

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

*FEUILLET Anaïs*  
*Née le 13/02/1982 à Chambray les Tours*

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2013

**POURQUOI LES PATIENTS CHANGENT-ILS DE MEDECIN GENERALISTE?**  
**ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRES DE PATIENTS D'EURE-ET-LOIR.**

**Jury**

Président du jury : Pr. Anne-Marie LEHR DRYLEWICZ  
Membres du jury : Pr. Alain CHANTEPIE  
Pr. Patrice DIOT  
Pr. Philippe BAGROS  
Dr. Jean ROBERT  
Dr. Patrick POISSON



UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESSEURS**

Professeur Daniel ALISON, Moyens  
Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC  
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD  
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE  
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile

	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

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

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication

Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

### **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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





# REMERCIEMENTS

**A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,**

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury, et de m'avoir suivie pendant toute la durée de mon internat. Merci également pour toute l'énergie et le temps que vous consacrez à la Médecine Générale, au DUMG et aux internes de médecine générale.

**A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. J'ai un souvenir encore vivace de mon stage d'externe en Pédiatrie A, et des visites durant lesquelles se mêlaient en moi la crainte admirative du jeune stagiaire mais aussi l'amusement lorsque je vous voyais gazouiller avec les nourrissons.

**A Monsieur le Professeur Patrice DIOT,**

Votre présence m'est importante car j'ai effectué mon premier stage d'externat en Pneumologie 1. Ce fût un stage très riche au cours duquel j'ai vécu ma première et douloureuse rencontre avec la mort, ce qui a été une étape importante de ma vie de médecin en devenir. J'ai pu faire aussi, lors de ce stage, la rencontre très enrichissante du Dr Perrier de l'UMSP.

**A Monsieur le Professeur Philippe BAGROS,**

Je ne pouvais imaginer la présentation de ce travail sans votre présence au sein de ce jury. En effet, j'ai été particulièrement sensible à votre enseignement des Sciences Humaines en première année. C'est très certainement en partie grâce à vous, et à l'admiration que je vous porte, que je me suis tournée vers la médecine générale qui me passionne.

**A Monsieur le Docteur Jean ROBERT,**

La place de la formation étant importante dans ce sujet d'étude, il me semblait important de vous convier afin de vous remercier pour le temps que vous consacrez aux internes de médecine générale en tant que membre du DUMG, et à la formation médicale continue indépendante.

**A Monsieur le Docteur Patrick POISSON,**

Un immense merci, Patrick, pour ton aide, ta patience, ton écoute, ta gentillesse, tes conseils, ton amitié. Merci pour ton investissement auprès des jeunes médecins généralistes, pour ton investissement dans la formation indépendante des médecins et ton esprit critique.

**Aux médecins généralistes qui m'ont aidée à recruter les patients interviewés,**

Et qui se reconnaîtront. Merci pour leur amitié.

**Aux quatorze patients,**

Qui m'ont accueillie chaleureusement chez eux pour participer à ce travail et sans qui, il n'aurait pas existé.

**Merci à mes parents,** que j'aime plus que tout,

James et Evelyne, qui m'ont aimée et rendue heureuse chaque jour depuis le 13 février 1982, et que j'admire. Mama, merci pour ton aide, ton dévouement de toujours. James, petite, je me souviens de tous ces schémas que tu nous as dessinés à table au dîner pour nous expliquer la vie, le corps, la médecine. Je me souviens des fois où tu m'as emmenée en visite chez des patients âgés. Je me souviens des fois où je me suis cachée dans le cagibi donnant sur le cabinet et d'où j'écoutais les consultations. Tout cela ne doit pas être étranger à la naissance de ma passion pour la médecine.

**Merci à mes chères sœurs,** que j'aime plus que tout également,

Caroline et Margaux, pour tous les merveilleux et inoubliables moments familiaux et amicaux partagés depuis qu'on se connaît (et pour avoir supporté leur grande sœur dans ses moments difficiles !). Pourvu que ça dure. Et une pensée pour Jérôme et mon p'tit cœur, Andréa !

**Merci à ma famille de Paris,**

J'ai adoré ces deux années passées à Paris plus près de vous.

**Merci à la famille Rojo,**

Pour leur gentillesse, leur sourire, leur dynamisme toujours revigorant.

**Merci à Mémée et Sylvie,**

Pour ces bons moments partagés et à venir.

**Merci à tous mes amigos,**

De Tours, Orléans, Chartres, Pontoise, Cagnes, Chambéry, Patrimonio... pour leur amitié et leur soutien. Je vous adore.

**Merci à l'Amor de mi vida,**

Juan Enrique! Pour tout son amour et son soutien de chaque seconde ! Quel boulot ! Et pour tout ce bonheur de chaque jour ! Te quiero ! Ole !

**Avec une pensée à ma belle famille des Vosges,**

Damien, Michel, Simone, Marie-Thérèse, et la familia de Rambervilliers ! Vive la tête de veau !

**Une chouette pensée aussi pour les amigos des Parents,**

Merci pour votre gentillesse, et vos encouragements.

**Merci à mon Alto,**

Egalement pour son soutien de chaque seconde ! Avec une pensée pour Louna et Olga.

**Et à mon p'tit Tarzan,**

Qui a vécu tout ça de son nid douillé...

« Entre  
Ce que je pense,  
Ce que je veux dire,  
Ce que je crois dire,  
Ce que je dis,  
Ce que vous avez envie d'entendre,  
Ce que vous croyez entendre,  
Ce que vous entendez,  
Ce que vous avez envie de comprendre,  
Ce que vous comprenez,  
Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à  
communiquer.  
Mais essayons quand même... »

*Encyclopédie du savoir relatif et absolu*  
Edmond WELLS<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bernard WERBER Bernard, *Le père de nos pères*, Paris : Ed. Poche 2000.



# TABLE DES MATIERES

1 – INTRODUCTION .....	17
2 - MATERIEL et METHODE .....	21
2.1. Choix de la méthode qualitative .....	23
2.2. L'entretien semi dirigé : définition et mise en oeuvre .....	23
2.2.a. Définition .....	23
2.2.b. Mise en oeuvre .....	23
2.2.c Technique d'entretien : l'écoute active .....	24
2.3. Recrutement des patients dans notre enquête .....	25
2.3.a. Idée de départ .....	25
2.3.b. Mode de recrutement des patients .....	26
2.4. Modalités de recueil de nos entretiens .....	27
2.4.a. Réalisation de la grille d'entretien .....	27
2.4.b. Enregistrement des entretiens .....	29
2.5. Modalités d'analyse des entretiens .....	29
2.5.a Retranscription des entretiens .....	29
2.5.b. Analyse des entretiens .....	30
3 – RESULTATS .....	31
3.1. Caractéristiques des patients .....	33
3.2. Analyse du contenu des entretiens .....	35
3.2.1. Les raisons qui ont amené les patients à changer de médecin généraliste .....	35
3.2.2. Evénement déclenchant la prise de décision .....	41
3.2.3. Freins à la décision de changement de médecin .....	42
3.2.4. Difficulté de la prise de décision de changement .....	43
3.2.5. Modalités de choix du nouveau médecin .....	44
3.2.6. Attentes des patients de leur nouveau médecin .....	45
3.2.7. Ce que pensent les patients de la fidélité médecin/patient .....	51

3.2.8. Ce que pensent les patients de la fréquence de changement de médecin aujourd'hui ; et depuis la réforme du choix du médecin traitant en 2004.....	54
3.2.9. Ce que pensent les patients de la confiance .....	57
4 – DISCUSSION .....	61
4.1. Discussion sur la méthode.....	63
4.1.1. Méthode qualitative.....	63
4.1.2. Conception du guide d'entretien et animation de l'entretien semi dirigé .....	63
4.1.3. Recrutement des médecins et des patients.....	64
4.1.4. Déroulement des entretiens .....	64
4.1.5. Analyse des entretiens .....	65
4.1.6. Les concepts de fidélité et confiance .....	65
4.2. Discussion sur les résultats.....	65
4.2.1. Les causes de changement de médecin .....	65
4.2.2. La décision de changement .....	69
4.2.3. Modalités de choix et attentes des patients de leur nouveau médecin généraliste. Le médecin généraliste idéal .....	75
4.2.4. Fidélité médecin/patient .....	85
4.2.5. La relation de confiance .....	87
4.2.6. La relation médecin patient .....	92
4.2.6.1. La ou les relations médecin/patient.....	92
4.2.6.2. Le médecin généraliste.....	108
4.2.6.3. Le patient.....	114
4.2.6.4. La rupture de la relation médecin/patient, pourquoi s'y intéresse-t-on ? .....	116
4.2.6.5. Formation à la relation médecin/patient : .....	117
4.2.7. Evolution des causes de changement de MG depuis la thèse de 1997 ? Enseignement..	120
5 – CONCLUSION .....	121
6 – RESUME / ABSTRACT .....	125
BIBLIOGRAPHIE.....	129

ANNEXES - Entretiens .....	135
Médecin n°1 .....	135
Entretien1 : Mme C (le 17/09/10, 26 min) .....	135
Médecin n°2 .....	141
Entretien2 : Mme B (le 17/11/10, 31min) .....	141
Entretien3 : Mr P (le 23/11/10, 15 min) .....	147
Entretien 4 : Mme M (le 29/06/11, 9min) .....	151
Entretien 5 : Mr M (le 29/06/11, 18min) .....	156
Médecin n°3 .....	165
Entretien6 : Mme P (le 16/05/11, 8min) .....	165
Médecin n°4 .....	169
Entretien 7 : Mme F (le 14/12/10, 31 min) .....	169
Entretien 8 : Mme F (le 14/12/10, 26 min) .....	175
Médecin n° 5 .....	180
Entretien 9 : Mme L (le 15/12/10, 12 min) .....	180
Médecin n°6 .....	184
Entretien 10 : Mme F (le 19/05/11, 50 min) .....	184
Entretien 11 :M. F (le 19/05/11, 26 min) .....	192
Médecin n°7 .....	203
Entretien 12 : Melle D (le 30/07/11, 16 min) .....	203
Médecin n°8 .....	212
Entretien 13 : Mme J (le 09/08/11, 8 min) .....	212
.....	221





## **1 – INTRODUCTION**



La relation entre un médecin et son patient s'est modifiée au cours de l'histoire en fonction de multiples facteurs, et en particulier des progrès de la science et des évolutions de la société.

Le Colloque singulier est la principale modalité de la relation médecin/patient en Médecine Générale, et permet de protéger le secret médical.

La relation médecin/patient a longtemps été établie sous un mode paternaliste : le patient n'est pas perçu dans ce modèle comme étant une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie ou de décider pour elle-même de la manière dont elle veut vivre ou mourir. Le médecin se positionne comme étant celui qui a le savoir. Le médecin est un expert et le patient est dans l'ignorance. Tout ce que le patient peut faire est d'acquiescer au modèle thérapeutique du médecin et sa liberté se limite alors à pouvoir changer de médecin traitant.

C'est en réaction aux expérimentations cliniques menées par les nazis sur des prisonniers, qu'apparaît en 1947 la notion de consentement libre et éclairé du malade. Depuis, la majorité des pays occidentaux évolue progressivement vers un nouveau paradigme que l'on pourrait nommer « modèle délibératif », formalisé en France par la loi Kouchner du 4 mars 2002 (respect de la personne et du concept d'autonomie)<sup>2</sup>.

La loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a renforcé le rôle du patient et a mis le médecin généraliste au cœur du parcours de santé. Désormais, chaque patient est incité à choisir un médecin traitant pour être soigné, suivi et orienté dans le parcours de soin coordonné. Aujourd'hui, 99,5% des patients ayant déclaré un médecin traitant ont choisi un médecin généraliste<sup>3</sup>.

La relation médecin patient est ainsi formalisée dans la durée, ce qui est une des caractéristiques de la médecine générale selon la définition donnée par la WONCA :

*« La médecine générale a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin/patient basée sur une communication appropriée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique<sup>4</sup> ».*

Cependant, on observe que des patients changent volontairement de médecin traitant et pas uniquement pour des causes extérieures telles un déménagement ou l'arrêt de l'exercice du médecin.

De nombreuses recherches ont été effectuées sur la relation médecin/patient et les attentes des patients, mais peu sur la rupture de celle-ci qui conduit au changement de médecin.

---

<sup>2</sup> La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>3</sup> Assurance Maladie, « le médecin traitant adopté par la majorité des Français ». Point d'information du 22 janvier 2009.

<sup>4</sup> WONCA EUROPE 2002 (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, p12 d) et e) ». Site du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale, [En ligne].

[http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition\\_Europeenne\\_de\\_la\\_Medecine\\_Generale\\_Wonca\\_Europe\\_2002.pdf](http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).

La thèse de Médecine Générale, publiée en 1997 (faculté de Nancy) par F. MULLER-COLLE aborde ce sujet : La rupture de la relation médecin/malade, pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste<sup>5</sup>.

Ce travail traitait de manière quantitative les raisons qui amenaient des patients de la région Lorraine à changer de médecin généraliste. En conclusion, les deux principales causes évoquées par les patients étaient le manque d'attention à l'égard du malade et le manque de disponibilité du médecin (consultation trop rapide, médecin trop pressé, écoute insuffisante).

On peut se demander si dans cette étude quantitative l'utilisation d'un questionnaire fermé n'a pas orienté ou suggéré les réponses des patients, et occulté ainsi les vraies raisons du changement de médecin.

La réforme du médecin Traitant, postérieure à cette thèse, a-t-elle modifié les causes du changement de médecin?

Identifier les déterminants de cette décision pourrait permettre de mieux comprendre les patients qui changent volontairement de médecin.

Cela permettrait aussi de mettre en évidence les points que le médecin doit améliorer afin d'éviter la rupture de cette relation.

Pour cela, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients d'Eure et Loir.

**Objectif principal :** identifier les déterminants de la décision de changement de médecin généraliste

**Objectifs secondaires :**

- connaître le ou les événements déclenchant le changement de médecin
- évaluer le vécu de la décision
- identifier la manière dont le patient choisit son nouveau médecin
- identifier les attentes des patients de leur médecin généraliste
- faire le point sur la fidélité médecin/patient, ce qu'en pensent les patients
- définir et évaluer l'importance de la confiance pour le patient dans la relation avec son médecin

---

<sup>5</sup> MULLER-COLLE F. « La rupture de la relation médecin-malade. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste. Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. » (Th. Med. Nancy) 1997.

## **2 - MATERIEL et METHODE**



## 2.1. Choix de la méthode qualitative

Pour notre travail de recherche nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des patients d'Eure et Loir. Car il nous semblait que poser la question de notre étude au patient sous forme d'une question la plus ouverte possible nous apporterait des éléments nouveaux par rapport au travail déjà existant sur le sujet.

La recherche qualitative est un ensemble de techniques d'investigation très répandu. Elle donne un aperçu du comportement et des perceptions des gens et permet d'étudier leurs opinions de façon approfondie sur un sujet donné.

La recherche qualitative est complémentaire de la recherche quantitative. A la différence de celle-ci, elle ne génère pas de données statistiques et les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble de la population.

Cependant les méthodes qualitatives ont leurs propres critères de certification et les résultats ne sont pas moins valides ou fondés que les résultats de recherche quantitative. L'utilisation de ces résultats permet l'élaboration ou l'amélioration de politiques, de programmes ou de pratiques.

La médecine générale s'applique bien à la recherche qualitative car elle associe une dimension humaine à des contraintes scientifiques et techniques.

## 2.2. L'entretien semi dirigé : définition et mise en oeuvre

### 2.2.a. Définition

L'entretien semi dirigé est une technique de recueil d'informations qualitatives.

Il centre le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Il permet de recueillir des informations approfondies sur les valeurs, opinions, les faits et comportements des personnes interrogées sur un sujet donné.

L'entretien semi dirigé utilise des questions ouvertes ce qui permet une expression libre et non orientée des patients.

Les limites de l'entretien semi dirigé sont celles de l'intervenant à concevoir, conduire et interpréter l'entretien, et de la volonté à bien vouloir répondre des personnes interrogées, qui peuvent être gênées dans le face à face avec le médecin.

### 2.2.b. Mise en oeuvre

La mise en oeuvre d'un entretien semi dirigé nécessite de respecter plusieurs étapes :

- **Sélection des personnes à interroger** : la constitution de l'échantillon doit se faire de façon à avoir la plus grande diversité possible de personnes interrogées. En théorie, on devrait arrêter les

entretiens lorsque l'on n'apprend plus rien, l'expérience montre que cela arrive avec 10 à 30 entretiens.

- **Conception du guide d'entretien** : qui précisera les thèmes à aborder. Ce guide permet à l'enquêteur de bien traiter toutes les questions essentielles, peut importe l'ordre dans lequel elles sont posées. L'enquêteur intervient seulement pour recadrer ou relancer l'entretien si besoin autour des thèmes s'ils ne sont pas abordés spontanément. Il convient d'ajouter également un recueil des caractéristiques de la personne interrogée.

- **Déroulement de l'entretien** : en début d'entretien doivent être exposés le sujet de l'enquête, le but de l'entretien, sa durée, le niveau de confidentialité et l'usage qui en sera fait. L'enquêteur doit veiller à ne pas influencer la personne interrogée de quelque manière que ce soit. L'enregistrement est idéal pour un rendu fidèle de l'entretien, après en avoir demandé l'autorisation à la personne interrogée. Il faudra alors tenir compte du risque d'intimidation du patient. Il faudra également effectuer la retranscription des entretiens mot à mot le plus tôt possible afin de ne pas oublier les éléments non verbaux importants qui se sont déroulés durant l'entretien et d'analyser si la conduite de l'entretien peut être améliorée.

- **Analyse des résultats** : cette dernière phase doit se faire au fur et à mesure après chaque entretien. Elle consiste à analyser, interpréter et comparer les informations recueillies afin de dresser le bilan de l'évaluation. Pour cela, il convient d'établir une grille d'analyse à partir de la lecture des entretiens et des hypothèses descriptives. On arrête les entretiens lorsque que l'on arrive à saturation des données.

### 2.2.c Technique d'entretien : l'écoute active

Définition : technique d'entretien psychothérapique impliquant que chacun des partenaires prenne toute sa place et soit totalement disponible à la parole et au ressenti de l'autre<sup>6</sup>.

Il y a trois outils indispensables à l'écoute active :

- *le questionnement* : aide à préciser les propos du patient sur 3 niveaux : les faits, l'émotion, l'opinion
- *la reformulation* : c'est redire plus précisément ce qui a été dit par la personne, avec confirmation de celui-ci (« si je vous comprends bien, vous voudriez prendre l'avis d'un spécialiste... »). Cela aide le patient à se sentir écouté, compris, et respecté dans ses ressentis.
- *la synthèse* : marque une pause dans l'entretien, permet de résumer clairement tout ce qui a été dit, montrant ainsi notre compréhension (« donc en résumé, si je vous ai bien compris... »)

---

<sup>6</sup> TEISSIERE E. « Techniques de l'entretien. Comment être capable d'accueillir ce qui se passe en l'autre? » Site des professionnels de santé du Chesnay – 78150, [En ligne]. [http://www.medical78.com/nat\\_fmc\\_annonce\\_technique\\_com\\_teisseire.pdf](http://www.medical78.com/nat_fmc_annonce_technique_com_teisseire.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).



Ces techniques permettent de faciliter l'entretien et de produire un discours plus complet et plus cohérent en le réorientant régulièrement.

Il y a également :

- la **reprise en écho** des propos mêmes de l'interlocuteur pour insister sur l'affirmatif et être sûr de l'exhaustivité des propos.
- l'**orientation du discours vers un autre thème**, en aiguillant vers les points oubliés ou négligés.
- le **silence**, qui permet à l'interlocuteur de réfléchir sur le sujet.
- l'**attitude de facilitation de la parole** qui permet de relancer l'interlocuteur dans l'entretien sans intervenir dans son discours. Pour cela, on peut avoir recours à la technique de l'écho avec utilisation d'onomatopées (mmh, ah...), d'interjections ( bien, oui ...), de l'encouragement (« je comprends », « je vous suis », « j'écoute »...) ou de la reprise d'un mot prononcé par l'interlocuteur.

