patients en déploraient la disparition, marquée par une proximité avec le médecin en déclin. Ils regrettaient notamment la diminution des visites au domicile, perçues comme un moyen de comprendre leur environnement de vie. Néanmoins, ils s'accordaient à dire que les visites prenaient du temps au médecin.

« Avant un médecin était plutôt un médecin de famille et aujourd'hui maintenant il fait tout à fait son métier en indépendant. Il reçoit en consultation et s'occupe beaucoup moins de la famille. » (E1)

« Quand la personne elle va chez le médecin, elle ne va pas montrer ce qu'elle est réellement [...] dans son milieu de vie, dans sa maison, c'est totalement différent. Donc, oui ça leur prend du temps, mais pour qu'une prise en charge soit vraiment optimale, [...], il faut que les médecins se remettent à faire des visites à domicile. » (E8)

2.2 Perte de l'attachement au médecin

Les patients remarquaient que la fidélité au médecin traitant semblait diminuer, remplacée par une consommation médicale plus ponctuelle via des plateformes de prise de rendez-vous par exemple.

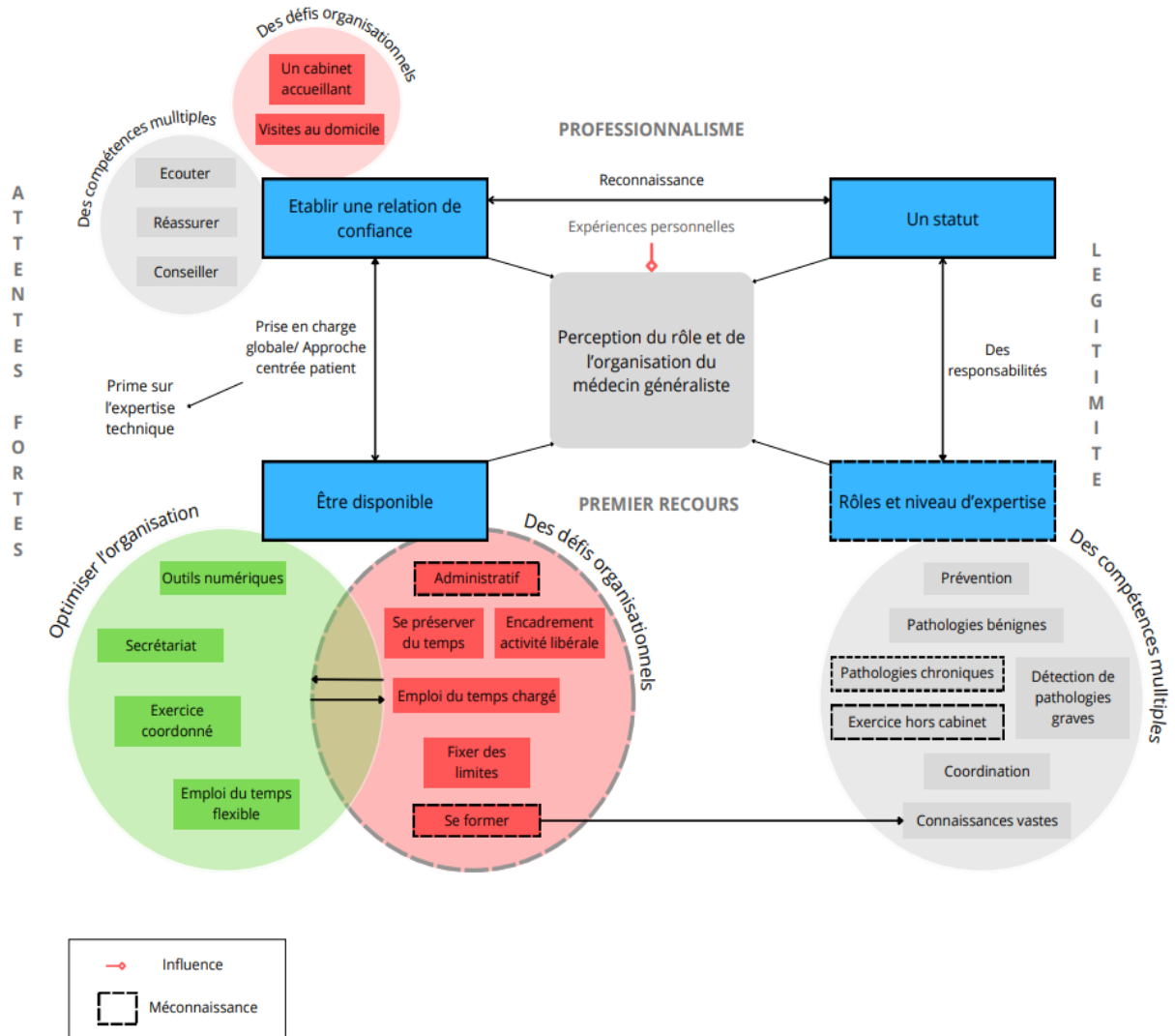
« Mais eux par exemple les jeunes d'aujourd'hui eux, ça les gêne pas de regarder Doctolib : allez hop on va en voir un parce qu'il est libre. Voilà. Ils sont pas attachés. Parce que ça c'est notre société de consommation qui fait ça je suppose. » (E8)

Certains patients ressentaient même une évolution du statut du patient, qui se percevait moins comme un malade et davantage comme un client.

