



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quand le médecin généraliste est sollicité au-delà de son référentiel
professionnel : propositions d'un groupe nominal d'omnipraticiens
pour aborder les demandes ou situations inédites.**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Octobre 2025 à 18h00
au Pôle Formation

par Eugray FANGUINOVENY

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Adrien DAUZAT

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : Celles-ci sont propres à leurs auteur(e)s

Déclaration publique d'absence de liens d'intérêt

Je soussignée, Eugray Fanguinoveny, doctorante en médecine générale et autrice de cette thèse, déclare que lors de mon SASPAS, Monsieur le Docteur Adrien Dauzat (directeur de thèse) a été un de mes MSU.

Ce travail n'a pas été financé par une fondation, entreprise ou sponsor.

SERMENT D'HIPPOCRATE

(1)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'Humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	2
SERMENT D'HIPPOCRATE	4
SOMMAIRE	5
RÉSUMÉ	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
I.1. Définitions	9
I.2. Problématique	9
MATÉRIEL ET MÉTHODES	11
II.1. Définition et choix du type d'étude	11
II.2. Recrutement des participants	11
II.3. Organisation de la réunion	12
II.4. Déroulement de la session	13
II.5. Analyse des données recueillies	14
RÉSULTATS	15
III.1 Caractéristiques des participants	15
III.2. Analyse quantitative descriptive	19
III.3. Analyse qualitative des propositions	23
DISCUSSION	26
IV.1. Résultats principaux	26
IV. 2. Forces	27
IV.3. Limites	28
IV.4. Représentativité et Validité externe	28
IV.5. Perspectives	29
CONCLUSION	31
GLOSSAIRE	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
ANNEXES	35

RÉSUMÉ

Contexte : Les situations inédites et demandes originales constituent une problématique rencontrée en pratique de médecine générale. Explorer comment les aborder peut servir à améliorer les pratiques et l'aisance des omnipraticiens.

Méthode : 6 médecins généralistes, médecins traitants installés du Nord, ont échangé en visioconférence selon la méthode du groupe nominal de consensus. L'analyse des propositions a été quantitative et qualitative.

Résultats : Après clarification collective des idées émises individuellement, 24 propositions ont été retenues. A l'issue d'un vote anonyme, 10 d'entre elles ont été sélectionnées par chaque participant et hiérarchisées selon un ordre de priorité.

La bienveillance envers le patient s'est révélée primordiale. La gestion du risque médico-légal et l'accompagnement du patient à participer à la recherche de solutions étaient les suggestions les plus populaires.

L'importance de compétences de communication, de la gestion du temps, de la connaissance de ses limites et de ressources relationnelles professionnelles a été mise en évidence.

Conclusion : Il serait pertinent de recueillir les propositions d'autres profils de médecins, mais aussi d'explorer les représentations et attentes de patients quant à l'expertise du médecin généraliste traitant.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CMG Collège de médecine générale

CNGE Collège national des généralistes enseignants

CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNRTL Centre national de ressources textuelles et lexicales

CPP Comité de protection des personnes

CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé

DAC Dispositif d'appui à la coordination

EBM Evidence Based Medicine

EBP Evidence Based Practice (en français : pratique basée sur les données probantes)

ECOGEN Eléments de Consultation en médecine Générale

HAS Haute Autorité de Santé

MSP Maison de santé pluridisciplinaire

MSU Maître de stage universitaire

SUDOC Catalogue du système universitaire de documentation

TCC Thérapie cognitivo comportementale

WONCA World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians

ZIP Zone d'intervention prioritaire

INTRODUCTION

En tant qu'interlocuteur de premier recours, le médecin généraliste garde un rôle majeur en soins primaires et dans le parcours des consultants.

Parfois, pour des communications publicitaires autres que sur des médicaments, la recommandation « parlez-en à votre médecin » s'inscrit comme promesse d'une garantie de choix ou d'action en sécurité.

Les omnipraticiens s'appuient sur les connaissances et compétences acquises pendant leur formation universitaire, sur les référentiels professionnels de la spécialité (2), les recommandations de la HAS et des outils d'aide aux bonnes pratiques, ainsi que sur l'avis de pairs ou d'autres spécialistes.

Cependant, certaines demandes de patients sont "inédites" et mettent le médecin au défi d'un accompagnement "ad hoc".

Celles-ci peuvent être perçues comme telles, du fait de l'absence de confrontation antérieure à une situation similaire, de l'insuffisance de connaissances médicales sur le sujet ou l'absence de consensus établi.

En 2025, 100 000 médecins généralistes assurent environ 2 millions de consultations par jour en France.(3)

Des travaux tel que l'étude multicentrique ECOGEN ont montré la diversité des motifs et résultats de consultation. (4)

La littérature scientifique s'intéressant aux soins primaires a peu décrit les situations singulières.

Dans un article intitulé « la médecine générale face aux normes » (5), Docteur Jean Luc Gallais décrivait les facteurs influençant les décisions médicales et les limites d'application des référentiels.

I.1. Définitions

L'originalité, dont l'étymologie est « ce qui n'a pas encore été publié », caractérise ce qui est nouveau ou inédit. Le Cnrtl la définit par « unique, qui a sa marque propre ».

L'inhabituel et l'atypique désignent ce qui sort des normes, des observations ou des pratiques courantes.

Cela englobe, ce qui pourrait ensuite être jugé abusif, inapproprié ou injustifié mais cet aspect ne fera pas restrictivement l'objet de cette étude.

I.2. Problématique

Sollicité pour une grande variété de motifs de consultation, le médecin généraliste gère des situations d'incertitudes (6,7).

Le champ d'expertise projeté par les patients est influencé par de nombreux déterminants, comprenant l'origine socio-culturelle, les représentations de la santé et de la maladie, le niveau de littératie en santé, la qualité d'accès aux soins.