Il faut éviter d'interpréter les propos ou de suggérer les réponses.

- l'**attitude d'empathie** consiste en la capacité de percevoir et comprendre le monde subjectif de l'autre comme si on était à la place de cette personne, en faisant abstraction de ses propres références, mais sans ne jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. C'est en cela qu'elle se différencie de la sympathie.

L'empathie :

- Aide à focaliser notre écoute sur les besoins et sentiments de l'autre
- Aide à mettre des mots sur l'émotion dominante de l'autre
- Aide à bien comprendre le point de vue du patient, grâce à la reformulation
- aide à développer l'estime de soi de la personne écoutée
- améliore la qualité de la communication
- ouvre à l'expression d'émotions plus profondes

## 2.3. Recrutement des patients dans notre enquête

### 2.3.a. Idée de départ

Notre idée de départ était de demander à la CPAM 28 la liste des patients qui avaient choisi les 12 derniers mois un médecin traitant en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

Lors d'un entretien téléphonique avec la CNIL, j'ai été informée qu'il n'était pas autorisé que la CPAM transmette ce type d'information confidentielle concernant les patients même pour un travail de recherche médicale.

Il aurait fallu déposer un dossier de demande de dérogation pour travail de recherche avec des délais de réponse de 12 à 24 mois.

### 2.3.b. Mode de recrutement des patients

Nous avons alors décidé de contacter des confrères médecins généralistes d'Eure et Loir en leur expliquant le projet de recherche, afin qu'ils identifient dans leur patientèle, les patients qui les avaient choisis dans les 12 derniers mois comme nouveau médecin.

- **Caractéristiques des Médecins généralistes recrutés :**

Nous avons choisi de faire appel à différents médecins généralistes volontaires exerçant seul ou en groupe, en ville ou en zone semi rurale ou rurale, femmes ou hommes.

Ainsi 8 médecins ont participé au recrutement des patients pour mon étude.

- N°1/ Un médecin homme de 52 ans, exerçant dans une maison médicale en milieu rural. Installation en 1985.
- N°2/ Une médecin femme de 48 ans, exerçant dans un cabinet avec un autre médecin homme, en ville. Installation en 1996.
- N°3/ Une médecin femme de 51 ans, exerçant dans un cabinet de 2 médecins généralistes, dans une commune rurale. Installation en 1990.
- N°4/ Un médecin homme de 61 ans, exerçant dans un cabinet de 2 médecins généralistes, en milieu semi rural. Installation en 1979.
- N°5 / Une médecin femme de 56 ans, exerçant dans un cabinet de 2 médecins généralistes en milieu semi rural. Installation en 1984.
- N°6/ Un médecin homme de 62 ans, exerçant dans le même cabinet que le médecin n° 2, en ville. Installation en 1980.
- N°7/ Un médecin homme de 58 ans exerçant dans une maison médicale avec un autre confrère, dans une commune rurale. Installation en 1981.
- N°8/ Un médecin homme de 48 ans, exerçant dans une maison médicale avec deux autres confrères, l'un homme, l'autre femme, dans une commune faisant partie de l'agglomération de Chartres. Installation en 1993.

- **Critères de recrutement des patients :**

**Le critère d'inclusion** était : patients ayant changé volontairement de médecin traitant dans les 12 derniers mois.

**Le critère d'exclusion** était : patients ayant été contraints de changer de médecin généraliste, pour des raisons indépendantes de leur volonté (déménagement, arrêt d'activité de leur médecin).

Les médecins ont donc contacté des patients les ayant choisi pour nouveau médecin traitant durant les 12 mois passés, en leur demandant s'ils acceptaient qu'un jeune confrère médecin généraliste leur téléphone afin d'organiser un entretien chez eux au sujet de leur changement de médecin généraliste.

Après acceptation des patients, ces médecins m'ont communiqué leurs noms et coordonnées téléphoniques.

J'ai ensuite téléphoné à ces patients en expliquant mon projet de recherche et les conditions de réalisation de l'entretien, et fixé un RDV avec eux à leur domicile lorsqu'ils confirmaient leur accord.

Réaliser l'entretien à leur domicile permettait d'instaurer un climat de confiance, de convenir d'une plage horaire suffisante pour un entretien libre sans contrainte de temps.

20 patients ont été repérés, 6 ont finalement refusé l'entretien. Au total, 14 entretiens ont dû être réalisés pour arriver à la saturation des thèmes émergents. Mais un entretien n'a pu être retenu finalement pour notre étude puisque la patiente, âgée, présentait au moment de l'entretien des troubles neuropsychologiques évidents, compromettant l'interprétation des données.

## **2.4. Modalités de recueil de nos entretiens**

### **2.4.a. Réalisation de la grille d'entretien**

Les principaux thèmes à aborder pendant l'entretien ont été définis après lecture de la bibliographie, d'après les hypothèses de résultat et d'après ce qui nous intéressait de rechercher.

En effet dans la thèse de F. Muller Colle, les principales raisons de changement de médecin étaient le manque d'attention à l'égard du malade, et le manque de disponibilité du médecin ; elles étaient suivies par les désaccords avec la décision médicale, l'attente trop longue en salle d'attente, l'absence de pratiques alternatives. Les questions de la fidélité médecin patient, et de la confiance, n'avaient pas été abordées.

La première partie de l'entretien consiste en quelques questions afin de caractériser l'échantillon de patients interrogés : âge, sexe, niveau d'étude/profession, situation familiale, nombre d'enfants, zone de résidence (rurale, semi rurale, urbaine) ; rythme des consultations chez le médecin, existence de pathologies chroniques, assurance sociale.

La deuxième partie de l'entretien concerne les objets à proprement parler de notre étude.

L'objectif principal de notre étude étant d'identifier les déterminants de la décision de changer de médecin généraliste, nous avons prévu de poser la question : Pourquoi avez-vous changé de médecin généraliste ?

Les objectifs secondaires que nous nous étions fixés étaient de : connaître le ou les événements déclenchant le changement de médecin ; évaluer le vécu de la décision ; identifier la manière dont le patient choisit son nouveau médecin ; identifier les attentes des patients de leur médecin

généraliste ; mettre en évidence ce qu'évoque pour le patient aujourd'hui la notion de fidélité médecin/patient, son impression sur la fréquence du changement de médecin par rapport à autrefois, et quelles pourraient en être les causes, notamment depuis la réforme du choix du médecin traitant ?; mettre en évidence ce qu'évoque la notion de confiance pour le patient dans la relation avec son médecin.

- **Entretien test puis avis de la commission de thèse :**

Le premier entretien a été réalisé le 17/09/10 auprès de Mme C (patiente n°1), recrutée par le médecin n° 1.

La grille d'entretien a bien fonctionné, l'entretien a duré 26 minutes.

A la fin du mois de septembre 2010, j'ai présenté mon projet de thèse devant la commission de thèse de la faculté de médecine de Tours.

Après avis des membres de la commission de thèse sur la grille d'entretien, notre objectif étant de laisser la plus grande ouverture possible au patient sur le sujet, il a été décidé de formuler notre objectif principal non pas sous forme de question ouverte mais sous la forme d'une phrase unique, affirmative, ouverte, étant la suivante : Parlez-moi de votre changement de médecin généraliste.

Les questions suivantes étaient alors facultatives, à poser uniquement si les thèmes n'étaient pas abordés spontanément par le patient, pour relancer l'entretien.

Les entretiens étaient menés avec une certaine neutralité attentive afin de ne privilégier aucun aspect de la discussion.

- **Grille définitive :**

**Trame de l'entretien semi dirigé :**

➤ **Première partie : Description de l'échantillon**

- âge, sexe, niveau d'étude/profession
- situation familiale, nombre d'enfants
- zone de résidence: rural, semi rural, urbain
- rythme des consultations chez le médecin ? Existence de pathologies chroniques ? Graves ? Prise d'un traitement chronique ?
- assurance sociale ? Mutuelle ?

➤ **Deuxième partie :**

- Parlez-moi de votre changement de médecin généraliste

Questions pour relancer l'entretien si thèmes non abordés spontanément par le patient :

- Y a-t-il eu un événement déclenchant la prise de décision?
- La décision a-t-elle été difficile à prendre?
- Comment avez-vous choisi votre nouveau médecin ?
- Qu'attendez-vous de lui ?
- Parlez-moi de la fidélité médecin/patient
- Est-ce que vous pensez que les patients changent plus fréquemment de médecin qu'autrefois ?
- Est-ce que la réforme du Médecin Traitant a modifié le changement de médecin ?
- Parlez-moi de la confiance médecin patient. (Qu'est-ce pour vous ?)

## **2.4.b. Enregistrement des entretiens**

Je me suis donc rendue au domicile des 14 patients qui avaient accepté de me rencontrer.

Au début de chaque séance, j'ai de nouveau exposé aux patients le but de l'étude, précisé que leur anonymat serait respecté et me suis assurée de leur consentement pour l'enregistrement des propos. Je les ai mis à l'aise autant que possible en leur disant qu'ils pouvaient aborder tout ce qu'ils souhaitent en rapport aux objectifs de notre étude sans gêne aucune, que c'en était justement le but.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une application enregistreur numérique d'un smart phone, sous le format .amr. Puis, ils ont été transférés sur ordinateur.

Après l'entretien, des notes étaient prises quant à l'impression générale sur le déroulement de l'entretien, ainsi que des remarques issues de la discussion.

## **2.5. Modalités d'analyse des entretiens**

### **2.5.a Retranscription des entretiens**

Les entretiens ont été retranscrits manuellement mot à mot sur un fichier Word, avec des annotations entre parenthèses pour les données non verbales observées ou ressenties (mimiques, gestes, clarification de propos...)

Afin de préserver l'anonymat, un numéro était attribué à chaque patient. Patient 1 noté P1 dans notre travail, patient 2 noté P2 etc...

Le nombre d'entretien est atteint lorsque le sujet arrive à « saturation », c'est-à-dire que plus aucune idée nouvelle majeure n'est abordée par les participants.

### 2.5.b. Analyse des entretiens

L'analyse est la tâche la plus compliquée et sans doute celle qui prend le plus de temps.

L'analyse doit être faite le plus tôt possible après l'entretien, car le temps peut conduire à l'oubli de certaines informations.

Après retranscription de chaque entretien au fur et à mesure de leur réalisation, nous procédions ensuite à une première relecture afin de noter les grandes idées de l'entretien et savoir si nous étions parvenus à épuisement des idées.

Rapidement nous avons pu établir une grille de lecture des entretiens en fonction des différents thèmes abordés.

Dans cette grille d'analyse thématique ont été classés manuellement les propos de chaque entretien, au fur et à mesure. Cela a permis de voir apparaître l'épuisement des idées et donc l'arrêt des entretiens.

L'analyse plus approfondie consiste ensuite à déstructurer l'entretien retranscrit en « unités minimales de significations », c'est-à-dire en unités exprimant une seule et même idée. Ces « UMS » sont ensuite classées, comparées et confrontées les unes aux autres et étiquetées en fonction de l'idée ou du sous-thème qui peut les résumer. Cela peut être une expression, une phrase significative, un sentiment, un mot-clé... Ces idées ou sous-thèmes peuvent ensuite être regroupés en grand thème ou grand concept, puis elles sont comparées aux données de la littérature.

## **3 – RESULTATS**





Les entretiens se sont déroulés entre septembre 2010 et août 2011.

13 entretiens ont été nécessaires pour arriver à saturation des données.

Les entretiens ont duré entre 8 et 50 minutes.

Les différents entretiens ont été réalisés sur une période assez longue de 11 mois. Il a en effet été assez difficile de trouver des patients ayant changé de médecin dans les 12 mois passés. Un des facteurs identifié et émis souvent par les médecins que je sollicitais était le contexte actuel de démographie médicale en Eure et Loir. En effet beaucoup de médecins d'Eure et Loir, surchargés par le nombre de patients faisant appel à eux, se voient dans l'obligation de refuser de nouveaux patients. Les patients ont donc tendance à garder autant que possible leur médecin lorsqu'ils en ont un.

### 3.1. Caractéristiques des patients

Les caractéristiques de chaque participant ont été recueillies au début de chaque entretien et sont les suivantes (les numéros indiqués entre crochets correspondent au numéro attribué au patient pour préserver l'anonymat) :

- Sexe : Il y a eu 10 femmes et 3 hommes.
- Age : Les patients étaient âgés de 22 à 85 ans (une patiente de 22 ans, et tous les autres entre 44 et 85 ans)
- Catégories socioprofessionnelles<sup>7</sup> : Une personne est cadre supérieur [11], 4 personnes sont employées [2 ; 6 ; 7 ; 13], 5 personnes sont retraitées [1 ; 3 ; 4 ; 5 ; 8] et 3 personnes sont sans activité professionnelle. Les personnes retraitées ou sans activités étaient autrefois ouvrier [1], commerçant [1 ; 8], artisan [3] et employés [1 ; 4 ; 5 ; 8 ; 10 ; 12].
- Nomenclature des niveaux de formation<sup>8</sup> : Un patient avait fait une école d'ingénieur [11], une autre avait débuté des études de droit commercial [12], 4 patients avaient le niveau bac [4 ; 6 ; 7 ; 9], 4 patients avaient un niveau CAP/BEP [2 ; 3 ; 10 ; 13] et 3 patients avaient le niveau CEP [1 ; 5 ; 8].
- Etat matrimonial et enfants : 10 patients sont mariés [1 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13], 2 sont divorcés [2 ; 7], tous ont 1 à 3 enfants sauf 2 patients [6 ; 12].

---

<sup>7</sup> INSEE. « Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) », [En ligne]. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm> (page consultée le 25 mai 2013).

<sup>8</sup> INSEE. « Niveaux de formation », [En ligne]. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/niveaux-formation.htm> (page consultée le 25 mai 2013).

- Zone de résidence : urbaine pour 10 patients [2 ;3 ;4 ;5 ;7 ;8 ;10 ;11 ;12 ;13], petite ville isolée pour 1 patient [1], zone rurale pour 2 patients [6 ;9].
- Fréquence de consultation chez le médecin généraliste en moyenne :
  - **Pour le suivi de pathologie(s) chronique(s)** :
    - Tous les mois ou plus : [2]
    - Tous les 2-3 mois ou plus : [3 ; 4 ; 5 ; 8 ; 11]
    - Tous les 6 mois ou plus : [1 ; 7 ; 10 ; 12]
  - **En cas de nécessité** :
    - 1 fois par mois : [6]
    - 1 fois par an : [9]
    - Non déterminé : [13]
- Assurance santé : tous les patients avaient une sécurité sociale et une mutuelle complémentaire sauf la patiente [8] qui n'avait pas de complémentaire santé (ALD pour affection pneumologique).

**TABEAU RECAPITULATIF DES PERSONNES INTERROGÉES :**

N°	Age	Sexe	NF	CSP	Etat marital	Zone résidence	Pathologie chronique	Rythme de consultation	Assurance santé SS /M
1	67	F	CE	7	Marié, 2 enfants	urbain	O	Semestriel ou +	O/O
2	44	F	V	5	Divorcé, 1 enfant	Urbain	O	Mensuel ou +	O/O
3	74	M	V	7	Marié, 3 enfants	Urbain	O	Trimestriel ou +	O/O
4	84	F	IV	7	Marié, 2 enfants	Urbain	O	Trimestriel ou +	O/O
5	85	M	CE	7	Marié, 2 enfants	urbain	O	Trimestriel ou +	O/O
6	22	F	IV	5	Marié, pas enfant	rural	N	mensuel	O/O
7	50	F	IV	5	Divorcé, 1 enfant	urbain	N	Semestriel ou +	O/O
8	82	F	CE	7	Marié, 1 enfant	urbain	O	Trimestriel ou +	O/N
9	45	F	IV	8	Marié, 2 enfants	rural	N	Annuel	O/O
10	47	F	V	8	Marié, 3 enfants	urbain	O	Semestriel ou +	O/O
11	48	M	I/II	3	Marié, 3 enfants	urbain	O	Trimestriel ou +	O/O
12	44	F	III	8	Célibataire, sans enfant	urbain	O	Semestriel ou +	O/O
13	50	F	V	5	Marié, 2 enfants	urbain	N	Très variable	O/O

- Niveau de formation (NF) : I et II = 2<sup>ème</sup>/3<sup>ème</sup> cycle universitaire et diplômes > bac+2 ; III = diplôme bac+2 ; IV = niveau bac, brevet professionnel ; V = CAP/BEP ; V Bis/VI = sortie en cours 1<sup>er</sup> cycle (6<sup>è</sup> à 3<sup>è</sup>), BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, abandon CAP/BEP ; CEP ; aucun diplôme

- Catégories socioprofessionnelles (CSP) : 1 = agriculteurs, 2 = artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers, 7 = retraités, 8 = autres personnes sans activité professionnelle.

## 3.2. Analyse du contenu des entretiens

### 3.2.1. Les raisons qui ont amené les patients à changer de médecin généraliste

Voici les raisons qui ont amené les patients à changer de médecin :

#### 3.2.1.1 Mauvaise qualité de la relation médecin patient :

Tous les patients de notre étude citent une relation avec leur médecin de mauvaise qualité comme l'une des causes dans leur changement de médecin.

(Les citations sont indiquées comme suit : E pour « entretien », suivi du chiffre indiquant le numéro de l'entretien, puis L pour « ligne », suivi du numéro de la ligne dans l'entretien concerné, visible en annexe de la thèse.)

##### ❖ Mauvais contact, patient mal à l'aise [4 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 12]

E4L45-46 : « il y avait des visites qui se passaient très, très bien(...)et puis d'autres fois, très froid »

E7 L 130 133 : « Ce côté glaçon, quand on arrive dans un cabinet, « Bonjour ! Carte vitale ! » »

E8 L37-39 : « c'est vrai qu'il y avait beaucoup plus de contact avec moi il y a quelques années quand j'étais plus jeune. Maintenant c'est « hop dépêche toi fais la place ! » et puis voilà »

E8 L 48 49 : « l'accueil qui est très distant, très froid, très rapide »

E10 L45 47 : « je le sens elle est fermée. Elle est froide »

##### ❖ Mauvaise Communication, manque de dialogue, d'explications, paroles maladroites [1 ; 3 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10]

E1 L41 : « Et il s'est assis pour nous expliquer tout un tas de truc, ce que le Dr L faisait pas »

E3L48-49 et 94-95 : « je lui disais que je fatigue et il disait tout le temps « faut faire un régime ! » (...) un jour je lui disais j'ai mal aux reins, il disait « c'est rien, vous êtes trop gros ! » »

E5L61 : « il connaît pas tout non plus ! (...) moi, j'aime pas qu'on me parle comme ça »

E5L87-88 : « un jour « j'ai trop de client » ; oh, bah j'ai compris »

E6L26-27 : « il m'a mis à 100% sans rien me demander... donc chose que je n'ai pas trop appréciée »

E7L38-39 : « pas de dialogue, moi, c'est pas ce que je recherche »

E8L54-56 : « il m'a dit je vais vous donner de quoi dormir, je lui ai dit non mon pneumologue me l'interdit tant que je fais des apnées. (...) Ca ne lui a pas plu. Il a pas répondu, il a collé un médicament à côté que je n'ai pas pris d'ailleurs »

E10L42-43 : « je pose souvent des questions et elle soit elle me répond « je ne sais pas ... » ou « je ne suis pas devin... » »

❖ Manque d'attention, de soutien, de considération, de compréhension [ 1 ; 2 ; 5 ; 8 ; 12 ; 13]

E1L42-45 « si je viens c'est que j'ai vraiment mal. Et faut prendre ça au sérieux »

E1L105 « même quand il est décédé, il l'a su, même pas une petite carte »

E2L64 : « un manque de compréhension total... »

E2L154 : « manque (...) un geste rassurant »

E7L49-52 : « le pire une différence entre les patients. J m'explique les patients qui sont d'origine et qui ont évolué avec ce médecin ont une considération plus importante »

E8L58 : « Un jour il m'a reçu dans le couloir »

❖ Manque d'écoute, quantitativement et qualitativement [1 ; 2 ; 5 ; 8 ; 12]

E2L66: « pas d'écoute »

E5L83-84 : « Je me suis même demandé s'il se foutait pas de moi parce que il faisait semblant d'écouter... »

E8L52 : « il ne m'a même pas écouté »

❖ Manque de prise en compte des moyens économiques du patient [7]

E7L69-70 « et quand vous arrivez à la pharmacie et qu'on vous dit, malgré votre sécu et mutuelle, vous en avez pour 70 euros de votre poche ! (...) »

**3.2.1.2. Lié à la manière de travailler du médecin :**

Une des autres raisons de changement de médecin, évoquée par environ deux tiers des patients, est la manière de travailler de celui-ci, que l'on peut détailler en 4 items ci-après :

❖ Non respect des horaires de rendez-vous [7 ; 13]

E13L56-8 : « quand on a rendez-vous, des fois c'est 1 heure et demi ou 2 heures après qu'on est pris...donc, c'est vrai que quand on prend des heures et que l'on est pris 2 ou 3 heures après, c'est pas la peine »

Ce qui implique un temps d'attente en salle d'attente jugé trop important.