« Oui, parce qu'ils voient les clients, c'est différent. C'est d'une maladie à l'autre, d'un client à l'autre. » (E9)

IV. DISCUSSION

1. Discussion des résultats principaux et comparaison à la littérature



Modèle explicatif sur la perception du rôle et de l'organisation du médecin généraliste

L'un des constats majeurs de cette étude est la reconnaissance, par les patients, de la **place centrale** du médecin généraliste dans le système de soins. Les six compétences définies par le Collège National des Généralistes Enseignants³, présentées en introduction, ont été spontanément évoquées lors des entretiens.

Conscients des responsabilités qui y sont associées, les patients expriment un profond **respect pour le statut du médecin**, perçu comme une figure incontournable dans la société, parfois même qualifié de « sauveur ». Cette reconnaissance n'est pas nouvelle puisque dès 1959, une enquête IFOP citée par Stoetzel²⁰ plaçait déjà les médecins parmi les professions les plus respectées. Aujourd'hui encore, les patients admirent l'étendue de leurs connaissances et déplorent le manque de valorisation de la profession. Ce regard peut ainsi renforcer la légitimité des futurs médecins dans leur exercice.

Pour autant, bien qu'ils témoignent d'une grande estime pour les généralistes, ils **ne connaissent pas l'étendue de leur expertise**. Leur rôle en dehors du cabinet reste flou. Le suivi des maladies chroniques semble davantage attribué aux autres spécialistes, un constat également rapporté par ceux qui en sont atteints. Ces résultats rejoignent les travaux de Mourton²¹, où les patients préféreraient consulter un diabétologue pour suivre leur diabète. Cette tendance apparaît moins marquée en milieu rural, possiblement en lien avec une offre de soins plus restreinte et un accès plus difficile aux spécialistes. Cependant, malgré la surreprésentation de patients vivant en milieu rural dans notre étude, cette différence n'a pas été observée.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent que les futurs médecins cherchent à valoriser leur rôle dans le suivi des pathologies chroniques. Toutefois, expliquer leurs compétences aux patients demande du temps, et il n'est pas certain que ces derniers y soient réceptifs. Jaffiol, Godeau et Grosbois²² soulignent, à ce titre, la nécessité d'une collaboration avec d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens ou les paramédicaux. Cela permettrait aux médecins de se libérer du temps, qu'ils pourraient consacrer pour renforcer la relation de confiance, jugée particulièrement importante par les patients.

En effet, bien que le côté relationnel n'ait pas été abordé directement dans le guide d'entretien, il est ressorti de manière spontanée. Dans ce contexte, la demande d'une médecine plus empathique se confirme, comme le soulignent d'ailleurs plusieurs études^{23,24,25}. Les patients perçoivent le médecin comme un interlocuteur de confiance, dont le rôle ne se limite pas aux compétences techniques, mais inclut l'écoute, la réassurance et l'accompagnement dans la compréhension des décisions médicales. Cette fonction de **conseiller**, mise en avant par la HAS²⁶, est considérée comme essentielle dans une **approche centrée sur le patient**.

D'ailleurs, si ces derniers privilégient **la relation de confiance** accordée au médecin, les médecins, eux, accordent plus d'importance aux compétences techniques^{25,27}. De même, ils considèrent la **disponibilité** du médecin comme essentielle pour l'établissement de cette relation de confiance, elle-même perçue comme un indicateur de la qualité de la prise en charge. Un travail mené par Dutac en 2021 corrobore nos résultats²⁸.

En revanche, les patients **méconnaissent l'organisation** des médecins généralistes. S'ils ont conscience d'un environnement de travail devenu plus contraignant (encadrement croissant de l'activité libérale, hausse des charges, emploi du temps chargé, lourde charge administrative), de la nécessité de se former et d'organiser son emploi du temps, ils en ignorent les modalités concrètes. Cette méconnaissance des réalités du métier peut en partie expliquer **les fortes attentes** des patients en matière de disponibilité.

Dans ce contexte, **l'optimisation de l'organisation** paraît indispensable. Le recours à un secrétariat ou à des outils numériques est perçu comme une solution efficace pour libérer du temps médical et personnel. L'intégration de tous ces outils dans la pratique semble donc particulièrement pertinente pour un jeune médecin souhaitant s'installer. De même, bien que cela n'ait pas été évoqué dans notre étude, une thèse soutenue en 2019²⁹ indique que les médecins travaillant avec des internes bénéficient d'une meilleure optimisation de la gestion du temps.