D'autre part, l'omnipraticien a un champ de connaissances et de compétences évolutives et perfectibles, résultats de divers facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Ce travail de thèse tente d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche suivante : « Comment aborder les situations et demandes originales, inhabituelles ou atypiques rencontrées en pratique de médecine générale en 2025 ? »

Réfléchir de manière collective aux moyens d'accompagner le patient dont la demande est inédite, ou de gérer une situation originale, permet d'explorer les solutions pragmatiques issues de diverses expériences de praticiens et les idées novatrices.

L'objectif étant d'enrichir les connaissances sur nos pratiques, dans le but de contribuer à un exercice optimal de la médecine générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

II.1. Définition et choix du type d'étude

Il existe plusieurs manières de recueillir les idées d'un groupe.

L'approche choisie, par une méthode qualitative de recherche de consensus, propose de mettre en évidence celles jugées les plus pertinentes sur un sujet peu documenté.

Le groupe nominal, est une méthode structurée qui permet d'identifier des idées récurrentes au sujet d'une problématique peu documentée.

Elle a pour avantage de permettre une expression équitable des participants, sans « leader d'opinion » (8) (9).

II.2. Recrutement des participants

Un échantillonnage raisonné a été choisi, pour recruter des médecins omnipraticiens installés, avec l'hypothèse qu'une relation de confiance avec le patient se construit au cours de consultations récurrentes et/ou d'un suivi (10).

Une trentaine de médecins généralistes des départements du Nord et du Pas-de-Calais ont été contactés par messages, courriels et /ou appels téléphoniques.

Informés sur l'objectif du travail, la méthode choisie et ses requis, les médecins qui ont répondu et donné leur consentement, ont été inclus.

Dans une recherche d'effet « boule de neige », il leur a été demandé de communiquer auprès de pairs susceptibles d'être intéressés par une participation à la réflexion de groupe.

II.3. Organisation de la réunion

Pour favoriser la disponibilité des médecins sollicités, la thésarde a proposé un échange en visioconférence.

Un doodle, support digital mis à disposition grâce au service du même nom, a été créé, pour convenir de la date de réunion.

Un questionnaire à compléter par tous les médecins, proposaient trois dates et deux créneaux horaires, privilégiant le milieu de la journée et le début de soirée.

La concordance minimale de 6 accords de présence a permis de confirmer la réunion auprès des médecins. Des messages rappelant la date et de l'heure du rendez-vous, ainsi que la nécessité d'un environnement calme et d'une bonne connexion internet, leur ont été envoyés la veille et 3h avant l'échange.

Le logiciel Zoom © mis à disposition sur l'espace numérique de travail de la faculté de médecine de Lille a été utilisé permettant une session sans limitation de durée.

Formalités administratives et légales :

Ce travail de thèse n'implique pas de données de santé des participants.

Il n'est pas dans le champ d'application de la loi Jardé (11) .

Il n'a pas été nécessaire de demander l'avis du CPP.

Par ailleurs, l'anonymisation des données personnelles exempte d'une demande d'autorisation à la CNIL.

L'avis du comité d'éthique de l'université aurait pu être sollicité en amont de la réunion du groupe nominal, néanmoins, aucune donnée sensible n'a été recueillie.

II.4. Déroulement de la session

L'animatrice de la session était la thésarde et effectuait la collecte des données déclaratives, l'application Zoom® permettant d'enregistrer la réunion.

Les participants ont été accueillis et se sont mutuellement présentés par tour de table.

Le contexte et l'objectif ont été expliqués oralement aux médecins présents et leur compréhension a été vérifiée.

Puis, ils ont été invités à exprimer respectivement et brièvement un ou deux exemples de demandes originales de patients ou situations inhabituelles, vécues.

Cet exposé collectif a servi à illustrer différentes formes d'une problématique commune.

La question nominale, testée en amont de la réunion, a ensuite été affichée à l'écran partagé : « Quelles sont vos propositions pour aborder les situations inédites (originales) et les demandes inhabituelles de patients en médecine générale ? »

En réponse, la rédaction individuelle d'idées s'est déroulée pendant une étape silencieuse de 15 minutes.

Ensuite, les participants ont énoncé leurs propositions à tour de rôle. Elles étaient retranscrites au fur à mesure et visibles sur l'écran partagé.

Enfin, avec la consigne de sélectionner silencieusement 10 propositions (choix empirique) et de les hiérarchiser par ordre d'importance, les choix de chaque participant ont été transmis à l'animatrice comme vote individuel via la messagerie privée du logiciel Zoom®. Cela afin de garantir l'anonymat.

Un regroupement thématique des propositions retenues peut être effectué par le groupe nominal, après la phase de vote, cette étape n'a pas été réalisée.

Il a été convenu avec les participants, qu'ils recevraient en différé et par mail les résultats de la compilation.

II.5. Analyse des données recueillies

La compilation des résultats du vote et de la hiérarchisation a été réalisée sur un tableur Excel®.

Une proposition choisie par un participant et évaluée comme la plus importante pour lui obtenait la pondération de 10, la moins importante obtenait 1.

De la technique du groupe nominal peuvent découler une analyse quantitative en tenant compte de la popularité et de la priorité et une analyse qualitative (12).

RÉSULTATS

La réunion a eu lieu en août 2025 et a duré environ 3h, sans incident informatique. Suite à un imprévu professionnel, un des médecins ayant accepté n'a pas pu rejoindre la visioconférence.