❖ Durée de la consultation jugée insuffisante [1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 7 ; 12]

E1L42 : « c'était du vite fait et tout, comme ça l'a toujours été à son cabinet »

E2L69-70 : « après il a pris des patients, des patients, des patients, et à mon avis personnel, il arrivait pas à gérer son agenda »

E3L54-55 : « il venait juste 5 minutes pour ma femme, 50 euros »

*E7L36-38 : « des entretiens très brefs pas du tout adaptés, on se déshabille pas (...) C'est-à-dire une heure et demi d'attente en moyenne au cabinet pour 10 min de consultation »*

❖ Temps consacré à l'examen clinique jugé insuffisant [3 ; 5 ; 7 ; 8]

Nous verrons après que le temps de l'examen clinique est très important pour les patients, qui viennent avec une idée assez précise du déroulement d'une consultation.

*E3L48 : « fallait y aller tous les mois, il prenait la tension c'est tout »*

*E5L44-45 : « à chaque fois que j'allais le voir, il prenait la tension. Il disait toujours 14/8, c'était toujours pareil »*

*E7L37 : « on ne se déshabille pas. Il prenait la tension, fin de l'histoire. »*

*E8L115 : « c'est même pas la peine de lui en parler, il ne vous regarde pas. »*

❖ Rythme des consultations jugé trop important [3 ; 4]

*E3L17 : « mon ancien Dr il fallait le voir tous les mois et il nous prenait une fortune pour rien du tout »*

❖ Tenue du dossier médical jugée insuffisante: [3]

*E3L79 : « lui il prenait pas non plus de notes »*

Nous verrons plus loin que par ces remarques, les patients reprochent en réalité à leur médecin ce qui est perçu comme une manifestation insuffisante d'attention à leur égard.

**3.2.1.3. Lié à un manque de disponibilité du médecin :**

Le manque de disponibilité du médecin est une autre raison de changement évoquée par environ un tiers des patients. On a décomposé le manque disponibilité en 4 items plus précis dont voici quelques exemples:

❖ Délai pour avoir un RDV trop important [2]

*E2L66 : « beaucoup de temps d'attente pour avoir un rendez-vous »*

❖ Flexibilité des dates et heures de RDV insuffisante [3]

*E3L79-80 : « c'était tel jour telle heure et pas une autre car sinon il avait pas le temps. »*

❖ Accessibilité par téléphone insuffisante [7]

*E7L47-49 : « Et puis aucune disponibilité non plus, quand on appelle on tombe sur des répondeurs »*

❖ Temps accordé au patient insuffisant [1 ; 3 ; 5]

*E1L42 : « c'était du vite fait et tout, comme ça l'a toujours été »*

*E5L96-97 : « on n'avait pas le temps de discuter de rien du tout »*

❖ Avoir un RDV ou visite en urgence difficile [1 ; 2]

E1L91 : « venir au plus vite, il aurait pu... »

E2L147 : « une fois j'étais en crise et le Dr C n'a pas voulu se déplacer »

A noter que les patients qui ont cité comme cause de changement de médecin 'durée de la consultation insuffisante', que nous avons rangé dans la catégorie 'manière de travailler du médecin', peut être également une conséquence du manque de disponibilité de celui-ci.

Si on fusionne la catégorie 'durée de consultation insuffisante' et 'disponibilité du médecin', on aboutit à environ **la moitié** des patients.

### **3.2.1.4. Lié à ce que le patient pense être un problème de compétence biomédicale du médecin ou de désaccord avec la décision médicale ? :**

Environ la moitié des patients ont cité des raisons que l'on a regroupées dans le chapitre 'problème de compétence biomédicale du médecin', que l'on a ensuite divisé en items (les autres champs de compétence du médecin généraliste sont abordés dans les autres paragraphes) :

- ❖ Impression de manque de professionnalisme, de sérieux, de rigueur dans le déroulement de la consultation [1 ; 3 ; 5 ; 7 ; 8]

Cette catégorie pourrait recouper d'autres catégories : 'temps accordé au patient insuffisant', 'temps de l'examen clinique insuffisant', 'insuffisance de tenue du dossier médical'.

E1L90 : « ... un peu « je m'en foutiste »

E7L37 : « on se déshabille pas. On s'assied pas d'ailleurs, on reste debout. »

E8L58 : « Un jour il m'a reçu dans le couloir »

- ❖ Impression que le médecin n'est pas sûr de lui [9]

E9L26-28 : « quelque part je le trouve pas très compétant car quand j'y vais, je lui dis ce qui se passe et il me dit oui..., peut-être... enfin je sais pas... on va voir...(...) On aime avoir un dialogue rassurant »

- ❖ Impression que le traitement prescrit est inefficace, inutile ou inapproprié (= erreur de prescription) ou qu'il prescrit toujours la même chose [1 ; 2 ; 5 ; 7 ; 13]

Plutôt qu'un problème de compétence biomédicale du médecin, cela pourrait plutôt concerner un désaccord avec la décision médicale.

E1L35-36 : « parce qu'on le trouvait pas efficace. D'abord au point de vue traitement anti-douleur » L40 : « bon, il donnait des médicaments sans... et voilà. » L177 : « il faisait traîner avec des médicaments. »

E2L40-41 : « j'suis rentrée à la maison et j'ai fait une interaction médicamenteuse, j'suis rentrée dans le coma » L66-8 : « toujours les mêmes médicaments, médicaments, médicaments... Et quand je suis arrivée à l'hôpital, c'était un interne de paris, il m'a dit « écoutez il va falloir arrêter, ça va plus ! » »

E5L45 : « anti-inflammatoires ; bah, vous soignez pas tout avec les anti-inflammatoires ? »

E13L69-70 : « ce qu'elle m'avait prescrit, en fin de compte, elle avait doublé la dose et ce n'était pas du tout nécessaire aussi »

❖ Moyens diagnostiques jugés insuffisants [1]

E1L71-72 : « Yves tout ce qu'il a eu comme examen ça venait jamais de lui. Ca a été Mme L qui remplaçait et qui l'a envoyé à l'ORL »

❖ Ne demande pas assez rapidement l'avis de confrères [1]

E1L76 : « il aurait dû dire dès le départ « allez voir un ORL » »

❖ Erreur diagnostique, mauvaise appréciation de la gravité de l'état du patient [7 ; 13]

E7L41-42 : « j'ai été hospitalisé suite à une inconsidération de la gravité de mon état. »

E13L27-31 : « je suis venue voir le médecin 3 ou 4 fois dans la même semaine parce que ça n'allait pas du tout... Et j'ai terminé aux urgences ; et aux urgences, tout de suite, ils ont trouvé ce que j'avais »

❖ Désaccord avec la décision médicale [5 ; 6]

E5L47 : « moi, des anti-inflammatoires, j'en veux plus, ça fait mal à l'estomac »

E6L26-27 : « il m'a mis à 100% sans rien me demander... donc chose que je n'ai pas trop appréciée et comme je devais acheter une maison ça m'a posé souci.... »

**3.2.1.5. Problème avec la personne du médecin, son caractère, son comportement, son attitude, sa bienséance:**

Cette catégorie est citée par environ la moitié des patients dans notre enquête :

E1L45-46 : « il fumait devant nous son cigare »

E4L44 : « il avait des sautes d'humeur »

E8L77-78 : « il m'a fait ça (elle imite le médecin qui tend le bras vers le patient) « carte vitale ». Alors là c'était la goutte d'eau »

E10L39-30 : « elle m'a secouée comme un prunier me disant que j'étais pas handicapée des pieds (patiente aveugle), que j'aurais pu me déplacer jusqu'au cabinet »

E12L49-50 et 54 : « j'avais des beaux petits sous-vêtements...il a dit « ton ami, il a de l'argent (...) un médecin n'a pas à dire à sa patiente...on dévisage pas les gens comme ça »

Ceci constitue en partie ce que l'on pourrait appeler le savoir être du médecin, ce qui intervient aussi dans la relation médecin/patient.

**3.2.1.6. Manque de confiance :**

Le manque de confiance ou la perte de confiance sont cités explicitement par environ la moitié des patients. Voici quelques exemples :

E5L162 : « Mais...et après quand on a plus confiance, c'est terminé »

E6L44 : « j'avais plus confiance en lui »

E8L58 : « il n'inspire pas confiance »

E10L174-175 : « justement Me F l'avait un peu perdu ma confiance depuis qu'elle avait parlé de la coqueluche dans la salle d'attente »

### **3.2.1.7. Lié à un problème pratique :**

Lors de la réalisation des entretiens, des raisons pratiques ont été évoquées par environ la moitié des patients, en cause dans le changement de médecin. Elles sont détaillées ci après :

- ❖ Le médecin n'a pas voulu se déplacer en visite [1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 11]

E2L147 : « oui une fois j'étais en crise et le Dr C n'a pas voulu se déplacer »

- ❖ Difficulté d'accès au cabinet [5]

E5L70-71 : « pour aller se garer chez lui, c'est pratiquement impossible d'abord... et puis moi qu'a du mal à marcher... »

### **3.2.1.8. Réputation du médecin, avis d'une tierce personne :**

Moins d'un tiers des patients ont quitté leur médecin par rapport à ce qui leur avait été rapporté par d'autres personnes :

E1L48-49 et 53-54 : « ah bah parlez-en du Dr L, elle a répondu... il fume devant les clients, ça se fait pas franchement (...) Et elle m'a dit 'y'a pas que ça, le soir il boit'. Là je suis tombée des nues. »

E10L49-51 : « on est venu à en parler avec les dames de l'impasse. Pareille, une fois une dame ... elle l'a mis plus bas que terre. »

E12L59-60 : « c'est pas des cancans, c'est vrai qu'il couche avec ses patientes, puis avec son personnel, ça se fait pas...il est marié, il a des enfants »

E13L74 : « plus des amis qui ont le même médecin aussi et qu'ont eu des petits soucis aussi »

### **3.2.1.9. Mercantilisme supposé du médecin :**

Moins d'un tiers des patients ont trouvé que leur médecin était trop attiré par l'argent, au détriment du reste :

E3L62-64 : « il forçait à revenir tous les mois, lui ce qu'il cherchait c'était ça (il mime l'argent en frottant le bout de ses doigts entre eux). Presque tous les deux mois il partait 15 jours en vacances. »

E5L139 : « - pourquoi il vous a fait pour 1 mois ?- pour « toucher »...pour payer à chaque fois qu'on a une consultation »

E7L104 : « celle personne représentait que le côté financier, c'était le défilé, voilà, 23 euros, au revoir, 23 euros, enfin bon... »

### **3.2.1.10. Non respect des devoirs généraux du code de déontologie :**

Peu de patients ont souffert d'un manquement au code de déontologie : le respect du secret professionnel (art.4), et la non-discrimination (art.7).



*E7L49 : « ...le pire, une différence entre les patients...les patients qui ont évolué avec ce médecin ont une considération plus importante que des patients qui arrivent »*

*E10L32-33 : « je me suis présentée avec les analyses dans la salle d'attente...et elle a hurlé tout fort que Michael avait une coqueluche évolutive, elle aurait pu se taire, quoi »*

A noter que certaines catégories peuvent être une conséquence d'autres. Par exemple, lorsqu'un patient juge que la durée de consultation est courte, cela peut être dû à un manque de disponibilité du médecin, qui a une demande trop importante. Il est parfois difficile de classer les unités minimales de significations dans des catégories ou sous-catégories, car certaines peuvent rentrer dans plusieurs catégories ou sous-catégories.

### 3.2.2. Événement déclenchant la prise de décision

#### 3.2.2.1. La décision de changement :

Dans notre enquête, pour tous les patients, la prise de décision s'est faite suite à un événement pas nécessairement grave mais suite à une accumulation de différentes choses. Soit une même raison se répétait invariablement, soit différentes raisons de changement se sont additionnées.

*E3L73-75 : « c'était la fois de trop » E4L70-71 : « ça mijotait depuis un moment » ou E8L78 : « c'est la goutte d'eau » E10L55-56 : « petites choses par petites choses...il y a eu un ras le bol »*

Sauf pour la patiente n°6 qui a quitté le médecin après l'avoir vu à seulement à 3 reprises et pour une seule raison : la mise à 100% sans son consentement.

#### 3.2.2.2. Les différentes raisons qui ont déclenché le changement de médecin:

Elles sont les suivantes :

##### ❖ Avis d'une tierce personne qui vient renforcer ses doutes [1]

*E1L107-108 : « quand je suis revenue de Paris et qu'elle m'avait dit ça, tout de suite ça a fait tilt dans ma tête, j'ai téléphoné le lendemain à la sécurité sociale »*

##### ❖ Un autre membre de la famille également patient ne veut plus aller voir ce médecin [9 ; 11]

*E9L45-46 : « ma fille voulait pas y retourner donc ça a été le facteur déclenchant qui fait qu'on change une bonne fois pour toute » E11L112-113 : « et puis mon fils K (qui a eu 16 ans, NDLR) a choisi directement le Dr C (l'associé, NDLR)...et on a fait la bascule »*

##### ❖ Une supposée incompétence du médecin :

###### - événement iatrogène important [2]

*E2L75-76 : « ce qui m'a fait peur c'est quand j'ai failli tomber dans le coma suite aux médicaments qu'il m'avait donnés »*

###### - erreur d'appréciation de la gravité de l'état d'un patient [7]

*E7L109 : « ce qui a déclenché c'est quand mon responsable m'a dit je ne t'accepte pas dans ton état » L179-181 « une heure trente dans son cabinet avec ma pneumonie...les jambes ne me portaient pas. Là c'était rédhibitoire, c'était la consultation de trop »*

❖ **Une énième manifestation d'humeur du médecin [4 ; 5 ; 10]**

*E5L137 : « c'est une tête de lard infernale » E10L92-93 : « la dernière goutte ça a été mon mari, quand elle lui a dit j'suis pas là que pour les certificats médicaux »*

❖ **Une énième consultation ou visite de durée jugée très insuffisante [3]**

*E3L73-75 : «un jour il est venu comme d'habitude, 5 minutes...c'était la fois de trop »*

❖ **Un énième manque de considération pour le patient [8]**

*E8L77-78 : « il m'a fait ça (elle imite le médecin qui tend le bras vers le patient) « carte vitale ». Alors là c'était la goutte d'eau »*

❖ **Le décès d'un proche [12]**

*E12L106 : « la mort de mon père...là on a dit « on fait le pas » »*

❖ **L'occasion s'est présentée de voir l'associé [13]**

*E13L92-87 : « comme elle était absente...c'est lors de l'entretien que j'avais avec le Dr B...comme ça c'est bien passé...j'ai continué naturellement »*

En conclusion, il semblerait que les patients soient plutôt patients. C'est dans la majorité des cas un ensemble de petites choses accumulées qui ont abouti à la prise de décision de changer de médecin.

### 3.2.3. Freins à la décision de changement de médecin

- Environ la moitié des patients ont rapporté des freins à leur changement de médecins, qui sont les suivants :

> **Un médecin vu en remplacement a dit au patient de revoir le médecin habituel [1] :**

*E1L115-6 : « quand j'étais allée voir un médecin à S une fois, il m'avait dit « non, le Dr L est revenu, vous devez retourner le voir »*

> **L'espoir que les choses vont changer [2 ; 5] :**

*E2L86 : « je me suis dis « ça va peut-être changer, s'arranger avec M. C »*

> **Peur que ce soit pareil ou pire avec un autre médecin [2 ; 7] :**

*E7L101-2 : « ...et puis de me dire que si je vais ailleurs cette personne ne me connaîtra pas et ce sera la même chose ou pire »*

> **Par habitude [9] :**

*E9L45 : « j'ai continué à y aller par habitude » V13L90 : « mais on a confiance en notre médecin (...) en général , on reste chez eux ... »*

**> Accommodation à la situation [11] :**

*E11L102 : « c'est-à-dire qu'on se pose la question du pour, du contre » L111-2 : « on se dit « bon écoute, après tout, on le voit pas si souvent que ça »*

**> Contrainte administrative de la déclaration de médecin traitant à la sécurité sociale**

- **Démarche qui paraît compliquée [5 ; 9 ; 11 ;12] :**

*E9L105-6: « j'ai pas changé aussi par rapport à cette démarche. Car quand on connaît la sécu...c'est jamais très simple »*

- **Peur d'être moins bien remboursé [9] :**

*E9L97 : « je ne serai pas remboursée de la même façon, euh, c'est un choix que j'ai fait »*

**> La méconnaissance des médecins « du coin » [7] :**

*E7L102-3 : « il y a peu de temps qu'on a emménagé ici, donc on ne connaissait pas beaucoup d'autres médecins dans la région »*

**> Comment le médecin va prendre la nouvelle (surtout si nouveau médecin associé du premier) [11] :**

*E11L103-4 : « comment la personne va percevoir ça(...)c'est le même cabinet en plus »*

**> La confiance en son médecin qui est bien ancrée :**

*E13L90 : « mais on a confiance en notre médecin (...) en général, on reste chez eux ... »*

**> Parce qu'il y a un avantage de poids à rester, qui sera difficile à retrouver ailleurs :**

Par exemple le déplacement en visite, pour la patiente numéro 8, âgée de plus de 80 ans.

*E8L65-7 : « - M : et qu'est ce qui fait que vous l'avez vu tout ce temps ? - P8 : c'était le plus près de chez nous et moi quand je fais déplacer un médecin c'est que je suis incapable de me déplacer »*

- Un peu plus d'un tiers des patients n'ont pas éprouvé de frein à leur souhait de changer de médecin. [3 ; 4 ; 6 ; 10 ; 13].

### **3.2.4. Difficulté de la prise de décision de changement**

Pour l'ensemble des patients, la prise de décision a été peu ou pas difficile.