Les **formes d'exercices coordonnés** contribuent également à alléger les contraintes organisationnelles. En accord avec les résultats de notre étude, Koreneva-Castaigne³⁰ montre que les patients associent les cabinets de groupe à une prise en charge plus complète et à une meilleure accessibilité aux soins. Du côté des médecins, ces modes d'exercices sont associés à des conditions de travail plus favorables^{31,32,33}, la mutualisation des tâches leur permettant de se libérer davantage de temps personnel³⁴. Ils facilitent également les échanges entre professionnels, permettant une prise de recul sur les situations difficiles, réduisant le stress et améliorant le bien-être au travail³⁵. Or, un médecin moins stressé et plus épanoui est aussi un médecin plus disponible et attentif pour ses patients.

De même, du fait des évolutions sociétales, les patients reconnaissent que les conditions de travail des médecins se sont améliorées au fil du temps. Par exemple, la féminisation de la profession semble modifier l'organisation du travail, les médecins s'accordant aujourd'hui davantage de temps personnel qu'auparavant³⁶. Ce thème n'a pas été abordé par les patients, mais renvoie à l'idée qu'une **meilleure qualité de vie** pour les médecins contribuerait à une **meilleure qualité de soins** pour les patients. En revanche, si pour certains la question du genre exerce une influence sur la relation de confiance, une étude³⁷ souligne qu'il ne s'agit pas d'un critère déterminant dans le choix du médecin traitant.

En effet, les patients insistent sur l'importance, pour les médecins, de se préserver du temps considérant les loisirs et la vie familiale comme essentiels à leur bien-être. Ce point est même mentionné dans certains textes déontologiques européens³⁸, qui précisent que « le médecin doit s'efforcer de maintenir un équilibre entre ses activités professionnelles et sa vie privée ». Dans cette logique, les patients identifient **la flexibilité** de l'emploi du temps comme un avantage. Certains soulignent également la nécessité pour les médecins **d'établir des limites** dès le début de l'installation pour ne pas se laisser submerger de travail. Ce constat semble encore plus marqué en milieu rural où les demandes sont souvent plus nombreuses. Cependant, ces éléments contrastent avec les attentes des patients. Ils souhaitent que le médecin prenne du temps pour lui, tout en désirant qu'il reste disponible pour assurer une prise en charge de qualité.

De même, la fidélité envers le médecin semble évoluer. Une étude³⁹, en accord avec nos résultats, rapporte que les patients associent une plus grande confiance et fidélité à un médecin disponible. Cependant, ils ont aujourd'hui un rapport plus ponctuel aux soins et n'hésitent pas à changer de praticien, ce qui contraste avec une époque où un même médecin suivait un patient, voire toute une famille, tout au long de sa vie. Les patients déplorent d'ailleurs la disparition **du « médecin de famille »**, autrefois disponible à toute heure. Ces constats font écho à une thèse⁴⁰ dans laquelle les patients expriment leur nostalgie du médecin accessible à toute heure, tout en reconnaissant que l'évolution de la société rend ce modèle difficilement transposable aujourd'hui.

Concernant les visites à domicile, les patients reconnaissent qu'elles prennent du temps aux médecins mais en déplorent la diminution, les jugeant essentielles au maintien d'une relation de confiance. De leur côté, les médecins les perçoivent comme une contrainte organisationnelle⁴¹. Les outils d'optimisation de l'organisation mentionnés précédemment peuvent constituer une solution. Un jeune médecin aurait ainsi tout intérêt à les intégrer dans sa pratique, afin de valoriser, en accord avec la définition de la WONCA, la prise en charge globale du patient, prenant en compte son contexte familial, social et environnemental.

Enfin, concernant **l'organisation de l'espace professionnel**, les patients valorisent un cabinet propre, une salle d'attente confortable. Une thèse de 1991⁴² intitulée « l'image du médecin généraliste et du cabinet médical dans la population d'Indre et Loire » rapporte qu'à l'époque, la concurrence entre médecins compliquait l'installation des jeunes praticiens. Parmi les critères pour choisir leur médecin, les patients privilégiaient un cabinet avec une ambiance chaleureuse, qu'ils associaient à un médecin professionnel. Aujourd'hui ce constat semble inchangé puisqu'un cabinet accueillant est en lien avec un niveau de satisfaction élevé de la part des patients⁴³. Ces éléments pourront également être pris en considération par les jeunes médecins.

Pour conclure, les perceptions du rôle et de l'organisation du médecin généraliste sont principalement influencées par **l'expérience individuelle** des patients, plus précisément leur propre expérience de la maladie et des soins. De même, bien que les premières questions du guide d'entretien aient été séparées (perception de la figure du médecin généraliste et le leur), les patients ont eu tendance à ne pas faire de distinction entre les deux. Ils ont fréquemment illustré leurs réponses par leur propre expérience, même lorsqu'ils étaient invités à parler de manière plus générale.

Une fiche à destination des futurs médecins est disponible en annexe 7. Elle résume les différents points abordés afin de les aider à mieux appréhender leur métier et à adapter leur pratique pour faciliter leur installation.

2. Forces et limites de l'étude

Cette partie a été rédigée à l'aide de la grille COREQ⁴⁴, complétée en annexe 8.

