

## **Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 15 mars 2019

Par Delia Nicoleta MORARASU

Née le 18 février 1988 à Piatra Neamț, Roumanie

### **Le ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger**

Thèse dirigée par le Dr. Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME et le Dr. Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER  
M. le Professeur Daniel BUCHON  
Mme le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS  
M. le Professeur Boris MELLONI  
Mme le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule  
Mme le Docteur Karen RUDELLE

Présidente  
Juge  
Juge  
Juge  
Directrice de thèse  
Codirectrice de thèse





## **Faculté de Médecine**

Année 2019

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 15 mars 2019

Par Delia Nicoleta MORARASU

Née le 18 février 1988 à Piatra Neamț, Roumanie

### **Le ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger**

Thèse dirigée par le Dr. Marie- Paule PAUTOUT-GUILLAUME et le Dr. Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Daniel BUCHON

Mme le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS

M. le Professeur Boris MELLONI

Mme le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

Mme le Docteur Karen RUDELLE

Présidente

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse

Codirectrice de thèse

## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 1<sup>er</sup> septembre 2017

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE

<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE

<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE (Retraite au 31-07-2018)
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE

<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MURAT</b> Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>BUCHON</b> Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

**PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>MENARD</b> Dominique	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2016 au 12 janvier 2018)
<b>PREVOST</b> Martine	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 au 31 août 2018)

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2016 au 31 août 2019)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 au 31 août 2020)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 au 31 août 2018)

## **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
<b>BONNAUD</b> François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>DE LUMLEY WOODYEAR</b> Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>DENIS</b> François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>GAINANT</b> Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
<b>MOULIES</b> Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> janvier 2018

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BASTIEN</b> Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>BAUDRIER</b> Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>CHARISSOUX</b> Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>CHARPENTIER</b> Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>GAUTHIER</b> François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>KONG</b> Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LARRADET</b> Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2018)
<b>LEGRAS</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 <sup>er</sup> novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
<b>MARQUET</b> Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>AZAÏS</b> Julie	MEDECINE INTERNE A
<b>BAUDONNET</b> Romain	OPHTALMOLOGIE
<b>BIDAUT-GARNIER</b> Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)

<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BOSETTI</b> Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>BOUKEFFA</b> Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BOUSQUET</b> Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)
<b>CHAMPIGNY</b> Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COLOMBIÉ</b> Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>CROSSE</b> Julien	PEDIATRIE
<b>DANTHU</b> Clément	NEPHROLOGIE
<b>DARNIS</b> Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
<b>DIDOT</b> Valérian	CARDIOLOGIE
<b>DUSSAULT-JARLAN</b> Lucile	CARDIOLOGIE
<b>EVRARD</b> Bruno	REANIMATION
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GORDIENCO</b> Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

<b>GOUDELIN</b> Marine	REANIMATION
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>JASMIN</b> Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (à compter du 1er janvier 2018)
<b>KRETZSCHMAR</b> Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
<b>LACHATRE</b> Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>LACOSTE</b> Marie	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAHMADI</b> Sanae	NEUROLOGIE
<b>LATHIERE</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE
<b>LEHMAN</b> Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
<b>LEPETIT</b> Hugo	GASTROENTEROLOGIE
<b>MARGUERITTE</b> François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MARTINS</b> Elie	CARDIOLOGIE
<b>PRUD'HOMME</b> Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
<b>RAMIN</b> Lionel	ORL
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
<b>ROUSSELLET</b> Olivier	NEUROLOGIE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SANGLIER</b> Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	ANATOMIE
<b>USSEGLIO-GROSSO</b> Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE

**VAYSSE VIC Mathieu**

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET  
TRAUMATOLOGIQUE

**VITAL Pauline**

MEDECINE INTERNE B

**VITALE Gaetano**

CHIRURGIE THORACIQUE et  
CARDIOVASCULAIRE  
MEDECINE VASCULAIRE

**CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**DOIN Corinne**

**RUDELLE Karen**

**SEVE Léa**

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY Quentin**

CHIRURGIE INFANTILE  
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS Jérôme**

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
(du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 octobre 2018)

**LERAT Justine**

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

**MATHIEU Pierre-Alain**

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE  
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

*« Nous devons apprendre à vivre ensemble comme des frères, sinon nous allons mourir tous ensemble comme des idiots. »*  
**Martin Luther King**

## Remerciements

---

**Aux membres du jury,**

**A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER**, vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication et votre dévouement durant le DES de Médecine Générale. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON**, vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Merci pour votre enseignement au cours du DES de Médecine Générale. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

**A Madame le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS**, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Je vous remercie également de m'avoir accueillie dans votre service de Polyclinique où j'ai beaucoup appris. Vos qualités humaines et médicales sont incontestables.

**A Monsieur le Professeur Boris MELLONI**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Soyez assuré de ma gratitude.

**A Madame le Docteur PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule**, je vous remercie pour votre soutien inconditionnel d'abord en tant que tutrice au cours de mon internat de médecine générale et ensuite en tant que directrice de cette thèse. Vous avez toujours été disponible pour moi et répondu à toutes mes questions avec gentillesse. Merci pour tout.

**A Madame le Docteur Karen RUDELLE**, merci pour ton soutien, ton accompagnement et tes encouragements au cours de ce travail. Nous avons parcouru du chemin entre l'idée de cette thèse et la finalité. Sans toi, je serais encore en train d'essayer de comprendre la méthode qualitative.

Je tiens à remercier à **tous les patients** qui ont accepté de participer à mon travail de thèse et à **tous les médecins** qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet.

Un grand merci à toutes **les équipes médicales et paramédicales** qui m'ont accueillie en stage et m'ont formée au cours de mon internat de médecine générale à Limoges.

### **A ma famille,**

Mama și tata, imi dau seama că nu e ușor să fii părinte și știu că viața nu v-a răsplătit așa cum ați merita ! Pentru ceea ce sunt astăzi, vouă înainte de toate trebuie să vă mulțumesc ! Chiar și acum în ciuda distanței, sunteți alături de mine în momentele cele mai importante ale vieții mele. Vă iubesc și sper să vă bucurați de noi și de nepoțelul vostru cât mai mult !

Diana, am parcurs împreună o mare parte din viață. Lungile noastre discuții « filosofice » imi fac viața mai frumoasă ! Să sperăm că medicina nu va mai avea secrete pentru noi !

Dan, mă bucur că faci parte din familia noastră !

### **A ma belle-famille,**

A Nadine et Jean Claude, à cette occasion je tiens à vous remercier pour toute votre aide, votre gentillesse et votre disponibilité ! Arrivée d'un autre pays, vous avez su « m'adopter » et m'accompagner pendant toutes ces années et j'en suis très reconnaissante ! Merci Nadine pour les petits plats faits pendant la réalisation de cette thèse !

A Emilie, tu as toujours été proche de nous...merci pour tes bons conseils, ton écoute et ta gentillesse !

A François et Julien, je vous remercie pour l'immersion totale dans la culture et littérature française, tellement riche en expressions... Vous me mettez toujours de bonne humeur !

A Amélie et Sophie : Des belle- sœurs hors pair !

### **A mes amis,**

A mes amies de Roumanie, je garde toujours la nostalgie des années de faculté...le stage Erasmus...

A mes amis de Limoges, ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous...

A Nadine, Anne-Laure, j'espère que nous n'allons pas se perdre de vue...

A Céline, merci pour ton amitié née à Ussel, je me rappellerai toute ma vie de 6 mois de collocation...heureusement que tu étais là ! J'espère que notre amitié durera longtemps.

A Margaux et Fred, Elodie et Edouard, Emilie...

A Olivia et Thibaud...

A Mathilde et Julien mais aussi Mathilde et Benjamin, bientôt nos petits garçons pourront jouer ensemble...

Aux amies rencontrées à Brive : Marine, Blandine, Mathilde, Justine, Rebecca, Julie... Il me tarde de fêter ça ensemble !

### **Et le meilleur pour la fin...**

**A Alexandre**, un long chemin parcouru ensemble parfois difficile, des nouvelles aventures qui commencent... Ton énergie et ta joie de vivre illuminent ma vie...Je t'admire pour tes innombrables qualités !

Merci pour ton soutien tout au long de ces années, sans toi je n'en serais pas arrivée là...Je sais que je pourrai toujours compter sur toi !

A nous de profiter de notre petite famille !

**A Mathias**, merci pour tes jolis sourires...Tu es le plus beau cadeau de ma vie, je m'émerveille de tes progrès chaque jour !

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

APL : Indicateur d'accessibilité potentielle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DOM : Départements d'outre-mer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MT : Médecin traitant

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PAE : Procédure Autorisation d'Exercice

PADHUE : Praticiens à diplôme hors Union Européenne

UE : Union Européenne

## Table des matières

---

I. Introduction .....	24
I. Démographie médicale en France .....	25
I.I.1. Historique .....	25
I.I.2. Démographie actuelle.....	25
I.I.2.1. Etat des lieux .....	25
I.I.2.2. Changement du mode d'exercice.....	27
I.I.2.3. Problématique.....	28
I.I.3. Nouvelle approche.....	29
II. La place des médecins généralistes à diplôme étranger dans le système de soins français.....	31
I.II.1. Conditions pour exercer la médecine générale en France avec un diplôme étranger.....	31
I.II.2. Données démographiques.....	32
I.II.3. Facteurs influençant l'immigration .....	34
II. Matériel et méthode.....	38
I. Objectif .....	38
II. Considérations éthiques et réglementaires .....	38
III. Méthode qualitative.....	38
IV. Recrutement et population étudiée .....	39
V. Recueil de données.....	40
II.V.1. Le guide d'entretien individuel semi-dirigé.....	40
II.V.2. Recueil de données socio démographiques.....	40
II.V.3. Déroulement .....	41
VI. Analyse du contenu.....	41
III. Résultats .....	43
I. Résultats des fiches de recueil de données socio- démographiques.....	43
III.I.1. Age.....	43
III.I.2. Sexe.....	43
III.I.3. Lieu de recrutement.....	44
III.I.4. Catégorie socioprofessionnelle.....	44
III.I.5. Situation familiale .....	44
III.I.6. Durée du suivi par le médecin traitant.....	45
III.I.7. Autres intervenants dans le parcours de soins .....	45
II. Résultats du codage axial .....	46
III.II.1. Choix du cabinet du médecin généraliste à diplôme étranger .....	46
III.II.2. Fonctionnement du cabinet actuel .....	47
III.II.3. Représentations des patients vis-à-vis des médecins étrangers.....	48

III.II.4. Médecin étranger.....	49
III.II.4.1. Diplômes de médecin.....	49
III.II.4.2. Communication et compétence linguistique .....	49
III.II.4.3. Culture .....	50
III.II.4.4. Particularités du suivi par un médecin à diplôme étranger.....	50
III.II.5. Relation médecin traitant étranger-patient .....	50
III.II.6. Ressenti concernant le professionnalisme du médecin traitant étranger.....	51
III.II.7. Attentes des patients à l'égard des médecins généralistes.....	52
III.II.8. Caractéristiques de l'ancien médecin traitant.....	53
III.II.9. Démographie médicale.....	54
III.II.10. Facteurs facilitant l'intégration des médecins généralistes étrangers.....	55
IV. Discussions.....	57
I. Analyse matricielle .....	57
IV.I.1. Sexe féminin/ masculin .....	57
IV.I.2. Age .....	58
IV.I.3. Catégorie socioprofessionnelle .....	59
IV.I.4. Situation familiale .....	60
IV.I.5. Durée du suivi par le médecin traitant .....	60
IV.I.6. Autres intervenants dans le parcours de soins .....	61
IV.I.7. Conclusion .....	61
II. Discussions des résultats du codage axial .....	62
IV.II.1. Arrivée d'un médecin généraliste à diplôme étranger dans une commune française .....	62
IV.II.1.1. Ressenti général.....	62
IV.II.1.2. Choix du cabinet du médecin généraliste à diplôme étranger .....	63
IV.II.1.3. Intégration du médecin généraliste à diplôme étranger dans le système de santé français .....	64
IV.II.2. Construire une relation avec un médecin généraliste à diplôme étranger.....	65
IV.II.2.1. Communication verbale et compétence linguistique .....	65
IV.II.2.2. Influence de la culture.....	67
IV.II.2.3. Autres déterminants de la relation médecin-patient .....	68
IV.II.2.4. Qualité de la relation médecin-patient.....	69
III. Discussion de la méthode qualitative .....	70
IV.III.1. Biais de recrutement .....	70
IV.III.2. Biais d'investigation.....	71
IV.III.3. Biais d'interprétation.....	71
V. Conclusion .....	72
Références bibliographiques .....	73
Annexes .....	78



## Table des illustrations

---

Figure 1: Densité des médecins généralistes, 2017 [7].....	26
Figure 2: Pyramide des âges (médecins généralistes) [6] .....	27
Figure 3: Nombre moyen d'actes généralistes par bénéficiaire – tranche 75 ans et plus [12] .....	28
Figure 4: Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins [16] .....	29
Figure 5: Zonage des médecins généralistes [17] .....	30
Figure 6: Nombre de médecins à diplôme étranger en activité régulière en France [1].....	32
Figure 7: Mode d'exercice des médecins généralistes (diplômes UE et hors UE en 2017) [2] .....	33
Figure 8: Attractivité régionale des médecins généralistes (diplômes UE et hors UE en 2017) [2].....	33
Figure 9: Origine des diplômes (activité totale) 2007- 2017 [1] .....	34
Figure 10: Raisons ayant motivé le départ du pays d'origine pour les sujets exerçant en France selon le lieu d'obtention du diplôme [27].....	36
Figure 11: Répartition des patients en fonction de l'âge .....	43
Figure 12: Répartition des patients en fonction du sexe .....	43
Figure 13: Catégories socioprofessionnelles .....	44
Figure 14: Durée du suivi par le médecin traitant.....	45

# I. Introduction

---

Le sujet de cette thèse n'a pas été choisi par hasard. Sujet d'actualité, au cours de mon internat de Médecine Générale à Limoges dans mes différents stages, j'ai eu l'occasion de discuter avec de nombreux patients au sujet de l'immigration des médecins étrangers en France. Certains racontaient leur expérience personnelle ou celle de leurs proches, d'autres évoquaient la problématique des déserts médicaux. Etant moi-même d'origine roumaine, il m'a paru difficile d'expliquer les motivations des médecins étrangers et de comprendre tous les déterminants sociaux et politiques de ce phénomène. Ces propos ont suscité en moi des réflexions et des questions qui ont nourri le projet de cette thèse.

L'étude publiée en 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins sur les flux migratoires montre une augmentation des médecins à diplôme étranger en activité régulière. Il y a 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière en France soit 11% de la population médicale [1],[2].

Or, la médecine générale est « *le premier contact avec le système de soins* », la prise en charge est « *centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires* » [3].

Compte tenu de la démographie actuelle, les patients sont amenés parfois à désigner comme médecin traitant un médecin généraliste étranger. Construire un lien durable de confiance et de respect mutuel sera essentiel pour la prise en charge. Face à un médecin issu d'un pays avec une culture et une langue différente, quel est leur vécu et leur ressenti ? Et encore, quelles sont les particularités de la relation qui se crée entre ces deux protagonistes ?

Dans une première partie, nous étudierons les items à la base de notre réflexion. Tout d'abord, nous présenterons un état des lieux sur la démographie médicale en France pour connaître le contexte historique et socio-culturel. Ensuite, dans un deuxième chapitre nous essaierons de comprendre les flux migratoires des médecins étrangers. Dans la deuxième partie, nous analyserons le ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger afin d'explorer la relation médecin-patient à partir de notre étude qualitative.

## I. Démographie médicale en France

### I.1.1. Historique

En 1971, il y avait en France 62 000 médecins dont 38 000 médecins généralistes. Dans les premières années de médecine le nombre d'étudiants avait augmenté (environ 25 000 étudiants par promotion). L'augmentation conséquente du nombre de diplômés commençait à préoccuper les professionnels [4].

La même année, un projet de loi a été présenté par le ministre de l'Education Nationale, Olivier Guichard. L'article 13 prévoyait de limiter le nombre d'étudiants en raison d'un nombre insuffisant de places de stages dans les hôpitaux universitaires. Ce projet n'avait pas tenu compte que la majorité des médecins exercerait en ville. A la fin de l'année 1976, la crainte de la pléthore arrivait au premier plan. Le mot « chômeur » faisait peur et la solution envisagée était de « *fermer le robinet* » [4].

Les principales décisions politiques ont visé la diminution du numerus clausus qui est passé de 8500 à 3500 et le système de retraite anticipée [4],[5]. Entre la fin de l'année 1987 et 2003, 10 500 médecins ont bénéficié du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité [4].

En 1992, l'idée d'une pénurie de médecins a commencé à voir le jour. En 1993, le numerus clausus a été augmenté à 3650 et en 2001, il a été augmenté de 6.5%. Une époque a pris fin. La diminution du numerus clausus a des conséquences considérables. Ces décisions n'ont pas pris en compte le vieillissement de la population, la féminisation de la profession ou la diminution du temps de travail [4].

### I.1.2. Démographie actuelle

#### I.1.2.1. Etat des lieux

Au 1er janvier 2017, le tableau de l'Ordre des Médecins comptait 290 974 médecins en France. Ainsi, 215 941 médecins étaient actifs et 75 033 retraités (16 853 en cumul emploi-retraite). Cette augmentation du nombre de médecins inscrits à l'Ordre est due surtout à une augmentation des effectifs de médecins retraités les dix dernières années (93,6% de leurs effectifs par rapport au nombre d'actifs qui a augmenté de 0,9%). En ce qui concerne les médecins en activité régulière, leur proportion a diminué par rapport à 2007 (68% des inscrits au tableau de l'ordre en 2017 versus 78 % en 2007) [6].

La variation des effectifs montre une répartition inégale au niveau du territoire : une augmentation de la population médicale sur la façade Atlantique, une grande partie de la région Auvergne Rhône-Alpes et quelques départements hospitalo-universitaires respectivement contre une diminution des médecins à l'intérieur du territoire en diagonale de Nord-Est au Sud-Ouest ainsi que la région PACA [6]. La figure 1 présente la densité des médecins généralistes en France.

L'Atlas de la Démographie médicale montre aussi un vieillissement des médecins. En effet, les médecins qui sont âgés de 60 ans et plus représentaient 47% de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2017 (27 % en 2007) [6].

Concernant les médecins généralistes, le CNOM constatait en 2017 une nouvelle diminution du nombre de praticiens avec 88 137 généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice). Cette baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière était valable pour toutes les régions à l'exception de la région Pays de la Loire et les DOM [6].