A la question « la décision a-t-elle été difficile à prendre ? », les patients ont répondu par exemple :

E1L106 : « non, non, non,...ça a fait tilt dans ma tête, j'ai téléphoné le lendemain à la sécurité sociale »

E2L89 : « j'ai fait confiance à Laurent. C'est vrai que j'avais quand même surtout une appréhension au niveau des médicaments, savoir si Mme F allait me comprendre, et puis après, ça a été »

E3L66 : « non, non, du jour au lendemain...c'est elle (le Dr F, NDLR) qui a fait toutes les démarches pour récupérer les dossier »

E4L79 : « non, ça s'est fait assez bien »

### 3.2.5. Modalités de choix du nouveau médecin

Les patients ont choisi leur nouveau médecin d'une ou plusieurs manières citées ci-après :

**> Par conseil d'un proche [1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 7] :**

E3L57 : « mon frère m'a dit, prend la mienne, Me U, tu verras elle est bien »

**> En ayant déjà rencontré le médecin par le passé ou en accompagnant un proche, ou en dehors du cabinet [1 ; 5 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11] :**

E1L122-3 : « j'y suis allée avec ma fille quelques fois pour les enfants »

E5L76-7 : « on connaissait Me F dans ses débuts (...) puisqu'elle habite à côté de chez nous »

E9L56-7 : « j'ai eu l'occasion de la rencontrer quand elle était encore à S et elle avait fait une exposition sur des tableaux »

**> Car c'est le médecin d'un membre de la famille [3 ; 5] :**

E5L192 : « puisque c'est le docteur de mon fils, il est à côté de chez nous... »

**> Car le médecin accepte de se déplacer en visite (ce qui d'après ces patients là est rare actuellement) [3 ; 4] :**

E3L57-8 : « Me U a accepté de se déplacer, du moment qu'il y avait de la place pour se garer »

**> Du fait de la proximité du médecin [4 ; 5 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11] :**

E8L66 : « c'était la plus près de chez nous »

**> En consultant le médecin associé du même cabinet, par choix ou par hasard en l'absence du médecin habituel [10 ; 13] :**

E10L145-6 : « en allant voir avec mon fils j'ai eu l'occasion de connaître le Dr X, et vu que c'est au même cabinet, et que c'est toujours aussi près pour moi... »

E13L31-2 : « j'avais rendez-vous avec le médecin, et comme ce médecin était en congés, donc c'est pour ça que j'ai pris avec le Dr Y »

> Pour l'ancien médecin malgré la distance, avec qui avait été tissé des liens de confiance, pour 1 patient [6] :

E6L29 : « j'ai rappelé Me D pour savoir si elle pouvait me reprendre comme elle m'a suivie depuis toute petite »

> Par feeling, bonne impression tout de suite= de l'ordre de l'intuitif et du contact [3] :

V3L116 : « ma réaction (ou veut-il dire, impression ? NDLR) a été bonne tout de suite » L119 : « elle m'a plus tout de suite »

### 3.2.6. Attentes des patients de leur nouveau médecin

De même que nous avons classé les raisons de changement de médecins en différentes catégories, nous avons remarqué qu'il était possible de classer les attentes des patients de leur médecin généraliste en reprenant presque toutes ces catégories.

Les patients ont des attentes :

#### 3.2.6.1. Quant au savoir relationnel du médecin :

Tous les patients jugent que c'est une qualité très importante d'un médecin, voire la plus importante. Les patients 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ont été très prolifiques à ce sujet.

E7L34-5 : « ce qui me semble important, c'est la confiance qu'on a en son médecin et il y a confiance s'il y a un bon relationnel »

E12L138 : « des qualités humaines »

Les qualités relationnelles qu'un patient recherche chez son médecin sont les suivantes :

- ❖ **Un bon contact, être à l'aise avec le médecin, avoir une juste proximité avec le médecin , un bon feeling (ressenti), des atomes crochus, être respecté [3 ; 4 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13]**

Un « feeling », c'est une manière de ressentir quelque chose, c'est un ressenti, une intuition. Avoir des « atomes crochus », c'est avoir des affinités avec quelqu'un.

E3L116 : « ma réaction (ou veut-il dire, impression ? NDLR) a été bonne tout de suite »

E4L93 : « son contact est agréable »

E7L113 : « c'est quelqu'un de gentil, doux »

E8L100 : « c'est l'accueil »

E8L137 : « qu'il fasse abstraction de mon âge, un corps d'une fille de 20 ans et 80 ans c'est plus pareil, ils vieilliront eux aussi ils verront. C'est choquant, c'est gênant » (la patiente parle du « regard » du médecin qui la gênait, qui ne la mettait pas à l'aise, NDLR)

E9L61 : « la proximité »

E10L127-8 : « et là, tout de suite, feeling, ...il me met à l'aise »

E11L34-35 : « une relation assez franche...d'égal à égal, et d'adultes » L80 : « de la proximité mais surtout de la responsabilisation...La gestion de ma pathologie, on la fait ensemble » L87 : « pas l'impression d'être pris de haut, d'avoir cette barrière du spécialiste. » L168 : « qu'il comprenne qu'il est humain, comme nous... »

❖ **Attention du médecin, intérêt pour le patient et ses attentes [1 ; 2 ; 4 ; 6 ; 7 ; 8 ; 10 ; 13]**

E1L130 : « j'attends que quand je le fais venir qu'il soit attentif, que ça se passe bien »

E4L93-4 : « elle semble toujours présente par l'esprit avec nous, ah ça, c'est sûr »

E7L114-5 : « ...qui prend en considération vos douleurs, vos angoisses » L124 : « quelqu'un qui s'intéresse à ses patients »

E10L128-9 : « vous avez des questions à poser ?...vous avez quelque chose à me demander ? »

❖ **Ecoute du médecin : [1 ; 2 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 13]**

E1L144 : « qu'il soit à mon écoute »

E2L160-1 : « qu'elle m'écoute, je lui ai dit ce qui n'allait pas et on a repris tout à zéro »

E5L105 : « la vie d'un docteur, ça doit être d'écouter ses patients ».

E7L40 : « ce que j'attends c'est une écoute »

❖ **Compréhension, empathie [8 ; 12]**

E8L117 : « la compréhension » L130-1 : « se sentir réconforté, compris, je pense qu'un médecin quand il vous a compris, vous sentez déjà plus allégé »

E12L84-5 : « le médecin doit être un peu psychologue »

❖ **Que le médecin ne juge pas [8 ; 11]**

E8L137 : « qu'il fasse abstraction de mon âge, un corps d'une fille de 20 ans et 80 ans c'est plus pareil, ils vieilliront eux aussi ils verront... »

E11L156 : « pas se sentir coupable...pas de donneur de leçon... »

❖ **Communication verbale, dialogue [2 ; 4 ; 5 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10 ; 11]**

E11L129 : « d'avoir un dialogue, d'avoir un échange »

○ **Soutien, réconfort [2 ; 4 ; 8]**

E2L168 : « c'est bien elle me « boost » un peu »

E4L90 : « qu'elle nous apporte le soutien qu'on attend d'un docteur »

E8L102 : « un réconfort » L130 : « se sentir réconforté, compris »

E12L72-3 : « on attend d'un médecin qu'il nous soulage, nous réconforte »

○ **Etre rassuré [9]**

E9L28 : « on aime avoir un dialogue rassurant »

○ **Conseils [5]**

E5L41-2 : « si on a besoin d'un docteur, c'est parce qu'on a besoin de conseils » L208 : « lui demander des conseils sur ma santé, sur ce qui va pas »

E5L103 : « avec Me F on peut discuter...lui, y'avait pas moyen (silence) ». L208 : « lui demander des conseils sur ma santé, sur ce qui va pas »

○ **Explications claires [7 ; 8 ; 10 ; 11]**

E7L45-6 : « j'ai besoin d'un dialogue...qu'on m'explique les choses en l'état » L119 : « une grande clarté dans sa consultation, l'explication »

E8L98 : « je recherche d'abord une communication, un regard sur ma maladie, qu'il m'explique »

○ **Propositions thérapeutiques [8]**

E8L113 : « je voudrais trouver quelqu'un qui me dirait : « bon, on va essayer ça »

❖ **Communication non verbale [2 ; 8]**

○ **Réassurance, soutien :**

E2L154-5 : « ...un geste rassurant. Une fois un médecin m'avait pris la main, c'est 5 minutes, mais c'est quelque chose, il y a un petit truc qui rentre en vous, ça fait du bien »

**3.2.6.2. Quant à la compétence biomédicale du médecin :**

Presque tous les patients ont ensuite cité la compétence biomédicale comme attente primordiale de leur médecin. Compétence qu'ils tiennent dans la très grande majorité des cas pour acquise. E10L119-120 : « pour moi elle est compétente...elle est médecin, donc c'est qu'elle a réussi son diplôme. »

❖ **Efficacité dans le diagnostic, le traitement [10 ; 12]**

E1L147 : « qu'il soit efficace »

E2L161 : « on a repris tout à zéro, les examens, les traitements »

E4L90 : « qu'elle nous suive notre état de santé »

E5L173-4 : « ...elle m'a fait une expertise de tous les bouts...j'ai passé par tous les spécialistes pour ces résultats qui la tourmentaient...impeccable ! »

E6L55-6 : « chaque fois...elle a tout de suite trouvé ce que j'avais »

E7L110 : « il m'a parlé du Dr G qu'il jugeait efficace »

E7L116 : « il l'a traité avec efficacité »

E8L113 : « je voudrais trouver quelqu'un qui me dirait « bon on va essayer ça » »

❖ **Professionalisme du médecin (tenue dossier, examen clinique...), rigueur, sérieux [3 ; 8 ; 12]**

E3L110-1 : « dans sa manière (de travailler, NDLR), je vois que c'est beaucoup mieux que le Dr L, et sa façon de tout éplucher le dossier, de noter ses observations. »

E8L107 : « il vous regardait des pieds à la tête »

E13L100-1 : « quand il y a eu le souci de la coqueluche, tout de suite il a pris ses bouquins pour voir s'il fallait faire une déclaration »

❖ **Demande d'avis de confrère quand il faut [6 ; 10 ; 12]**

E6L67 : « elle m'a orientée vers un bon gynécologue »

E12L89-90 : « s'il ne sait pas le faire, qu'il nous oriente vers... »

❖ **Remise en question, formation médicale continue [12]**

E12L140 : « qui « save » soigner, qui « save » se remettre en question »

E12L142 : « qui reste pas sur une médecine du passé, mais qui continue à suivre des études »

**3.2.6.3. Quant à la disponibilité du médecin:** [2 ; 3 ; 5 ; 6 ; 7 ; 9 ; 10 ; 11]

Ensuite environ deux tiers des patients attendent de la disponibilité de leur médecin généraliste.

E2L144 : « il était toujours disponible »

E6L54 : « chaque fois que j'avais un souci elle répondait toujours présente » L59 : « dès que j'ai un souci...elle va trouver un rendez-vous entre deux »

E7L116 : « il l'a pris rapidement »

E11L140 : « la disponibilité...j'ai des contraintes professionnelles, ... par rapport à ma femme qui est non voyante (et qu'il doit accompagner, NDLR) »

**3.2.6.4. Quant à la confiance qu'ils peuvent lui accorder :** [3 ; 5 ; 6 ; 7 ; 9 ; 11 ; 13]

Environ la moitié des patients disent explicitement attendre de pouvoir faire confiance en leur médecin.

E3L113 : « je lui fais confiance » L117-9 : « j'ai fait confiance car comme c'est le toubib de ma fille..., et puis elle m'a plus tout de suite »



*E5L201 : « la confiance ! »*

*E6L50 : « que j'ai confiance en elle »*

*E7L34-5 : « ce qui me semble important, c'est la confiance qu'on a en son médecin et il y a confiance s'il y a un bon relationnel »*

*E11L166 : « A l'aise effectivement ! Et c'est cette relation de confiance quoi ! »*

*E13L90 : « on a confiance en notre médecin (...) en général, on reste chez eux »*

### **3.2.6.5. Pratiques : [1 ; 2 ; 4 ; 7 ; 10 ; 11]**

Ensuite plus d'un tiers des patients ont des attentes pratiques : visites à domicile, proximité du cabinet, horaires d'ouverture du cabinet.

#### **❖ Visites à domicile [1 ; 2 ; 4 ; 7 ; 11]**

Cette demande de visite concerne des personnes âgées de plus de 80 ans [4 ; 7], une personne présentant une pathologie douloureuse chronique avec exacerbations aiguës dans un contexte psychologique [2], une patiente de 68 ans qui vit en semi rural et qui n'a pas le permis [2] et une personne non voyante [10]. Ce sont donc des visites justifiées dans la très grande majorité des cas.

*E1L138 : « je l'ai fait venir et il est venu, y'a des médecins qui veulent pas toujours venir »*

*E4L27 : « on préfère à domicile, évidemment »*

*E7L100-1 : « la qualité qu'il avait...c'est qu'il faisait partie de ces médecins qui se déplacent encore »*

#### **❖ Plages horaires d'ouverture du cabinet étendues [10]**

*E10L72-4 : « le Dr C visite aussi le samedi après-midi...Les garçons ils aiment dormir le samedi matin »*

#### **❖ Proximité géographique [11]**

*E11L123 : « la proximité, c'est quelques chose de très, très pratique »*

### **3.2.6.6. Quant à la manière de travailler du médecin, son organisation : [3 ; 6 ; 8 ; 13]**

Moins d'un tiers des patients ont des attentes quant à l'organisation du médecin, sa manière de travailler.

Ces attentes peuvent chevaucher les attentes en terme de compétence à l'égard du médecin.

#### **❖ Bonne tenue du dossier médical [3]**

*E3L110-1 : « dans sa manière (de travailler, NDLR), je vois que c'est beaucoup mieux que le Dr L, et sa façon de tout éplucher le dossier, de noter ses observations. »*

#### **❖ Le médecin sait bien s'entourer (secrétaire, associé, correspondants d'autres spécialités) [6]**

*E6L64 : « elle s'est bien entourée. Sa secrétaire est très gentille, elle s'arrange, Dr P (son associé, NDLR) aussi »*

#### ❖ Le médecin examine bien ses patients [8]

*E8L107 : « il vous regardait des pieds à la tête »*

Cela met en évidence l'importance de l'examen clinique aux yeux des patients. Cela ne remet pas en cause la compétence du médecin, car parfois très peu d'éléments sont à rechercher à l'examen clinique pour étayer le diagnostic. Et l'expérience, l'« œil » du médecin fait que l'examen clinique n'est pas nécessairement long. Mais le patient se fait une idée du « rituel » de la consultation, qui passe souvent par un examen soigneux, témoignant du sérieux, de l'attention que le médecin porte à sa souffrance. C'est pourquoi nous avons classé l'examen clinique dans 'manière de travailler du médecin' plutôt que dans 'compétence'.

#### ❖ Le médecin est à l'heure [13]

*E13L107 : « il nous prend à l'heure, ça c'est bien »*

#### **3.2.6.7. Quant à la personne du médecin, son aspect, son comportement, son attitude, son caractère (= savoir être):**

Quelques personnes ont formulé des attentes quant à la personne du médecin, son aspect extérieur, son attitude.

Nous verrons plus loin quelle est la définition du savoir être.

Certains items rejoignent le paragraphe 1 'savoir relationnel du médecin'.

#### ❖ Présentation, manière de s'exprimer [2 ; 3]

*E2L149-150 : « j'estime que quand on est médecin il faut être propre, présentable »*

*E2L144 : « c'était « Le » médecin, classe, bien habillé »*

*E3L117 : « ...comme elle s'est exprimée, bon j'me suis dit c'est valable. »*

#### ❖ Gentillesse [3 ; 7 ; 13]

On retrouve ces attentes aussi dans la partie savoir relationnel du médecin, dont le contact.

*E3L86-7 : « ...il me tutoyait, ...il goûtait dans mon assiette, il était vraiment sympa, ça, oui »*

*E7L113 : « c'est quelqu'un de gentil, doux »*

*E13L109 : « il est agréable »*

#### ❖ Mettre à l'aise le patient [8]

*E8L137 : « qu'il fasse abstraction de mon âge, un corps d'une fille de 20 ans et 80 ans c'est plus pareil, ils vieilliront eux aussi ils verront. C'est choquant, c'est gênant » (la patiente parle du « regard » du médecin qui la gênait, NDLR)*

### ❖ Juste distance avec le patient [10]

*E10L219-0 : « un médecin, c'est un médecin. C'est pas « vient boire le café, tu, ti, ta, to », c'est le médecin. Ça doit rester le médecin. »*

#### **3.2.6.8. Quant au rôle du médecin de défenseur du patient : [8]**

Enfin, une patiente a parlé du rôle du médecin de défenseur des intérêts du malade.

*E8L123-4 : « je lui ai parlé qu'on avait emménagé dans un immeuble où il y avait 40 marches. Je lui ai demandé si on pouvait faire un certificat pour réduire le préavis »*

### **3.2.7. Ce que pensent les patients de la fidélité médecin/patient**

#### **a) Temps passé avec leur ancien médecin avant de changer :**

- 30 ans pour la patiente veuve de 68 ans ayant toujours vécu en zone semi-rural [1].
- 7 ans pour le patient de 74 ans, retraité artisan peintre vivant en zone urbaine [3].
- 6 ans pour la personne âgée de 82 ans, qui était revenue habiter en ville 6 ans auparavant [8].
- 15 ans pour la patiente de 45 ans vivant en zone rurale avec son mari et ses 2 filles [9]
- 4 ou 5 médecins en 10 ans pour le patient [11] et sa famille à cause de mutations professionnelles.

#### **b) Importance de la fidélité médecin/patient pour les patients :**

- ✓ Patients pour qui une relation sur la durée est un souhait, et qui présentent un affect important dans la relation : [2 ;3 ;5 ;6 ;10 ;12, 13]

Pour environ la moitié des patients, entretenir une relation sur la durée avec son médecin est un souhait, un besoin, une nécessité. La nécessité de changement est regrettée, rendue inévitable à cause d'une accumulation de choses comme vu plus haut.

*E2L105-7 : « j'ai changé parce que malheureusement il y a eu un incident, et parce qu'il écoutait plus rien, mais...non, il faut garder son médecin. Si un jour je déménageais et que je devais connaître un autre médecin, je serais malheureuse...c'est très important. »*

*E3L91-2 : « y'aurait que moi, j'aurais jamais changé de toubib, j'ai changé parce qu'à un moment ils me convenaient plus ».*

*E5L240 : « si je suis inscrit chez un docteur, ben j'y vais jusqu'à ce que ça casse » L244 : « il a pris la retraite alors j'ai été obligé de changer » L251 : « il aurait continué j'y serais peut-être encore »*

*E6L72-3 : « maintenant on est plus amené à bouger avec notre métier, mais c'est vrai que si j'avais pas changé de coin je serais restée avec Me W »*

*E10L192 : « moi...je suis fidèle à mon médecin. Et mes parents ça fait 40 ans qu'ils ont le même médecin...maintenant peut-être que les gens changent beaucoup de médecin mais pas moi. »*

E12L207 : « moi c'est ce que j'aime ! parce que c'est pas évident de changer » L201-2 : « c'est très bien de...reconnaître...son docteur, c'est une forme de remerciement, la fidélité »

E13L128 : « moi j'ai suivi toujours le même médecin »

- ✓ Patients pour qui la relation sur la durée n'est plus d'une grande importance en soit, moins d'affect dans la relation, on consulte un prestataire de service : [7 ;11]

Quelques patients décrivent avec un certain regret une relation médecin-patient devenue comme une relation de client à prestataire de service, relation comportant moins d'affect. Ainsi, si les attentes du patient ne sont pas rapidement comblées, le patient change de médecin.

E11L120-1 : « si on s'apercevait...au bout d'un moment qu'on ne retrouve pas ce qu'on cherchait, ben on partirait évidemment »

E11L217-21 : « on n'a pas toujours l'impression qu'il (le médecin, ndlr) s'implique...dans votre problématique...Avant il y avait beaucoup plus d'implication vis-à-vis de l'individu (...) Moi ça ne me gêne pas mais du coup je ne m'implique pas non plus ; ce qui fait qu'à un moment donné, si cette prestation ne me convient pas, je vais chercher une autre prestation ailleurs ».