III.1 Caractéristiques des participants

Un résumé des caractéristiques des médecins participants est présenté dans le tableau 1. Un classement par ordre d'âge croissant a été choisi arbitrairement pour minimiser le risque d'identification.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants au groupe nominal

Âge	Genre	Département	Mode et milieu d'exercice	Autre caractéristique
30 ans	Homme	59	MSP en ZIP	
32ans	Femme	59	MSP urbaine	MSU (externat)
32ans	Femme	59	MSP urbaine	Majorité de pédiatrie
36 ans	Femme	59	MSP rurale	MSU (externat) Beaucoup de visites à domicile
36 ans	Homme	59	MSP urbain	ETP
38 ans	Homme	59	Cabinet de groupe urbain	MSU (internat)

Le panel des 6 participants présents, comprenait 3 femmes et 3 hommes.

Lors du premier tour de table, ce que les participants désignaient comme inédit, concernait des problématiques variées dont voici quelques exemples non exhaustifs :

- la confrontation au scepticisme d'un patient sur le sujet de la santé planétaire
- la difficulté de protection d'une personne présentant des troubles psychotiques abusée sexuellement en institution
- la gestion des exigences d'un patient ayant eu recours à l'intelligence artificielle pour demander ensuite des examens complémentaires
- la demande d'orientation vers un thérapeute de pratique de soin non conventionnelle
- la demande de réparation d'une panne de matériel électronique lors d'une visite à domicile

Les verbatims n'ont pas été retranscrits pour se prémunir d'une éventuelle identification. Par ailleurs, l'objectif de notre étude est de mettre en exergue des moyens d'aborder un phénomène aux nombreuses présentations.

Les médecins ont donc répondu à la question nominale suivante : « Quelles sont vos propositions pour aborder les situations inédites (originales) et les demandes inhabituelles de patients en médecine générale ? »

Les idées émises ont été clarifiées par le groupe et reformulées au cours d'un échange interactif. Les énoncés univoques des propositions retenues sont dans l'encadré figure

1.

Figure 1 : Enoncés des propositions en réponse à la question nominale

- 1 Comprendre où se situe l'intérêt du patient dans sa demande.
- 2 Verbaliser son ressenti au patient par rapport à sa demande inédite.
- 3 Evaluer la pertinence de la demande par rapport à ses compétences de soignant.
- 4 Privilégier une communication non violente par une écoute attentive.
- 5 Adopter une posture neutre et bienveillante, accueillir les différences en essayant de s'affranchir de ses propres représentations.
- 6 Evaluer la faisabilité immédiate et le degré d'urgence et éventuellement différer / temporiser la demande inédite.
- 7 S'écarter de sa relation médecin-patient pour adopter une attitude sympathique
- 8 Pour les cas complexes, recourir à la collégialité (savoirs expérientiels de groupes de pairs).
- 9 Se former sur les thématiques non maîtrisées à renforcer pour enrichir son champ de compétences et d'aisance.
- 10 Rechercher les représentations de la santé du patient.
- 11 Recourir à l'intervention de l'entourage du patient.
- 12 Réseau d'adressages à des professions hors secteur médicosocial concernées potentiellement par la situation ou demande.
- 13 Mettre à disposition des représentants des usagers.
- 14 Evaluer le risque médico-légal de s'impliquer. En cas d'insuffisance, recourir à un juriste en droit médical et des libertés individuelles et un conseiller Ordinal.
- 15 Se préparer en amont à gérer l'imprévu, en pratiquant des exercices de souplesse mentale (techniques de tcc) et de sa capacité d'adaptation.
- 16 Savoir identifier ses limites, et refuser lorsqu'elles sont dépassées.
- 17 Accepter ses propres limites (attitude mentale).
- 18 Organiser des café-débats avec des professionnels de santé et la patientèle suivie sur des sujets non imposés.
- 19 Recherche de ressources issues de la littérature scientifique.
- 20 Accompagner le patient dans l'exploration de ses propres solutions.

- | | |
|----|--|
| 21 | Chercher à protéger le patient, l'Informer et le mettre en garde. |
| 22 | Orienter vers des centres de références qui semblent adaptés et pourraient avoir un recrutement de patients ayant des problématiques similaires. |
| 23 | Recourir à l'exercice coordonné (CPTS, DAC dispositifs d'appui à la coordination de santé, etc...) |
| 24 | Se questionner sur son état de santé et d'épuisement professionnel si la gestion de l'imprévu est difficile |

Enfin, après la dernière phase, individuelle et anonymisée, de vote et de hiérarchisation des propositions choisies, les résultats ont été compilés par la thésarde.