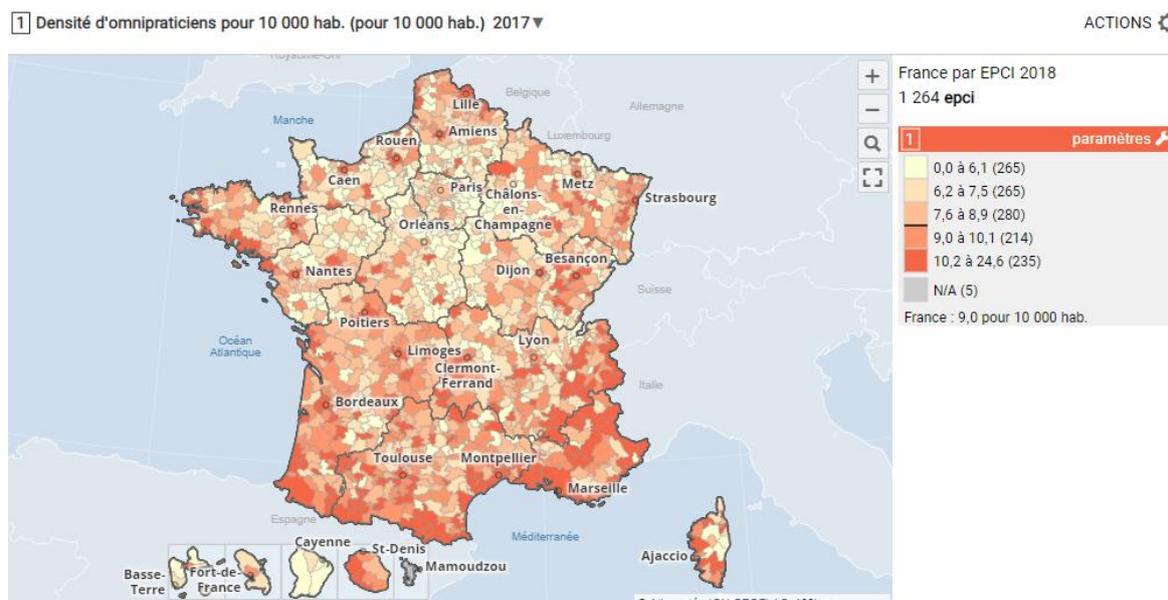


Figure 1: Densité des médecins généralistes, 2017 [7]

### I.1.2.2. Changement du mode d'exercice

D'autres éléments devraient être pris en compte comme par exemple le temps de travail des médecins. D'une part la réduction du temps de travail est un phénomène de société qui concerne aussi les médecins, d'autre part la féminisation du métier pourrait impliquer une réorganisation de la vie professionnelle avec un temps de travail partiel qui semble de plus en plus privilégié [5].

Dans des pays comme l'Amérique du Nord, il semblerait que le paramètre de « *controllable lifestyle* » rentre en compte pour le choix d'une spécialité médicale par les étudiants [8],[9]. En France, même si ces changements ne sont pas encore documentés, les aspirations des étudiants sont différentes du passé. En conséquence, la régulation de la démographie médicale est modifiée [9].

L'Atlas de la Démographie médicale confirme la féminisation de la profession. Ainsi, dans la tranche des médecins âgés de moins de 40 ans, les femmes représentaient 62% de l'ensemble des inscrits au tableau de l'Ordre en 2017. La féminisation du métier serait valable dans toutes les spécialités. La figure 2 montre la pyramide des âges de médecins généralistes [6].



Figure 2: Pyramide des âges (médecins généralistes) [6]

A titre d'illustration, dans une enquête menée entre janvier et mars 2011, les médecins généralistes déclaraient avoir travaillé en moyenne 57 heures la semaine précédant l'enquête. La durée hebdomadaire moyenne de travail variait en fonction du lieu d'exercice (60 heures en moyenne en zone rurale versus 56 heures en zone urbaine). Cette durée était moins élevée pour les médecins femmes (53 contre 59 heures pour les hommes) et pour les praticiens de 45 ans ou moins (55 contre 58 heures pour les 45 ans ou plus) [10].

De plus, le mode d'exercice impacte aussi l'offre de soins [5]. En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, parmi les médecins généralistes 56% avaient un exercice libéral, 6.6% un exercice mixte et 37% un exercice salarié [6].

### I.I.2.3. Problématique

Compte tenu du temps nécessaire à la formation d'un médecin, les conséquences des décisions actuelles et des choix individuels des médecins ne seront visibles que dans plusieurs années. Ainsi, les décisions politiques d'aujourd'hui ne « *porteront leurs fruits qu'à l'horizon de dix à quinze ans, du moins pour ce qui concerne le nombre total de médecins* » [11].

Néanmoins, la densité médicale c'est-à-dire « *le nombre de médecins par habitant* » ne reflète pas l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. Pour évaluer les besoins de soins il faudrait tenir compte du vieillissement de la population, de l'évolution des techniques médicales mais aussi des objectifs de santé comme le dépistage [11].

Le vieillissement de la population française entraîne une augmentation des besoins en soins [11]. Effectivement, la consommation moyenne d'actes est dépendante de la tranche d'âge d'habitants [6]. Dans la figure 3, nous pouvons visualiser les régions où le nombre moyen d'actes de médecine générale (patients âgés de plus de 75 ans) est très important.

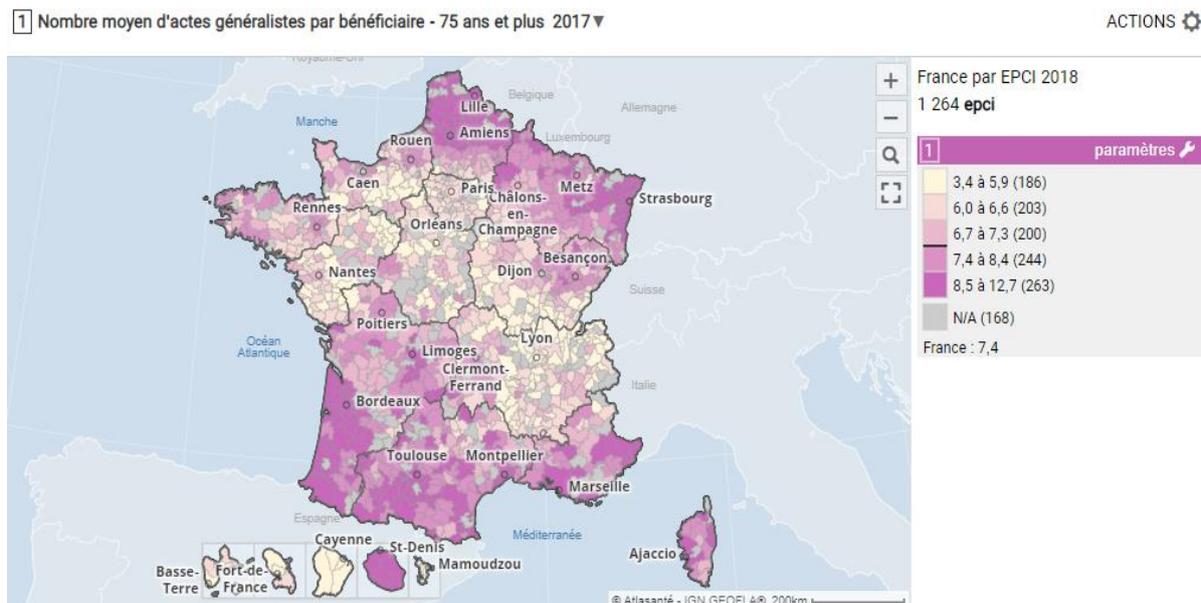


Figure 3: Nombre moyen d'actes généralistes par bénéficiaire – tranche 75 ans et plus [12]

Les demandes augmentent. Les prises en charge sont de plus en plus médicalisées pour répondre à une exigence de qualité et de sécurité (« *risque zéro* »). En même temps, la population ressent un besoin de soins qui ne tient pas forcément du domaine médical mais qui représente une grande partie de l'activité de soins primaires [5].

Exercer dans un « *désert médical* » exposerait le médecin à un risque de « *burn-out* » tandis que pour les patients il pourrait générer un retard d'accès aux soins ou un recours aux urgences [13].

Selon une méta analyse très récente incluant 37 études (15 183 médecins français), presque la moitié des médecins souffre d'un « *syndrome burn-out* ». Dans cette étude, il ressort que 57% des urgentistes, 52% des internes et 48% des médecins généralistes présenteraient des symptômes [14].

### I.1.3. Nouvelle approche

Afin de mieux identifier les zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins ou par une offre de soins insuffisante, une nouvelle méthodologie a été adoptée (arrêté du 13 novembre 2017). Cette nouvelle méthodologie utilise « *l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin* » qui est calculé en fonction de 3 paramètres : l'activité de chaque praticien (nombre de ses consultations/ visites), le temps d'accès au praticien, la consommation de soins par classe d'âge. Le calcul de cet indicateur tient compte aussi des éventuels départs à la retraite des médecins et il s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant (C/an/hab.) [15], [16].

Ainsi, en fonction de l'APL, plusieurs zones sont identifiées (figure 4). Les zones d'intervention prioritaires (zones A et B) sont éligibles à toutes les mesures et aides à l'installation des médecins [16].

	APL de la zone <2,5C/an/hab.	2,5<APL de la zone<4 C/an/hab.	
	Sélection nationale	Vivier	
Qualificatif	Zone d'intervention prioritaire (A) (sélection nationale)	Zone d'intervention prioritaire (B) (sélection additionnelle par l'agence régionale de santé)	Zones d'action complémentaire (tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'agence régionale de santé)

Figure 4: Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins [16]

En utilisant cette méthode, la figure 5 présente le zonage des médecins généralistes.

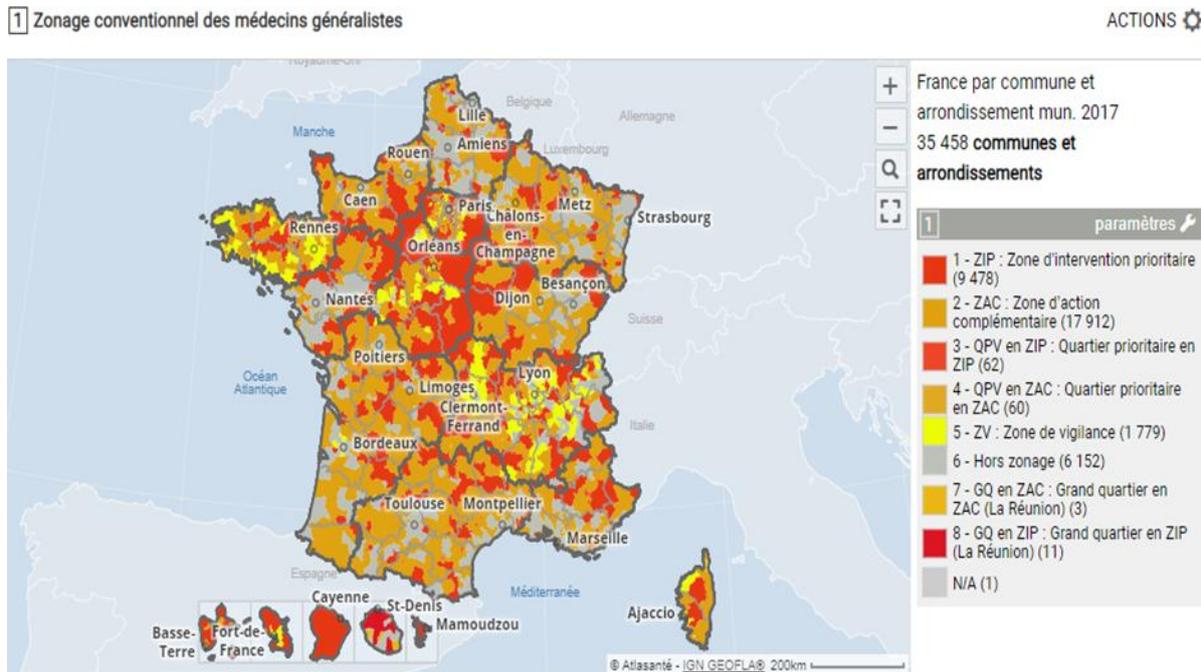


Figure 5: Zonage des médecins généralistes [17]

Nous avons vu dans ce chapitre les principaux aspects de la démographie médicale en France. Les besoins en personnels de santé n'avaient pas été anticipés et pour faire face à la pénurie de médecins, plusieurs pays de l'OCDE ont envisagé le recrutement de professionnels de santé à l'étranger comme une « *solution rapide* » [18].

## **II. La place des médecins généralistes à diplôme étranger dans le système de soins français**

### **I.II.1. Conditions pour exercer la médecine générale en France avec un diplôme étranger**

Selon l'article L4111-1 du Code de la Santé Publique, pour exercer la profession de médecin, il faut remplir trois conditions. Il faut avoir la nationalité française ou la citoyenneté andorrane ou être ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie sous certaines conditions. De plus, il faut être titulaire d'un diplôme mentionné dans l'article L4131- 1 et être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins [19], [20].

En effet, l'article L4131-1 mentionne les diplômes exigés pour exercer le métier de médecin : un diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou les diplômes délivrés par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen [21].

Par dérogation, les médecins qui ne remplissent pas la première ou la deuxième condition voire les deux premières conditions pourraient exercer la profession de médecin par arrêté individuel du Ministre de la Santé [20].

Dans ces conditions, les médecins qui ont obtenu leur diplôme dans d'autres pays ont deux possibilités pour exercer la spécialité de médecine générale en France. Une alternative consiste à réussir le concours de première année dans une faculté française de médecine. En fonction de leurs études antérieures, ils pourront se présenter à l'examen classant national et choisir la spécialité de médecine générale suivant leur classement [22].

Une deuxième possibilité consiste à passer les épreuves de la PAE (Procédure Autorisation d'Exercice) organisées par le Centre National de Gestion. En plus, les candidats doivent avoir accompli 3 années de fonctions hospitalières en France. Ensuite, le dossier est soumis à une commission qui donnera son avis pour l'inscription à l'Ordre des médecins. Un stage de 6 mois dans un cabinet de médecine générale est demandé pour la médecine générale [22].

## I.II.2. Données démographiques

Selon l'étude publiée par le CNOM en 2017, le nombre de médecins diplômés hors de France en activité régulière inscrits au tableau de l'ordre était de 22 619 (UE : 10 053 soit 44%, hors UE : 12 566 soit 56%) [1], [2]. La figure 6 illustre l'augmentation de ces effectifs.

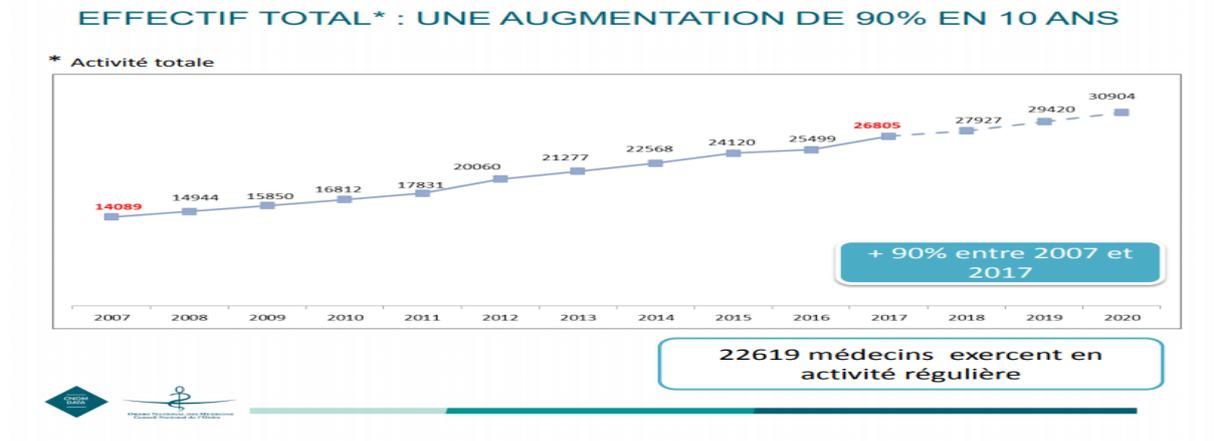


Figure 6: Nombre de médecins à diplôme étranger en activité régulière en France [1]

En France, 5006 médecins à diplôme étranger exerçaient la médecine générale. Ainsi, 2311 soit 46% étaient diplômés dans un pays de l'Union européenne et 2695 soit 54% dans un pays extra européen. En ce qui concerne le pays d'obtention du diplôme de médecin généraliste, les principales données ont été publiées en 2017 par le CNOM :

- Médecins diplômés UE : Roumanie 979, Belgique 503, Italie 154, Allemagne 151
- Médecins diplômés hors UE : Algérie 1261, Syrie 138, Maroc 237, Tunisie 104 [2].

La tendance à la féminisation de la profession observée en France est valable aussi dans d'autres pays européens. Parmi les médecins originaires de Roumanie ou de Pologne la part des femmes était très importante (68% respectivement 66%). Pour d'autres pays comme l'Espagne ou la Belgique cette tendance était moins marquée (46% respectivement 42%). En revanche, les femmes étaient minoritaires parmi les médecins originaires d'un pays hors UE [2].

En 2017, la moyenne d'âge des médecins exerçant la médecine générale et diplômés hors de France était de 52 ans (50 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes) [2].

Dans la figure 7, on observe une part plus importante des médecins exerçant en secteur salarié. Néanmoins, la proportion des médecins généralistes à diplôme étranger exerçant en secteur libéral augmentait par rapport à 2007 [2].

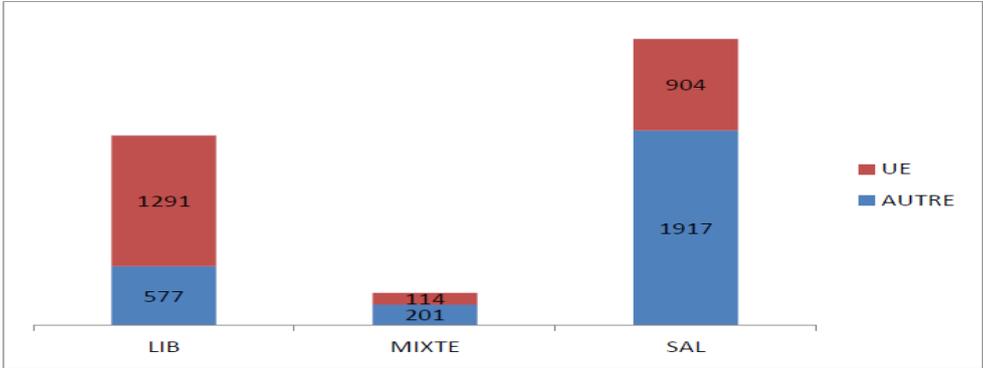


Figure 7: Mode d'exercice des médecins généralistes (diplômes UE et hors UE en 2017) [2]

Enfin, 50 % des médecins généralistes diplômés dans l'Union Européenne et hors UE exerçaient dans les 4 régions suivantes : Ile de France - 23%, Auvergne Rhône Alpes - 10%, Occitanie - 9%, Hauts de France - 8% ( figure 8) [2].