E7L154-160 : « la fidélité elle se mérite par le relationnel avec le médecin. Et maintenant je pense que le côté financier, le rendement prime un peu, la considération pour le patient est devenue moindre qu'avant, ça fait un peu usine. On voit bien que les consultations sont de plus en plus brèves...C'est le médecin qui veut un carnet de rendez-vous qui favorise un compte en banque plus garni. J'analyse ça comme ça. Avant on se déshabillait presque entièrement chez le médecin » L169-170 : « ce côté qui fait que je lui suis restée fidèle un certain temps c'est ce côté déplacement chez les patients ce qui devient rarissime »

### **c) Ce que les patients disent de la fidélité entre 2 personnes :**

#### **Définition du dictionnaire :**

- Qualité de quelqu'un qui est fidèle, dévoué, attaché à quelque chose, à quelqu'un : Fidélité à un principe.
  - Qualité de quelqu'un qui est constant dans ses sentiments, ses affections, ses habitudes : Fidélité d'un ami. Fidélité d'une cliente.
  - Qualité de quelqu'un qui ne manque pas à une promesse, qui ne trahit pas un serment : Fidélité à la parole donnée.
- ✓ Pour les patients, la fidélité c'est :

E7L154 : « la fidélité elle se mérite par le relationnel avec le médecin »

E12 L201-2 : « c'est très bien de...reconnaître...son docteur, c'est une forme de remerciement, la fidélité »

E3L94 : « c'est une question de confiance »

E8L129-132 : « - un patient est fidèle à son médecin quand un médecin est fidèle. Quand on est malade on a besoin de se sentir réconforté, compris – la relation c'est un échange une réciprocité – tout à fait »

E9L84-6 : « bah de toute façon, on a pas trop le choix car la sécurité sociale nous impose un médecin référent déjà...La fidélité elle est obligée d'être là quelque part. La sécurité sociale nous l'impose »

✓ Points positifs :

Pour plus de deux tiers des patients [2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11 ; 13], la fidélité médecin/patient a des points positifs. D'avoir une relation avec son médecin sur la durée, ça permet :

○ **d'être rassuré :**

E2L110 : « ça permet d'être rassuré en quelques sortes. Car déjà vous êtes pas bien, et ça permet d'être rassuré, un petit geste, un petit mot... »

○ **d'être en confiance :**

E3L98 : « c'est la confiance, et puis on peut s'expliquer avec elle, et puis j'suis à l'aise avec elle » ; E5L257-8 : « ...c'est la confiance et puis j'vois mon docteur si j'ai confiance en lui sinon bah j'irais pas » ; E11L237-8 : « ça doit améliorer effectivement la relation, ... cette confiance là, si elle est en place effectivement... »

○ **d'être à l'aise pour parler :**

E3L98 : idem ; E4L122-3 : « c'est déjà plus facile de s'exprimer auprès d'un docteur qu'on connaît » E13L135-7 : « on se connaît, (...) c'est quand même plus agréable »

○ **d'être mieux connu, suivi et pris en charge par son médecin:**

E3L100-1 : (intervention d'une tierce personne pendant l'interrogatoire): « - ce qui est important c'est qu'il y a un suivi, le médecin après il vous connaît. –bah voilà, oui » ; E4L118-9 : « pour les docteurs ça doit être positif parce que quelqu'un qu'il connaît...il peut quand même le suivre plus facilement » ; E6L76-7 : « je vois plutôt un avantage parce qu'elle connaît tous mes antécédents familiaux, émotionnels aussi, comment je supporte la douleur et tout ça, elle me connaît » ; E10L197-8 : « c'est toujours la même personne, y'aura pas toujours à raconter votre histoire, parce que je sais que c'est lourd pour moi » ; E11L233-6 : « c'est le suivi...il a plus vite perçu certaines problématiques...mieux cerner le cas des gens L129 améliore la prise en charge pour certaines pathologie » E13L139-0 : « s'il y a un problème, tout de suite il peut voir...il a tous les antécédents »

○ **de développer de la sympathie :**

E5L233 : « ben la sympathie »

○ **d'améliorer la relation :**

V10236-7 : « si on connaît la personne, son histoire, il y a toujours un peu de psychologie aussi...ça doit améliorer effectivement la relation »

✓ Points négatifs :

Pour environ la moitié des patients [1 ; 4 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11], la fidélité médecin/patient présente des points négatifs :

○ **trop connaître son patient peut faire passer à côté de diagnostics graves, à cause d'une routine qui s'installe :**

E1L158-9 : « je pense que le médecin il prend peut-être un peu trop à la légère au bout de tant d'années »

E4L127 : « y'a peut-être la routine qui s'installe aussi (...) L129 : oui c'est comme ci, c'est comme ça, et puis hop, on passe à autre chose (...) L132 : il peut peut-être, à force de diagnostiquer le même problème, passer à côté d'un autre problème »

E6L77-80 : « l'inconvénient c'est que justement elle nous connaît trop bien et que des fois elle passe outre ce que...elle nous écoute pas des fois forcément quoi, mais son avis est souvent le bon »

E9L89-90 : « quand un médecin vous connaît parfaitement, il peut passer à côté d'un certain nombre de choses (...) Une personne qu'on connaît pas...va prendre plus de temps va être plus attentive...il va peut-être pousser un peu plus loin l'examen »

E10L202-3 : « au bout d'un moment on se connaît tellement bien, et au bout d'un moment c'est « salut tu vas bien ? » » L206-7 : « je vois ma maman a un cancer du sein...et le médecin...il tutoie mon papa et ma maman...il est passé à côté de ça, et si on pouvait revenir 6 mois en arrière... »

E11L240-2 : « ça peut entraîner des automatismes...on ne pose plus certaines questions...ils concluent trop vite quoi ! »

○ **Trop connaître son patient peut faire céder le médecin à certaines demandes :**

E11L285-292 : « quand ils vont voir un médecin qui ne les connaît pas...neuf fois sur dix, le médecin va dire « mais pourquoi vous prenez tout ça, quoi ?... il va lui dire « ben ça sert à rien »...à un moment donné c'est lui qui a fait les prescriptions, donc est-ce qu'il a un petit peu cédé au patient ? »

### **3.2.8. Ce que pensent les patients de la fréquence de changement de médecin aujourd'hui ; et depuis la réforme du choix du médecin traitant en 2004**

#### **3.2.8.1. Est-ce qu'aujourd'hui les patients changent plus souvent de médecin qu'autrefois ?**

- Oui, pour moins de deux tiers des patients [1 ; 2 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 11 ; 12]

E1L150-1 : « je pense oui, mais ce qu'il y a c'est que de nos jours on peut pas changer de médecin comme ça »

E8L135 : « je pense que oui sauf dans un petit patelin où il n'y a qu'un seul médecin »

Car d'après certains patients :

- **aujourd'hui, la relation médecin/patient est moins humaine, c'est devenu plutôt une relation de client à prestataire de service avec un attrait plus prononcé pour l'argent ; le lien avec son médecin est moins fort :**

E7L154-160 : « la fidélité elle se mérite par le relationnel avec le médecin. Et maintenant je pense que le côté financier, le rendement prime un peu, la considération pour le patient est devenue moindre qu'avant, ça fait un peu usine. On voit bien que les consultations sont de plus en plus brèves...C'est le médecin qui veut un carnet de rendez-vous qui favorise un compte en banque plus garni. J'analyse ça comme ça. Avant on se déshabillait presque entièrement chez le médecin »

E11L207-210 : « il est devenu je dirais un commerçant de son métier... donc du coup...on doit pouvoir en changer plus facilement puisque cet attachement...existe moins aujourd'hui » L225-6 : « au niveau je dirais contact, confiance, contact humain...si ça ne me convient pas, je vais chercher le contact humain avec quelqu'un d'autre, quoi »

○ **le médecin est moins disponible, moins à l'écoute, moins attentionné :**

E2L114-8 : « ah oui ! c'est mon impression(...)lié à la vie actuelle. Parce qu'on court tout le temps et le patient a besoin d'être écouté, et... je pense qu'il y a beaucoup de patients qui changent car ils ont besoin surtout à l'heure actuelle d'être rassurés. »

L122-4 : « L'autre fois, j'étais à l'hôpital et il y avait une grève, et toute la prise en charge des patients en cancéro était perturbée. C'est terrible d'en arriver là au 21<sup>ème</sup> siècle. C'est quand même le cancer ».

E9L67 : « la disponibilité des médecins n'est plus la même qu'autrefois déjà. » L80-1 : « ce qui est important c'est la disponibilité...une écoute, faut qu'il prenne le temps »

E11L204-6 : « les gens aujourd'hui ont plus de liberté parce que...le médecin...a pris du recul...il n'a plus cette disponibilité »

○ **les patients sont plus mobiles, ont plus de liberté:**

E6L72-3 : « maintenant on peut être amené à bouger avec notre métier donc oui, mais si je n'avais pas changé de coin, je serais restée avec Me W »

E7L149 : « et puis les gens ont peut-être plus aussi les moyens de se déplacer, ce qui leur permet de ne pas hésiter à aller d'un village à l'autre pour voir un autre médecin »

E12L187 : « ils ont le moyen de locomotion »

E11L204 : « les gens aujourd'hui ont plus de liberté »

E12L195 : « (on change de) d'habitation, tout ça...y'a eu un sacré bouleversement, donc les médecins ça a suivi »

○ **les patients ont un choix plus large de médecins généralistes et autres spécialistes :**

E7L134-139 : « il y a peut-être plus de médecins qu'il n'y en avait auparavant(...) Le fait d'avoir un choix plus large, les patients sont moins attachés à leur médecin qu'autrefois » L145-149 : « maintenant il y a tellement de spécificité, les gens ont un choix beaucoup plus large(...)maintenant la personne va voir son gynécologue, son médecin, son ophtalmo...maintenant les gens sont peut-être moins proches de leur médecin »

○ **les patients attendent plus de leur médecin :**

E7L138-9 : « Les gens attendent peut-être plus maintenant de leur médecin »

○ **les patients sont mieux informés :**

E12L182-6 : « peut-être parce qu'ils sont mieux informés...que tel médecin...il nous soigne mieux qu'un autre »

○ **les patients sont moins fidèles, les mœurs ont changé :**

E12L187 : « dans le temps, ils étaient plus fidèles...je sais pas si ça a avoir avec la moralité, mais on avait son médecin de famille à vie, peut être que c'était la moralité de cette époque là »

○ **les anciens médecins étaient plus performants :**

*E7L143-146 : « avec le recul je me dis que les anciens médecins étaient peut-être plus performants que maintenant parce qu'avant le médecin de campagne était obligé de tout faire...Maintenant il y a tellement de spécificité les gens ont un choix beaucoup plus large »*

- Non pour environ un tiers des patients [7 ; 8 ; 10 ; 11]

Car d'après certains patients :

- **dans les campagnes, la tendance est de garder son médecin par souhait ou manque de choix:**

*E7L129-0 : « dans les petites campagnes, non je pense que les mentalités restent avec le souhait de garder le médecin d'origine »*

*E8L135 : « je pense que oui sauf dans un petit patelin où il n'y a qu'un seul médecin »*

- **les personnes âgées changent moins de médecin, par habitude :**

*E7 L142-3 : « je crois que c'est aussi lié à l'âge. Faut être honnête plus on avance dans l'âge plus on est accroché à ses habitudes »*

*E10L229 : « les personnes âgées, je vois mes parents, elle peuvent pas changer de médecin comme ça »*

- **au sujet du nomadisme médical, des doubles avis, les patients sont freinés pas la contrainte administrative :**

*E11L271-2 : « on le fait un peu moins maintenant parce que le médecin attiré, je vous dis, c'est par rapport à ces contrats administratifs, mais je vous dis c'est quelques euros...celui qui veut vraiment, il peut le faire »*

- Ne sait pas, peut-être, pour un tiers des patients [4 ; 5 ; 10 ; 13]

*E10L193-4 : « peut-être que les gens changent beaucoup de médecin mais pas moi »*

*E13L126 : « ça dépend des patients »*

- Des patients ont répondu « oui et non » à la question, modulant leur réponse en fonction de l'âge des patients.

D'après ces patients, la fréquence de changement de médecin est notamment une question d'âge, du fait de l'évolution de la société. Les personnes âgées auraient moins tendance à vouloir changer de médecin que les patients plus jeunes.

### **3.2.8.2. La réforme du médecin traitant a-t-elle eu une influence sur la fréquence de changement de médecin ?**

*Plutôt l'impression que ça ne complique pas le changement de médecin, pour environ la moitié des patients [3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 10 ; 13]*

*E3L107 : « je n'ai pas eu de problème. Quand j'ai décidé, j'ai pas demandé son avis, j'ai changé »*

*E4L137 : « pour nous ça n'a pas posé de problème...pour certains peut-être »*



E5L237-8 : « oh bah ça, ça m'a gêné pas beaucoup...si j'dois en signer un tous les jours, moi j'm'en fous, j'irai où je veux »

E7L184-5 : « non, ça m'a pas semblé quelque chose de compliqué. Peut être dans les démarches administratives mais c'est pas insurmontable »

E10L235-7 : « non ça m'a pas gênée, et comme il partage le même dossier patient, ça m'a pas gêné...le Dr C m'a tout de suite rempli mon papier»

E13L150 : « non, non, pas du tout »

Mais les patients qui pensent que la déclaration de médecin traitant complique le changement de médecin ont malgré tout aussi trouvé que les patients changeaient plus souvent de médecin qu'autrefois. [1 ; 2]

Plutôt l'impression que ça complique le changement de médecin, pour moins d'un tiers des patients [1 ; 2 ; 9 ; 11]

E1L150-1 : « ce qu'il y a c'est que de nos jours on peut pas changer de médecin comme ça »

E2L129-130 : « ah oui !...c'est vrai que maintenant il faut écrire et tout ça mais en effet, c'est pas évident pour tout le monde »

E9L84-6 : «la sécurité sociale nous impose un médecin référent déjà...La fidélité elle est obligée d'être là quelque part. La sécurité sociale nous l'impose » L97 : « c'est possible sauf que je ne serai pas remboursé de la même façon c'est un choix que j'ai fait » L104-105 : « si j'avais eu l'information avant, ça fait bien longtemps que je l'aurais fait. J'ai pas changé avant par rapport à cette démarche. Car quand on connaît la sécurité sociale ou en y allant ou en téléphonant, c'est jamais très simple »

E11L355-7 : « c'est juste qu'il faut refaire le papier...on peut pas dire difficile...on dira un peu plus contraignante, un peu moins simple »

### 3.2.9. Ce que pensent les patients de la confiance

C'est un concept difficile à définir pour les patients. Les patients ont souvent été déstabilisés par cette question. Le concept étant assez abstrait, les patients ne savaient pas bien ce qu'ils devaient dire.

E13L112 : « la confiance ? (rires) euh...c'est pas facile »

Pour les patients de notre étude :

**> On fait confiance quand le médecin se donne les moyens pour vous soigner avec efficacité et qu'on voit les résultats :**

E1L174-7 : « confiance à son médecin ? C'est qu'au moins il fasse plus qu'aller chez vous (...) quand on devient âgé on passe des examens...le Dr L était pas efficace pour ça »

E5L168 : « voir d'après les résultats obtenus qu'on peut avoir confiance en son docteur »

E6L54 : « chaque fois que j'avais un souci elle répondait toujours présente et elle a tout de suite trouvé ce que j'avais »

**> On fait confiance quand le médecin suit une FMC :**

E12L208 et 213 : « qu'il cultive ses connaissances médicales(...) (c'est un gage) de confiance oui »

**> La confiance est primordiale :**

E2L96-8 : « c'est primordial. Car si le malade, déjà, il est pas bien en lui-même, avec le médecin il faut qu'il y ait un lien, une confiance totale... Pas de l'amitié mais une confiance, c'est primordial »

**> La confiance au médecin serait quelque chose d'acquis, d'évident, d'habituel :**

E3L84 : « moi j'ai toujours fait confiance aux toubibs »

E4L106 : « on a confiance, si on a des doutes, on peut toujours voir quelqu'un d'autre hein ? »

**> Se sentir en confiance, cela se sent tout de suite ou vite, c'est un feeling, c'est intuitif :**

E3L116-9 : « ma réaction a été bonne tout de suite, la manière comme elle s'est exprimée, j'me suis dit c'est valable. Et puis j'ai fait confiance comme c'est le toubib de ma fille, j'me suis dit si elle la prend c'est qu'elle est bien ; et puis elle m'a plus tout de suite. »

E9L63-4 : « on le ressent relativement vite quand même je pense »

E10L180 : « ça a été tout de suite le feeling »

**> On a confiance en un médecin lorsque un proche de confiance fait confiance à ce médecin :**

E3L117-8 : « Et puis j'ai fait confiance comme c'est le toubib de ma fille »

E6L55 : « elle suit toute ma famille »

**> On a confiance lorsqu'un médecin nous a suivi depuis toujours et qu'il connaît toute notre histoire personnelle et familiale :**

E6L28-30 : « j'ai rappelé Me D pour savoir si elle pouvait me reprendre comme elle m'a suivie depuis toute petite, j'avais plus confiance en elle » L50-51 : « j'ai confiance en elle, elle m'a suivie depuis toute petite donc elle connaît mon histoire familiale...tant pis si j'ai des km à faire »

**> La confiance c'est être à l'aise avec le médecin, pouvoir parler franchement, de choses intimes, sans être jugé, que le médecin soit sympathique, accessible, proche:**

E4L109 : « faut pas être intimidé, faut que ce soit quelqu'un de proche dans son comportement, quelqu'un de sympathique »

EE5L166 : « pouvoir discuter franchement »

E7L35 : « il y a confiance s'il y a un bon relationnel »

E10L175-7 : « la confiance c'est que je peux dire des choses à mon médecin même si c'est... (...) je n'aurai pas peur de dire certaines choses... par ex vous dites : « j'ai un souci untel... », même si c'est mal placé »

E11L173-8 : « pas de problèmes à exprimer certaines choses...cette confiance...ne pas se sentir culpabiliser...ce niveau de dialogue, c'est-à-dire le piédestal, ou la personne qui prend de la distance, c'est pas ça pour moi la confiance » L184-9 : « le médecin, le métier c'est eux qui l'ont mais c'est d'abord un être humain...moi aussi j'ai fait des études (j'en ai fait que 6, pas 9 mais bon voilà, on peut discuter » L166-8 : « à l'aise...c'est cette relation de confiance...qu'il comprenne bien effectivement qu'il est humain comme nous » .

E12L159 : « qu'il se moque pas de moi » L167 : « qu'il respecte mes divergences ».

E13L120 : « c'est vrai que nous, le patient, on a rien à cacher »

E13L122 : « il est agréable ; le contact aussi est plus facile »

### **> La confiance, c'est quand le médecin est honnête, sincère, clair, transparent :**

E13L114et118 : « s'il y a quelque chose vraiment qui va pas, il nous le dit. Donc, si ça va bien, il nous le dit aussi (...) une honnêteté »

### **> La confiance c'est quand on est sûr du respect du secret médical :**

E10L174-5 : « Me F, l'avait un peu perdu ma confiance depuis qu'elle avait parlé de la coqueluche dans la salle d'attente ».

E12L159 : « qu'il répète pas ce que je lui dis ».



## **4 – DISCUSSION**



## 4.1. Discussion sur la méthode

### 4.1.1. Méthode qualitative

Nous avons choisi pour notre étude une méthode qualitative puisque le thème de notre étude mettait en jeu des aspects non quantifiables tels que des opinions, des éléments de décision personnelle. Cela a permis aux patients de s'exprimer librement. Contrairement à une enquête quantitative, elle fournit des éléments subjectifs et contextuels.