III.2. Analyse quantitative descriptive

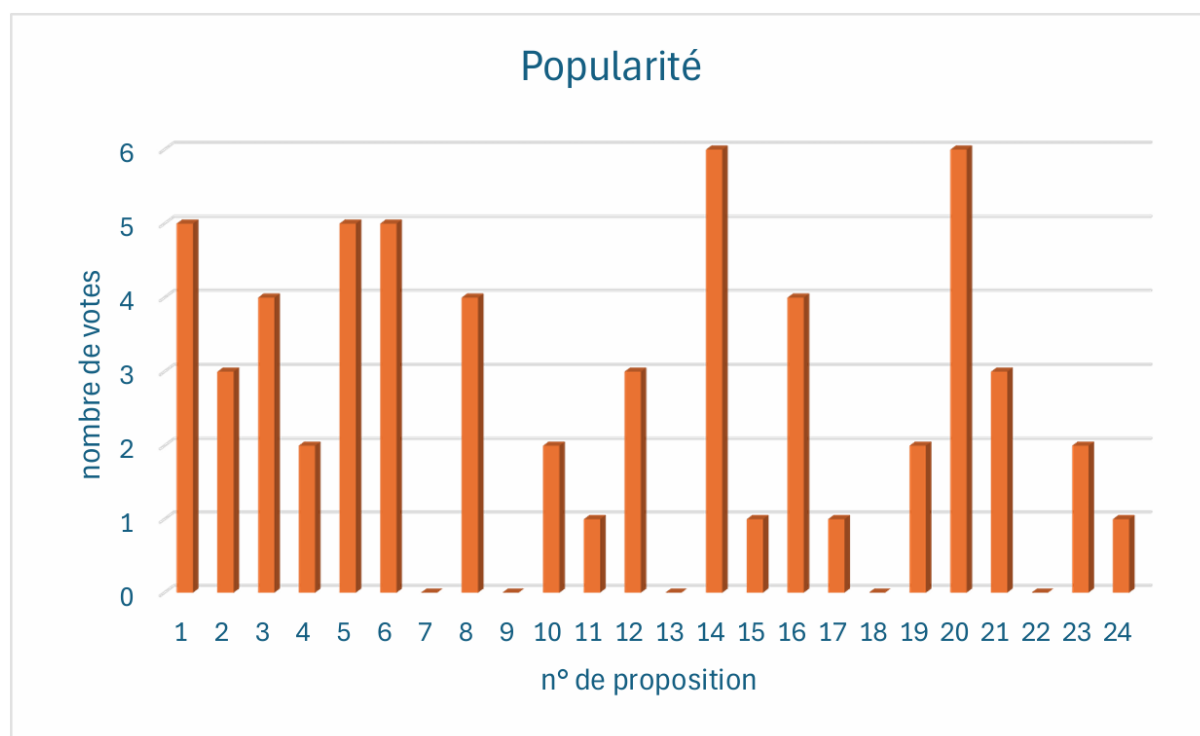
Les résultats de cette compilation sont représentés dans le tableau 2 et le tableau 3.

Tableau 2 : Classement des propositions par popularité

(note : l'absence de points attribués correspond à une absence de vote)

N° DE LA PROPOSITION							FREQUENCE DE VOTE	RANG DE POPULARITE
14	1	7	3	3	5	4	6	1
20	7	3	1	4	3	7	6	2
1	9	1		8	9	9	5	2
5	8	5	8	10	10		5	2
6		8	7	7	6	6	5	2
3		9	10		7	8	4	3
8		2	4		2	5	4	3
16	2	6	2			3	4	3
2	10	4		6			3	4
12			6	2		1	3	4
21	6			1	4		3	4
4			9	9			2	5
10					8	10	2	5
19			5		1		2	5
23	3					2	2	5
11	4						1	6
15		10					1	6
17				5			1	6
24	5						1	6
7							0	
9							0	
13							0	
18							0	
22							0	

Figure 2 : représentation graphique de la popularité



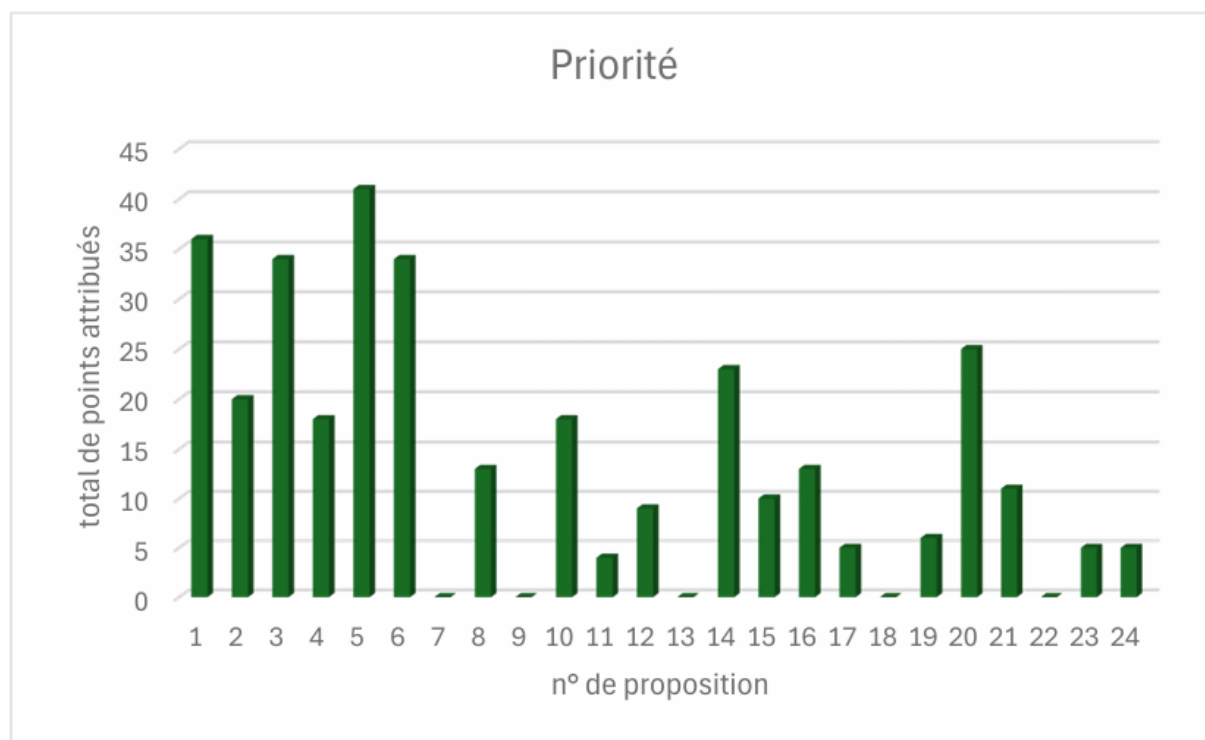
Les propositions n°14 et n°20 ont fait l'unanimité. Cinq propositions n'ont pas été votées.