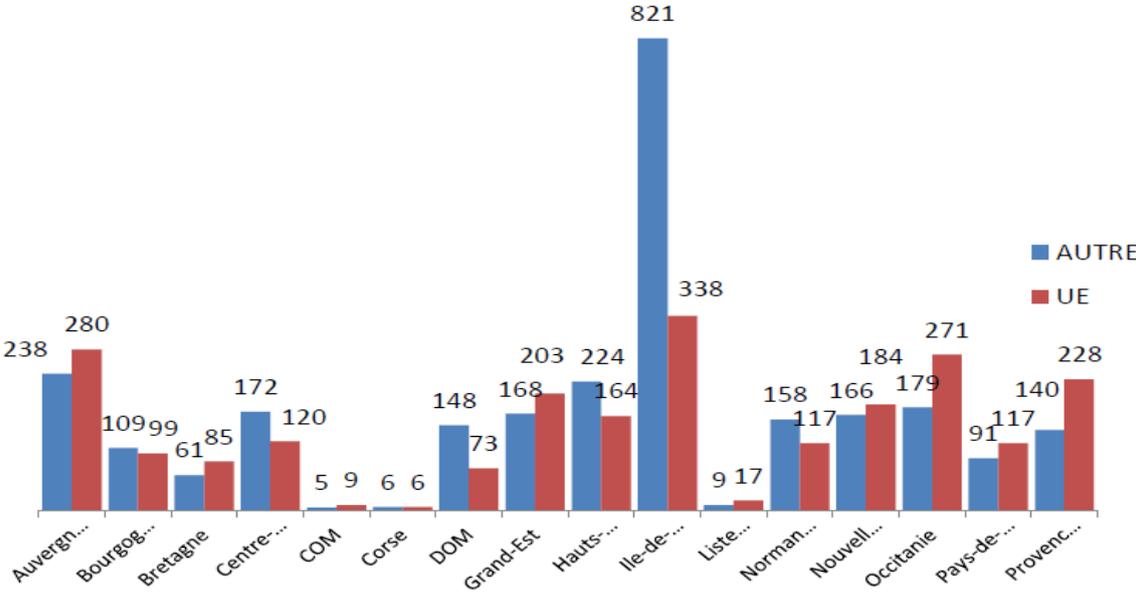


Figure 8: Attractivité régionale des médecins généralistes (diplômes UE et hors UE en 2017) [2]

### I.II.3. Facteurs influençant l'immigration

D'une façon générale, la migration est motivée par des facteurs « *push* (raisons qui font que les gens peuvent souhaiter émigrer) » et « *pull* (raisons pour lesquelles un pays peut souhaiter attirer des immigrants) » [18]. La France est perçue comme attractive sur le plan économique et son système de santé est renommé. Certains facteurs facilitent l'immigration des professionnels de santé : la proximité géographique, la maîtrise de la langue, la reconnaissance des diplômes [23].

Prenons l'exemple de la Belgique. Ils sont présents en grand nombre dans la région Hauts de France, ce fait pouvant être expliqué par la proximité géographique. De la même façon, les médecins italiens sont nombreux à la frontière dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [2].

La migration des médecins est favorisée par l'élargissement du marché mondial des compétences médicales. Entre 2007 et 2017, on constate une augmentation des médecins diplômés de l'UE (figure 9) [1],[2]. Ce constat est valable aussi pour les médecins généralistes à diplôme étranger [2].

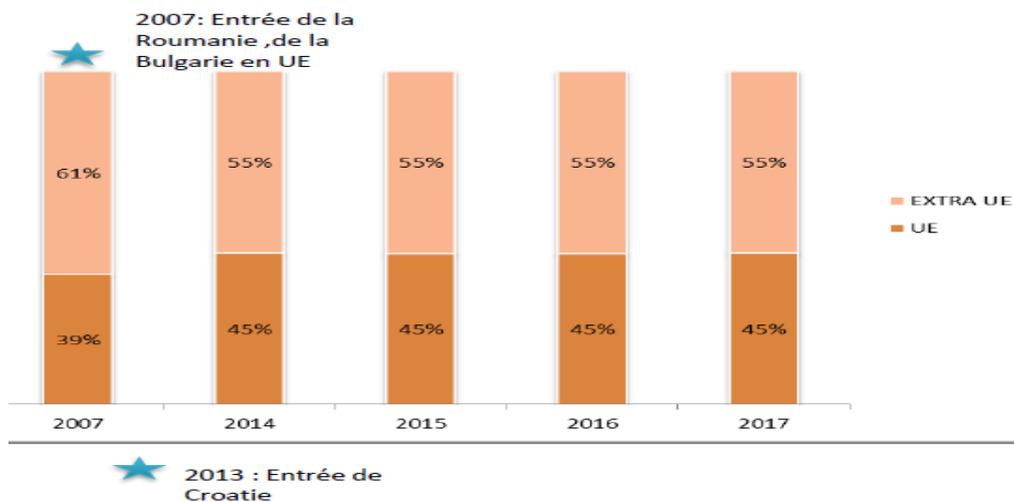


Figure 9: Origine des diplômes (activité totale) 2007- 2017 [1]

En 2017, le nombre de médecins inscrits et diplômés de Roumanie était de 4254 soit une augmentation de 659 % depuis 2007. En effet, 88% de médecins roumains se sont inscrits depuis l'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne [2].

Dans une enquête de 2010 par entretiens semi directifs menée par R. SECHET et D. VASILCU auprès de 106 médecins roumains, 70 % des médecins ont cité comme premier facteur de départ des motivations d'ordre économique. Ensuite, il ressort les facteurs qui tiennent des opportunités professionnelles. D'une part les conditions de travail du système de soins roumain leur donnaient un sentiment d'insatisfaction professionnelle, d'autre part il y avait la perspective de travailler dans un milieu stimulant avec des équipements modernes. Les femmes citaient les meilleures opportunités d'éducation pour les enfants et la majorité était venue avec toute la famille en vue d'une installation à long terme. Dans cette enquête, presque 10 % des médecins déclaraient que leur venue avait été favorisée par des collègues roumains qui étaient déjà présents en France, dans certains « *noyaux diasporiques* » [24].

Effectivement, nous pouvons noter dans l'étude publiée par le CNOM que plus de la moitié des médecins roumains exercent dans 4 régions : Grand Est (18%), Ile de France (16%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Occitanie (8%) [2].

Dans le même ordre d'idées, selon la même étude réalisée par le CNOM, l'attractivité des médecins diplômés d'Algérie pour l'Ile de France est liée aux bassins d'immigration maghrébins existants [2].

Un travail de recherche réalisée auprès des praticiens en exercice dans les hôpitaux de la région Poitou-Charentes apporte des informations sur le parcours migratoire des médecins PADHUE. Il ressort que les raisons ayant motivé le départ étaient différentes en fonction du pays ou de la période de migration mais que les facteurs économiques étaient minoritaires. La plupart des médecins déclaraient dans cette étude qu'ils avaient choisi la France pour la langue, pour l'histoire commune et pour le système de santé renommé. En effet, la principale motivation était le désir de se spécialiser. D'autres raisons étaient invoquées comme les raisons politiques ou les conflits dans les pays d'origine [25].

D'ailleurs, le CNOM constatait en 2017 que parmi les médecins nés hors de France et diplômés d'un pays hors de France et hors UE, 23.3 % étaient issus de la faculté d'Alger, 7.4 % de celle d'Oran (Algérie) et 6.6 % de Syrie (Damas). Ceci pouvant être expliqué par les liens historiques anciens (le protectorat français de l'Algérie) et par le contexte récent avec les migrations de réfugiés politiques [2].

Une autre recherche par entretiens interroge 27 médecins originaires d'Afrique de l'Ouest exerçant en France. Les médecins enquêtés ont cité la volonté de se former, d'acquérir de nouvelles compétences. La majorité déplorait le manque d'opportunités professionnelles dans leur pays d'origine. La politique française de coopération internationale et d'aide au développement des pays les plus pauvres avait facilité l'immigration [26].

A titre illustratif, la figure 10 représente les raisons de départ des médecins à diplôme étranger cités dans une thèse de doctorat en psychologie réalisée en 2016 par M. BARAUD. Dans ce travail, 43 médecins à diplôme étranger exerçant en France ont répondu aux questionnaires les interrogeant, entre autres, sur les raisons qui les ont amenés à quitter le pays d'origine. Ainsi, les médecins avaient en commun le souhait d'acquérir de l'expérience professionnelle. Si les médecins formés en UE étaient plus nombreux à juger leur salaire insuffisant, les médecins diplômés hors UE citaient plus souvent la situation politique dangereuse pour leurs enfants [27].

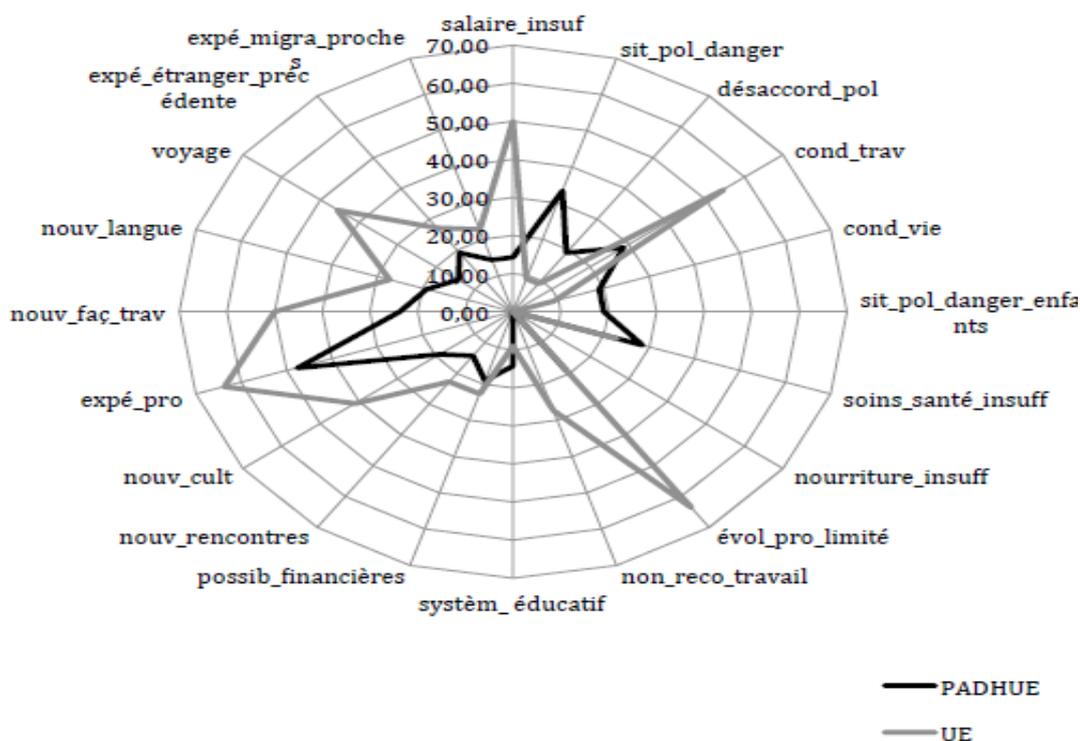


Figure 10: Raisons ayant motivé le départ du pays d'origine pour les sujets exerçant en France selon le lieu d'obtention du diplôme [27]

Enfin, au sujet de la migration des personnels de santé l'OMS a adopté en 2010 un Code de pratique mondial. Sans être contraignant, ce code est destiné à promouvoir des principes pour un recrutement international éthique des personnels de santé. Le but est de renforcer les systèmes de santé de façon équitable [28].

Dr. Bouet, le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins précise que « *la balance entre attractivité des pays d'accueil et la fuite des pays pourvoyeurs de médecins relatives aux conditions d'exercice doit être étudiée pour opérer dans un cadre commun* » [1].

Au-delà de ces constats, un point particulier a attiré notre attention. Nous nous sommes demandées quel était le ressenti des patients face à des médecins étrangers. Nous avons donc décidé d'interroger les patients qui ont comme médecin traitant un médecin généraliste étranger.

## II. Matériel et méthode

---

### I. Objectif

Le but de cette étude était d'explorer le vécu et le ressenti des patients ayant comme médecin traitant un médecin généraliste étranger. Nous avons cherché à comprendre à l'aide de la méthode qualitative la relation qui s'établit entre ces médecins et leurs patients.

### Bibliographie

Nous avons réalisé une recherche bibliographique à partir du moteur de recherche Google, le site des Bibliothèques Universitaires de Limoges, CISMéF, réseau Persée, la banque de données en Santé Publique, CAIRN, SUDOC y compris [www.theses.fr](http://www.theses.fr).

Les mots clés utilisés : démographie médicale en France, médecins à diplôme étranger en France, migration des médecins, relation médecin-malade.

### II. Considérations éthiques et réglementaires

Pour nous accompagner dans nos démarches, nous avons demandé l'aide à la Direction de la Recherche de l'Innovation du CHU de Limoges. Notre étude portant sur des sciences humaines et sociales, ne répondait pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine au sens de la Loi Jardé [29],[30]. Le consentement écrit n'était pas exigé.

Dans la mesure où cette étude fait l'objet d'un traitement de données personnelles, la loi Informatique et libertés s'applique [31]. Nous avons donc adhéré à la Méthodologie de Référence MR-003 établie par la CNIL (annexe 1).

L'étude a été présentée au Comité d'Ethique du CHU de Limoges le 6 Mars 2018. Celui-ci n'a émis aucune réserve éthique et l'a enregistrée sous le numéro 265-2018-31 (annexe 2).

### III. Méthode qualitative

La méthode qualitative est une méthode inductive utilisée pour comprendre un phénomène. Dans l'analyse qualitative « *les personnes enquêtées sont détentrices d'un savoir qui leur est spécifique du fait de leur vécu de la situation investiguée* ». Le but est de montrer la complexité, les relations, les raisonnements. La finalité n'est pas d'extrapoler par extension les résultats à l'ensemble de la population mais de « *produire du sens et de construire de la théorie* » [32]. Une population largement échantillonnée permet d'explorer des données très différentes et donc très riches [33].

Paillé identifie six étapes d'une analyse par théorisation ancrée. Dans une première étape de « *codification* », l'investigateur essaie de nommer par des mots ou par des expressions le

texte. Dans la deuxième étape de « *catégorisation* », il va désigner de façon plus riche et plus large les phénomènes. La « *mise en relation* » suppose d'établir des liens entre les catégories. « *L'intégration* » consiste à désigner de façon précise l'objet principal de l'analyse car au fil des entretiens l'objet a pu évoluer. Dans la partie « *modélisation* », le chercheur essaie de reconstituer les relations structurelles et fonctionnelles du phénomène. Enfin, la dernière étape est celle de « *la théorisation* » [34].

#### **IV. Recrutement et population étudiée**

Nous avons demandé par mail la liste de médecins généralistes à diplôme étranger auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la Haute Vienne, Corrèze et Creuse. Seul le CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) de la Haute Vienne nous a répondu en nous envoyant une liste avec les noms de trois médecins généralistes libéraux à diplôme étranger. Les Conseils de Corrèze et de Creuse n'ont pas donné suite à notre demande malgré plusieurs relances téléphoniques. Nous avons complété la liste en demandant dans l'entourage, en faisant des recherches sur internet et lors de la réalisation des entretiens.

Trois patients ont souhaité participer à notre étude sans que l'on soit obligé de passer par leurs médecins traitants. Pour les autres, nous avons pris d'abord rendez-vous avec les médecins généralistes à leur cabinet pour leur expliquer le but et le déroulement de l'étude et demander la permission de recruter des patients dans les salles d'attente. Dans deux des cabinets nous avons même laissé des flyers mais personne ne nous a contacté (annexe 3). Les dix autres patients ont donc été recrutés directement dans les salles d'attente des médecins généralistes sur base de volontariat.

Les patients ont été inclus selon les critères suivants :

- Patients majeurs, sexe masculin ou féminin.
- Patients ayant comme médecin traitant un généraliste à diplôme étranger installé.
- Patients volontaires, ne s'opposant pas à l'utilisation des données dans le cadre de l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Patients mineurs.
- Patients présentant des fonctions cognitives altérées ou des difficultés de communication.

Au total, 13 entretiens ont été menés entre le mois de Février et le mois de Mai 2018. Sur les 13 entretiens : 3 entretiens ont eu lieu dans le département de Corrèze, 7 entretiens en Creuse et 3 entretiens en Haute Vienne.

## V. Recueil de données

### II.V.1. Le guide d'entretien individuel semi-dirigé

Les entretiens ont été menés à partir d'un guide d'entretien. Celui-ci était souple et supposait avoir préparé à l'avance des questions ouvertes. D'une façon générale, après une « *consigne inaugurale* » qui désigne le thème, l'enquêteur laisse la personne s'exprimer de façon libre [32]. Afin de découvrir et de comprendre l'univers de la personne interrogée, l'enquêteur doit rester discret, réceptif et oublier ses propres idées [35].

Dans le cadre de notre travail, le guide d'entretien a été construit avec l'aide de deux enseignants en médecine générale ensuite validé par un professeur de médecine générale qualifié en recherche qualitative.

Ce guide comportait 6 questions autour de 6 axes (annexe 4) en lien avec nos objectifs de recherche.

- Les circonstances ayant conduit les patients à consulter un médecin généraliste étranger et à le désigner comme médecin traitant.
- Les représentations vis-à-vis des médecins étrangers qui exercent en France.
- Le ressenti des patients en termes de prise en charge médicale et de relation avec leur médecin traitant.
- Changements par rapport à l'ancien médecin traitant.
- Les avantages à être suivi par un médecin généraliste étranger.
- Les inconvénients à être suivi par un médecin généraliste étranger.