L'une des forces de cette étude a été le recours à une méthode qualitative avec des entretiens semi-dirigés, offrant une profondeur d'analyse et une exploration des ressentis que les études basées sur des questionnaires ne permettent pas toujours d'atteindre. La réalisation des entretiens en présentiel a constitué un autre atout, car elle a permis de consigner la part non verbale des réponses. Par ailleurs, il n'y a eu aucun refus de participation. La saturation des données, atteinte au dixième entretien et confirmée au onzième, renforce la validité* interne des résultats. Une autre force est que le guide d'entretien a été préalablement testé afin d'identifier les éléments mal compris.

Concernant les limites, cette étude a été menée dans des cabinets de médecine générale, ce qui a pu influencer les réponses des patients étant donné qu'ils devaient parler de leur médecin dans un environnement lié à ce dernier. De même, l'enquêteur s'est présenté en tant qu'étudiante en médecine, ce qui, étant donné le thème de la recherche, a pu influencer les réponses. De plus, cette dernière ayant effectué un stage d'internat dans ces cabinets, il est possible que certains patients l'aient reconnue, bien qu'ils ne l'aient pas mentionné.

Une autre limite réside dans la présence de tiers lors de certains entretiens, qui ont parfois pris la parole et perturbé l'expression des participants. En particulier, l'impatience d'un enfant lors d'un entretien a entraîné de nombreuses interruptions et en a raccourci la durée.

Concernant l'échantillonnage, celui-ci était de convenance. Plusieurs entretiens ont été réalisés successivement afin de faciliter la collecte des données dans un délai raisonnable. Cela a entraîné une surreprésentation de patients vivant en milieu rural, affectant la validité externe de cette étude.

De plus, seulement quelques patients étaient atteints d'une pathologie chronique et la plupart des patients consultaient leur médecin de manière ponctuelle, ce qui a pu influencer les résultats concernant le suivi et la gestion de ces pathologies. Malgré tout, l'échantillon présentait une certaine diversité : différentes catégories socio-professionnelles, une large gamme d'âges, une diversité de patientèles, un ratio équilibré entre femmes et hommes, ainsi qu'une ancienneté variable de la relation médecin-patient.

Par ailleurs, les entretiens ont été menés par une seule personne sans expérience préalable en recherche qualitative. Il est possible que le discours du chercheur, ou encore le langage non verbal ait influencé les réponses des participants interrogés, introduisant un biais* de suggestion. Il est également possible que l'analyse des données comprenne une part de subjectivité de la part du chercheur, entraînant un biais d'interprétation. Cependant, ce biais a été atténué par la réflexivité de l'enquêteur qui a tenu un journal de bord pour noter ses interrogations, ses a priori ainsi que les échanges avec le directeur de thèse. Enfin, bien que la triangulation des données ait été réalisée sur deux entretiens, elle n'a pas permis une confrontation suffisante des données pour renforcer de façon notable la validité interne de cette étude.

3. Perspectives

Cette étude a permis de mettre en évidence la perception qu'ont les patients du rôle et de l'organisation des médecins généralistes. Il serait intéressant de la compléter par une exploration du point de vue des médecins généralistes souhaitant s'installer, en les interrogeant sur la manière dont ils pensent être perçus par les patients. À ma connaissance, aucune étude n'a encore été menée sur ce sujet. Cela permettrait une comparaison entre les deux points de vue. En effet, un tel croisement des regards enrichirait la compréhension des attentes, des malentendus éventuels, et des dynamiques relationnelles entre médecins et patients dans le système de soins.

V. CONCLUSION

Cette étude met en lumière la perception de la population d'Indre-et-Loire concernant le rôle et l'organisation du métier de médecin généraliste en 2024. Elle vise également à apporter des éléments de réflexion aux futurs praticiens afin de les aider à mieux appréhender leur métier et adapter leur pratique pour faciliter leur installation.

Bien que les patients reconnaissent les différents rôles du médecin, ils en gardent une vision globale et ne saisissent pas pleinement la diversité de son expertise. Ils ignorent également comment ces derniers font face aux contraintes organisationnelles de la profession. En parallèle, bien qu'ils soulignent l'importance pour les médecins de préserver leur temps personnel, ils attendent d'eux une certaine disponibilité, perçue comme essentielle pour établir une relation de confiance et garantir des soins de qualité. Ces attentes sont en lien avec les méconnaissances des réalités pratiques du métier. Dans ce contexte, les patients identifient plusieurs solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins, alléger la charge de travail et préserver la relation médecin patient. Parmi celles-ci figurent les exercices coordonnés, le recours aux secrétariats ainsi que l'utilisation d'outils numériques.

De plus, au regard des résultats de l'étude et de la reconnaissance de la profession, les futurs médecins pourront se sentir légitimes dans leur pratique. Quant à la méconnaissance de leur expertise, notamment dans la gestion des pathologies chroniques, il semble plus pertinent de valoriser la relation de confiance, essentielle aux yeux des patients, plutôt que de mettre en avant un rôle qu'ils perçoivent finalement peu. Dans ce sens, un cabinet bien aménagé et la connaissance globale du patient à travers les visites au domicile apparaissent comme des éléments essentiels.