Tableau 3 : Classement des propositions par priorité

N° DE LA PROPOSITIO N	POINTS ATTRIBUES PAR LES PARTICIPANTS						TOTAL DE POINTS	RANG DE PRIORITE
5	8	5	8	10	10		41	1
1	9	1		8	9	9	36	2
6		8	7	7	6	6	34	3
3		9	10		7	8	34	3
20	7	3	1	4	3	7	25	4
14	1	7	3	3	5	4	23	5
2	10	4		6			20	6
4			9	9			18	7
10					8	10	18	7
8		2	4		2	5	13	8
16	2	6	2			3	13	8
21	6			1	4		11	9
15		10					10	10
12			6	2		1	9	11
19			5		1		6	12
23	3					2	5	13
17				5			5	13
24	5						5	13
11	4						4	14
7							0	15
9							0	15
13							0	15
18							0	15
22							0	15

Observons que les six propositions les plus prioritaires correspondent, dans un ordre différent, à celles qui ont été les plus populaires.

Figure 3 : représentation graphique de la priorité



III.3. Analyse qualitative des propositions

Cette analyse donne un aperçu du champ de ressources mobilisées par notre panel de praticiens.

Nous avons remarqué que plusieurs propositions de réponse des omnipraticiens pouvaient se rapporter à des champs de compétences définies de la discipline de médecine générale.

- L'Approche centrée patient peut être reconnue dans les propositions n°1, n°10. Issue de la complémentarité des travaux de Carl Rogers et de Michael Balint, cette démarche est désignée comme compétence fondamentale par la WONCA Europe (annexe 2) et le CNGE.
- Il y a plusieurs modes de pratiques de la médecine générale (13) et différents modèles de relation médecin patient. Les propositions n°2, n°11 s'inscrivent dans une relation à dynamique partenariale et horizontale.

Solliciter l'entourage implique en amont la recherche du consentement éclairé du patient et la considération du secret médical.
- Les qualités communicationnelles sont valorisées par les propositions n°2, n°4 et n°10.
- La proposition n°5 invite à la neutralité de la posture du médecin, même en cas de surprise ou d'incompréhension. Le professionnalisme et la réflexivité permettront de s'en approcher.

- Les propositions n° 6 et n° 21 attirent l'attention sur les rôles de gestion d'urgence et de protection qui incombent au médecin généraliste.
- La proposition n°7 se démarque en suggérant de passer de l'empathie à la sympathie.
- Le réseau d'interlocuteurs informel au sein duquel s'articule la pratique complexe de l'omnipraticien, l'intérêt de la collégialité et de la coordination sont évoqués par les propositions n°8, n°12, n°13, n°22 et n°23.
- La proposition n°14 témoigne de la perception d'une exposition à différents risques professionnels. Le risque médico-légal suscite une crainte de procédure où la responsabilité médicale serait mise en cause. Cela est un reflet de la judiciarisation sociale et peut expliquer le concept de médecine dite « défensive » (14) consistant en des moyens de prévention et une modification des pratiques.
- La n°16 concernent les limites et la capacité d'imposer le refus.

Les médecins généralistes peuvent suivre différentes stratégies et modifier leur communication ou leur organisation.

Le refus de prescription, parfois mal vécu par le médecin (15) et par le patient (16), peut aller jusqu'à mettre en danger la sécurité de l'omnipraticien, comme en témoignent les agressions de soignants déplorées dans l'actualité.

- La proposition n°19 reflète, le recours à des sources de connaissances fiables et éprouvées, ainsi que l'entretien de l'esprit critique enseignés pendant le cursus universitaire et encouragés pour la pratique (17).
- L'exercice médical collaboratif se révèle parmi les solutions de certains médecins comme l'indique la proposition n°23.
- La proposition n°24 incite à veiller à la santé des médecins et plus largement à celles des soignants, en étant vigilant quant à ce qui, lié aux conditions de travail, pourrait l'affecter.

DISCUSSION

Le référentiel professionnel de la médecine générale, actualisé en mars 2025, les recommandations de bonnes pratiques, la marguerite des compétences (annexe 1) constituent des repères pour le médecin généraliste.

Pourtant, des situations nouvelles et demandes inédites peuvent se présenter au long d'une carrière médicale.

La transversalité de la médecine requiert du médecin généraliste une polyvalence et une grande adaptabilité, à des contextes et enjeux évolutifs.

L'expérience d'un groupe de praticiens a constitué un support de réflexion sur les postures et des propositions d'accompagnement dans les situations originales ou atypiques.

IV.1. Résultats principaux

Le classement des idées par popularité a mis en évidence deux propositions ex aequo au premier rang :

La n°14 concerne l'évaluation du risque médico-légal induit par le fait de s'impliquer au-delà du référentiel professionnel.

La proposition n°20 suggère d'accompagner le patient à explorer les solutions qu'il ou elle pourrait mettre en place.

La proposition n°5 consensuelle prioritaire, reflète la nécessité pour le médecin d'aborder l'autre avec bienveillance et en respectant ses différences de perception.

La proposition n°7 peut exprimer l'inconfort du médecin généraliste quant au discernement et et l'application de l'empathie dans certaines situations.

Définie comme « un attribut cognitif qui implique, d'une part, la capacité à comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les expériences et, d'autre part, la capacité à communiquer au patient cette compréhension» (18) mais parfois aussi comme une émotion, l'empathie semble encore un concept à mieux s'approprier (19) (20).

- Validité interne

La session a été réalisée en suivant les requis de la technique du groupe nominal et en s'inspirant des différentes phases du processus. Un nombre suffisant de propositions a été produit. Chaque proposition a un intérêt du point de vue médical, puisqu'elle a été générée et clarifiée avant le vote.

Le fait d'avoir effectué un tour de table a permis de définir un sens commun, cependant, cet exposé a pu orienter la réflexion des participants.