L'entretien a peu évolué. De façon spontanée, à la fin de l'entretien nous avons demandé l'opinion aux patients sur les possibles pistes pouvant améliorer l'intégration des médecins généralistes étrangers dans le système de soins français.

### II.V.2. Recueil de données socio démographiques

Au début de chaque entretien il était demandé à chaque patient de remplir une fiche avec les données socio démographiques : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, situation familiale, durée du suivi par le médecin traitant actuel, les autres intervenants dans le parcours de soins (annexe 5).

### II.V.3. Déroulement

Deux entretiens ont eu lieu au domicile des patients, un entretien a eu lieu sur le lieu de travail du patient dans un endroit au calme. Les dix autres entretiens ont eu lieu dans un bureau séparé dans le cabinet, mis à disposition par le médecin généraliste.

Les patients ont été informés de façon écrite et orale sur l'objectif et le déroulement de l'étude, sur le traitement informatisé des données recueillies au cours de cette recherche en précisant les droits d'accès, d'opposition et de rectification à ces données. La notice d'information comportait un coupon si la personne ne souhaitait pas participer (annexe 6).

En début d'entretien il était rappelé au patient que le but de l'entretien était de connaître son expérience personnelle et son ressenti sans aucun jugement de la part de l'investigateur, que les données étaient anonymes et confidentielles et que l'entretien était enregistré. Après l'accord oral du patient, l'entretien pouvait continuer.

Les entretiens ont une durée comprise entre 4 minutes 16 secondes et 14 minutes 27 secondes en fonction de chaque patient.

L'enregistrement a été fait grâce à deux appareils : un enregistreur portable Zoom H1/MB et sur un portable LG G6 à l'aide d'une application.

## VI. Analyse du contenu

Dans un premier temps, l'investigateur a retranscrit les entretiens « *de manière littérale/verbatim en respectant la forme du discours* ». Le discours des personnes enquêtées a été complété par le non verbal : hésitations, pleurs, rires [32].

L'analyse par théorisation ancrée suppose que l'investigateur a recueilli et analysé les données en même temps. Cela lui a permis de se poser des questions, de chercher des explications pour mieux comprendre le phénomène étudié. Ainsi, « *le chercheur est analyste et l'analyste est chercheur* » [34].

Cette analyse a débuté par la première étape de « *codification* » décrite par Paillé [34]. Le groupe de mots utilisé pour analyser le discours est défini par d'autres auteurs comme un « *nœud de sens* » [32]. En effet, au cours de cette étape, l'investigateur essaie « *d'extraire les mots et expressions qui sont révélateurs des nœuds de sens du discours de l'informateur* » [32].

Au fil de son travail, l'investigateur a constaté que la lecture des entretiens n'apportait plus d'élément nouveau. La saturation a été atteinte [32], [33].

Le fait de coder le texte par plusieurs chercheurs a permis à l'investigateur principal de prendre de la distance, ceci donne de la validité à l'analyse qualitative [32].

Dans le cadre de notre étude, 3 investigateurs ont réalisé le codage pour le premier entretien ensuite 2 des 3 investigateurs ont continué le travail sur les 4 entretiens suivants. Sur les 8 derniers entretiens, l'investigateur principal a identifié les codes qui ont été validés par les deux autres investigateurs.

Pour faciliter l'analyse, les transcriptions verbatim ont été importées dans le logiciel N'vivo 12.

### III. Résultats

Au total, nous avons réalisé 13 entretiens individuels : 3 entretiens dans le département de Corrèze, 7 entretiens en Creuse et 3 entretiens en Haute Vienne.

En ce qui concerne l'origine des médecins, 4 médecins étaient Roumains et 1 médecin était d'origine marocaine.

De même, 4 médecins étaient de sexe féminin et 1 médecin de sexe masculin.

#### I. Résultats des fiches de recueil de données socio- démographiques

##### III.I.1. Age

Aucun des patients n'avait moins de 20 ans. Un patient avait 20 ans, 7 patients appartenaient à la tranche d'âge 40-60 ans et 5 patients avaient plus de 60 ans (figure 11).

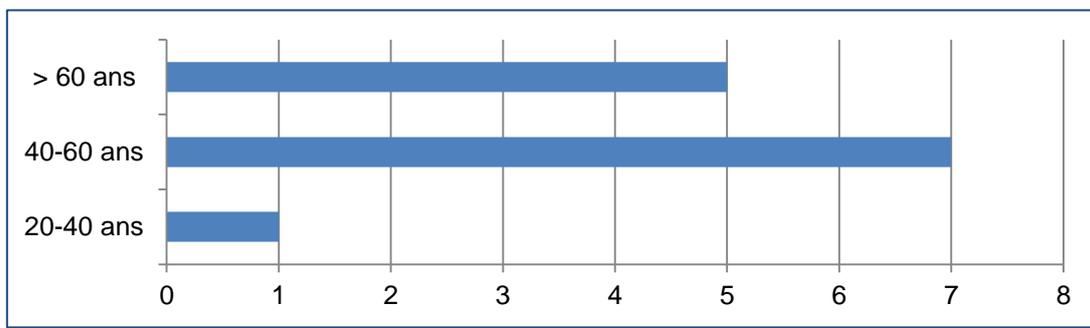


Figure 11: Répartition des patients en fonction de l'âge

##### III.I.2. Sexe

Parmi les patients interrogés, 7 patients étaient de sexe féminin et 6 de sexe masculin (figure 12).

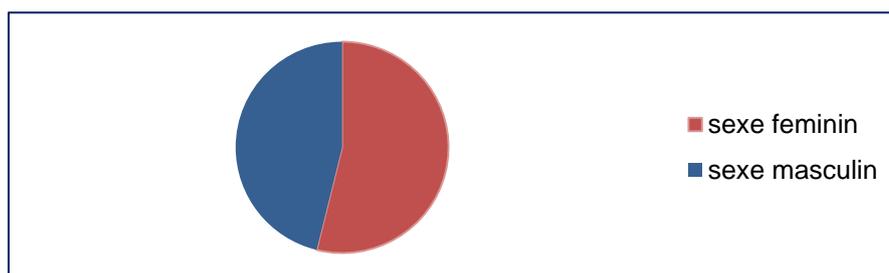


Figure 12: Répartition des patients en fonction du sexe

### III.1.3. Lieu de recrutement

Tous les patients ont été recrutés en milieu rural.

### III.1.4. Catégorie socioprofessionnelle

Nous avons utilisé la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [36]. Les résultats sont présentés dans la figure 13.

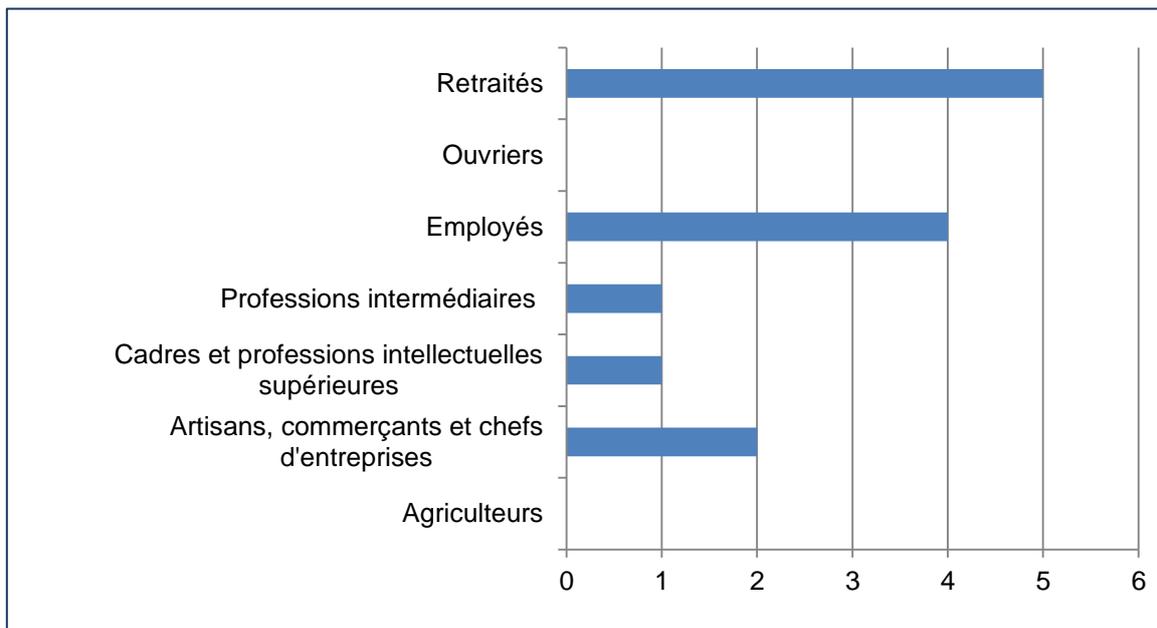


Figure 13: Catégories socioprofessionnelles

### III.1.5. Situation familiale

Dix patients vivaient en couple dont 6 étaient mariés. Trois patients étaient célibataires.

### III.I.6. Durée du suivi par le médecin traitant

La durée du suivi par leur médecin traitant était variable. Nous avons identifié plusieurs tranches (figure 14).

Moins d'un an : 1 patient

Entre 1 et 3 ans : 4 patients

Entre 3 et 6 ans : 6 patients

Supérieur à 6 ans : 2 patients

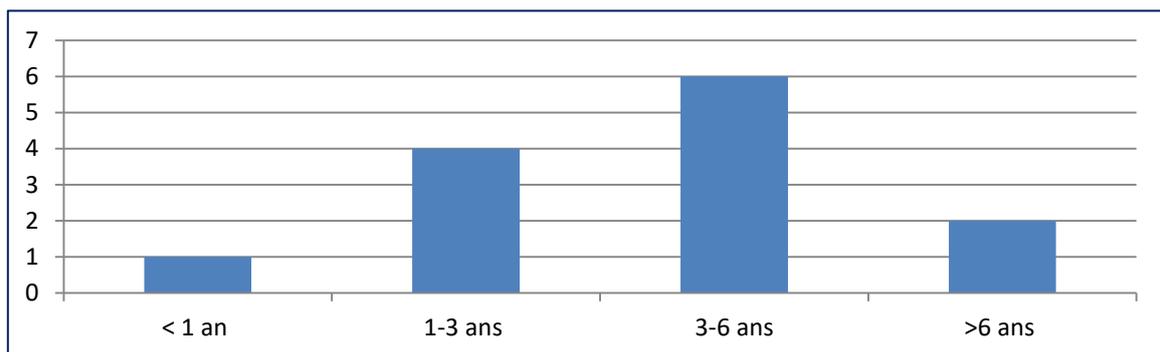


Figure 14: Durée du suivi par le médecin traitant

### III.I.7. Autres intervenants dans le parcours de soins

Cinq patients étaient suivis exclusivement par leur médecin traitant.

Les 8 autres étaient suivis par d'autres médecins avec des spécialités très variées.

## II. Résultats du codage axial

Le travail de codage descriptif nous a permis d'identifier 134 codes. Ces codes ont été regroupés dans 10 thèmes. Dans le logiciel N'vivo 12, chaque thème se présente sous forme d'un tableau (un exemple est présenté dans l'annexe 7).

### III.II.1. Choix du cabinet du médecin généraliste à diplôme étranger

La majorité des patients a été amenée à consulter un médecin généraliste étranger suite au départ de leur médecin traitant. Il s'agit dans la plupart des cas de départs à la retraite.

*« je suis retourné d'un jour à l'autre, c'était plus le même médecin mais... ça m'a pas posé de problème... »* [Patient 3]

En leur demandant pourquoi ils ont continué le suivi avec ce même médecin qui est devenu par la suite leur médecin traitant, les raisons de ce choix sont multiples :

- La proximité géographique du cabinet est citée par la moitié des patients :

*« voilà, il n'y a pas de raison que j'y aille... à Saint Yrieix, à Nexon ou à Limoges.*

*Investigateur : oui, oui.*

*Patient : Alors qu'il y a un ici »* [Patient 10]

- La notion de compétence est évoquée par certains patients :

*« quand on a appris à le connaître, s'il a de bons diagnostics je ne vois pas pourquoi j'irai voir un autre docteur »* [Patient 7]

- Un premier contact positif est déterminant pour la majorité des patients :

*« Patient : J'ai eu un très bon contact avec mon médecin... »*

*Investigateur : mmmhh...*

*Patient : Dès la... dès le... dès le premier rendez-vous...*

*Investigateur : mmmhh...*

*Patient : ... et j'étais en confiance immédiatement donc... euh ... donc j'ai de suite décidé qu'elle deviendrait mon médecin ... mon médecin traitant »* [Patient 8]

- Enfin, deux patients affirment ne pas avoir eu le choix suite au départ de leur médecin traitant :

*« Ben ... je n'avais pas le choix de toute façon... »* [Patient 7]

Quoi qu'il en soit, l'origine du médecin ne semble pas influencer ce choix dans la plupart des cas.

« Patient : ... je me serais pas vu par exemple... euh... ça n'aurait pas été bien de ma part par exemple de... de dire : mon médecin part à la retraite... mmmhhh... la soi-disante remplaçante

Investigateur : mmhhh...

Patient : est soi-disant entre guillemets « étrangère »...

Investigateur : mmmhhh...

Patient : donc je vais chez le voisin quoi... » [Patient 2]

### III.II.2. Fonctionnement du cabinet actuel

Quant au fonctionnement du cabinet médical, certains aspects sont appréciés par les patients :

- les visites à domicile : « j'ai beaucoup apprécié qu'elle vienne, j'ai trouvé ça bien » [Patient 1]
- l'usage de l'informatique dans les cabinets de consultation : « Elle s'est mise à l'informatique... » [Patient 8]
- la possibilité de prendre de rendez-vous : « euh... moi ... qui suis actif... voilà quand j'ai besoin d'aller voir le médecin, il faut vraiment que ce soit quelque chose de... pas de rapide, mais... parce qu'il faut prendre son temps quand même mais... il faut... voilà... il faut que je puisse me dire... voilà, là j'ai bloqué deux heures... » [Patient 8]
- la disponibilité : « elle est disponible du point de vue de rendez-vous et tout, ça se fait assez vite... » [Patient 5]

D'autres aspects sont cités par les patients. Comme par exemple, l'organisation actuelle des cabinets libéraux pour assurer la permanence de soins, différente du passé quand le médecin traitant était, semble-t-il, plus joignable.

« ... à l'ancienne époque c'était pas comme maintenant, parce que maintenant il y a les horaires, il y a tout ça.

Investigateur : mmhh... mmhhh...

Patient : Il n'y avait pas tout ça... non.

Investigateur : mmhh... ( silence )

Patient : L'ancien médecin à 7 heures... j'appelais le matin, il me répondait...

Investigateur : Ah, oui.

Patient : Que là, c'est plus le cas... » [Patient 13]

### III.II.3. Représentations des patients vis-à-vis des médecins étrangers

En fonction du vécu, de la culture, de l'éducation, les patients ont une image différente à l'égard des médecins étrangers. En les interrogeant sur cet aspect, le discours peut être différent d'un patient à l'autre. Nous avons repris les réflexions les plus pertinentes.

- Certains ont une image très positive.

« Patient : Ce sont les sauveurs de la médecine française !

Investigateur : (rires) D'accord !

Patient : (rires) Parce que sans eux, je pense qu'on aurait du mal à tourner » [Patient 11]

- D'autres soulignent le nombre important de médecins étrangers qui travaillent en France.

« j'ai su qu'il y avait beaucoup de médecins qui partaient des pays étrangers pour venir en France... » [Patient 3]

- La société est évoquée aussi et son rôle dans la transmission des idées :

« ... et... au départ, je... c'est... c'est vrai... j'ai eu un peu peur pour elle en fait... parce que ... eeeuh... je me suis dit... pfff... comment vont le prendre les autres personnes de ma commune... » [Patient 8]

« ... et après... c'est vrai que... surtout dans nos campagnes, ça prend des fois des proportions ... s'il y a un chez qui ça va pas, ça va faire toile d'araignée... » [Patient 6]

« Oui, oui, c'est sûr ! Il y a encore des préjugés (rires)

Investigateur : mmhh...

Patient : entre... l'accent... euh... la couleur, je sais pas quoi... enfin... voilà » [Patient 10]

A titre personnel, la plupart des patients déclarent qu'ils n'avaient pas eu des préjugés ou d'idées reçues en ce qui concerne les médecins à diplôme étranger. Par exemple :

« Patient : Moi personnellement, moi j'aime bien le voir avant de dire, comment on dit...

(rires)

Investigateur : Oui... mmhhh

Patient : Voilà, donc j'ai pas spécialement de préjugés là-dessus » [Patient 10]

Une patiente se rappelle qu'elle avait eu des préjugés avant de consulter son nouveau médecin généraliste.

« Pff... par exemple.... j'ai pas vraiment de... (silence)... ben... sur leurs compétences par exemple...voilà ... » [Patient 4]

### III.II.4. Médecin étranger

Ce chapitre regroupe les spécificités des médecins étrangers, le bagage qu'ils amènent avec eux à l'arrivée en France en matière de culture, histoire, formation, langue. Ainsi, le codage permet de mettre en évidence plusieurs verbatims.

#### III.II.4.1. Diplômes de médecin

Deux patients évoquent la notion d'équivalence entre les diplômes de médecin obtenus dans un pays étranger et ceux obtenus en France :

*« Euh... je pense ce qu'il faut vraiment garder à l'esprit c'est que... euh... un médecin étranger qu'il a eu ses diplômes à l'étranger »*

*Investigateur : mmhh...*

*Patient : Euh...doit avoir le même niveau d'études que un médecin... euh... sur la France »*  
[Patient 8]

*« je pense qu'elle est aussi compétente que ... que si elle avait fait ses études en France, je pense que ça ne change rien »* [Patient 1]

#### III.II.4.2. Communication et compétence linguistique

La communication est une des compétences du médecin généraliste, la base de la relation médecin-patient, essentielle pour la prise en charge des patients. A ce sujet, aucun patient ne décrit un problème de communication.

*« Patient : elle parle très bien, on la comprend très bien... »* [Patient 11]

Plusieurs patients considèrent que la maîtrise de la langue française est indispensable pour créer un lien et pour assurer une prise en charge optimale des patients.

*« si on a des difficultés pour... dialoguer, les gens ... peut être dans nos campagnes c'est peut être pire qu'en ville, mais les gens vont être beaucoup plus réticents, ils vont dire : ben... non... la Roumaine ne parle pas français, je vais pas aller la voir ! »* [Patient 6]

Sur ce point, plus de la moitié des patients ne ressentent pas une barrière de la langue, et ce malgré un accent pour certains médecins.