Notre échantillon de patients interrogés est de petite taille. Les données obtenues ne sont donc pas extrapolables à une population donnée, ce qui peut paraître une faiblesse à côté d'études quantitatives.

Cependant, les données issues de notre étude qualitative ont une valeur puisqu'elles sont issues d'une étude pour laquelle des critères méthodologiques ont été appliqués.

### 4.1.2. Conception du guide d'entretien et animation de l'entretien semi dirigé

Notre objectif étant de laisser la plus grande liberté possible au patient sur le sujet, nous avons formulé nos questions sous la forme la plus ouverte possible, en essayant d'influencer le moins possible les patients par nos interventions lors de l'entretien.

Dans ma pratique de médecin généraliste jusqu'alors, je m'étais exercée en quelque sorte à l'entretien semi dirigé, dans ce colloque singulier avec le patient. Mais je n'ai pas vraiment été formée à cette pratique en dehors de quelques cours théoriques et ateliers pratiques lors de ma formation initiale et d'une formation médicale continue, et une courte période de supervision directe par mes maîtres de stage lors de mon stage en médecine générale de niveau 1. Un de mes maîtres de stage m'avait alors fait quelques remarques sur ma façon de conduire une consultation, ma façon d'écouter le patient, de mener l'interrogatoire, de communiquer. La plus grande partie de la formation initiale en médecine se fait à l'hôpital et sans supervision directe. Et nous avons rarement la critique de nos maîtres concernant notre façon de communiquer ou même de réaliser un examen clinique.

Nous pouvons donc regretter mon manque d'expérience pour conduire ces entretiens semi dirigés.

J'ai effectué ces entretiens avec les patients comme je le ferais en consultation.

Il apparaît après relecture des entretiens que j'interprète malgré moi à plusieurs reprises les propos des patients et ai parfois une tendance à orienter, guider leurs propos.

On peut donc se reprocher un recueil d'informations dont certaines sont un peu biaisées et non exhaustives.

Mais réaliser ces entretiens puis écouter les enregistrements et relire mot à mot les entretiens que j'avais pu mener, s'est avéré être une expérience extrêmement enrichissante. Cela m'a permis de réaliser les points à améliorer dans ma communication et mon écoute du patient. De plus cela m'a

permis de m' imprégner tout particulièrement du verbatim et de m' impliquer dans mon travail dès le recueil des données.

#### 4.1.3. Recrutement des médecins et des patients

Le recrutement des patients a été assez difficile et s'est déroulé sur une période assez longue de 11 mois. En effet, la démographie médicale étant assez faible en Eure et Loir, les médecins prennent rarement de nouveaux patients. Et les patients étant informés de cette réalité ont tendance à rester avec leur médecin, de peur de se retrouver en difficulté. On peut donc légitimement penser que cela diminue le changement de médecin ou du moins retarde celui-ci.

Les médecins recruteurs étant en position de nouveau médecin choisi par le patient et non de médecin « quitté ». Cela a probablement permis qu'il n'y ait pas de biais de recrutement particulier des patients à interroger et que le recrutement a été fait selon le seul critère : - *patient vous ayant choisi comme médecin les 12 mois passés* -.

Les médecins n'ont pas été choisis au hasard, espérant que cela faciliterait le recrutement des patients si les médecins choisis se sentaient impliqués dans l'étude. Ainsi je connaissais les médecins, les ayant déjà pour la plupart remplacés au moins une fois. Et ces médecins étaient pour la majorité maître de stage. Cela a pu créer un biais de sélection.

La sélection des patients par leur médecin traitant a permis une mise en confiance rapide des patients lors des entretiens.

En ce qui concerne la population étudiée, on peut noter une inégalité hommes/ femmes. Par ailleurs toutes les catégories socioprofessionnelles ne sont pas représentées. Il n'y a ni agriculteur, commerçant ou ouvriers. Cependant, les patients à la retraite ou sans emploi avaient été commerçants, ouvriers, artisans ou employés. Enfin, l'échantillon de patients est essentiellement constitué de patients de plus de 40 ans. Une seule patiente est âgée de 22 ans, 7 patients de plus de 40 ans, 2 patients de plus de 65 ans, 3 patients de plus de 80 ans. Or nous verrons plus loin d'après la bibliographie, que l'âge des patients peut influencer la cause de changement de médecin.

Ce critère n'est pas limitant dans la mesure où il s'agit d'une étude qualitative non nécessairement représentative de la population générale, mais nous pouvons néanmoins regretter ce manque.

#### 4.1.4. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au domicile des patients après prise de rendez-vous, les plaçant dans un environnement favorable, à leur aise et sans contrainte de temps, permettant un recueil satisfaisant des entretiens.

Les propos rapportés par les patients ont été riches. La qualité de l'enregistrement audio a permis l'absence de toute perte d'informations verbales.

La position du chercheur étant aussi celle d'un médecin soignant, a pu influencer le discours des patients, par un phénomène d'autocensure : on demande au patient de nous confier un jugement



sur leur ancien médecin, pas toujours avouable face à un autre médecin intervieweur, et parfois seules sont dites ce qu'on appelle les réponses socialement attendues.

Il a semblé que la majorité des patients étaient tous à l'aise et n'avaient pas peur de s'exprimer. Une seule patiente m'a semblé clairement sur la réserve, gênée de faire la « critique » de son ancien médecin, auprès d'une consœur. C'était la patiente numéro 4.

La durée des entretiens a été très hétérogène d'un patient à l'autre, de 8 à 50 minutes. L'entretien de la patiente n°6, qui n'a duré que 8 minutes, peut laisser penser qu'il y a eu des non-dits, une autocensure? D'ailleurs, sa sœur avait accepté de me rencontrer, puis s'était rétractée au dernier moment.

Le fait de réaliser des entretiens susceptibles d'être assez longs, à leur domicile, n'a probablement pas sélectionné un certain type de patients, puisque que presque tous les patients sélectionnés ont accepté le rendez-vous.

Enregistrer les entretiens sur un support audio a permis de pallier aux oublis. Cependant, nous pouvons nous demander si le fait d'être enregistré n'a pas gêné certains patients de façon consciente ou non et ainsi induit une certaine retenue dans leurs réponses.

#### 4.1.5. Analyse des entretiens

L'entretien semi dirigé, reproduisant le colloque singulier, ne permet pas une totale objectivité. En effet, l'« interviewer » procède à l'identification des éléments du discours et à leur classement en fonction de ses propres interprétations. Il y a donc, nécessairement, un biais d'interprétation.

#### 4.1.6. Les concepts de fidélité et confiance

Les questions de fidélité médecin/patient et de confiance médecin/patient ont dérangé plusieurs patients du fait de leur dimension abstraite. Il aurait peut-être fallu demander un exemple concret pour illustrer ces concepts.

### 4.2. Discussion sur les résultats

#### 4.2.1. Les causes de changement de médecin

##### 4.2.1.1. Principales causes de changement de médecin : synthèse des résultats de notre étude et comparaison à la littérature

- La principale cause dans notre étude une **mauvaise relation médecin/patient** : d'abord sont rapportés une **mauvaise communication, un manque de dialogue, d'explications, des paroles maladroites** ; puis un **mauvais contact** avec le médecin, le patient se sentant mal à l'aise ; et enfin un **manque d'attention, de compréhension, de considération, de soutien, d'écoute du médecin**.

- Ensuite, les patients citent le **manque de disponibilité du médecin** (délai de rendez-vous, possibilité de rendez-vous d'urgence, accessibilité par téléphone, temps accordé au patient, durée de consultation et d'examen clinique insuffisante); ainsi qu'un **problème de professionnalisme** dans la prise en charge du patient (manque de sérieux, de rigueur qui peut concerner la compétence du médecin, mais aussi l'attention qu'il porte au patient). Est cité également ce que nous avons regroupé sous le terme de **problème de compétence biomédicale** du médecin, surtout **thérapeutique médicamenteuse** (réponse médicament trop systématique, traitement inutile, inapproprié, ou au contraire traitement inefficace), le **patient se sentant en désaccord avec la décision médicale**; parfois diagnostique avec recours insuffisant aux moyens diagnostiques techniques, ou avis de confrères, et mauvaise appréciation de la gravité de l'état du patient.

*Dans la thèse de 1997 de F. MULLER-COLLE, vient en première position, le **manque d'attention** portée au patient qui regroupe l'attention et le **manque de disponibilité**. Elle sépare le manque de disponibilité en 2 types : **quantitativement** par manque de temps (durée de consultation insuffisante, médecin trop pressé, manque de temps d'écoute), et **qualitativement** par manque de disponibilité d'esprit, ce qui nuirait à la qualité d'écoute et à la communication.*

*De la même façon, vient en deuxième position dans l'étude de 1997, le **désaccord avec la décision médicale** : trop de médicaments, médicaments inappropriés, erreur diagnostique.*

- Ensuite, sont cités dans notre étude, un **problème pratique**, majoritairement de **déplacement en visite**, un **problème avec la personne du médecin (attitude, comportement, caractère, bienséance)**, ainsi qu'un **problème de confiance**. Nous verrons plus loin la définition que les patients donnent de la confiance.
- Plus rarement, sont évoqués des problèmes **d'organisation du travail du médecin** (respect des horaires de rendez-vous, rythme des consultations, dossier médical), une **mauvaise réputation** de celui-ci et un **mercantilisme** supposé de celui-ci, qui pousserait à la consommation.

#### **Parenthèse sur la compétence médicale, le désaccord avec la décision médicale et l'erreur médicale :**

Le changement de médecin se fait rarement suite à une erreur médicale grave, ou une incompétence globale patente du médecin, ou en tout cas ce n'est pas la principale et unique raison. Globalement les patients jugent la compétence de leur médecin pour acquise. *E11L223-6 : « au niveau technique,(...) j'ai pas de souci la dessus, mais au niveau contact, confiance, contact humain,(...) si ça ne me convient pas, je vais chercher le contact humain avec quelqu'un d'autre. »*. Etymologiquement, docteur vient du latin *docere* – enseigner. Le docteur est celui qui est habile en quelque chose que ce soit, celui qui enseigne, qui dogmatise. C'est donc celui qui sait.

*C'est la même conclusion que fait F. MULLER-COLLE dans sa thèse: le désaccord avec la décision médicale serait une cause importante de changement de médecin, mais pas primordiale car elle arrive après le manque d'attention et de disponibilité du médecin. Et même si des erreurs sont reprochées au médecin, la compétence du médecin ne serait pas remise en cause et la confiance serait conservée.*

*D'ailleurs, dans le mémoire de T. CARMOI sur le médecin idéal en 2010<sup>9</sup>, 60% des patients trouvaient la prise en charge par les médecins plus efficace qu'il y a 10 ans et 74%, les médecins plus compétents.*

*Quelques données intéressantes émergent de la littérature au sujet des problèmes de divergences d'opinion entre le patient et son médecin généraliste (refus d'examens complémentaires, diagnostic jugé erroné, absence d'un « agenda commun » durant la consultation). Tant le médecin que le patient, en subissent les conséquences, principalement en termes d'insatisfaction. Les stratégies pour faire face à cette situation sont multiples. Les techniques de communication constituent le meilleur moyen pour minimiser les divergences d'opinion entre médecin généraliste et patient.<sup>10</sup>*

*De même, concernant l'erreur médicale, dans la thèse de C. MOUSEL en 2007<sup>11</sup>, près de 60% des patients affirmaient accorder au médecin le droit à l'erreur sans condition (qu'elle soit bénigne ou grave, à l'origine d'un préjudice ou non), 30% émettaient des réserves en tolérant le droit au médecin de se tromper si l'erreur n'était pas grave. Et 10% des patients disaient ne pouvoir tolérer aucune erreur possible.*

*En 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> place des causes de changement de médecin, F. MULLER-COLLE citait dans sa thèse **l'attente trop longue en salle d'attente et la recherche de médecine alternative**. Mais les patients approfondissaient en disant qu'une attente trop longue pouvait laisser craindre que la consultation serait écourtée avec par conséquent un manque d'écoute, et donc d'attention, les faisant se tourner vers une médecine alternative **avec un temps et une qualité d'écoute meilleure**. L'attention et la qualité d'écoute figurent en effet en première position dans nos 2 enquêtes.*

*Une enquête IPSOS de 2007<sup>12</sup> retrouve également ce résultat ; les patients qui ont quitté leur médecin sont plutôt des patients âgés, donc souvent atteints de pathologies chroniques nécessitant une attention et une écoute plus longue. L'attente suscite chez le malade un grand nombre de sentiments négatifs : elle provoque en lui des sentiments d'humiliation, d'abandon et de dépendance. De plus elle augmente l'anxiété déjà provoquée par la maladie et engendre un sentiment d'hostilité envers le médecin. L'entretien en début de consultation a alors toutes les chances de mal commencer. Les excuses des médecins n'étant pas toujours suffisantes pour dissiper la tension.*

---

<sup>9</sup> CARMOI T. « Le médecin idéal : le point de vue des patients. » (Mémoire de DIU de pédagogie médicale, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI) 2010.  
<http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/MEMOIRES%202010/36.pdf> (page consultée le 25 mai 2013).

<sup>10</sup> PAULUS D., MARSHALL M., KUENZI B., KERSNIK J, GLEHR R. « Divergences d'opinion entre patients et médecins généralistes. Incidence, causes, conséquences » Rev. Prat. Med. Gen. 2002 ; 16(564) : 263-5.

<sup>11</sup> MOUSEL C. «Le médecin généraliste en 2007, évolution 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 » (Th. Méd. Nancy) 2009.

<sup>12</sup> IPSOS PUBLIC AFFAIRS, « La bonne image des généralistes », [En ligne].  
<http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2007-02-28-bonne-image-generalistes> (page consultée le 25 mai 2013).

F. MULLER COLLE avait comparé son travail à l'époque avec une enquête danoise faite en 1992<sup>13</sup>, qui retrouvait les mêmes résultats. Et une enquête anglaise réalisée en 1993<sup>14</sup> qui observait comme première cause de changement de médecin le manque de confiance (dont on a pas de détail sur la définition qu'en avait les patients), puis l'attente importante en salle d'attente et un manque d'intérêt pour le patient. Les 2 études évoquaient également rarement l'erreur diagnostique et le manque de compétence malgré des désaccords avec certaines décisions médicales.

Dans son travail de thèse de 2007, Catherine MOUSEL n'a pas étudié les causes de changement de médecin généraliste mais les reproches des patients Lorrains adressés au médecin. Cela peut nous apporter des renseignements intéressants. Près de la moitié des patients n'ont cité aucun reproche. Chaque patient formulait en moyenne 0,7 critique. Cette étude s'est faite par questionnaire à réponses fermées (oui ou non) ce qui a pu influencer les réponses des patients. Pour ceux qui ont formulé des reproches à l'encontre du médecin généraliste, le principal était **la cupidité** du médecin ; suivait **l'attitude moralisatrice, l'utilisation d'un langage incompréhensible**, et le fait de « **s'occuper de ce qui ne les regarde pas** » (ce qui touche à la communication du médecin) ; le fait **d'exercer « un pouvoir trop important »** dans la société, ce qui n'est pas abordé dans notre enquête ni celle de F Muller Colle ; et enfin **l'incompétence**, en dernière position.

Il était intéressant de constater dans cette enquête que les patients les plus « fidèles » à leur médecin et les personnes lui accordant une grande confiance lui faisaient autant de reproche que les autres.

Dans le mémoire de T. CARMOI, une enquête était réalisée auprès de 144 patients consultant à l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce. Les 4 raisons dominantes qui les ont fait ou les feraient changer de médecin étaient : une **mauvaise prise en charge** (sans définition précise), un **mauvais contact** (patient mal à l'aise le patient), un **problème d'écoute**, un **manque de disponibilité** (médecin pas joignable). **Seuls 15% des patients citent spontanément « l'erreur de diagnostic »** comme une cause de changement de médecin (plutôt les femmes).

#### 4.2.1.3. Les autres causes de changement de médecin et facteurs influençant les causes de changement :

Nous avons tenté de mettre en évidence dans notre étude et la bibliographie les causes les plus importantes et les plus fréquentes de changement de médecin.

Cependant il existe certainement une multitude d'autres causes pouvant expliquer ce désir de changement.

Nous avons vu dans la partie discussion de la méthode que notre échantillon de patients n'est pas extrapolable à la population générale. De plus, notre échantillon est composé de personnes essentiellement âgées, habitant plutôt en zone rurale, dans une région frappée par la désertification

---

<sup>13</sup> L.BJERRUM, A.S. SORENSON, "Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste », Ugeskr Laeger, 1992 ; 154(50) : 3587-9, in F.MULLER-COLLE « La rupture de la relation médecin-malade. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste. Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. » (Th. Med. Nancy) 1997.

<sup>14</sup> B.BILLINGHURST et M.WHITFIELD, "why do patient change their general practitioner", British journal of General Practice, 1993; 43 (373): 336-8, in F.MULLER-COLLE « La rupture de la relation médecin-malade. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste. Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. » (Th. Med. Nancy) 1997.

médicale. La même enquête réalisée auprès d'une autre population aurait peut-être donné des résultats différents.

De plus, des causes de changement de médecin nous échappent probablement du fait du biais de « réponse socialement attendue » dont nous avons parlé dans la partie -critique de la méthode-. Certaines causes sont peut-être inavouables à un médecin « interviewer », et pourrait peut-être émerger si l'interviewer était une personne non médecin, ou si le patient s'exprimait librement sur un forum par exemple ou sur papier.

Quoiqu'il en soit, on peut aisément penser que les patients qui désirent changer de médecin à un moment donné résulte d'une **inadéquation entre les attentes des patients quelles qu'elles soient, et la réponse du médecin**. Nous verrons plus loin qu'il existe souvent un fossé entre les attentes du patients et ce qu'en perçoit son médecin.

Comme l'a remarqué C. MOUSEL dans son travail, le nombre de critiques était significativement influencé par la qualité de la relation médecin/patient. Plus le patient était satisfait de sa relation avec le médecin, moins il émettait de critiques. Les sujets qui considéraient leur médecin comme un technicien étaient plus critiques à son égard.

#### **4.2.2. La décision de changement**

##### **4.2.2.1. Une raison unique est rarement à l'origine de la rupture. Les patients sont patients :**

Dans notre étude comme celle de F. MULLER-COLLE de 1997, on a pu observer qu'une raison unique est rarement à l'origine de la rupture de la relation. Les causes sont variées et s'additionnent pour un même patient (il y a de 3 à 9 motifs différents de changement par patient).

Il y aurait une certaine résistance à la rupture. Parfois du fait d'un attachement fort du patient au médecin (), parfois du fait d'autres freins retardant le changement de médecin comme nous l'avons vu plus haut dans la partie résultat de notre travail (sensation d'« obligation » de voir son médecin traitant déclaré, méconnaissance des autres médecins « du coin » et peur que ce soit pareil ou pire avec eux, espoir que les choses vont changer, habitude ou accommodation de la situation).

Dans l'enquête de 1997, 35% des patients sont restés fidèles à leur médecin dont 95% par choix, 65% avaient changé de médecin mais pour 70% par contrainte et seulement 30% par choix. Soit seulement 19% du total des patients interrogés ont changé volontairement de médecin.

##### **4.2.2.2. Le processus décisionnel :**

La prise de décision individuelle est un processus complexe.

Chacun peut choisir de décider seul face à une situation. Ce mode de prise de décision, en évitant les influences, fait gagner du temps tout en renforçant sa propre position de décideur. Cependant, il présente également le risque d'en rester à une représentation subjective sans écho extérieur.