En définitive, cette étude souligne que la médecine générale reste une profession reconnue, mais encore partiellement comprise par ceux qui y ont pourtant recours au quotidien. Il serait intéressant de compléter cette étude en interrogeant les futurs médecins sur la manière dont ils pensent être perçus par leurs patients. Une telle démarche permettrait de confronter les perceptions et de mieux cerner d'éventuelles divergences afin d'améliorer, à terme, la relation médecin-patient.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. 2025. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/filesb/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
2. WONCA Europe. Definition of General Practice / Family Medicine [Internet]. 20 oct 2023. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
3. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-155.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les médecins d'ici à 2040. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
5. IPSOS. Le regard des médecins sur leur métier a changé [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-regard-des-medecins-sur-leur-metier-change>
6. Yester M. Work-Life Balance, Burnout, and Physician Wellness. *Health Care Manag.* Sept 2019;38(3):239.
7. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01528826>
8. Dumesnil H, Lutaud R, Bellon-Curutchet J, Deffontaines A, Verger P. Dealing with the doctor shortage: a qualitative study exploring French general practitioners' lived experiences, difficulties, and adaptive behaviours. *Fam Pract.* 2 déc 2024; 41(6):1039-47.
9. Camus O. L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie : freins et réticences. Étude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2014, par focus groups. [Thèse de médecine]. Université d'Amiens ; 2015.
10. Bonnard A. Je suis médecin généraliste remplaçant et je le reste ! Pourquoi ? [Thèse de médecine]. Université d'Amiens ; 2019.
11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
12. Académie nationale de médecine. Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/reflexions-sur-le-role-les-missions-et-les-attentes-des-medecins-generalistes/>

13. Ben Abdelaziz A, Nouria S, Chebil D, Azzaza M, Barhoumi T, Ben Salem K. La Médecine de Famille (Médecine Générale): Quelles spécificités académiques et professionnelles? *Tunis Médicale*. 2021; 99(1):29-37.
14. Hedelius M, Boukhezra N, Lasserre E, Letrilliart L. La médecine générale vue par la presse écrite grand public : la crise, rien que la crise ! *Exercer*. 2014; 113:100-10.
15. IPSOS. Médecins, scientifiques, enseignants : les professions qui inspirent confiance aux Français [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/medecins-scientifiques-enseignants-les-professions-qui-inspirent-confiance-aux-francais>
16. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs>
17. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
18. Jouannin A, Lorenzo M. Recherche en santé et formalités réglementaires [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr>
19. INSEE. Guide de la PCS 2003. [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
20. Stoetzel J. Psychologie sociale appliquée. 1967. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1967_num_20_262_7448
21. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. [Thèse de médecine]. Université de Nancy ; 2013.
22. Jaffiol C, Godeau P, Grosbois B. Prise en charge des maladies chroniques : redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. *Bull Académie Nationale Médecine*. 1 juin 2016;200(6):1225-40.
23. Caillabet M. Thèse qualitative sur la recherche des critères permettant de définir un médecin généraliste de confiance du point de vue des patients. [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux ; 2023.
24. Wu Q, Jin Z, Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *J Gen Intern Med*. mai 2022;37(6):1388-93.
25. Steiner-Hofbauer V, Schrank B, Holzinger A. What is a good doctor? *Wien Med Wochenschr* 1946. nov 2018;168(15-16):398-405.

26. Haute Autorité de Santé [Internet]. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
27. Alpert JS, Frishman WH. The Most Important Qualities for the Good Doctor. *Am J Med*. 1 juill 2021;134(7):825-6.
28. Dutac C. Déterminants de la confiance en son médecin généraliste : étude observationnelle transversale chez des consultants en soins primaires en Basse-Normandie. [Thèse de médecine]. Université de Caen ; 2021.
29. Fournaise J. Influence des activités culturelles et des loisirs dans la vie quotidienne du médecin généraliste. [Thèse de médecine]. Université de Lille ; 2019.
30. Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Étude qualitative auprès de vingt patients du canton de Fayence. [Thèse de médecine]. Université de Nice ; 2015.
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019. Enquête sur les déterminants à l'installation. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
33. Zwiep T, Ahn SH, Brehaut J, Balaa F, McIsaac DI, Rich S et al. Group practice impacts on patients, physicians and healthcare systems: a scoping review. *BMJ Open*. 8 janv 2021;11(1):e041579.
34. Dory V, Pouchain D, Beaulieu MD, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2009;85:4-7.
35. Rastègue M. Les déterminants du bien-être au travail des médecins généralistes. [Thèse de médecine]. Université de Marseille ; 2022.
36. Dumontet M, Franc C. Gender differences in French GPs' activity: the contribution of quantile regressions. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care*. mai 2015;16(4):421-35
37. Lapalus C. Influence du genre dans le choix du médecin traitant : une étude qualitative menée auprès des patients de la région Provence-Alpes Côte d'Azur. [Thèse de médecine]. Université de la Côte d'Azur, Nice ; 2023.
38. Ordomedic. Code de déontologie médicale 2018, révisé le 30 juin 2024. Professionnalisme, article 10. Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/code-2018/professionalisme/10>.