*« quand il me disait quelque chose il a toujours fait en sorte que je puisse le comprendre même s'il a toujours un léger accent ... »* [Patient 3]

### III.II.4.3. Culture

Avoir un médecin traitant d'origine et culture différente est source de richesse d'après un patient.

*« un médecin étranger dans une petite commune rurale... eeuuhh... ça amène ... ça amène... ça amène une autre culture. Voilà ! »* [Patient 8]

### III.II.4.4. Particularités du suivi par un médecin à diplôme étranger

Sur ce point, aucun patient ne voit d'inconvénient à être suivi par un médecin généraliste étranger. La majorité des patients ne voit pas non plus d'avantages. Seul un patient souligne que l'apport d'une culture différente constitue un avantage (sous chapitre précédent).

Dans l'ensemble, la plupart des patients affirment que l'origine du médecin n'impacte pas le suivi.

*« que ce soit un médecin français ou que ce soit un médecin roumain ou peu importe sa nationalité c'est comme ça à chaque fois ... à chaque fois... »* [Patient 2]

*« Je ne fais pas de... de différence, pour moi c'est le docteur et puis c'est tout »* [Patient 5]

*« C'est un médecin étranger peut être, mais c'est un médecin... »* [Patient 11]

*« Pas de différence. Qu'il soit noir, jaune ou bleu... je m'en fous moi... »* [Patient 12]

D'ailleurs, deux patients se montrent compatissants et reconnaissent la complexité et la difficulté que l'intégration d'un médecin étranger implique en changeant de pays.

*« C'est sûr qu'il faut connaître quand on arrive de l'étranger, il faut connaître et la langue, il faut aussi connaître tout le milieu médical aussi... »* [Patient 11]

### III.II.5. Relation médecin traitant étranger-patient

La totalité des patients affirme avoir une bonne relation avec leur médecin traitant d'origine étrangère.

*« la doctoresse, elle est super sympathique... les relations sont très bonnes... »* [Patient 9]

*« cette nouvelle doctoresse, je trouve qu'elle y met encore les ingrédients dans la relation avec ses patients... oui... et c'est très agréable »* [Patient 2]

*« Oui, le courant passe bien »* [Patient 5]

Presque tous les patients évoquent l'idée de durée, de continuité.

*« Et après... ben depuis, oui, oui ça se passe bien »* [Patient 1]

Ce ressenti positif concernant la relation médecin-patient serait valable pour beaucoup de monde, d'après certains patients.

*« Patient : surtout qu'on a beaucoup de personnes âgées... euh... j'ai, j'ai eu peur pour elle, vraiment ! »*

*Investigateur : mmmhh...*

*Patient : et en fait... ça se passe super bien ! » [Patient 8]*

Les mots utilisés pour définir cette relation sont multiples. Presque la moitié des patients parlent d'une relation de confiance avec leur médecin traitant.

*« je trouve qu'il y a une véritable confiance qui s'installe entre le médecin et le patient ... » [Patient 2]*

Un quart exprime un sentiment de satisfaction.

*« moi suis contente dans l'ensemble » [Patient 1]*

Une patiente parle d'un lien d'amitié.

*« en plus... il y a un lien d'amitié dans le fond... faut dire ce qu'il en est... » [Patient 7]*

Parmi les qualités citées le plus souvent par les patients on retrouve :

- Le fait de prendre le temps : *« Moi j'aime bien, j'aime bien son approche, je trouve que ... euh... elle prend le temps » [Patient 1]*
- Mais aussi d'être sympathique : *« oui, elle est sympa, oui » [Patient 10]*
- La gentillesse : *« elle est gentille, elle est mignonne... » [Patient 12]*
- L'empathie : *« elle s'informe des besoins de chacun » [Patient 5]*
- La capacité d'écouter : *« Donc... très, très, très à l'écoute ! » [Patient 4]*

D'autres qualités sont citées de façon plus isolée : avoir un bon contact, d'être abordable et accueillant.

### **III.II.6. Ressenti concernant le professionnalisme du médecin traitant étranger**

A propos de la prise en charge médicale, tous les patients sans exception ont un ressenti positif :

*« on est toujours aussi bien soignés » [Patient 9]*

*« ça va...oui, elle...elle... bon, elle ausculte, elle demande, elle pose des questions... après, elle nous dit : voilà je pense à ça... enfin voilà ! » [Patient 10]*

Trois patients s'expriment au sujet de la prescription médicamenteuse et considèrent que celle-ci est adaptée.

*« mon médecin... euh... adapte toujours en fonction... enfin... c'est assez précis en fait... voilà... j'ai pas de... j'ai pas de... la surmédication... moi je prends vraiment que le nécessaire... »* [Patient 8]

Parmi les compétences du médecin généraliste, les patients évoquent le plus souvent le rôle de médecin de premier recours, capable de gérer les problèmes de santé de toute la famille, peu importe l'âge ou le sexe, les urgences.

*« maintenant (donne le nom du médecin) c'est notre médecin de famille parce que c'est elle qui suit toute ma famille, mon papa, ma maman, mon frère, ma sœur... »* [Patient 4]

*« elle commence à bien repérer nous, le couple, la famille ... les problèmes qu'on peut avoir »* [Patient 1]

*« après... bien sûr... suivant la gravité de la chose on découle l'auscultation »* [Patient 2]

Un patient souligne l'importance du suivi et de l'accompagnement par le médecin traitant.

*« C'est en elle en qui j'ai eu confiance depuis 2015 »* [Patiente 6]

Cependant, deux patients avouent avoir eu très peu besoin de soins médicaux.

*« comme je vous dit déjà, je vais pas très souvent chez le médecin... »* [Patient 3]

### **III.II.7. Attentes des patients à l'égard des médecins généralistes**

La vision de la médecine générale et l'image du médecin généraliste idéal diffèrent en fonction de l'interlocuteur.

Il ressort la notion de prise en charge globale centrée sur le patient spécifique à la médecine générale.

*« ah, puis moi c'est assez important parce qu'un médecin généraliste pour moi c'est pas qu'un médecin généraliste... c'est... le docteur d'avant, c'était aussi mon gynéco ... c'était tout... quoi »* [Patient 1]

Pour un patient, on sous-entend que le médecin généraliste a une fonction principale de prendre en charge les symptômes organiques, les problèmes de santé.

*« Patient : peu importe tant qu'on est soigné quoi... »*

*Investigateur : Oui...*

*Patient : le médecin à la base, c'est pour ça quand même »* [Patient 10]

Nous retrouvons aussi l'importance d'une bonne relation entre le médecin et son patient.

« *Je trouve que c'est pas aussi important que la consultation en elle-même, mais c'est quand même pas mal quoi...* » [Patient 2]

« *et effectivement voilà... on attend toujours des réponses, d'être rassurés...* » [Patient 2]

La position du patient n'est pas forcément évidente face au médecin, ceci étant remarqué par deux patients.

« *Quand on va chez le médecin, on est toujours dans une situation, je parle de la place du patient...*

*Investigateur : mmhh...*

*Patient : quand on va chez le médecin en général on est jamais dans une position bien, bien agréable...* » [Patient 2]

Par ailleurs, le sexe féminin du généraliste est souligné comme un avantage par une patiente : « *c'est une femme déjà... j'aime bien le fait d'avoir un médecin femme* » [Patient 1]

### **III.II.8. Caractéristiques de l'ancien médecin traitant**

Un patient n'a pas de souvenir de son ancien médecin traitant. La moitié des patients ne voit pas de changement par rapport à l'ancien médecin traitant.

« *Non ! Elle a pris la relève quoi, en fait* » [Patient 4]

« *Patient : (silence) pfff... non, non, on est toujours aussi bien accueillis, on est toujours aussi bien soignés, moi je ne vois pas de...*

*Investigateur : mmmhh...*

*Patient : de différence* » [Patient 9]

Pourtant, nous pouvons deviner pour certains d'entre eux un attachement à l'ancien médecin traitant.

« *je sais pas... on était... euh... il y avait la partie médecine, mais il y avait aussi beaucoup partie amis...* » [Patient 7]

« *Patient : Pfff... (silence)... ben, vous savez quand on est habitués à un docteur, et puis qu'on change, c'est... on a toujours un peu de...* » [Patient 12]

En ce qui concerne les patients qui notent des changements par rapport à l'ancien médecin traitant, nous retrouvons :

- la notion de relation unique avec l'ancien médecin traitant qui se crée au fil du temps :

*« en termes de relation, c'est pas encore tout à fait pareil. Euuuh... bon, voilà...c'est...qu'est ce qui n'est pas pareil ? Ben... elle connaît pas encore, enfin elle a vu toute la famille, mais comme ça, quoi. L'autre médecin a vu les enfants naitre, tout ça... c'est pas tout à fait pareil »* [Patient 10]

- les caractéristiques du médecin d'autrefois et notamment les horaires d'ouverture du cabinet :

*« pour les consultations... parce qu'il était tout le temps débordé quoi, tout le temps ! Donc en fait, ses journées commençaient à... moi je suis allé en consultation à 7 heures moins quart... »* [Patient 2]

*« Patient : L'ancien médecin à 7 heures... j'appelais le matin, il me répondait...*

*Investigateur : Ah, oui.*

*Patient : Que là, c'est plus le cas... »* [Patient 13]

- les caractéristiques propres à chaque médecin comme par exemple les particularités d'âge et de genre : *« mon médecin précédent lui donc il était aux portes de la retraite donc il y avait une certaine petite différence, enfin une petite distance »* [Patient 2]
- fonctionnement du cabinet : l'impossibilité de prendre de rendez-vous ou la difficulté d'utiliser l'informatique dans les cabinets pour les anciens médecins traitants.

### **III.II.9. Démographie médicale**

La moitié des patients évoque la problématique des déserts médicaux. Ils semblent préoccupés par le manque des médecins généralistes et signalent la difficulté des médecins pour trouver des remplaçants pour la succession des cabinets.

*« il y a malheureusement des docteurs qui partent à la retraite, c'est normal de toute façon... mais... il faut bien qu'ils soient remplacés parce que ça va être véritablement le désert... »* [Patient 7]

*« Patient : ... je sais qu'il a quand même passé pas mal de temps pour... pour trouver quelqu'un pour le remplacer*

*Investigateur : mmhhh...*

*Patient : Ca a été plutôt compliqué, on l'a senti un petit peu angoissé dès le départ parce qu'il sentait bien que ça va être... ça va être long » [Patient 2]*

Un patient cite la maison de santé comme une bonne solution en milieu rural. Celle-ci a l'avantage de grouper dans la même structure à proximité plusieurs professionnels de santé, fait qui pourrait améliorer la qualité de la prise en charge, assurer la permanence de soins.

*« Patient : Oui, c'est un travail d'équipe... euh... je trouve que c'est plutôt rassurant... c'est bien... »*

*Investigateur : mmmhhh... oui*

*Patient : Quitter le médecin généraliste, s'il faut aller chez le kiné parce que vous avez mal au dos... ben... vous l'avez de porte à côté... oui... oui il y a une proximité... » [Patient 2]*

### **III.II.10. Facteurs facilitant l'intégration des médecins généralistes étrangers**

Certains patients considèrent que leur médecin traitant étranger a été bien intégré à l'arrivée dans leur commune et ce, grâce à plusieurs facteurs.

- Par ordre de fréquence, l'accompagnement par l'ancien médecin généraliste est cité le plus fréquemment :

*« et puis, avant que le Dr. (donne le nom de son ancien médecin traitant) arrête, elle est restée un an avec lui, pratiquement »*

*Investigateur : mmhh... mmhh...*

*Patient : Oui... Non, tout s'est bien passé » [Patient 13]*

- Ensuite, on retrouve comme facteur favorisant l'intégration, l'accueil chaleureux et l'accompagnement par les collègues :

*« il paraît qu'elle a été bien entourée par les trois autres puisque du coup ils ont fusionné » [Patient 1]*

- Enfin, un local favorable pour exercer son activité paraît important :

*«là elle est bien installée, en plus ils ont un super cabinet tout neuf... » [Patient 1]*

De plus, la discussion de ce point fait ressortir plusieurs pistes pour une intégration réussie des médecins généralistes étrangers.

- Certains patients soulignent l'importance du travail dans un cabinet de groupe ou maison de santé, favorable à l'intégration par l'aide et l'accompagnement des collègues :

« Patient : Il y a quand même des cabinets médicaux... qui s'installent, et qui...

Investigateur : Ensemble ?

Patient : Ah oui, ah oui, il y a beaucoup de cabinets médicaux... pour faciliter... » [Patient 7]

- D'autres patients affirment que l'intégration du médecin est conditionnée aussi par la mentalité des habitants :

« Patient : Après, pour l'améliorer, je... honnêtement... je ne sais pas comment il faut faire, pour dire aux gens « Soyez plus ouverts d'esprit » ... euh... » [Patient 10]

- Mais aussi par une bonne maîtrise de la langue française :

« c'est à voir avec lui, quoi... quand il y a des problèmes justement au niveau du langage ou quoi... » [Patient 3]

- De façon plus isolée, un patient cite d'autres éléments pouvant influencer l'intégration, le rôle des communes et le nombre de patients :

« mais... bon... ce qu'on peut faire, ce que... je sais pas moi... déjà que les gens aillent chez lui... » [Patient 9]

« que les... déjà que les communes aussi fassent un effort » [Patient 9]

## IV. Discussions

---

### I. Analyse matricielle

Pour cette analyse nous avons croisé les données socio- démographiques avec les 10 thèmes de notre étude grâce à une fonctionnalité du logiciel N'vivo 12. Le tableau global avec la légende sont présentés dans l'annexe 8. Dans ce tableau, les chiffres représentent le nombre de fois qu'un code est énoncé.

De la même manière, afin d'approfondir l'analyse nous avons aussi croisé les données socio- démographiques avec chacun des 134 codes.

Le but est de voir s'il y a un lien entre ces caractéristiques et les codes retrouvés. Bien évidemment, ces résultats sont à pondérer car les effectifs sont différents.

Nous ne pouvons pas discuter de l'incidence du lieu de recrutement puisque tous les patients ont été recrutés en milieu rural.

#### IV.I.1. Sexe féminin/ masculin

Les personnes de sexe féminin s'expriment majoritairement au sujet des médecins étrangers et sur la relation qu'elles ont avec leur médecin traitant d'une autre origine. Or, les personnes de sexe masculin abordent le thème des médecins étrangers et les raisons qui les ont amenés à choisir un médecin généraliste à diplôme étranger (annexe 8).

La matrice de croisement des caractéristiques avec les codes nous apprend que les hommes évoquent plus souvent la notion de compétences lors du choix du médecin traitant et précisent très souvent aussi que l'origine du médecin n'a pas d'incidence. La prévalence du code « pas de préjugés concernant les médecins généralistes étrangers » est plus importante. Le code « changement par rapport à l'ancien médecin traitant » est beaucoup plus présent chez les personnes de sexe masculin. Ils évoquent surtout l'organisation différente de soins dans le passé et le fonctionnement de l'ancien cabinet.

Les femmes sont plus sensibles à la question de maîtrise de la langue française. Effectivement, le code « maîtrise de la langue française importante » est plus fréquent dans leur catégorie. Ce sont les femmes aussi qui évoquent la notion de suivi au long cours, la fonction de médecin traitant de toute la famille et qui utilisent plus facilement des mots pour décrire la relation avec leur médecin traitant ( confiance, satisfaction, amitié). Le ressenti positif sur la prise en charge médicale ressort à plusieurs reprises. D'ailleurs, le code « médecin traitant-femme est un avantage » ne ressort que dans cette catégorie.

Elles se montrent compatissantes avec leur médecin quant à l'effort demandé par le changement de pays d'exercice.

#### IV.1.2. Age

Une première lecture du tableau (annexe 8) nous apprend que pour la tranche d'âge entre 20 et 40 ans, les codes qui reviennent le plus souvent appartiennent au thème « Ressenti concernant le professionnalisme du médecin traitant étranger » et au thème « Médecin étranger ». Par contre, le sujet de la démographie médicale n'est pas du tout abordé. Les attentes à l'égard des médecins généralistes ne sont pas non plus abordées dans cette tranche d'âge.

Les personnes âgées de 40 à 60 ans abordent les thèmes concernant le choix du cabinet du médecin généraliste étranger, le médecin étranger et la relation avec celui-ci, tout comme les personnes âgées de plus de 60 ans. De manière étonnante, cette dernière catégorie ne parle pas du tout de leurs attentes à l'égard des médecins généralistes.

Lorsque nous croisons les codes avec les caractéristiques, d'autres informations se révèlent.

Entre 20 et 40 ans, le discours sur les représentations vis-à-vis des médecins étrangers est pauvre. Nous retrouvons le code « manque d'informations ».

Chez les personnes âgées entre 40 et 60 ans, la prévalence du code « pas d'incidence origine sur le choix du médecin traitant » est plus importante. Ils parlent d'un premier contact positif déterminant. Ils répètent plusieurs fois des changements par rapport à l'ancien médecin traitant et ils évoquent la possibilité de prendre des rendez-vous et les visites à domicile du médecin actuel.

Ce sont les seuls patients qui expliquent les attentes vis-à-vis des médecins traitants d'une manière générale. L'écoute et le fait de prendre le temps sont des qualités répétées plusieurs fois par ces patients pour caractériser leur médecin traitant actuel. La fonction de médecin traitant de toute la famille ressort aussi. Ce sont probablement des patients plus jeunes qui ont recours au médecin traitant pour eux ou pour leurs enfants.

Les différents codes appartenant au thème « Représentations des patients vis-à-vis des médecins étrangers » sont majoritairement exprimés par cette tranche d'âge. De même, les codes en lien avec la maîtrise de la langue française ressortent de manière plus importante tout comme les codes « pas de barrière de langue » et « pas de problème de communication ». La notion de « compétences » et la nécessité d'avoir « le même niveau d'études » sont exprimés que par cette tranche d'âge. Ils abordent aussi de manière plus importante le sujet de la démographie médicale et la problématique des déserts médicaux.

Cette analyse matricielle met en évidence que les patients âgés de plus de 60 ans expliquent le plus souvent le choix du médecin généraliste étranger par une continuité suite au départ de leur médecin traitant. D'ailleurs, c'est la seule catégorie qui exprime le code « pas de choix suite au départ médecin traitant ». S'agit-il des personnes plus âgées, habituées à consulter dans un certain cabinet et qui souhaitent continuer leur suivi dans ce même endroit ? Elles préfèrent probablement consulter dans un cabinet proche de leur

domicile pour un accès plus facile. Pourtant, le code « pas envie de changer de cabinet-localisation géographique et proximité » est présent de la même façon dans cette tranche d'âge comme dans celle de 40 à 60 ans. Le code « bonne relation avec le médecin traitant » ressort plus souvent chez les patients âgés de plus de 60 ans.