Il s'avère parfois judicieux de rechercher l'éclairage d'autrui pour développer un raisonnement plus objectif et considérer les différents enjeux de la décision. Par exemple, la patiente 10 cherche à être confortée dans son processus décisionnel en ayant l'avis de voisines :

*E10 L57-9 : « On est venu à en parler avec les dames de l'impasse. Pareille, une fois une dame a fait une crise d'asthme, Dr U s'est déplacée mais elle l'a mise plus bas que terre. Elle m'a dit c'est fini. J'ai changé je suis chez Dr X aussi ».*

Tout changement même le plus infime peut générer du fait de la perte des repères, la peur de l'inconnu, la crainte du futur, voire le stress ou l'anxiété et la détresse.

Le processus décisionnel conduisant au changement de médecin pourrait s'apparenter, du moins pour la partie décisionnelle, au modèle transthéorique du changement, modèle d'approche comportementale introduit par les psychologues James O. Prochaska<sup>15</sup> et Carlo C. DiClemente à la fin des années 1970.

Plusieurs étapes conduisent au changement : phase du patient satisfait, pré-réflexion, réflexion, préparation, action, Suivi / maintien, rechute, réussite.

Ainsi, on pourrait penser qu'il y a dans le processus décisionnel de changement de médecin les mêmes étapes : phase du patient heureux, satisfait ; phase du patient ambivalent qui a identifié des problèmes et qui se pose des questions (rester avec le médecin ou changer) ; phase de préparation, maturation de la décision de changer de médecin ; phase d'action (rupture de la relation médecin/patient) ; phase de rechute parfois (on voit certains patients regretter d'avoir quitté leur médecin et vouloir les consulter à nouveau).

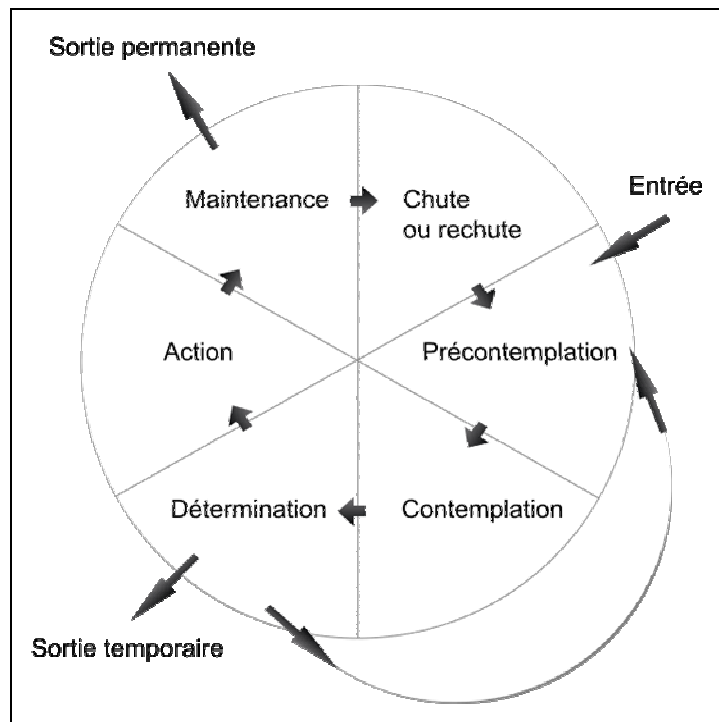
*E11L102 : « c'est-à-dire qu'on se pose la question du pour, du contre » L111-2 : « on se dit « bon écoute, après tout, on le voit pas si souvent que ça ! » ».*

*E11L103-4 : « on se demande comment la personne (le médecin, NDLR) va percevoir ça (...). C'est le même cabinet en plus »*

---

<sup>15</sup> AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC « Les étapes de changement de comportement selon PROCHASKA. Connaître et comprendre les étapes de changement de comportement dans l'arrêt tabagique ». Site de l'Institut National de Santé Publique du Québec [Présentation power point téléchargeable en ligne].

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoeurDeLaVie/3-%20COMMENT-%20IMPLANTATION%20DU%20PROGRAMME/TABAC/FORMATION%20AUX%20INTERVENANTS/%C3%89tapes%20de%20changement%20de%20comportement.ppt> (page consultée le 25 mai 2013).



L'équilibre décisionnel est l'importance qu'un individu donne aux avantages et aux inconvénients de cesser quelque chose (par ex : fumer ou ici de consulter l'ancien médecin). L'équilibre décisionnel varie selon les étapes du processus :

- Pré réflexion : les inconvénients de changer l'emportent sur les avantages
- Réflexion : les avantages de changer prennent de l'importance
- Préparation : les avantages de changer l'emportent sur les inconvénients

Ces différentes phases sont de durée variable d'une personne à l'autre.

#### 4.2.2.3. Fréquence de changement de médecin aujourd'hui :

Nous avons vu plus haut dans les résultats de notre étude que **2/3 des personnes interrogées pensent que les patients changent aujourd'hui plus souvent de médecin qu'autrefois** car la relation médecin/patient serait moins humaine, plutôt comme une relation de client à prestataire de service, avec un attrait plus prononcé pour l'argent (reproche qu'on retrouve en tête de liste dans la thèse de C MOUSEL en 2007) ; le lien avec son médecin serait moins fort.

Des études ont montré que, de leur côté, les médecins généralistes (53) se plaignaient aujourd'hui d'une dégradation de leurs conditions de travail, dont fait partie la perception d'une altération de la relation médecin/patient. D'après ces médecins, les patients seraient plus exigeants. Les patients seraient aussi moins reconnaissants et respectueux qu'il y a 30 ans.

Certains patients le rapportent également dans notre étude. Parmi ceux qui pensent que les patients changent plus facilement de médecin qu'autrefois, certains ont cité :

- **des attentes plus importantes des patients de leur médecin :**

*E7: « Les gens attendent peut-être plus maintenant de leur médecin ».*

- **des médecins qui seraient moins performants aujourd'hui qu'autrefois, amenant les patients à se tourner vers plusieurs praticiens, dont le choix serait plus large aujourd'hui (le médecin généraliste, le cardiologue, le gynécologue, etc...):**

*E7: « avec le recul je me dis que les anciens médecins étaient peut-être plus performants que maintenant parce qu'avant le médecin de campagne était obligé de tout faire...Maintenant il y a tellement de spécificité les gens ont un choix beaucoup plus large »*

*Ceci est aussi retrouvé par T. CARMOI dans son mémoire : les patients de zones rurales trouvaient également que les médecins étaient moins compétents qu'autrefois.*

- **des médecins qui seraient moins disponibles, et par conséquent moins à l'écoute, moins attentionnés.**

Ce manque de temps est également déploré par les médecins eux même dans l'article sur le « blues des généraliste » (53). Cela affaiblirait également le lien entre un médecin et son patient. Et un lien affaibli résiste moins aux épreuves qu'il peut rencontrer.

- **une plus grande mobilité des patients (professionnelle) qui les amènerait à changer plus souvent de médecin ; une plus grande liberté de mouvement pour les habitants en zone rurale (avec l'usage de la voiture) qui hésiteraient moins à faire des kilomètres pour rencontrer d'autres médecins.**
- **une information (et parfois désinformation) plus importante des patients qui communiquent entre eux, mais aussi par le biais des médias, ce qui les rendrait plus exigeants :**

*E12: « peut-être parce qu'ils sont mieux informés...que tel médecin...il nous soigne mieux qu'un autre ».*

- **une évolution des mœurs qui ferait que, les patients seraient moins fidèles qu'autrefois :**

*E12 : « dans le temps, ils étaient plus fidèles...je sais pas si ça a avoir avec la moralité, mais on avait son médecin de famille à vie, peut être que c'était la moralité de cette époque là ».*

Cependant il existe un paradoxe, car plusieurs études ont montré que les patients sont de manière générale très attachés à leur médecin traitant et qu'ils entretiennent avec celui-ci une solide relation de confiance voire amicale, construite au fil du temps.

Il est possible que les médecins aient une perception erronée de la situation, leur expérience avec des patients irrespectueux ou non reconnaissants les marquant de manière disproportionnée.

Par ailleurs, si certains patients sont moins satisfaits de leur prise en charge qu'autrefois, cela pourrait venir d'une évolution sociologique du patient, ce que nous détaillerons plus loin.



Mais sans doute, y a-t-il également une part de responsabilité des médecins. C'est justement l'objet de notre étude qui cherche à comprendre les causes de la rupture de la relation médecin/patient et d'en tirer les leçons nécessaires.

#### **4.2.2.4. Quels sont les facteurs en cause dans la fréquence du changement de médecin ?**

Dans la thèse de F.MULLER-COLLE, bien que l'échantillon soit non représentatif de la population générale, l'enquête a dégagé d'autres résultats intéressants puisque étaient interrogés les patients tout venant, ceux n'ayant pas changé de médecin, ceux ayant changé par obligation (déménagement, départ en retraite du médecin, maladie...) et ceux ayant changé volontairement de médecin (qui ont aussi intéressé notre étude).

##### **L'âge et la zone géographique :**

Plus la population serait jeune, plus elle changerait de médecin et les urbains changeraient plus de médecin que les ruraux. Donc à l'inverse, les personnes plus âgées et les ruraux changeraient moins de médecin. C'est également ce que retrouve l'enquête IPSOS, citée plus haut. Et cela rejoint les propos de certains des patients de notre étude:

##### ***Lié à l'âge :***

*E12L187 : « dans le temps, ils étaient plus fidèles...je sais pas si ça a avoir avec la moralité, mais on avait son médecin de famille à vie, peut être que c'était la moralité de cette époque là ».*

*E7 L142-3 : « je crois que c'est aussi lié à l'âge. Faut être honnête plus on avance dans l'âge plus on est accroché à ses habitudes ».*

##### ***Lié à la zone géographique :***

*E8L135 : « je pense que oui sauf dans un petit patelin où il n'y a qu'un seul médecin ».*

*E7L129-0 : « dans les petites campagnes, non je pense que les mentalités restent avec le souhait de garder le médecin d'origine ».*

##### **Le sexe :**

Le sexe du patient ne jouerait pas de rôle dans la fréquence de changement de médecin.

##### **Le niveau d'étude :**

Par contre, plus le niveau d'étude serait élevé, plus fréquent serait le changement de médecin (ce que l'on retrouve également encore dans l'enquête ISPOS).

##### **Le niveau socio-économique :**

De même il existe une différence significative selon le niveau économique. Et les patients les plus jeunes et ceux ayant un niveau d'étude élevé citeraient plus volontiers un examen clinique trop rapide comme cause de changement.

#### 4.2.2.5. Effet de la réforme du médecin traitant ?

##### > Les objectifs de la réforme de 2004 :

Les objectifs de la mise en place d'un médecin référent étaient des objectifs de qualité et de continuité des soins, de prévention, d'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'ensemble devant aboutir à une optimisation des dépenses de santé. Le but était ensuite d'évaluer l'impact de cette mesure sur les comportements de consommation médicale des assurés.

En formalisant ainsi les liens dans la durée entre médecin généraliste et patient, on aura pu penser que les patients seraient moins nomades, plus fidèles à leur médecin.

Mais la majorité des patients de notre étude n'ont pas trouvé que ça avait compliqué ou empêché le changement de médecin si cela était voulu, avec tout au plus une démarche administrative jugée « pas insurmontable ».

Et il faut noter que d'après l'enquête IPSOS de 2007 citée plus haut, les patients étaient déjà plutôt fidèles à leur médecin avant la réforme de 2004. La mise en place du système de médecin traitant favorise certes ce lien de fidélité mais la part de patient volatile était déjà faible avant sa mise en place. Le bulletin d'information en économie de la santé numéro 23 de novembre 1999 citait que 8 patients sur 10 avaient déjà un médecin généraliste habituel.

Ce n'est donc a priori pas la réforme du médecin traitant qui aura changé grand-chose dans la fidélité médecin/patient ou à l'inverse la fréquence du changement de médecin.

##### > Rapport de la cour des comptes de février 2013 sur la réforme du médecin traitant :

Le dispositif du médecin traitant mis en place en 2004, vient tout récemment de faire l'objet d'un rapport de la cour des comptes<sup>16</sup>, qui le juge sévèrement. A première vue, ce dispositif est un succès. La part des consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés est passée de 87,2% en 2008 à 91% en 2011. Mais c'est bien le seul compliment qu'elle accorde au dispositif. La cour déplore une réforme qu'elle juge « inaboutie ». Cela se serait avant tout traduit pour l'assuré par un parcours tarifaire d'une considérable complexité. Les bons scores d'adhésion s'expliqueraient en grande partie par la peur des pénalités, fixées pour dissuader les patients d'aller consulter directement un spécialiste sans passer par leur médecin traitant.

Plusieurs exceptions pour certains spécialistes comme les gynécologues, les psychiatres ou les ophtalmologues, ou certains types de consultations compliqueraient encore les choses. Cette réforme aurait entraîné d'après la cour des comptes d'importantes revalorisations tarifaires (forfaits, majorations) pour les médecins de toute spécialité, qui ont entraîné un surcoût de 595 millions d'euros à la sécurité sociale en 2011.

"En regard de ces surcoûts, avérés, les économies attendues de l'optimisation des soins médicaux n'ont jamais donné lieu à évaluation", déplore la Cour des comptes.

---

<sup>16</sup> COUR DES COMPTES « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie » Rapport public annuel, février 2013 : 212-3. Site de la cour des comptes [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr), [En ligne].

Mais elle relève un "curieux paradoxe" : les spécialistes en ont "davantage bénéficié financièrement que les généralistes, alors que ces derniers étaient censés être la clé de voûte de la nouvelle organisation".

"La réforme est restée purement administrative, sans apporter la meilleure coordination des soins qui était son ambition", déplore Didier MIGAUD, premier président de la Cour des comptes. En conclusion, cette haute juridiction demande que le médecin traitant soit "clairement réaffirmé comme le coordinateur des soins de ses patients". Il faudrait pour cela qu'il soit doté d'une messagerie sécurisée et qu'il dispose d'un dossier médical personnel informatisé pour chaque patient, afin de pouvoir gérer sa relation avec les autres intervenants du système de soins (médecins spécialistes, hôpital, infirmiers, maisons de retraite...). Promis depuis 2004, ce dossier médical n'est toujours mis en place à grande échelle, ce que la Cour des comptes n'a pas manqué de relever à plusieurs reprises dans ses précédents rapports. Seuls 260.000 dossiers étaient ouverts fin 2012.

Un jugement sévère, que le gouvernement devra inclure dans son projet de "stratégie nationale de santé", axée sur la "médecine de parcours".

#### **4.2.3. Modalités de choix et attentes des patients de leur nouveau médecin généraliste. Le médecin généraliste idéal**

Qu'est ce qu'un « bon » médecin ? Il s'agit certainement d'une question difficile impliquant des jugements de valeur et qui n'a pas de réponse unique puisque tout dépend de celui qui la formule (le médecin, le patient) (7). Nous avons tenté d'apporter quelques éléments de réponses sur ce que les patients attendent d'un « bon » médecin, ce que nous comparerons ensuite à la littérature.

Dans les 3 études, française de 1997, danoise de 1992 et anglaise de 1993, il existait un même désir des patients d'avoir un médecin généraliste comme médecin de famille.

##### **4.2.3.1. Critères de choix du médecin généraliste :**

Nous avons vu dans la partie résultat de notre étude que les patients ont choisi leur nouveau médecin généraliste le plus souvent sur le critère de la **proximité**, ou parce qu'ils avaient **déjà rencontré le médecin** par le passé au cabinet ou en dehors et qu'ils l'avaient apprécié. Le choix du médecin généraliste se faisait aussi souvent sur le **conseil de proches**. Un autre critère de choix était qu'il accepte de se déplacer en **visite**. Cela concernait surtout les personnes âgées ou handicapées. Et ils étaient d'accord pour dire qu'aujourd'hui les médecins se déplaçaient de moins en moins en visite. Enfin le choix pouvait se porter sur le **médecin d'un membre de la famille** ou par praticité pour le médecin associé du même cabinet.

*Dans la thèse de Catherine MOUSEL en 2007, dans la population Lorraine étudiée, le choix du médecin généraliste se faisait également principalement sur des **critères géographiques** (36% des patients) et **par conseil de l'entourage** (24% des patients), ce qui est sensiblement la même chose que dans notre étude. Le médecin généraliste était plus rarement le **médecin de la famille** (15%), choisi au hasard (6,5%) ou par réputation (5,6%). Le choix du médecin en fonction de son genre ne serait pas un critère décisif. 80% des répondants se déclaraient indifférents à cela.*

Les critères de choix étaient influencés par plusieurs facteurs :

- **L'âge** : les plus âgés choisissaient plutôt le critère de la proximité ; les jeunes (<40ans) étaient suivis depuis l'enfance par le même médecin, et s'ils changeaient, ils suivaient les conseils de l'entourage.

- **Le niveau d'étude et la situation professionnelle** influençaient aussi ce choix. Les retraités et non diplômés privilégiaient la proximité et les diplômés d'études supérieures les conseils des proches ou le médecin d'enfance ou la réputation.

#### 4.2.3.2. Les attentes du patient envers le médecin généraliste :

##### a) Les attentes les plus fréquemment citées dans notre étude et la bibliographie :

###### **Dans notre étude :**

Dans notre étude, ce que le patient recherche le plus chez son médecin, c'est un savoir relationnel. Tous les patients jugent que c'est une qualité très importante d'un médecin, voire la plus importante. Pour les patients, une relation avec un médecin qui a de bonnes qualités relationnelles se manifeste par un bon contact, un bon feeling, la sensation d'être à l'aise avec celui-ci et qu'il adopte une juste proximité avec son patient. Cela se manifeste aussi par une bonne qualité d'écoute du médecin, une compréhension, une attention, une empathie de celui-ci, l'impression de ne pas être jugé. Un médecin qui a un bon savoir relationnel sait bien communiquer.

Les patients recherchent aussi un médecin qui est disponible, ce qui est pour eux le témoin de l'intérêt que le médecin leur porte (E6L54 : « chaque fois que j'avais un souci elle répondait toujours présente » L59 : « dès que j'ai un souci...elle va trouver un rendez-vous entre deux ») et un médecin en qui ils peuvent avoir confiance. Nous avons vu dans les travaux de F. MULLER-COLLE et C. MOUSEL que la confiance était fortement liée à une relation médecin/patient de qualité (E6L50 : « que j'ai confiance en elle » E7L34-5 : « ce qui me semble important, c'est la confiance qu'on a en son médecin et il y a confiance s'il y a un bon relationnel »).

Les patients attendent bien sûr de leur médecin une compétence, que l'on qualifiera de biomédicale, dans la prise en charge de leurs problèmes de santé : efficacité dans le diagnostic, le traitement ; professionnalisme du médecin (rigueur dans la tenue du dossier médical, la conduite de l'examen clinique...); demande d'avis de confrères quand il faut ; remises en questions de ses savoirs ; formation médicale continue (E12L140 : « qui « save » soigner, qui « save » se remettre en question »).

Enfin les patients ont des attentes quant à la personne du médecin généraliste : son comportement, son attitude, sa présentation, son caractère, la manière de s'exprimer, sa façon de mettre à l'aise le patient et d'adopter la juste distance avec le patient (E10L219-0 : « un médecin, c'est un médecin. C'est pas « vient boire le café, tu, ti, ta, to », c'est le médecin. Ca doit rester le médecin») et sa manière de travailler : bonne tenue du dossier médical, collaborateurs du médecin de qualité, qualité de l'examen médical, ponctualité du médecin (E13L107 : « il nous prend à l'heure, ça c'est bien »).

Dans la thèse de C MOUSEL de 2007, l'apparence extérieure du médecin était citée par 38% des patients. Très rarement étaient cités l'importance à la vie privée du médecin (1,9%) et à ses opinions politiques et religieuses ((0,9%).

En dehors du moment de la consultation à proprement parler, les patients ont des attentes pratiques : visites à domicile, plages horaires d'ouverture du cabinet étendues, proximité géographique (E11L123 : « la proximité, c'est quelques chose de très, très pratique »).