IV. 2. Forces

Après la consultation de banques de données et catalogues, tels que Sudoc et Pépite, permettant d'explorer la littérature grise, ce travail semble être le premier à utiliser la technique du groupe nominal sur le sujet.

En effet, cette méthodologie est adaptée pour valoriser des points d'accord sur une thématique à mieux cerner, et définir des critères ou solutions applicables à des situations n'ayant pas encore de protocoles établis.

Les profils des médecins constituaient un groupe homogène.

Sans en être experte, l'animatrice avait déjà expérimenté cette méthode lors d'une autre session.

IV.3. Limites

Le choix méthodologique du groupe nominal a induit un biais d'investigation. Plusieurs médecins ont refusé de participer, exprimant le regret de ne pouvoir consacrer plusieurs heures à une réunion pour une thèse. L'échange s'est donc déroulé avec 6 participants parmi lesquels, certains suivaient pour la première fois la méthode du groupe nominal.

Les médecins, volontaires, et exposés au jugement de confrères, se sont peut-être exprimés avec un biais de désirabilité sociale.

Lors de l'analyse, la thésarde a été soumise à un biais d'interprétation.

IV.4. Représentativité et Validité externe

Nombreux travaux de thèses d'exercice de médecine ont utilisé des variantes de la technique du groupe nominal pour recueillir des suggestions applicables quant à des problèmes mal définis.

Notre panel était constitué de médecins trentenaires, des deux genres, installés en secteur conventionnel 1 et ayant une patientèle régulière suivie. En revanche, ils exerçaient tous dans le département du Nord, et en exercice de groupe, ce qui peut influencer sur la transférabilité des résultats.

Les propositions de notre groupe nominal du Nord sont néanmoins en cohérence avec une partie des résultats des études réalisées par Docteur Firoaguer Victoria à Strasbourg (21), Docteur Zuliani à Bordeaux (22) , Docteur Sonia Diat à Montpellier (23), Docteur Didier en Bretagne (24) et Docteur Aurore Jouve dans la Drôme (25). En effet, ces propositions font écho à des concepts (26) sur lesquels se construit et se transmet la spécialité de la médecine générale en France.

IV.5. Perspectives

Il pourrait être pertinent de mener un travail similaire avec un panel d'omnipraticiens non installés, remplaçants, et un autre groupe de médecins installés dont la relation avec la patientèle est plus ancienne, peut-être plus propice à développer de nouvelles approches.

Il serait intéressant d'interroger les patients et leurs représentations sur l'étendue du champ d'expertise ou de compétences du médecin généraliste.

Les résultats d'une étude menée aux Pays-Bas (27) qui a analysé les motivations à l'origine de la consultation du médecin généraliste, mettaient en évidence parmi les déterminants, la quête d'information, la gravité perçue de la gêne ou maladie, l'efficacité perçue du soin médical.

Le rôle instructif et éducatif du médecin est non substituable pour une grande partie de patients, néanmoins, l'omnipraticien est de plus en plus confronté à évaluer l'information disponible et accessible par différents médias, consultée en amont de la consultation (28). Parfois, support de la réflexion à laquelle sera dédiée la consultation, cela peut limiter l'exploration inhérente à la démarche médicale, ne pas l'influencer, ou l'élargir.

L'inédit pouvant concerner des sujets de santé ou pas, la réalisation d'un « focus group », démarche qualitative exploratoire, pour tenter de catégoriser les situations et demandes originales en médecine générale, exposerait un aspect complémentaire sur ce sujet.

CONCLUSION

Pour aborder les situations inédites et demandes originales, les médecins généralistes mobilisent des compétences acquises au cours de leur cursus professionnalisant, en accord avec le modèle de la marguerite des compétences (annexe 1).

Les médecins expriment en priorité l'intention de pas nuire au patient.

Le plus souvent, ils veillent à la sécurité en se basant sur les réglementations, la législation et leur référentiel professionnel.

Il serait intéressant de soumettre la question nominale de cette thèse à un échantillon de médecins installés depuis plusieurs années et n'ayant peut-être pas bénéficié de l'approche biopsychosociale au cours de leur cursus.

Enfin, ces situations et demandes, semblent amener le médecin à s'intéresser aux moyens et connaissances que peut mobiliser le patient par lui-même.

La relation avec le patient est - elle susceptible de se modifier davantage lorsque le médecin rencontre une limite ? La décision médicale serait-elle mieux partagée ?

Continuer à étudier les comportements des médecins en réponse à ceux de leurs patients est un moyen de nourrir la recherche pour une formation médicale continue optimale.

GLOSSAIRE

- Biais : (en recherche) source d'erreur systématique lors de la réalisation de l'étude / (en psychologie) distorsion dans le traitement d'une information, susceptible de fausser le raisonnement et le jugement.
- Littératie : concept représentant l'ensemble des compétences et des connaissances permettant à une personne d'accéder aux informations nécessaires à sa santé, de les comprendre de les évaluer et de les utiliser.
- Communication non violente : processus développé par le psychologue Marshall Rosenberg reposant sur la théorie que tous les êtres humains ont les mêmes besoins mais des stratégies qui peuvent être différentes pour y répondre.