### **IV.1.3. Catégorie socioprofessionnelle**

Avant tout, nous pouvons observer dans l'annexe 8 que les artisans, commerçants et chefs d'entreprise parlent de leur relation avec leur médecin traitant étranger. Les différents codes appartenant au thème « Médecin étranger » ressortent dans les catégories des employés et des professions intermédiaires. En revanche, les retraités abordent le choix du cabinet du médecin généraliste à diplôme étranger.

Ensuite, le croisement des codes avec les catégories socioprofessionnelles permet de mettre en évidence plusieurs faits.

Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise s'expriment beaucoup plus au sujet de la démographie médicale par rapport aux autres catégories. De même, leur discours est plus riche pour relater leurs attentes à l'égard des médecins généralistes. Pour décrire leurs médecins traitants, les codes « écoute » et « prends le temps » ressortent à plusieurs reprises.

Les codes en lien avec le thème « Médecin étranger » sont surexprimés par les employés. Pour une intégration réussie, la connaissance de la langue est une idée ressortie par cette catégorie. Ils insistent sur l'importance de la maîtrise de la langue française. Cependant, quand ils parlent de leur médecin traitant, l'expression « pas de barrière de la langue » est répétée plusieurs fois. En définitive, c'est la seule catégorie qui ne parle pas des changements par rapport à l'ancien médecin traitant.

Fait déjà mis en évidence pour les personnes âgées de plus de 60 ans, de façon logique, ce sont surtout les retraités qui consultent un médecin généraliste étranger suite au départ de leur médecin traitant. Le code « pas de choix suite départ médecin traitant » est exprimé seulement par les retraités et le code « pas envie de changer de cabinet- localisation géographique et proximité » ressort plus souvent dans cette catégorie. Vraisemblablement, ils préfèrent continuer le suivi dans le même cabinet de proximité. Une autre idée est répétée à plusieurs reprises : « bonne relation avec le médecin traitant ».

Dans la catégorie de professions intermédiaires, la possibilité de prendre rendez-vous et l'utilisation de l'informatique sont deux points appréciés. Le même « niveau d'études » est une autre idée soulignée.

Les professions intermédiaires ainsi que les cadres et les professions intellectuelles supérieures n'abordent pas du tout le sujet de la démographie médicale. Un autre point

commun, ils considèrent que « l'esprit ouvert » des habitants peut favoriser l'intégration des médecins à diplôme étranger.

#### **IV.I.4. Situation familiale**

Il ressort que les personnes en couple abordent beaucoup le thème « Médecin étranger » alors que les personnes célibataires parlent de la relation avec le médecin d'une autre origine (annexe 8).

Il est évident que le nombre de codes est redondant dans le groupe « en couple » puisque le nombre de patients appartenant à cette catégorie est beaucoup plus important.

Toutefois, le code « changement par rapport à l'ancien médecin traitant » n'est présent que dans le groupe des personnes en couple. L'accompagnement par l'ancien médecin traitant ou les collègues comme piste d'intégration n'est citée que par cette catégorie.

Nous pouvons noter aussi que les personnes célibataires n'expriment pas du tout d'attente vis-à-vis des médecins traitants.

#### **IV.I.5. Durée du suivi par le médecin traitant**

Le tableau global (annexe 8) met en évidence certains aspects. Quand le patient est suivi par le médecin depuis une durée qui varie entre 1 et 3 ans, le discours aborde particulièrement le thème « Médecin étranger ». En revanche, les personnes qui sont suivies depuis une durée comprise entre 3 et 6 ans s'expriment surtout au sujet de la relation avec leur médecin. Nous pouvons constater aussi que ceux qui sont suivis depuis plus de 6 ans insistent sur les explications du choix d'un médecin traitant à diplôme étranger.

Dans un autre ordre d'idées, il est intéressant de voir que le code « bonne relation avec le médecin traitant » est exprimé de façon à peu près équitable peu importe la durée du suivi. Il en est de même pour les codes « pas d'avantage à être suivi par un médecin généraliste étranger », « pas d'inconvénients à être suivi par un médecin traitant étranger » et « pas de problème de communication ». L'origine du médecin ne semble pas avoir d'incidence pour toutes les durées de suivi.

L'expression du ressenti sur la prise en charge médicale est légèrement plus riche par ceux qui sont suivis entre 3 et 6 ans tout comme leurs attentes à l'égard des médecins traitants ou le sujet de la démographie médicale. Le code « pas de préjugés concernant les médecins généralistes étrangers » est beaucoup plus présent pour une durée de suivi entre 3 et 6 ans.

#### **IV.I.6. Autres intervenants dans le parcours de soins**

Les personnes suivies par d'autres médecins spécialistes évoquent souvent les codes en lien avec le thème « Médecin étranger » (annexe 8). Notamment, ils abordent les idées concernant la langue française mais aussi la question du « niveau d'études » qui doit être le même peu importe le lieu d'études. Ils reconnaissent les multiples exigences pour un médecin étranger lors de son arrivée en France. L'expérience positive d'intégration de leur médecin par le compagnonnage, par les collègues ou l'ancien médecin traitant, n'est évoquée que par cette catégorie.

Les patients suivis exclusivement par leur médecin traitant s'expriment sur la relation avec leur médecin traitant à diplôme étranger (annexe 8). Ils utilisent beaucoup d'adjectifs comme « très bien » ou « sympathique » pour décrire leur médecin. La prévalence du code « pas d'incidence origine sur le choix du médecin traitant » est très importante aussi.

#### **IV.I.7. Conclusion**

Cette matrice représente une belle façon d'illustrer la richesse et la variété des idées. L'analyse nous permet de comprendre que les patients peuvent avoir un discours différent en fonction de leurs valeurs, représentations, caractéristiques, éducation etc.

## II. Discussions des résultats du codage axial

Le codage axial nous a permis d'analyser le ressenti des patients face à leur médecin généraliste à diplôme étranger. Ces résultats nous permettent maintenant de comprendre les étapes et les déterminants de la relation qui s'établit entre les patients et leur médecin. Au fil des discussions, nous pouvons suivre ce cheminement.

### IV.II.1. Arrivée d'un médecin généraliste à diplôme étranger dans une commune française

#### IV.II.1.1. Ressenti général

Nous avons pu nous apercevoir au fil des entretiens que le mot « représentations » n'était pas très bien compris par les patients. Parfois, nous avons dû utiliser des termes similaires comme « préjugé ». Or, d'après le dictionnaire Larousse, un préjugé est « *un jugement sur quelqu'un, quelque chose, qui est formé à l'avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions d'esprit à l'égard de cette personne, de cette chose* » [37].

Dans l'esprit des patients, ce terme doit avoir une connotation négative puisque la plupart des patients ont tenu à souligner qu'ils n'avaient pas eu de préjugés concernant les médecins étrangers. Pourtant, d'une façon générale, nous pouvons constater que des préjugés positifs ou négatifs existent.

Dans notre étude, nous avons noté des préjugés concernant le niveau du français des médecins étrangers : « *les gens vont être beaucoup plus réticents, ils vont dire : ben... non... la Roumaine ne parle pas français, je vais pas aller la voir !* » [Patient 6], ou des préjugés concernant les compétences : « *sur leurs compétences par exemple... voilà* » [Patient 4], ou bien d'autres exemples : « *entre... l'accent... euh... la couleur, je sais pas quoi... enfin... voilà* » [Patient 10]. Ces exemples nous informent de la manière dont ils peuvent être perçus les médecins étrangers.

Bref, « *le préjugé précède tout jugement mais il influence celui-ci car il échappe à l'objectivité et fait partie de l'irrationnel* » [38]. Effectivement, nous pouvons nous imaginer que ces représentations pourraient influencer le choix d'un médecin généraliste étranger et par conséquent son intégration dans la commune d'accueil. Pour favoriser l'intégration, avoir un nombre suffisant de patients est évident pour une patiente : « *je sais pas moi... déjà que les gens aillent chez lui...* » [Patient 9]. Un autre précise : « *il faut changer les mentalités je dirais...* » [Patient 10].

Berset et ses collègues expliquent : « *la transférabilité de la valeur des diplômes que le travailleur immigrant a obtenu avant son arrivée est fonction de l'évaluation de leur renommée dans le pays d'arrivée. Quant à la transférabilité de sa réputation professionnelle, elle dépend de l'étendue estimée du réseau professionnel dans lequel il est inséré (réseau régional, national, international, mondial)* » [39].

Un extrait d'un journal retrouvé sur internet permet de se rendre compte de la polémique provoquée parfois par les départs des médecins généralistes étrangers : « *Deux médecins d'origine étrangère y ont « tenté leur chance » coup sur coup. Après le premier échec d'une généraliste originaire de Roumanie, la Communauté de communes a mis la main à la poche. 8.000 euros ont été versés, en deux temps, à un cabinet de recrutement. Arrivé par ce biais, le Dr T., de nationalité espagnole, a choisi en cette fin septembre, quinze mois après son installation en Creuse, de retenter sa chance dans une autre région* » [40]. Ceci est bien remarqué par un des patients de l'enquête qui précise : « *apparemment, ça se passe pas toujours comme ça... des fois ils repartent* » [Patient 1].

Nous pouvons retrouver les mêmes idées dans un travail de thèse réalisé à la Faculté de Médecine d'Amiens en 2015 intitulé « *Les difficultés des médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie* ». Les médecins interrogés dans cette enquête constatent quelques préjugés des patients concernant les compétences des médecins étrangers et leur volonté de s'installer de façon durable dans le cabinet médical [41].

#### **IV.II.1.2. Choix du cabinet du médecin généraliste à diplôme étranger**

Dans notre étude, les médecins généralistes à diplôme étranger reprennent les cabinets des anciens médecins traitants partis pour la plupart à la retraite. Le discours des patients témoigne de la problématique pour trouver des remplaçants. Le sentiment d'inquiétude au sujet des « déserts médicaux » laisse place au soulagement quand le médecin généraliste étranger arrive.

Les propos des patients laissent supposer leur préoccupation de continuer le suivi dans le même cabinet. Ils habitent en milieu rural et la moitié citent la proximité géographique probablement pour une question d'accessibilité « *on n'avait pas spécialement envie de changer, euh... de cabinet, en fait* » [Patient 1], « *c'est mon docteur de proximité...* » [Patient 7]. Certains patients n'ont « *pas le choix* ». Nous avons vu lors de l'analyse matricielle qu'il s'agit surtout des retraités. Ces mots traduisent aussi le souhait d'avoir un médecin traitant proche du domicile.

L'origine du médecin ne semble pas influencer la décision de consulter le successeur. Pour le désigner comme médecin traitant, un premier « *contact positif* » est déterminant. Ce bon contact représente alors un premier pilier de la relation médecin-patient : « *Si on avait eu peut être un mauvais contact avec elle... je sais pas, peut-être on aurait changé* » [Patient 1].

Mais qu'est-ce qui détermine le choix d'un médecin traitant d'une manière générale ? Dans une thèse réalisée en 2007 par C. MOUSEL, il ressort que le choix est fait le plus souvent sur des critères géographiques (36%) puis sur les conseils de l'entourage (24%). Plus rarement, il est le médecin de famille (15%), choisi au hasard (6.5%) ou par sa réputation (5.6%). Cette étude montre que les personnes âgées de plus de 60 ans, les non diplômés et les retraités privilégient la proximité [42].

Une autre enquête qualitative de médecine générale réalisée en 2013 par A. FEUILLET montre que les patients choisissent leur médecin généraliste sur un critère de proximité, sur un conseil de l'entourage ou parce qu'ils avaient rencontré et apprécié le médecin dans le passé. Par contre, la principale cause de changement de médecin qui ressort de cette enquête est une mauvaise relation (mauvaise communication, manque d'attention ou d'écoute) [43].

#### **IV.II.1.3. Intégration du médecin généraliste à diplôme étranger dans le système de santé français**

« *L'intégration est un processus dynamique et réciproque entre l'émigré et la société d'accueil* ». Pour créer une identité, l'individu doit avoir un sentiment « *d'appartenance communautaire* ». Il va perdre ses anciens repères et adopter des nouvelles valeurs [38].

Afin d'explorer tous les angles de cette problématique, nous avons voulu interroger aussi les patients et les mairies des communes où l'intégration a été vécue comme un échec mais en pratique cela est très compliqué. Les patients de notre étude parlent d'une intégration réussie de médecins généralistes installés dans leurs communes. Ainsi, leurs témoignages font ressortir plusieurs pistes.

L'accompagnement par d'autres médecins apparaît comme le premier facteur ayant favorisé l'intégration des médecins à leur arrivée. D'ailleurs, il est cité comme première piste de réflexion par les patients ayant participé à cette étude. Dans cette optique, pour mieux accompagner les médecins qui doivent travailler dans une autre culture, en Grande Bretagne il existe un programme sur internet intitulé « *Welcome to UK practice* ». Celui-ci est destiné aux nouveaux médecins diplômés à l'étranger et aborde entre autres des questions éthiques. Il offre aussi l'occasion de rencontrer d'autres médecins dans la même situation [44].

L'OMS conseille dans son Code de Pratique Mondial « *des programmes appropriés d'orientation et de préparation à l'entrée en fonctions qui leur permettent d'exercer leur activité efficacement et en toute sécurité au sein du système de santé du pays de destination* » [28].

La maîtrise de la langue française est un facteur dépendant du médecin et rentre en compte pour une intégration réussie. Une patiente en fait le constat : « *De toute façon pour moi je l'ai toujours dit, si j'allais vivre ou travailler dans un pays étranger, j'apprendrais la langue avant de partir* » [Patient 6].

La thèse de doctorat en psychologie de M. BARAUD aborde les processus identitaires des médecins à diplôme étranger et exerçant en France. L'adaptation à une nouvelle culture passe aussi par le niveau de langue à travers les relations interpersonnelles qu'elle facilite. L'apprentissage de la langue est important aussi pour l'estime de soi. Parfois, à cause d'un accent, la langue peut montrer une autre origine et est alors « *porteuse de représentations liées à la différence* » [27].

Toujours concernant la maîtrise de la langue française, le Centre d'Analyse Stratégique proposait en 2012 un cours obligatoire de français pendant la première année pour tous les professionnels de santé diplômés dans l'Union Européenne sauf pour ceux qui parlaient couramment le français [23].

## **IV.II.2. Construire une relation avec un médecin généraliste à diplôme étranger**

### **IV.II.2.1. Communication verbale et compétence linguistique**

Le médecin généraliste prend en charge toutes les personnes peu importe l'âge, le sexe et « *intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies* » [3]. De ce fait, il doit interpréter le discours du patient pour pouvoir identifier les symptômes initiaux des maladies. Pour un médecin qui arrive d'un autre pays pour exercer la médecine générale en France, cela peut s'avérer compliqué de comprendre le langage familier, les expressions. Mais il ne suffit pas de comprendre, il doit aussi savoir adapter son langage en fonction des patients, des différents âges et des différents milieux.

Les médecins canadiens définissent la communication comme « *un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public* ». Elle a deux rôles : « *1) l'échange d'informations; 2) le développement d'une relation* » [45].

Dans le cas particulier de la relation entre un médecin et son patient, une bonne communication peut améliorer l'observance. Cette capacité de communication n'est pas une compétence innée, les obstacles peuvent être nombreux [46]. Dans son livre, Sylvie Fainzang évoque plusieurs « *mal-entendus* » dans la communication médecin-patient : les problèmes de langage comme le jargon médical ou l'utilisation des termes qui n'ont pas le même sens pour le patient et pour le médecin ainsi qu'une insuffisance d'information médicale. Le « *déficit d'écoute* » est une autre observation. Les questions des patients sont mal-entendues, ce qui fait que le médecin ne donne pas de réponse ou en donne une en décalage [47].

De plus, en ce qui concerne la communication interculturelle, une barrière linguistique peut apparaître à cause de la diversité des langues mais aussi à cause de la diversité sémantique, les mêmes mots pouvant avoir un autre sens dans des cultures différentes [48].

Cet aspect est remarqué par un des patients interrogés : « *ils n'ont pas le même sens ou c'est pas interprété de la même façon* » [Patient 6]. Un autre témoigne : « *le seul frein c'est parfois le...le langage* » [Patient 11].

Au cours des entretiens, nous avons eu l'impression que les patients entendent par le terme « communication » surtout la capacité de communication verbale. En ce qui concerne les médecins étrangers, il est évident que la capacité de communication verbale est conditionnée par la maîtrise de la langue française. Dans l'ensemble, les patients de notre étude ne signalent pas de « problème de communication » et plus de la moitié souligne l'absence de barrière de langue.

Nous ne connaissons pas le niveau de français des médecins ni leur date d'arrivée en France. Il faut se rappeler que les médecins étaient majoritairement d'origine roumaine. Le médecin marocain, étant francophone, n'est pas concerné par la question de la langue française.

Le roumain est une langue latine et le français est enseigné de façon courante à l'école en Roumanie [49]. Dans l'enquête menée par R. SECHET et D. VASILCU auprès des médecins roumains, leur niveau de maîtrise de la langue française a été considéré comme élevé par 44% des médecins et moyen par 40% [24].

Une recherche doctorale en Sciences de Langage et Didactique des Langues soutenue en 2016 interroge les modalités d'insertion professionnelle des médecins « *allophones* » dans

les hôpitaux français avec une connaissance partielle de la langue. Parmi les éléments qui facilitent la communication, les médecins étrangers citent le langage médical et la proximité linguistique entre différentes langues via le latin ou l'anglais. Mais certains médecins, en France depuis plus longtemps, se rendent compte de la difficulté de transposer le discours médical pour qu'il soit compris par le patient. Cette difficulté est ressentie parfois comme un handicap, les empêchant de montrer aux patients leur empathie [50].

#### **IV.II.2.2. Influence de la culture**

« *Notre société n'est plus monoculturelle. Elle est devenue multiculturelle* » affirme le Dr. Xavier DEAU dans un rapport intitulé « *Pratique médicale et identité culturelle* », une réflexion sur la pratique médicale dans le contexte actuel de mixité sociale [48]. La perception de la mort, la santé, la maladie est différente et marquée par la culture [50].

Les médecins à diplôme étranger, en changeant de pays d'exercice, doivent s'approprier « *les savoir-faire (techniques, méthodes de travail) et les savoir-être (comportements, attitudes et mode relationnel)* » [50].