39. Gérard L, François M, de Chefdebien M, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* nov 2016;66(652):e810-8.
40. Destrieux AL. Médecin généraliste: le mal-aimé de la médecine ? : qu'en pensent les patients ? [Thèse de médecine]. Université de Franche-Comté. UFR Sciences de la Santé; 2015.
41. Vialtel SE. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Thèse de médecine] Université de Lorraine ; 2012.
42. Fezard P. L'image du médecin généraliste et du cabinet médical dans la population d'Indre-et-Loire [Thèse de médecine]. Université de Tours. UFR de médecine; 1991.
43. Sebo P, Herrmann FR, Bovier P, Haller DM. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? *BMC Health Serv Res.* 14 août 2015;15(1):328.
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
45. Letrilliart L, Bougeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : Première partie d'"Acteur" à « Interdépendance ». *Exercer.* 2009;87(74-9).
46. Letrilliart L, Bougeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie de « Maladie » à « Verbatim ». *Exercer.* 2009;(88):106-12.
47. Lebeau JP, Auger I, Cadwallader JS, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. 2021.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Glossaire

D'après les références^{45,46,47}.

Analyse axiale : consiste à articuler entre elles les propriétés et les catégories issues des différents entretiens autour des axes les plus porteurs de sens.

Analyse qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Analyse sélective : étape finale qui doit faire émerger un modèle explicatif intégrant différents axes.

Biais : modification des résultats d'une enquête en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, d'interaction, etc. Les biais étant inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter leur impact potentiel.

Catégorie : concept représentant un phénomène dans le cadre de l'analyse qualitative.

Catégorisation : opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories.

Codage [syn : codification] : opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies) en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Codage ouvert : codage inductif, effectué lorsque la grille d'analyse n'est pas définie au départ. C'est à partir du verbatim que la grille est élaborée. Le codage ouvert repère, à l'aide de la trame d'entretien, les sous-ensembles dans le texte correspondant à des aspects spécifiques de thèmes généraux (code).

Comparaison constante : méthode d'analyse consistant à examiner de façon systématique et approfondie les variations dans la manifestation et la signification des concepts émergeant des données empiriques recueillies.

Entretien individuel [Syn. Entretien en face à face] : méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-dirigé [syn. Entretien semi-structuré] : entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Étiquette expérientielle : Terme attribué à un segment de données pour traduire l'expérience vécue par un participant. L'étiquette répond à la question : « Qu'exprime-t-il à ce sujet ? ».

Focus group : il s'agit d'une technique d'entretien de groupe, permettant de collecter des informations sur un sujet donné. Il se rencontre dans une étude qualitative. Il permet d'instaurer une dynamique et une interaction au sein du groupe et les échanges permettent une émergence des opinions, des réactions comme une réaction en chaîne.

Guide d'entretien [syn. canevas ou grille d'entretien] : série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Questions ouvertes : il s'agit d'une question où la personne interrogée répond comme elle le souhaite.

Retranscription [syn : transcription] : première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Saturation (des données) : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours de l'analyse.

Théorisation ancrée : méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

Triangulation : utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validité : capacité d'une mesure à décrire correctement le phénomène étudié.

Verbatim : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.

Annexe 2 : Première ébauche de questions

- À votre avis, comment s'organise votre médecin ?
- Pouvez-vous nommer quelques maladies ou affections courantes qui relèvent du champ de compétence d'un médecin généraliste ?
- Pouvez-vous me décrire son rôle ?
- Qu'imaginez-vous sur son mode de vie ?
- Quelle image avez-vous du médecin généraliste ?
- Pouvez-vous me décrire, selon vous, une journée type de médecin généraliste ?
- Selon vous qu'est-ce qui distingue le travail d'un médecin généraliste de celui d'autres spécialistes médicaux ?
- Quelles sont vos attentes concernant un médecin généraliste ?
- Comment, selon vous, le métier de médecin généraliste a-t-il évolué au fil du temps ?
- Pouvez-vous me dire quelles sont, selon vous, les différentes façons d'exercer ?
- Que pensez-vous de l'influence des médias sur votre perception du métier ?
- Dans quelle mesure pensez-vous que les médecins généralistes sont impliqués dans la prévention des maladies ?

Annexe 3 : Guide d'entretien

Trame de l'entretien

Pour les premières questions nous allons parler des médecins généralistes en général

- 1) Comment imaginez-vous le mode de vie des médecins généralistes en France ?
- 2) À votre avis comment s'organise un médecin généraliste ?

Pour les deux prochaines questions je veux votre point de vue sur votre médecin généraliste

- 3) Comment imaginez-vous son mode de vie ?
- 4) À votre avis comment s'organise votre médecin généraliste ?