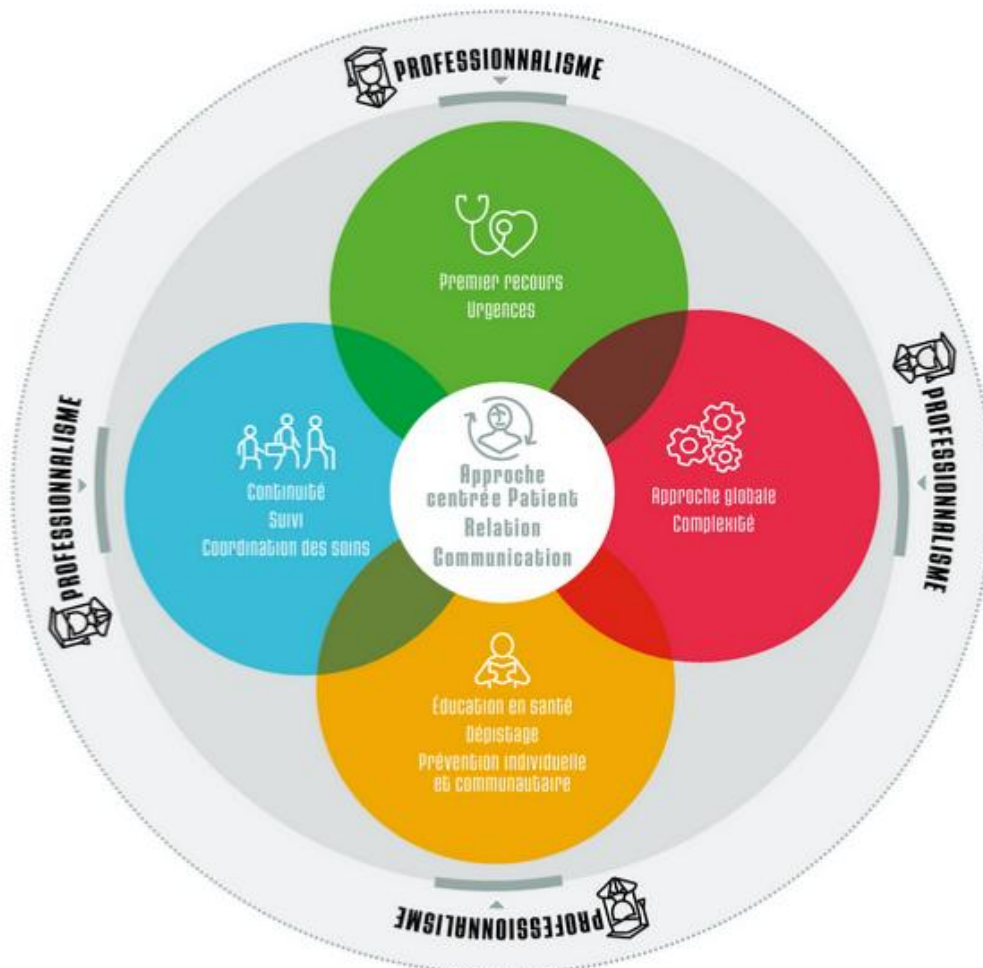
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
2. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer*. avr 2010;(91):41-6.
3. La démographie des professionnels de santé depuis 2012 . Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-depuis-2012/information/>
4. Letrilliart L, Supper, Schuers, Darmon, Boulet, Favre. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;25(114):148-57.
5. Gallais JL. La médecine générale face aux normes. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie*. 2015;12(4):17-25.
6. Clause J. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les médecins généralistes des Hauts-de-France [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2024. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-45175>
7. Motte B, Aiguier G, Van Pee D, Cobbaut JP. Mieux comprendre l'incertitude en médecine pour former les médecins. *Pédagogie Médicale*. 2020;21(1):39-51.
8. Frappé P. Initiation à la recherche. 2e éd. Saint-Cloud [Paris]: Global média santé CNGE productions; 2018.
9. Letrilliart L. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?. *exercer* 2011;99:170-7. *Exercer*. 2011;
10. Gérard L, François M, de Chefdebien M, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice. *Br J Gen Pract*. nov 2016;66(652):e810-8.
11. La loi Jardé et son application [Internet]. Université de Lorraine. Disponible sur: <https://www.univ-lorraine.fr/luniversite-de-lorraine/ethique-deontologie-integrite-scientifique/ethique/la-loi-jarde-et-son-application/>
12. Recueil de données en recherche qualitative. LEPCAM. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
13. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale - Livre. Les Presses de l'EHESP. 2025. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/singuliers-generalistes/>
14. Abouzine PA. Représentations du risque médico-légal en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région Hauts-de-France.
15. Richard C, Lussier MT. Assertivité, Professionnalisme et communication en santé. Deuxième partie. *Distances et savoirs*. 17 nov 2019;156:369.

16. Mazeau L, Satrin AL. Vécu des patients face à un refus du médecin généraliste : une étude qualitative. 2023;98.
17. labonne laetitia. Un outil d'aide à la décision médicale de référence au service des médecins généralistes : ebmfrance.net. CMG. 2025. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/un-outil-daide-a-la-decision-medicale-de-reference-au-service-des-medecins-generalistes-ebmfrance-net/>
18. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. sept 2002;159(9):1563-9.
19. Costa-Drolon E, Verneuil L, Manolios E, Revah-Levy A, Sibeoni J. Medical Students' Perspectives on Empathy: A Systematic Review and Metasynthesis. *Acad Med*. 1 janv 2021;96(1):142-54.
20. Lussier MT, Richard C. Le médecin de famille doit-il être empathique? *Can Fam Physician*. août 2010;56(8):744-6.
21. Firoaguer V. Les demandes abusives ou injustifiées des patients. Enquête auprès de médecins généralistes. Strasbourg; 2023.
22. Zuliani Cyr J. Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes [Internet]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492993/document>
23. Diat S. Attitudes et comportements des médecins généralistes face aux demandes des patients jugées injustifiées [Internet]. Montpellier; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03144309>
24. Didier W. Les demandes des patient.e.s jugées non fondées par les médecins généralistes de Bretagne: une étude observationnelle. [Rennes]; 2020 . Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/136bf47c-3dd0-49d5-a275-96c7f1037a23?inline>
25. Jouve A. Les demandes des patients ressenties comme abusives par les médecins: expériences des médecins généralistes et stratégies de gestion : étude qualitative par entretiens auprès de dix médecins généralistes de la Drôme. [Lyon ; 1971-...., France]: Université Claude Bernard; 2017.
26. Bousquet MA, Kandel O. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline.
27. van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract*. août 1992;42(361):313-6.
28. Follet N, Bayen S, Bayen M, Claeys S, Ponchant M, Cauet C. Evaluation of patient trust in GPs based on information-seeking methods during primary care consultations. *Patient Educ Couns*. nov 2025;140:109296.