En ce qui concerne notre recherche, nous n'avons pas repéré dans les propos des patients la notion de différences culturelles avec leur médecin traitant issu d'un pays différent. Seul un patient aborde ce sujet : « *un médecin étranger dans une petite commune rurale... eeuuhh... ça amène ... ça amène... ça amène une autre culture. Voilà !* » [Patient 8].

Une idée intéressante est retrouvée dans la thèse de doctorat de M. BARAUD. Grâce à un questionnaire, les médecins étrangers étaient interrogés entre autres sur les modifications de leurs pratiques. Les médecins n'avaient pas l'impression d'avoir modifié leurs pratiques relevant du domaine privé comme l'habillement, les relations amoureuses, la religion. Par contre, pour les pratiques concernant les horaires, la profession, les relations sociales, les sujets avaient le sentiment d'adopter des pratiques françaises [27]. Nous ne connaissons pas depuis combien de temps les médecins de notre étude exercent en France mais nous pouvons être amenés à penser qu'une telle stratégie pourrait expliquer les résultats.

F. JOSSEAUME constate dans sa thèse qualitative en 2015 que des différences culturelles pourraient expliquer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes étrangers dans les divers domaines : langue, administration, prescriptions, les relations avec les patients ou le milieu professionnel. Nous pouvons noter dans cette thèse de 2015 que la plus ancienne installation de ces médecins généralistes interrogés datait de 2011 [41].

### IV.II.2.3. Autres déterminants de la relation médecin-patient

Au fil des discussions, nous avons pu constater qu'il y a d'autres éléments déterminants de la relation médecin-patient. Plusieurs qualités sont appréciées par les patients, qualités qui relèvent du langage non verbal. Par l'ordre de fréquence, on retrouve : « *l'écoute* », « *le fait de prendre le temps* », « *l'empathie* », « *la disponibilité* ». Ainsi, le discours des patients laisse voir que la façon du médecin de se comporter et son attitude ont une grande importance : « *on attend toujours des réponses, d'être rassurés ...* » [Patient 2].

De même, un autre point qui semble important dans les yeux des patients est le professionnalisme du médecin traitant. La notion de « *prise en charge adaptée* » ou de « *médecin de famille* » est retrouvée à plusieurs reprises. Tous les patients de notre étude expriment un ressenti positif sur la prise en charge médicale.

Par conséquent, nous nous rendons compte que pour les patients, ces qualités contribuent à fonder une bonne relation avec leur médecin traitant. Ces propos traduisent les attentes des patients par rapport à leur médecin généraliste d'une manière générale. Ces attentes sont les mêmes que celles citées dans d'autres études.

Une étude a été menée en 2003 par focus group par DEDIANNE et ses collègues sur les attentes des patients en soins primaires. Elle en montre plusieurs: des compétences techniques et biomédicales (médecin de premier recours, bon diagnostic, examen clinique complet), des aspects interrelationnels (relation partagée, bon contact, écoute active) mais aussi la disponibilité, les visites à domicile [51].

Un mémoire a été réalisé par le Dr. CARMOI en 2010 en utilisant des auto-questionnaires destinés aux patients se présentant à la consultation de médecine interne et gastro-entérologie. Deux qualités essentielles arrivent en tête: « *est à l'écoute (64%)* », « *assure une bonne prise en charge (60%)* » [52].

Plus récemment, dans l'enquête qualitative de 2013 réalisée par A. FEUILLET, les patients citent le plus souvent les qualités relationnelles : « *bon contact* », « *sensation d'être à l'aise* », « *écoute* », « *empathie* », la disponibilité, la confiance. Tout comme dans notre étude, les patients attendent des compétences dans la prise en charge de problèmes de santé. Ils ont aussi des attentes en lien avec le comportement et l'attitude du médecin [43].

En définitive, au-delà des particularités de langage ou de culture spécifiques à un médecin étranger, nous pouvons conclure que la relation médecin généraliste étranger-patient se construit de la même façon.

#### **IV.II.2.4. Qualité de la relation médecin-patient**

En médecine générale, la relation avec les patients se construit dans la durée. « *Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue* » [3]. La confiance est au centre de la relation médecin-patient et pour faire confiance à son médecin, le patient prend en compte les expériences qu'il a pu avoir dans le passé [53].

Nous avons vu plus haut qu' « *un bon contact* » est déterminant. Par la suite, nous pouvons supposer que la relation avec un médecin étranger se construit aussi au fil du temps. Les consultations répétées, le ressenti positif sur la prise en charge médicale, les réponses adaptées, les qualités relationnelles font évoquer par les patients « *une relation de confiance* ». Dans notre étude, la plupart des patients considèrent que l'origine du médecin n'impacte pas ce suivi au long cours et aucun patient ne voit d'inconvénient à être suivi par un médecin généraliste à diplôme étranger.

Bien sûr, notre étude comporte un biais de recrutement. Nous avons recruté des patients suivis au long cours par un médecin généraliste étranger. A juste titre, nous pouvons supposer que la majorité des patients ont une bonne relation avec leur médecin traitant. Les patients mécontents de leur médecin traitant seraient amenés à changer de médecin.

Dans la thèse qualitative réalisée par F. JOSSEAUME, les médecins à diplôme étranger parlent dans la relation avec leurs patients d'une notion de confiance réciproque qui s'installe avec le temps [41].

Nous avons vu dans ce chapitre plusieurs études qui interrogent les médecins à diplôme étranger [24],[27],[41],[50]. A notre connaissance, il n'y a pas eu d'autres études visant à explorer le vécu des patients face à leur médecin généraliste à diplôme étranger. C'est un sujet d'actualité qui relève de plusieurs domaines. Sans être exhaustives, nos réflexions ont été guidées par les résultats de notre étude mais elles devraient être complétées par d'autres enquêtes.

### **III. Discussion de la méthode qualitative**

La rigueur est très importante au cours de toutes les étapes d'une recherche qualitative [33]. Malgré notre bonne volonté, cette thèse présente des limites et des biais que nous allons présenter dans ce sous- chapitre.

#### **IV.III.1. Biais de recrutement**

Premièrement, nous avons éprouvé des difficultés pour avoir une liste complète des médecins généralistes à diplôme étranger du Limousin. Nous avons eu uniquement la liste pour la Haute Vienne. Pour la Creuse et la Corrèze, nous avons dû demander dans l'entourage ou faire des recherches sur internet. Du fait de mon origine, j'ai retrouvé plus facilement des médecins roumains dans les régions respectives (noms roumains, tendance des gens à m'orienter vers les cabinets des médecins roumains). Ceci pourrait expliquer que la grande majorité des patients de notre étude ont comme médecin traitant un médecin roumain. Une moindre partie des patients a été recrutée dans un cabinet appartenant à un médecin diplômé en dehors de l'Union Européenne.

Deuxièmement, la plupart des patients (10/13) ont été recrutés dans les salles d'attente des médecins généralistes à diplôme étranger sur base de volontariat. Nous pouvons déduire de façon logique que ces patients suivis au long cours ont une relation de qualité avec leur médecin. Ce fait pourrait influencer nos résultats.

Par ailleurs, les cabinets de médecins généralistes étrangers dans lesquels nous avons recruté les patients se situaient en milieu rural. Dans notre enquête, nous n'avons pas recensé des témoignages des patients habitant en milieu urbain.

Malgré un recrutement en milieu rural, nous avons remarqué l'absence d'agriculteurs parmi les catégories socioprofessionnelles. Une des explications possibles pourrait être l'heure à laquelle nous avons recruté les patients. Le recrutement des patients a été fait essentiellement en début d'après-midi, ce créneau ne correspond probablement pas aux habitudes de consultation de cette catégorie.

Nous rappelons encore une fois que les patients enquêtés dans le cadre de notre étude qualitative n'ont pas vocation à être représentatifs d'une population [32].

### **IV.III.2. Biais d'investigation**

Au vu de notre objectif, réaliser des entretiens semi-dirigés nous semblait le plus adapté. Les entretiens ont eu lieu pour la plupart (10/13) dans les cabinets de médecins généralistes à diplôme étranger, dans un autre bureau. Même si les patients ne semblaient pas gênés, la proximité par rapport à leur médecin traitant a pu influencer le discours. Parfois, certains bruits ou personnes ont interrompu les entretiens. Les moyens d'enregistrement ont pu aussi gêner la parole.

Dans la posture d'un investigateur novice dans ce type de recherche, j'ai eu des difficultés pour conduire l'entretien surtout au début de mon travail. D'une part, j'ai pu interrompre les patients ou dire des choses pouvant influencer le discours. D'autre part, je n'ai pas su suffisamment reformuler ou développer certains points. Cependant, j'ai remarqué que pour instaurer un climat favorable à la discussion et favoriser la parole, une participation active de ma part était nécessaire. J'ai dû aussi m'adapter en fonction de chaque participant.

Par ailleurs, mon accent a pu trahir mon origine et influencer le discours des patients.

### **IV.III.3. Biais d'interprétation**

Durant la phase de transcription il peut y avoir un risque d'erreur. Même si les enregistrements étaient de bonne qualité, certains passages très courts étaient incompréhensibles.

Au cours de l'analyse du matériel, l'enquêteur a dû prendre de la distance, ce qui peut être difficile quand la recherche interroge ses valeurs personnelles [32]. Ayant une certaine expérience personnelle, j'ai pu interpréter de façon inconsciente certains propos des patients. Pour limiter le biais d'interprétation, nous avons réalisé le codage à trois comme nous l'avons déjà expliqué plus haut.

Ne connaissant pas du tout ce type de recherche, j'ai eu aussi des difficultés au cours de l'analyse du texte. Par exemple, plusieurs codes avaient la même signification. J'ai relu alors tous les entretiens pour harmoniser le codage.

Nous avons abordé un sujet vaste, au carrefour de plusieurs disciplines. L'interprétation du matériel par un sociologue aurait été probablement plus riche en significations.

## V. Conclusion

---

Un nombre suffisant de professionnels de santé est indispensable pour la continuité des systèmes de soins. Le recrutement international devrait prendre en compte les besoins des pays de destination et d'origine pour protéger la santé partout dans le monde [28].

Au-delà des chiffres, il nous semblait important de mener la réflexion autour de la relation médecin-patient. Nous avons réalisé des entretiens auprès des patients pour essayer de comprendre leur ressenti face à leur médecin généraliste à diplôme étranger. Par son approche, notre étude est originale.

Ce travail de thèse a permis de ressortir des idées très riches et variées. Malgré certaines idées préconçues, les patients consultent les médecins généralistes à diplôme étranger quand ils arrivent dans leurs communes. La proximité géographique est un critère important dans le choix du cabinet. Une bonne impression initiale permettra de tisser des liens de confiance.

La recette d'une bonne relation médecin-patient reste la même quelle que soit l'origine du médecin, les mêmes ingrédients s'ajoutent pour construire cette relation. Dans notre étude, les patients ne voient pas des freins pour communiquer ni des différences culturelles. Le ressenti des patients est positif en ce qui concerne la prise en charge médicale et la relation avec leur médecin. De plus, les patients suggèrent des idées comme le compagnonnage et un bon niveau de français pouvant faciliter l'intégration des médecins généralistes étrangers dans le système de soins français.

D'autres pistes restent à explorer. Compte tenu du travail en équipe et de la coordination des soins, il serait intéressant d'analyser le ressenti des autres professionnels de santé amenés parfois à travailler avec des médecins généralistes à diplôme étranger. Une telle étude permettrait d'aborder ce sujet sous un angle différent.

A titre personnel, je suis surprise de constater que mes propres représentations ont évolué grâce à ce travail de thèse. La lecture de divers documents puis les entretiens avec les patients et les réflexions à ce sujet, ont été très enrichissantes pour moi et pour ma pratique future.

## Références bibliographiques

---

- [1] P. Bouet, « Flux migratoires des médecins diplômés hors de France, jeudi 12 Octobre 2017- Point presse », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/diaporama\\_flux\\_migratoires.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/diaporama_flux_migratoires.pdf). [Consulté le: 15-août-2018].
- [2] P. Bouet, « Etudes longitudinales (2007- 2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France. Perspectives des flux migratoires et trajectoires. Situation au 1 er Janvier 2017 », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/perspectives\\_flux\\_migratoires\\_et\\_trajectoires\\_2017\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/perspectives_flux_migratoires_et_trajectoires_2017_0.pdf). [Consulté le: 28-déc-2018].
- [3] J. Allen, B. Gay, H. Crebolder, J. Heyrman, I. Svab, P. Ram, E. Philip, « La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille », *Wonca Europe 2002*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>. [Consulté le: 05-janv-2019].
- [4] D. Wallach, *Numerus clausus: Pourquoi la France va manquer de médecins*. Paris: Springer, 2011.
- [5] J.-P. Saint-André, I. Richard, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, vol. Janvier, n° 1, p. 65-75, 2007.
- [6] J.-M. Mourgues, « Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés: 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1er Janvier 2017 », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf). [Consulté le: 15-août-2018].
- [7] « CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques ». [En ligne]. Disponible sur: [http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=gene\\_datcom.dens\\_g&s=2017&view=map9](http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=gene_datcom.dens_g&s=2017&view=map9). [Consulté le: 31-déc-2018].
- [8] E. R. Dorsey, D. Jarjoura, G. W. Rutecki, « Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students », *JAMA*, vol. 290, n° 9, p. 1173-1178, sept. 2003.
- [9] J.-M. Chabot, « La lancinante question de la démographie médicale », *La Revue du praticien*, vol. 66, p. 599-604, juin 2016.
- [10] S. Jakoubovitch, M.-C. Bournot, E. Cercier, F. Tuffreau, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Etudes et résultats*, n° 797, mars 2012.
- [11] K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats*, n° 679, p. 1-8, févr. 2009.

- [12] « CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques ». [En ligne]. Disponible sur: [http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&f=F&i=gene\\_popage\\_b.actbenmoy&s=2017&view=map9](http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&f=F&i=gene_popage_b.actbenmoy&s=2017&view=map9). [Consulté le: 04-févr-2019].
- [13] M. Monconduit, « Le système de santé français, espoirs et réalités. À propos de la Loi santé du 17 décembre 2015 », *Études*, vol. Juillet-Août, n° 7, p. 43-56, 2016.
- [14] Z. Kansoun, L. Boyer, M. Hodgkinson, V. Villes, C. Lançon, G. Fond, « Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, vol. 246, p. 132-147, 2019.
- [15] « Territoire de vie-santé - zonage médecin », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 14-nov-2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>. [Consulté le: 31-déc-2018].
- [16] « Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique », *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036021089&dateTexte=&categorieLien=id>. [Consulté le: 31-déc-2018].
- [17] « CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques ». [En ligne]. Disponible sur: [http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage\\_conv.z\\_gene&view=map12](http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_gene&view=map12). [Consulté le: 06-févr-2019].
- [18] « Les migrations internationales des personnels de santé. Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale », *Organisation de coopération et de développements économiques*, févr-2010. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/44786070.pdf>. [Consulté le: 02-janv-2019].
- [19] « Code de la santé publique - Article L4111-1 », *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688646&dateTexte=&categorieLien=cid>. [Consulté le: 10-févr-2019].
- [20] « Conditions légales d'exercice de la médecine en France », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*, sept-2012. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions\\_legales\\_exercice.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions_legales_exercice.pdf). [Consulté le: 28-déc-2018].
- [21] « Code de la santé publique - Article L4131-1 », *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688811&dateTexte=&categorieLien=cid>. [Consulté le: 10-févr-2019].
- [22] « Exercer en France avec un diplôme étranger », *Collège National des Généralistes Enseignants*, Aout-2012. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/l\\_international/exercer\\_en\\_france\\_avec\\_un\\_diplome\\_etranger/](https://www.cnge.fr/l_international/exercer_en_france_avec_un_diplome_etranger/). [Consulté le: 28-déc-2018].
- [23] M. Reynaudi, « La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français ? », *La note d'analyse*, n° 308, p. 1-12, déc. 2012.

- [24] R. Séchet, D. Vasilcu, « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Noréis*, n° 223, p. 63-76, mars 2012.
- [25] V. Cottureau, « Les praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE) en France: quand les hopitaux ont recours à des médecins migrants », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, p. 1-16, janv. 2015.
- [26] C. F. Hounsou, « En quête du métier de médecin. Immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1307, p. 105-114, juill. 2014.
- [27] M. Baraud, « Processus identitaires personnels et professionnels et trajectoire migratoire chez les médecins diplômés à l'étranger : une étude exploratoire en France et au Brésil », Thèse de doctorat : Psychologie, Université de Lyon, 2016.
- [28] « Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé », *Organisation Mondiale de la Santé*, 21-mai-2010. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.who.int/hrh/migration/code/full\\_text/fr/](https://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/fr/). [Consulté le: 02-janv-2019].
- [29] C. Rat, B. Tudrej, S. Kinouani, C. Guineberteau, P. Bertrand, V. Renard, O. Saint-Lary, Comité d'éthique du Collège national des généralistes enseignants, « Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. Regulatory framework for research in general practice », *Exercer*, n° 135, p. 327-334, sept. 2017.
- [30] « Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine », *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte>. [Consulté le: 28-févr-2018].
- [31] « Délibération n° 2016-263 du 21 juillet 2016 portant homologation d'une méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement exprès ou écrit de la personne concernée (MR-003) », *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033028290>. [Consulté le: 28-févr-2018].
- [32] J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance, *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin, 2016.
- [33] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.-M. Lehr-Drylewicz, P. Imbert, L. Letrillart, « Introduction à la recherche qualitative », *Exercer*, vol. 19, n° 84, p. 142– 145, 2008.
- [34] P. Paillé, « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 23, p. 147-181, 1994.
- [35] J.-C. Kaufmann, *L'entretien compréhensif*, 4ème édition. Paris: Armand Colin, 2016.
- [36] « Consulter la nomenclature de la PCS-ESE 2017 Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics », *Institut National de la Statistique et des études économiques*. [En ligne].

Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcse2017/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>. [Consulté le: 18-déc-2018].