Les prochaines questions sont des questions plus générales

- 5) Pouvez-vous me dire quelles sont, selon vous, les différentes façons d'exercer ?
- 6) À votre avis qu'est-ce qui distingue le travail d'un médecin généraliste de celui d'autres spécialistes médicaux ?
- 7) À votre avis quels sont les différents rôles du médecin généraliste dans le système de soins ?
- 8) Comment, selon vous, le métier de médecin généraliste a-t-il évolué au fil du temps ?
- 9) Tout à l'heure vous m'avez donné votre point de vue sur le métier de médecin généraliste, est-ce que quelque chose (ou quelqu'un) influence votre point de vue ?
- 10) Pensez-vous que la dernière consultation a influencé les réponses que vous venez de m'apporter ?
- 11) Finalement, pour résumer cet entretien, pouvez-vous me donner votre point de vue sur le médecin généraliste ? (Son rôle, mode vie, organisation)

Relances :

- 1) et 3) Qu'est-ce qui vous fait dire cela ? Salaire, qualité de vie, place dans la société ? Pensez-vous que ses habitudes de vie ont un impact sur votre relation médecin-patient ?
- 2) et 4) Comment imaginez-vous sa journée type ? Son équilibre de vie ? L'organisation du cabinet ? Ses équipements ?
- 5) Des exemples en tête ? Est-ce qu'il y a des médecins qui exercent différemment ? Si oui, en quoi ces modes d'exercices diffèrent-ils ?
- 6) Que diriez-vous si vous deviez comparer un médecin généraliste à un autre spécialiste ? En termes d'organisation, de connaissances, de rôles ?
- 7) Qu'est-ce qu'il peut faire en consultation ? Ou ne pas faire ? De quelles pathologies s'occupe-t-il ? Est-ce qu'il s'occupe d'autres choses que de pathologies ?
- 8) Par rapport à ce que vous avez connu plus jeune ? Avez-vous remarqué un changement dans le rôle ou l'organisation du médecin ?
- 9) Influence des médias ? Avis de la famille ?
- 10) Cela a-t-il changé votre regard sur ce que l'on vient de dire ?

Annexe 4 : Guide pratique pour la conduite des entretiens

- ☐ Présentation brève de l'étude
- ☐ Vérifier critères d'inclusion/non-inclusion
- ☐ Faire signer formulaire et lettre de consentement
- ☐ Demander l'accord pour enregistrer
- ☐ Mettre dictaphone en route et enregistreur vocal portable
- ☐ Commencer l'entretien
- ☐ Faire remplir les données socio-démographiques

Annexe 5 : Document d'information et de consentement

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Département universitaire de médecine générale de Tours.

NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de la recherche : Dr CHALONS Bruno

Investigateurs :

Madame, Monsieur, vous êtes invités à participer à une étude menée par QUEINNEC Mélanie. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec QUEINNEC Mélanie au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre le point de vue de la population sur l'organisation et le rôle du médecin généraliste.

2. Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude a pour but d'aider les futurs médecins généralistes à mieux comprendre le point de vue de la population sur plusieurs aspects de leur métier.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération ni indemnisation n'est prévue dans le cadre de cette étude.

6. Informations complémentaires

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

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle QUEINNEC Mélanie vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel. Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

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

Annexe 6 : Lettre de consentement

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer à un projet de recherche en santé.

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

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

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

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

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

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

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 7 : Fiche pratique à destination des futurs praticiens

- **Se sentir légitime dans son rôle**

La médecine générale est perçue comme essentielle par les patients. La reconnaissance qu'ils accordent aux médecins généralistes doit renforcer votre légitimité en tant que futur médecin.

- **Prioriser la prise en charge globale et l'approche centrée patient**

Accorder du temps aux patients, les écouter et comprendre leur environnement de vie (notamment grâce aux visites à domicile) sont des éléments clés. Une relation de confiance est au cœur de la qualité perçue des soins.

- **S'équiper pour préserver son temps médical et personnel**

Utilisez des logiciels adaptés (prise de rendez-vous en ligne, dossiers médicaux informatisés). Ces outils numériques simplifient la gestion quotidienne et libèrent du temps médical en réduisant les tâches administratives.

Déléguiez l'administratif à un secrétariat, et envisagez un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé. Une organisation optimisée vous permettra de concilier vie professionnelle et personnelle, tout en garantissant une prise en charge de qualité pour vos patients.

- **Soigner l'organisation du cabinet**

Assurez-vous que votre cabinet soit propre et accueillant. Un environnement bien organisé favorise la confiance et reflète votre professionnalisme.

- **Assurer une organisation du travail flexible**

Définissez des horaires qui vous permettent de réaliser des activités personnelles. Prévoyez des créneaux réservés pour les urgences, tout en posant des limites claires à vos disponibilités. Ce cadre, posé dès l'installation, préviendra l'épuisement et vous permettra d'offrir des soins de qualité tout en conservant un équilibre personnel.