ANNEXES

Annexe 1 :



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.

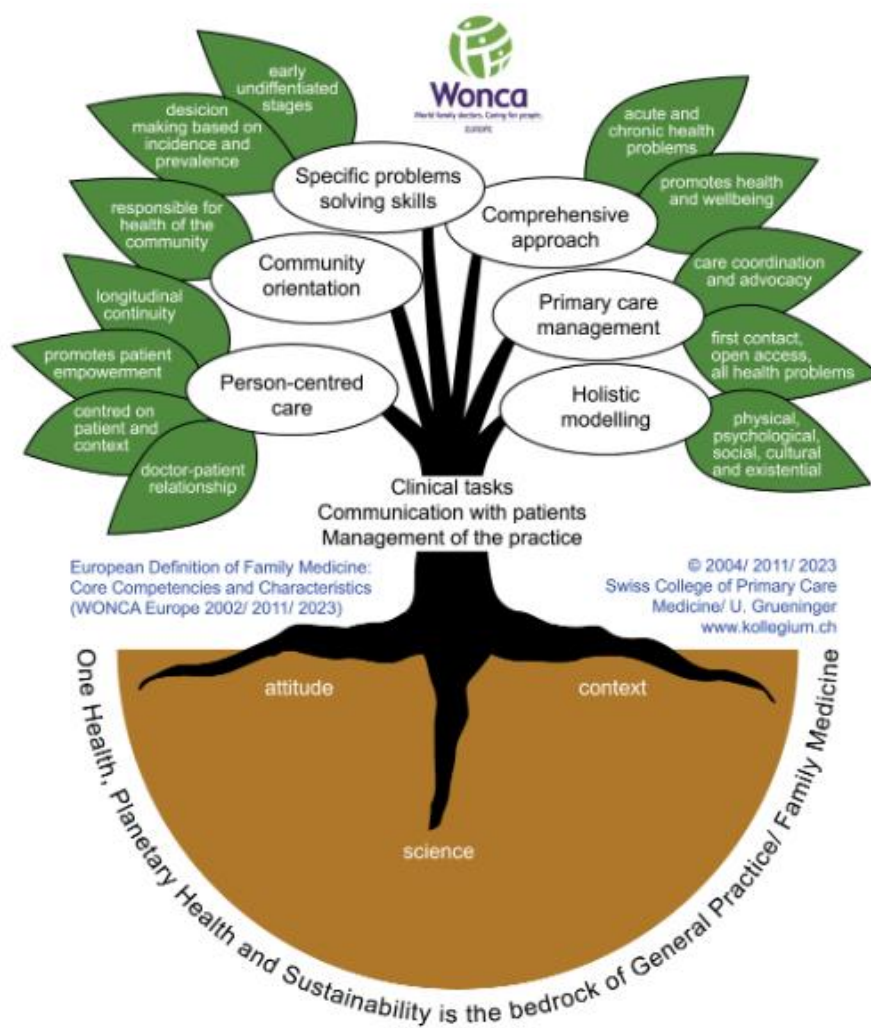


SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al.
groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Document propriété jehannebore.fr

Annexe 2 : Définition Européenne de la médecine générale, médecine de famille

WONCA EUROPE 2023 Edition



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE

(Revised 2011 and 2023)

AUTEUR(E) : Nom : Fanguinoveny

Prénom : Eugray

Date de soutenance : 30 Octobre 2025

Titre de la thèse : Quand le médecin généraliste est sollicité au-delà de son référentiel professionnel : propositions d'un groupe nominal d'omnipraticiens pour aborder les demandes ou situations inédites.

Thèse - Médecine - Lille « 2025 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : General practice ; Reason for encounter ; Unprecedented demand ; Person centered care ; Shared decision making

Médecine Générale ; Motif de consultation ; Demande inédite ; Approche Centrée Personne ; Décision médicale Partagée

Résumé : Contexte : Les situations inédites et demandes originales constituent une problématique rencontrée en pratique de médecine générale. Explorer comment les aborder peut servir à améliorer les pratiques et l'aisance des omnipraticiens.

Méthode : 6 médecins généralistes, médecins traitants installés du Nord, ont échangé en visioconférence selon la méthode du groupe nominal de consensus. L'analyse des propositions a été quantitative et qualitative. Résultats : Après clarification collective des idées émises individuellement, 24 propositions ont été retenues. A l'issue d'un vote anonyme, 10 d'entre elles ont été sélectionnées par chaque participant et hiérarchisées selon un ordre de priorité. La bienveillance envers le patient s'est révélée primordiale. La gestion du risque médical et l'accompagnement du patient à participer à la recherche de solutions étaient les suggestions les plus populaires. L'importance de compétences de communication, de la gestion du temps, de la connaissance de ses limites et de ressources relationnelles professionnelles a été mise en évidence. Conclusion : Il serait pertinent de recueillir les propositions d'autres profils de médecins, mais aussi d'explorer les représentations et attentes de patients quant à l'expertise du médecin généraliste traitant.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Florence Richard

Assesseurs : Madame la Professeure Anita Tilly-Dufour

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Adrien Dauzat