- [37] « Définitions : préjugé - Dictionnaire de français Larousse », *Larousse*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9jug%C3%A9/63519>. [Consulté le: 24-janv-2019].
- [38] G. Platteau, « Migration et pays d'accueil, une danse entre réalité et préjugés, entre identique et différence », *Thérapie Familiale*, vol. 35, n° 4, p. 397-407, 2014.
- [39] A. Berset, S.-A. Weygold, O. Crevoisier, F. Hainard, « Qualification-déqualification professionnelles des immigrants. Approche théorique », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 15, n° 3, p. 87-100, 1999.
- [40] R. Julien, « Santé - Une course contre la montre pour trouver des médecins généralistes en Creuse », *La Montagne*, 29-sept-2017. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.lamontagne.fr/auzances/sante/ruralite/2017/09/29/une-course-contre-la-montre-pour-trouver-des-medecins-generalistes-en-creuse\\_12569328.html](https://www.lamontagne.fr/auzances/sante/ruralite/2017/09/29/une-course-contre-la-montre-pour-trouver-des-medecins-generalistes-en-creuse_12569328.html). [Consulté le: 24-janv-2019].
- [41] F. Josseaume, « Les difficultés des médecins généralistes étrangers exerçant en Picardie », Thèse d'exercice : Médecine, Faculté de Médecine d'Amiens, France, 2015.
- [42] C. Mousel, « Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain », Thèse d'exercice : Médecine, Faculté de Médecine de Nancy, 2009.
- [43] A. Feuillet, « Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-Et-Loir », Thèse d'exercice : Médecine, Faculté de Médecine de Tours, France, 2013.
- [44] « Welcome to UK practice », *General Medical Council*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/learning-and-support/workshops-for-doctors/welcome-to-uk-practice>. [Consulté le: 24-janv-2019].
- [45] C. Richard, M.-T. Lussier, S. Galarneau, O. Jamouille, « Compétence en communication professionnelle en santé », *Pédagogie Médicale*, vol. 11, n° 4, p. 255-272, nov. 2010.
- [46] O. Kandel, M.-A. Bousquet, J. Chouilly, *Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline*. Saint-Cloud: Global Média Santé ; SFMG, 2015.
- [47] S. Fainzang, *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.
- [48] X. Deau, P. Bouet, F.-R. Cerruti, G. Lagarde, B. Leriche, J. Pouillard, « Pratique médicale et identité culturelle », *Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 18-juin-2005. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/identiteculturelle.pdf>. [Consulté le: 06-janv-2019].

- [49]J.-C. Bontron, L.-M. Voisin, « Les médecins étrangers au secours des campagnes ? », *Pour*, vol. 214, n° 2, p. 139-142, 2012.
- [50]M. Levacic-Burkhardt, « Mobilisation, transformation et construction de compétences langagières et professionnelles dans des parcours de médecins en mobilité géographique et culturelle », Thèse de doctorat : Sciences du langage et didactique des langues, Université François- Rabelais de Tours, France, 2016.
- [51]M. C. Dedianne, P. Hauzanneau, J. Labarere, A. Moreau, « Relation médecin- malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus groups », *La Revue du praticien- Médecine Générale*, vol. 17, n° 611, avr. 2003.
- [52]T. Carmoi, « Le médecin idéal: Le point de vue des patients », Mémoire: DIU de pédagogie médicale, Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, 2010.
- [53]M.-C. Boissier, « La confiance dans la relation médecin-malade », *Commentaire*, vol. 3, n° 139, p. 799-806, 2012.

## Annexes

---

Annexe 1. Attestation d'engagement à la méthodologie de référence MR-003 .....	79
Annexe 2. Avis du Comité d'Ethique .....	80
Annexe 3. Flyer.....	81
Annexe 4. Guide d'entretien qualitatif semidirigé .....	82
Annexe 5. Fiche de recueil de données sociodémographiques.....	83
Annexe 6. Note d'information.....	84
Annexe 7. Choix du cabinet du médecin généraliste étranger (logiciel N'vivo 12).....	86
Annexe 8. Analyse matricielle .....	87

## Annexe 1. Attestation d'engagement à la méthodologie de référence MR-003



Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche

### Attestation d'engagement à la méthodologie de référence MR-003 Recherches dans le domaine de la santé sans recueil de consentement

Investigateur Principal :	Dr RUDELLE Karen
Porteur de projet :	MORARASU DELIA NICOLERA
Service :	Médecine Générale
N° de téléphone :	06 80 37 60 61
Titre de l'étude :	Le ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger. Relation médecin -malade. Etude RM2
Données saisies sur :	Réseau du CHU de Limoges après mise en place d'un système de CLOUD.
Réf de l'étude :	NA

Je soussignée Dr Karen RUDELLE, investigateur principal de l'étude mentionnée ci-dessus atteste avoir pris connaissance de la méthodologie de référence MR-003 et m'engage à respecter tous les points mentionnés dans la cite référence notamment ceux relevant de la durée de conservation des données et du mode d'identification des patients.

Attestation faite à Limoges, le 05/03/18

Signature :

CHU de Limoges  
CEBIMER

2, Avenue Martin Luther King - 87042 Limoges Cedex

☎ 05 55 05 89 00 - 📠 05 55 05 84 34



## Annexe 2. Avis du Comité d’Ethique

**CHU LIMOGES**

**Comité d’Ethique**  
Président : Docteur Gérard TERRIER

---

Avis 265-2018-31  
Projet de thèse de médecine générale : « *Ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger. Relation médecin - malade* » présenté par Madame D.N. MORARASU, interne de médecine générale, CHU de Limoges.

Madame D.N. MORARASU explique la démarche et les objectifs recherchés, échange avec les membres puis se retire.

Le Comité d’Ethique délibère et rend l’avis suivant à l’unanimité des membres présents :  
Le Comité d’Ethique, réuni le 6 mars 2018, n’émet aucune réserve éthique au projet de thèse de médecine générale : « *Ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger. Relation médecin - malade* » présenté par Madame D.N. MORARASU, interne de médecine générale, CHU de Limoges.

Avis émis en Comité d’Ethique du 6 mars 2018 et enregistré sous le n°265-2018-31.

  
Docteur Gérard TERRIER

---

Secrétariat : Caroine TAURON  
01 55 05 86 14 (poste : 58 614) [comite.ethique@chu-limoges.fr](mailto:comite.ethique@chu-limoges.fr)  
(Service d’accompagnement et de soins palliatifs)

## Annexe 3. Flyer

 Université de Limoges

*N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions ou si vous voulez participer à notre étude !*

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à cette recherche !*

Pour me contacter :

DELIA MORARASU

Mail : [morarasudeliah@yahoo.com](mailto:morarasudeliah@yahoo.com)

Tel : 06 80 37 60 61



Département Universitaire de Médecine Générale

Faculté de Médecine

2 Rue du Docteur Marcland

87025 LIMOGES

Etude pour une thèse de médecine générale

« Ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger. Relation médecin-malade »



Disponible sur : <http://www.blog-medicine.net/medecine-generaliste-cms/titlon-a-73a-2018-04-19-10-30-30> (Consulté le 19/04/2018)

*Cher patient,*

*La relation médecin- malade en médecine générale est unique du fait de sa durée qui permet de créer des liens particuliers.*

*Dans le contexte actuel avec la baisse du nombre des généralistes et l'augmentation des médecins généralistes à diplôme étranger on se demande :*

***Quelle est la relation qui se crée entre ces deux protagonistes ?***



Disponible sur : <http://www.developpement.com/querer-cms/titlon-a-2018-04-19-10-30-30> (Consulté le 19/04/2018)

Je souhaite connaître à travers un entretien enregistré le ressenti et le vécu sans aucun jugement de ma part.

Il n'y a pas de bonne/ mauvaise réponse !!

Les données sont anonymes et confidentielles.

Il n'y aucun inconvénient de participer à cette étude !

**Déroulement de l'étude :**

- ❖ Votre participation est entièrement volontaire.
- ❖ Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
- ❖ Cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité d'éthique du CHU de Limoges en date du 06/03/2018.
- ❖ Cette recherche fera l'objet d'un traitement des données conformément à la Méthodologie de Référence MR 003 de la CNIL.

#### **Annexe 4. Guide d'entretien qualitatif semidirigé**

Bonjour. Je souhaite connaître à travers cet entretien vos expériences personnelles et votre ressenti sans aucun jugement de ma part. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Je rappelle que les données sont anonymes et confidentielles et que l'entretien est enregistré.

Pouvez-vous me confirmer que vous êtes bien d'accord pour répondre à mes questions ?

1/ Comment avez-vous été amené à consulter un médecin étranger ? Et à le désigner ensuite comme médecin traitant ?

2/ Quelles étaient vos représentations vis-à-vis des médecins étrangers qui exercent en France ?

3/ Comment décririez-vous votre prise en charge (en termes de diagnostic et de prescription) ? Comment décririez-vous votre rapport avec votre médecin traitant (en termes de communication avec votre médecin) ?

4/ Qu'est-ce qui a changé par rapport à votre ancien médecin traitant ?

5/ Quels sont pour vous les avantages à être suivi par un médecin généraliste étranger ?

6/ Quels sont pour vous les inconvénients à être suivi par un médecin généraliste étranger ? Et dans ce cas-là quelle piste d'amélioration proposeriez-vous ?

## **Annexe 5. Fiche de recueil de données sociodémographiques**

Initiales :

Lieu de recrutement :

Durée entretien :

Sexe :

Age :

Catégorie socio professionnelle :

Situation familiale :

Suivi par le médecin traitant (durée) :

Autres intervenants dans le parcours de soins :

## Annexe 6. Note d'information



RMP  
Version n° 1.0 du 28/02/2018

### NOTE D'INFORMATION

*LE RESSENTI DES PATIENTS FACE A LEUR MEDecin GENERALISTE ETRANGER. RELATION MEDecin – MALADE*  
**RM<sup>2</sup>**

Code projet : 87RC18\_025  
Version n°1.0 du 24/01/2018

Nom et adresse du gestionnaire de la recherche : CHU de Limoges, 2 avenue Martin Luther King 87042 LIMOGES cedex

Gestionnaire de la recherche :	Personne qui surveille la recherche :	Personne qui dirige la recherche :
CHU de Limoges 2 avenue Martin Luther King 87042 LIMOGES cedex	Dr Karen RUDELLE et Dr PAUTOUT Marie Paule Département universitaire de médecine générale Faculté de médecine de Limoges 2 rue du docteur Marcland 87025 Limoges Cedex	Mlle Delia MORARASU Médecine Générale 26 Rue Petinaud Beaupeyrat 87 000 Limoges Tel : 06 80 37 60 61

Madame, Monsieur,

Le Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Limoges et Mlle DELIA MORARASU réalisent une recherche pour un projet de thèse d'exercice de Médecine Générale intitulé « Le ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger. Relation médecin – malade »

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

#### Pourquoi cette recherche ?

La relation médecin-malade en médecine générale est unique du fait de sa durée. Cette relation est essentielle dans la question de l'alliance thérapeutique, de la confiance. Le lien est marqué par les personnalités, les convictions, les représentations des deux personnes.

Actuellement, avec la baisse du nombre des généralistes et le problème de la désertification médicale on constate une augmentation des médecins généralistes à diplôme étranger exerçant en France. Dans ces conditions, quelle est la relation médecin – malade qui se crée entre ces deux protagonistes ?

#### Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif est d'analyser le ressenti des patients face à des médecins généralistes étrangers et d'explorer la relation médecin – malade qui en découle

#### Qui peut participer et comment va se dérouler cette recherche ?

Il vous est demandé de participer à un entretien individuel enregistré au cours duquel on vous posera des questions concernant votre vécu sans aucun jugement de notre part. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

#### Quels sont les inconvénients de votre participation à cette recherche ?

Aucun.

#### Quels sont vos droits ?

Mlle Delia MORARASU doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous souhaitez ne pas y participer ou vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de la recherche à laquelle le Département de Médecine Générale vous propose de participer, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. L'analyse des données sera réalisée par

---

Mme Delia MORARASU en collaboration avec le Dr RUDELLE Karen et le Dr PAUTOUT Marie Paule. Ces données seront identifiées par un code. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité d'éthique du CHU de Limoges, en date du 06/03/2018.

- cette recherche fera l'objet d'un traitement des données conformément à la Méthodologie de Référence MR 003 de la CNIL.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à Melle Delia MORARASU toutes les questions que vous désirez.

Pour toute autre information que vous souhaiteriez sur cette étude, vous pouvez vous adresser au Dr RUDELLE et Dr PAUTOUT dont les coordonnées sont précisées en haut de ce document.

Après un délai de réflexion, seulement si vous refusez de participer à cette recherche, il vous sera demandé de compléter le coupon ci-dessous et le remettre à Melle Delia MORARASU.

---

**Je ne souhaite pas participer au projet de recherche RM<sup>7</sup> et m'oppose à l'utilisation de mes données.**

Fait à ..... le |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Signature du patient :

## Annexe 7. Choix du cabinet du médecin généraliste étranger (logiciel N'vivo 12)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	1	0	0	0	2	0	0	1	3	1
2	0	0	0	3	2	0	3	0	1	1
3	0	0	0	1	4	0	1	0	1	0
4	0	0	0	0	4	0	1	0	2	0
5	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0
7	0	0	0	1	2	2	0	2	2	0
8	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1
9	0	0	0	0	4	0	1	2	0	0
10	0	0	0	1	0	0	4	3	0	1
11	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
12	0	0	0	0	5	1	2	2	3	0
13	0	0	0	1	6	0	1	0	1	1

Les codes appartenant à ce thème :

A : Bon premier contact sur visite à domicile

B : Choix cabinet car suivi des autres membres de la famille

C : Choix MT actuel suite mauvaise relation ancien MT

D : Choix MT en fonction de compétences

E : Continuité suite départ MT

F : Pas de choix MT suite départ MT

G : Pas d'incidence origine sur le choix du MT

H : Pas envie de changer de cabinet (localisation géographique et proximité)

I : Premier contact positif déterminant

J : Suite départ à la retraite

## Annexe 8. Analyse matricielle

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Milieu urbain (0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Milieu rural (13/13)	85	46	15	51	30	33	19	113	96	67
Sexe féminin (7/13)	38	20	8	17	10	19	6	67	56	38
Sexe masculin (6/13)	47	26	7	34	20	14	13	46	40	29
Age patient = 20-40 ans (1/13)	6	4	0	3	0	5	1	10	9	11
Age patient = 40-60 ans (7/13)	44	30	15	31	26	19	12	73	57	35
Age patient >60 ans (5/13)	35	12	0	17	4	9	6	30	30	21
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (2/13)	18	8	12	12	24	10	5	22	27	15
Employés (4/13)	20	15	2	10	2	10	1	43	32	26
Retraités (5/13)	35	12	0	17	4	9	6	30	30	21
Professions intermédiaires (1/13)	5	4	0	8	0	1	6	12	3	2
Cadres et professions intellectuelles supérieures (1/13)	7	7	1	4	0	3	1	6	4	3
En couple (10/13)	66	36	15	41	29	26	18	93	65	46
Célibataires (3/13)	19	10	0	10	1	7	1	20	31	21
Durée du suivi par le médecin traitant <1an (1/13)	7	7	1	4	0	3	1	6	4	3
Durée du suivi par le médecin traitant : 1- 3ans (4/13)	18	13	0	13	2	10	7	38	18	16
Durée du suivi par le médecin traitant : 3- 6ans (6/13)	41	21	14	24	25	17	6	57	63	43
Durée du suivi par le médecin traitant > 6 ans (2/13)	19	5	0	10	3	3	5	12	11	5
Autres intervenants dans le parcours des soins (8/13)	50	22	8	30	13	17	17	84	47	36
Pas d'autres intervenants dans le parcours des soins (5/13)	35	24	7	21	17	16	2	29	49	31

A : Choix du cabinet du médecin généraliste à diplôme étranger

B : Représentations des patients vis-à-vis des médecins étrangers

C : Attentes des patients à l'égard des médecins généralistes

D : Caractéristiques de l'ancien médecin traitant

E : Démographie médicale

F : Facteurs facilitant l'intégration des médecins généralistes étrangers

G : Fonctionnement du cabinet actuel

H : Médecin étranger

I : Relation médecin traitant étranger-patient

J : Ressenti concernant le professionnalisme du médecin traitant étranger

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## Le ressenti des patients face à leur médecin généraliste étranger

---

Introduction : Compte tenu de la démographie médicale actuelle, les patients sont amenés parfois à désigner comme médecin traitant un médecin généraliste à diplôme étranger. La relation médecin-patient est essentielle pour la prise en charge. L'objectif de notre étude est d'explorer le ressenti des patients face à leur médecin traitant d'une autre origine. Matériel et méthode : étude qualitative à partir d'entretiens sémi-dirigés auprès des patients recrutés sur base de volontariat dans les cabinets de médecins généralistes à diplôme étranger, menée jusqu'à saturation des données. Treize entretiens ont eu lieu entre le mois de Février et le mois de Mai 2018 en Limousin. Résultats et discussions : La plupart des patients consultent un médecin étranger suite au départ de leur médecin traitant. La proximité géographique est un critère important dans le choix du cabinet mais un bon premier contact pose les bases d'une relation de qualité qui va se construire au fil du temps. Ils ne décrivent pas un problème de communication ni une barrière de langue. Tous les patients ont un ressenti positif en ce qui concerne la prise en charge médicale et la relation avec leur médecin. Le compagnonnage et un bon niveau de français ont été cités comme facteurs facilitant l'intégration des médecins étrangers dans le système de soins français. Conclusion : La relation entre les patients et les médecins généralistes à diplôme étranger se construit de la même façon qu'avec les médecins diplômés en France. D'autres études pourraient mettre en lumière de nouvelles perceptions concernant ce sujet d'actualité.

---

Mots-clés : Médecin généraliste à diplôme étranger, relation médecin-patient, étude qualitative

## Patients experiences of encounters with their foreign general practitioner

---

Introduction : Due to current demographics of the medical workforce, patients often choose a family doctor who was trained abroad. The doctor-patient relationship is essential in healthcare. The aim of our study is to explore the feelings of patients about their general practitioner who is from a different country. Patients and method : a qualitative study, using semi-structured interviews of volunteer patients recruited in the offices of the foreign trained family doctors. Thirteen interviews were conducted between February and May 2018 in Limousin, France. The study stopped when an additional interview didn't provide new information. Results and discussions : Many patients consult a foreign trained general practitioner after the departure of their own family doctors. The doctor's office location seems to be very important when patients choose their doctors but a good first impression will be the foundation of a quality relationship. They don't describe difficulties to communicate with them or a language barrier. All the patients have good experiences in the relationship with their doctors and their medical care. Moreover, patients suggest that the companionship and a good level of French could help these doctors adapting to French medical practice. Conclusion : Despite different origins, the same elements are essential to build a good relationship between patients and their general practitioners. Furthermore, other studies with different approaches could emphasize new perceptions of this phenomenon.

---

Keywords : Foreign general practitioner, doctor-patient relationship, qualitative study