Annexe 8 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

Numéro de l'élément	Item	Question/Description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
<u>Caractéristiques personnelles</u>			
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Mélanie QUEINNEC
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	DES de médecine générale, trois semestres d'internat validés au début des entretiens
3.	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative
<u>Relations avec les participants</u>			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Étudiante en médecine réalisant un travail de recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Aucune
Domaine 2 : Conception de l'étude			
<u>Cadre théorique</u>			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche inspirée de la théorisation ancrée
<u>Sélection des participants</u>			
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage de convenance
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	En face à face à la sortie de consultation de médecine générale
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Onze
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Zéro

<u>Contexte</u>			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Dans deux cabinets de médecine générale
15.	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui, pour 3 entretiens : un enfant, une conjointe et une mère de participant(e)s
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1 de la partie « résultats »
<u>Recueil des données</u>			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, via un guide d'entretien testé au préalable
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Un enregistrement audio, avec accord écrit, daté et signé par le participant
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?	Oui, après les entretiens individuels
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	Durées présentées dans le tableau 3 de la partie « résultats »
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, seuil de saturation atteint au dixième entretien
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : analyse et résultats			
<u>Analyse des données</u>			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule personne pour l'ensemble des entretiens
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	<i>Microsoft Word</i>
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

<u>Rédaction</u>			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims identifiés par une lettre et un numéro d'entretien
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Vu, le Directeur de Thèse



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RESUME

Contexte : Dans un contexte d'évolution des attentes sociétales et de défis croissants pour les praticiens, il apparaît essentiel de mieux comprendre la perception actuelle du métier de médecin généraliste. Cette étude avait pour but d'explorer le point de vue de la population sur le rôle et l'organisation du médecin généraliste en 2024 afin d'aider les futurs médecins à mieux appréhender leur métier et à adapter leur pratique pour réussir leur installation.

Méthode : Étude qualitative menée à partir de onze entretiens semi-dirigés auprès de la population adulte d'Indre-et-Loire. Le recueil des données s'est déroulé d'avril à octobre 2024.

Résultats : Les patients considèrent le médecin généraliste comme essentiel dans le système de soins et la société, bien que l'étendue de son champ d'expertise, notamment dans la gestion des pathologies chroniques, reste mal connue. Ils valorisent une prise en charge globale, où la disponibilité du médecin est perçue comme essentielle pour établir une relation de confiance, mais ignorent les contraintes organisationnelles de la profession. Toutefois, ils reconnaissent l'importance d'outils de travail adaptés (secrétariat, outils numériques) et de modes d'exercices coordonnés pour aider les médecins à mieux organiser leur pratique.

Conclusion : La médecine générale est une profession reconnue, mais encore partiellement comprise par ceux qui y ont pourtant recours au quotidien. Ces résultats apportent des repères concrets aux futurs médecins : valoriser la relation de confiance avec les patients par l'écoute ou la connaissance de leur environnement de vie, tout en optimisant l'organisation de leur cabinet pour préserver leur temps médical et personnel.

QUEINNEC Mélanie

62 pages - 3 tableaux - 1 illustration - 8 annexes

Résumé :

Contexte : Dans un contexte d'évolution des attentes sociétales et de défis croissants pour les praticiens, il apparaît essentiel de mieux comprendre la perception actuelle du métier de médecin généraliste. Cette étude avait pour but d'explorer le point de vue de la population sur le rôle et l'organisation du médecin généraliste en 2024 afin d'aider les futurs médecins à mieux appréhender leur métier et à adapter leur pratique pour réussir leur installation.

Méthode : Étude qualitative menée à partir de onze entretiens semi-dirigés auprès de la population adulte d'Indre-et-Loire. Le recueil des données s'est déroulé d'avril à octobre 2024.

Résultats : Les patients considèrent le médecin généraliste comme essentiel dans le système de soins et la société, bien que l'étendue de son champ d'expertise, notamment dans la gestion des pathologies chroniques, reste mal connue. Ils valorisent une prise en charge globale, où la disponibilité du médecin est perçue comme essentielle pour établir une relation de confiance, mais ignorent les contraintes organisationnelles de la profession. Toutefois, ils reconnaissent l'importance d'outils de travail adaptés (secrétariat, outils numériques) et de modes d'exercices coordonnés pour aider les médecins à mieux organiser leur pratique.

Conclusion : La médecine générale est une profession reconnue, mais encore partiellement comprise par ceux qui y ont pourtant recours au quotidien. Ces résultats apportent des repères concrets aux futurs médecins : valoriser la relation de confiance avec les patients par l'écoute ou la connaissance de leur environnement de vie, tout en optimisant l'organisation de leur cabinet pour préserver leur temps médical et personnel.

Mots clés : Médecin généraliste ; Perception ; Rôle ; Organisation ; Équilibre de vie ; Installation

Jury :

Président du Jury :	Professeur Fabrice IVANES
Membres du Jury :	Docteur Guillermo CARVAJAL ALEGRIA
	Docteur Clément SENNEGOND
<u>Directeur de thèse :</u>	<u>Docteur Bruno CHALONS</u>

Date de soutenance : 26 juin 2025