*Dans la thèse de C MOUSSEL, les patients attachaient une assez grande importance à l'aspect du cabinet (propreté).*

#### **Dans la thèse de 1997 :**

*Egalement dans la thèse de 1997, ce que les patients recherchaient, c'était l'attention du praticien. Et une plus grande disponibilité lors de la consultation, en terme de temps mais aussi de disponibilité d'esprit, ce qui permet de laisser plus de temps au relationnel (écoute, communication, rassurance). Les patients demandaient également une plus grande attention dans l'examen clinique. Cela ne signifiait pas que le médecin négligeait l'examen clinique mais le rythme acquis par l'expérience devait paraître trop rapide pour le malade. Un examen plus long est plus rassurant, et paraît plus sérieux. F MULLER-COLLE citait dans sa thèse le Dr P.HUBER : « l'examen physique contribue à rassurer le malade. C'est aussi un acte par lequel le malade peut avoir des idées préconçues ou une certaine attente. Ainsi, un examen, soigneux de la région symptomatique, même si le médecin n'en attend pas de renseignements utiles, montre que le médecin emploie toute sa compétence et prend le problème au sérieux »<sup>17</sup>. **Il faut que le médecin tienne compte de l'attente et de la représentation que le patient se fait de la consultation. Il existe souvent un décalage entre la demande du patient et ce que le médecin en perçoit, ce que nous verront plus loin.***

#### **Dans la thèse de 2007 :**

*Dans la thèse de C. MOUSEL sont cités par 40% des patients la ponctualité et la disponibilité du médecin (également le soir et week-end), puis vient pour un tiers des patients une demande d'informations de meilleure qualité, une meilleure prise en considération de leur état psychologique, et d'avantage de temps consacré à l'écoute et à l'examen clinique. Ensuite vient une demande plus importante de conseils et d'un climat chaleureux qui les mette à l'aise. C'est seulement en dernier que vient la demande d'une plus grande compétence, ce qui rejoint les conclusions de notre étude et celle de F MULLER-COLLE.*

*Par ailleurs, quand était demandé un peu différemment au patient l'image qu'ils se faisaient du médecin généraliste, 80% le voyait comme un « conseiller », et plus de la moitié un « guide » et un « confident », ce qui serait conditionné d'après eux par l'existence d'une relation médecin/patient de qualité. Le terme de technicien est plus rarement cité. Il est perçu comme quelqu'un de travailleur et de dévoué.*

*Une personne sur 10 reproche au praticien de ne pas être suffisamment compétent.*

*En conclusion, il apparaissait que si l'on ne peut plus parler de prestige lorsque l'on évoque le statut de médecin de famille, celui-ci reste très apprécié des patients Lorrains. Le public est fortement attaché à une médecine de proximité, moins technique, mais plus humaine et plus sociale que les*

---

<sup>17</sup> HUBER P. « Rassurer : aspect thérapeutique de la relation médecin/malade », Annales de Médecine Interne 1995 ; 146(1) : 5.

autres disciplines médicales. Une relation de soin basée sur un autoritarisme médical semble un modèle dépassé. Le patient n'accepte plus d'être soumis à un médecin « donneur d'ordre ». Les majorités des patients demandent plus d'informations, de transparence et demandent à participer à leur prise en charge. Mais la plupart d'entre eux gardent une grande confiance en lui. Les patients ne sont pas aussi intransigeants qu'on pourrait le craindre.

#### **Dans un article de 2008 :**

Dans un article de la revue Minerva en 2008, s'intitulant Le docteur m'a bien visité. Les attentes prioritaires des patients en consultation en médecine générale par P Chevalier et J Laperche<sup>18</sup>, la priorité manifeste des personnes répondant à l'enquête est de bénéficier d'un examen physique minutieux, puis de consulter un médecin qui connaît bien le patient, voire amical, et qui est disponible (délai de consultation, flexibilité dans les heures de consultation). « Si le patient est prêt à payer pour un objet précis, n'oublions pas qu'il paie de sa personne en se présentant à une consultation. S'il rencontre un médecin qui est prêt en disciple de Michael Balint, à se prescrire, consultant et consulté paient tous deux de leur personne pour partager une consultation centrée sur le patient, dans laquelle un examen physique est aussi un moment très important », disent P. Chevalier et J. Laperche.

#### **Dans un article de 2010 :**

Dans l'article, le médecin idéal : le point de vue des patients (7), l'auteur T. CARMOI propose d'évaluer les attentes réelles des patients vis à vis des qualités qu'ils pensent être essentielles chez leur médecin, à partir d'un auto questionnaire anonyme auquel ont répondu 184 patients en 2010. 67% des patients (dont 80% de femmes) trouvaient de plus en plus difficile de trouver un bon médecin généraliste, ce qui est contraire à l'avis des patients se sentant en moyenne ou mauvaise santé. 74% trouvaient que les médecins sont plus compétents qu'il y a 10 ans et pour 60% d'entre eux, la prise en charge est actuellement plus efficace qu'il y a 10 ans. T. CARMOI se demande si la rareté croissante des médecins pourrait expliquer l'impression de difficulté de trouver un bon médecin qu'ont les patients? Pourtant la moitié des répondants ne trouve pas difficile d'avoir un rendez-vous avec un généraliste même s'il semble plus difficile de voir un spécialiste.

Si les médecins sont meilleurs qu'avant, qu'ils assurent une bonne prise en charge et que les rendez vous sont simples à obtenir, pourquoi est-il difficile de trouver un « bon médecin » ?

Les qualités attendues les plus fréquemment citées étaient en premier lieu la qualité d'écoute, une bonne prise en charge (sans précision), des explications claires et de solides connaissances médicales.

C'est que retrouve notre étude. Dans cette étude, les plus de 60 ans privilégiaient de façon significative le fait d'être expérimenté. Dans notre étude et les autres études que nous avons citées, nous retrouvons à l'inverse que les patients les plus âgés et les plus susceptibles d'avoir des pathologies chroniques recherchaient avant tout des qualités relationnelles, notamment d'écoute et de communication.

---

<sup>18</sup> CHEVALIER P., LAPERCHE J. « Le docteur m'a bien visité. Les attentes prioritaires des patients en consultation en médecine générale » Minerva 2009 ; 8(2) : 13.

*La population de patients étudiée attend d'abord que nous ayons les connaissances médicales requises, tenues à jour avec, une bonne expérience. Ensuite viennent les qualités humaines, surtout l'écoute, ce que corrobore la littérature. Mais comme nous l'avons vu plus haut, la compétence biomédicale des médecins est jugée acquise par la grande majorité des patients, car sanctionnée par un diplôme. Les qualités affectives et relationnelles sont les plus souvent citées par les patients.*

#### **b) Les attentes selon la typologie de patients et facteurs socioculturels:**

Comme nous l'avons vu plus haut, les attentes des patients sont à moduler en fonction des facteurs socioculturels et environnementaux des patients.

Ainsi, les plus âgés choisiraient plutôt le critère de la proximité. Dans l'article de 2010, les plus de 60 ans accorderaient plus d'importance au fait d'être expérimenté. A l'inverse dans notre étude, il apparaît que les patients les plus âgés, donc les plus susceptibles d'avoir des pathologies chroniques, rechercheraient avant tout des qualités relationnelles, notamment d'écoute et de communication. Les jeunes (<40ans) choisiraient plutôt le médecin qui les suivait depuis l'enfance et s'ils changeaient, ils suivraient les conseils de l'entourage. Les non diplômés privilégieraient aussi la proximité. Les diplômés d'études supérieures privilégieraient les conseils des proches ou le médecin d'enfance ou la réputation.

Quoiqu'il en soit, ceci est une tendance. Mais les attentes sont très personnelles d'un patient à l'autre. Certains préféreront une médecine plus technique, et d'autres, une médecine plus humaine. L'important est qu'il y ait concordance entre les attentes des patients et la réponse du médecin. Ainsi il existe différents modèles de soins pour ces différents types de patient.

Il existe un modèle centré sur le soin curatif (le « Cure ») qui tend à s'opposer à un modèle qui requière un accompagnement relationnel dans la durée, prendre soin (le « Care »). Chaque médecin doit savoir être tantôt dans le « cure », tantôt dans le « care » suivant chaque situation de patient, aiguë ou chronique. Cependant on peut imaginer qu'à une période de leur vie, des patients vont être majoritairement en demande d'un modèle de soin ou d'un autre. On peut penser aussi que des médecins vont avoir une facilité plus naturelle à être dans un modèle de soin ou l'autre (préférence personnelle, compétences). Ainsi des patients jeunes, en bonne santé, souffrant de petites pathologies aiguës (« disease »), seraient plutôt à la recherche d'« efficacité » et de technicité (« cure »). Mais les traitements permettent aussi de continuer à vivre, souvent longtemps, tout en restant malade. Ainsi des personnes âgées souffrant de maladie chronique (« sickness », vécu authentique de la maladie, et « illness », répercussion sociale de celle-ci nécessitant de l'empathie) souhaiteraient plutôt bénéficier d'un accompagnement de leurs soignants, en participant activement à leur qualité de vie et à une prise en charge globale de leurs maladies (« care »)<sup>19</sup>.

Il est dès lors logique qu'il puisse apparaître malaise et insatisfaction lorsqu'un médecin plutôt dans le « cure » rencontre un patient à la recherche de « care » et vice versa.

---

<sup>19</sup> ISNARD C., « La compétence relationnelle dans le soin en Médecine Générale » (Th. Med. Bordeaux) 2011.

#### 4.2.3.3. Le savoir relationnel du médecin, l'attente la plus fréquemment citée par les patients

La formation universitaire vise habituellement des acquisitions aux niveaux des savoirs. Dans la pratique, la compétence du médecin généraliste est la résultante de l'interaction de l'ensemble des savoirs : savoir, savoir faire, savoir être.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans notre étude, ce que le patient recherche le plus chez son médecin, c'est un savoir relationnel.

*E12L138 : « - qu'attendez vous d'un médecin ? – ben, des qualités humaines, des qualités humaines, quoi !... »*

#### ➤ **Savoir être<sup>20</sup> :**

**Définition :** L'apprentissage au niveau du savoir être existe lorsque s'effectue une prise de conscience de ses opinions, de ses croyances, de ses sentiments et de ses perceptions. Une augmentation de la conscience de soi influence nos attitudes. En somme, le savoir être correspond à tout ce que nous « savons être » au plan personnel : attitudes, besoins, valeurs dans notre interaction avec l'autre et avec l'environnement. Par exemple: « Je sais être respectueux quand j'accepte les personnes ayant des valeurs différentes des miennes.»

Les habiletés de savoir être (attitude) sont les suivantes :

- **Empathie personnelle et sociale :** L'empathie personnelle est la capacité d'écouter et de saisir l'autre dans sa subjectivité; de comprendre ce que l'autre éprouve et ressent; de manifester à l'autre par un savoir communiquer, verbal et non verbal, l'importance de ce qu'il est et fait au plan personnel, et d'offrir aide et soutien pour le futur. Il y a empathie quand l'autre a totalement le sentiment d'exister, de pouvoir s'exprimer et la conviction d'une attention compétente extérieure. L'empathie est une manière d'être et non seulement une attitude qu'on adopte dans l'exercice d'un rôle professionnel. L'empathie sociale consiste à ajouter une dimension contextuelle à celle de refléter les pensées et les sentiments personnels de l'autre ; essayer de comprendre si l'autre se sent socialement, économiquement, culturellement ou politiquement inférieurisé, opprimé ou exclu à cause de l'une ou l'autre de ses caractéristiques personnelles.

*E5L105 : « la vie d'un docteur, ça doit être d'écouter ses patients », E8L130-1 : « se sentir réconforté, compris..., je pense qu'un médecin quand il vous a compris, vous vous sentez déjà plus allégé »*

- **respect :** Capacité à traiter quelqu'un avec égard et à ne pas lui porter atteinte. Sentiment qui porte à valoriser l'autre, à la reconnaître comme une personne ayant de la valeur et de la dignité (tenir compte de l'autre, s'engager envers l'autre, accepter l'autre dans ses différences; ne pas étiqueter l'autre, ne pas la juger ou la traiter comme un objet; distinguer le faire de l'être). Par ex : arriver à

---

<sup>20</sup> GAUVIN C., LAFORGE E. « Les habiletés de savoir-être ». (Module travail social, Université du Québec) [En ligne].

[http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Habiletés\\_savoir\\_etre-CGauvin\\_et\\_ELaforge-UQAT.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Habiletés_savoir_etre-CGauvin_et_ELaforge-UQAT.pdf)  
(page consultée le 25 mai 2013).



l'heure et accueillir l'autre, avoir une attitude de non jugement dans ses paroles, une attention portée aux humeurs de l'autre, valoriser l'autre, instituer un climat chaleureux...

*E4L93 : « son contact est agréable », E7L113 : « c'est quelqu'un de gentil, doux », E8L100 : « c'est l'accueil » E11L34-35 : « une relation assez franche...d'égal à égal, et d'adultes » L87 : « pas l'impression d'être pris de haut... »*

*E8L137 : « qu'il fasse abstraction de mon âge, un corps d'une fille de 20 ans et 80 ans, c'est plus pareil, ils vieilliront eux aussi ils verront », E11L126 : « pas se sentir coupable...(un médecin)pas donneur de leçons... »*

- **confiance en soi et assurance** : c'est le sentiment par lequel on se fie à soi-même, par lequel on croit en ses possibilités. On se perçoit et on s'affiche comme une personne solide, fiable et compétente (assurance). C'est une perception positive de soi. On connaît et on croit en ses ressources. On dégage une certaine aisance à travers ses comportements verbaux et non verbaux (posture, gestes, rires). On partage ses croyances, ses opinions avec conviction et en ayant recours à des références.

- **authenticité** : Capacité d'être soi-même, d'être vrai; capacité de reconnaître et d'exprimer, de façon réfléchie et sans détour, ses sentiments plutôt que de référer à des habitudes superficielles en réponse à des conventions (harmoniser paroles et sentiments vécus; honnêteté envers soi; spontanéité versus impulsivité).

- **conscience de soi** : Capacité de reconnaître ses propres sentiments, ses intérêts, ses attitudes, ses valeurs, ses préjugés, ses biais, ses forces, ses limites, ses points à améliorer et de saisir leurs impacts dans les communications (connaître mes valeurs et l'influence sur ma perception, mon analyse; reconnaître mes sentiments et identifier les mécanismes qui m'empêchent d'agir spontanément; connaître mes forces et mes points à améliorer; connaître mes limites et ses effets sur mes agirs).

- **créativité** : Capacité d'imaginer, d'utiliser des solutions originales et différentes et de faire preuve d'humour : moyens originaux (métaphores, contes...) et non verbaux (dessins, peinture, montage....); essayer, oser, inventer.

- **ouverture d'esprit et flexibilité** : L'ouverture d'esprit est la capacité à comprendre l'autre, à s'intéresser à ses idées, à croire en ses capacités, à accueillir la diversité, à accepter avec discernement l'influence que les autres peuvent exercer sur nous (intérêt pour l'autre; acceptation des idées des autres; accepter des rétroactions, remettre en question son comportement). La flexibilité est la capacité à ajuster ses attitudes et ses comportements en harmonie avec les circonstances; d'adapter son approche aux personnes et au contexte (par ex : se rallier à une équipe malgré nos visions différentes pour s'engager dans la direction du choix du groupe).

- **appropriation de la compétence professionnelle** : Capacité de reconnaître et d'évaluer ses savoirs professionnels dans une perspective d'apprentissage continu et de les faire valoir dans ses relations de travail. Capacité d'identifier ce qu'on doit aller chercher comme savoirs.

- **volonté de connaître l'autre** : Capacité d'être curieux et déterminé à connaître et à comprendre d'autres expériences de vie et d'autres visions du monde, convergentes ou divergentes des siennes (curiosité à découvrir le contexte de l'autre; se situer face à l'autre -convergence ou divergence- ; ouverture face à la différence) = intérêt pour l'autre

E10L128-9 : « (que le médecin demande) vous avez des questions à poser ? Vous avez quelque chose à me demander ? »  
E7L124 : « quelqu'un qui s'intéresse à ses patients »

- **conscience et distanciation de sa culture** : la conscience de sa culture, c'est la conscience de l'impact de sa culture sur soi, la capacité de reconnaître les filtres, les distorsions, les mythes, les préjugés, les limites, les privilèges transmis par sa culture et leur impact sur soi. La distanciation de sa culture, c'est la capacité de prendre une distance par rapport à ses propres référentiels dans un effort pour découvrir le cadre de référence de l'autre. Être capable de se situer sans nier sa propre identité ou tomber dans l'exotisme (distance de ses valeurs pour s'ouvrir aux valeurs de l'autre; identification des différences culturelles entre soi et l'autre). Cela permet de s'assurer de ne pas interpréter les propos de l'autre selon ses propres références mais prendre soin de bien saisir le sens du discours de l'autre en demandant des clarifications de signification. Et d'identifier les causes de malentendus et d'incompréhensions dans une interaction interculturelle.

➤ **Un savoir communiquer<sup>21</sup>**:

Le patient attend du médecin qu'il ait un savoir communiquer.

Une bonne communication est indispensable pour comprendre les attentes et les préoccupations des patients, parfois non exprimées et cachées ( notion d' « agenda caché »), et y adapter la bonne réponse. En d'autres termes, une bonne communication et une bonne relation médecin patient sont indispensables à la qualité des soins.

Il est intéressant de remarquer également que la plupart des plaintes des patients au sujet des médecins est liée à des problèmes de communication et non pas de compétence clinique.

L'apprentissage des habiletés de communication exige l'acquisition d'un savoir, d'un savoir faire et d'un savoir être spécifiques et complexes. Ce qui implique dès lors un enseignement basé sur des méthodes pédagogiques complexes. Nous parlerons plus loin de la formation à la communication.

La communication passe par les mots (le verbal), la façon dont on les dit (l'intonation) et par les gestes, mimiques, attitudes (le non verbal).

**Communication verbale :**

E11L129 : « d'avoir un dialogue, d'avoir un échange », **du soutien** : E4L90 : « qu'elle nous apporte le soutien qu'on attend d'un docteur », **de la réassurance** : E9L28 : « on aime avoir un dialogue rassurant », **des conseils** : E5L41-2 : « si on a besoin d'un docteur, c'est qu'on a besoin de conseils », **des explications** : E7L45-6 : « j'ai besoin d'un dialogue...qu'on m'explique les choses en l'état ».

La relation médecin/patient est la rencontre entre un patient en souffrance, demandeur d'aide, et un médecin.

---

<sup>21</sup> Collectif, «Outils de communication II : La communication à votre service », Santé Canada [En ligne]. [http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res\\_f.pdf](http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf) (page consultée le 09 juin 2013).

Ainsi les patients recherchent chez leur médecin une réponse à leur mal, des examens, un traitement, mais aussi un soutien, une aide, des conseils, du réconfort. La relation médecin patient prend souvent la forme d'une relation d'aide, qui a été théorisée par Carl Rogers dans la seconde moitié du XXe siècle. La relation d'aide ne se conçoit que dans une approche centrée sur la personne et non sur le problème. Elle est généralement définie comme la capacité d'un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources personnelles pour mieux vivre une situation, plutôt que de lui imposer des solutions de l'extérieur. Le but n'est pas de résoudre le problème précis mais d'aider au développement de la personne, encourager l'expression des attitudes et des sentiments du patient. Ainsi Carl Rogers disait : « Les personnes ont en elles de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive leur façon d'être et de se comporter. Ces ressources deviennent disponibles et se réalisent au mieux dans une relation définissable par certaines qualités. »

Selon lui, la relation d'aide serait favorisée par quatre qualités ou attitudes, non directives : l'empathie, dont l'un des moyens est la reformulation, l'écoute active, la congruence, le non jugement ou la considération positive inconditionnelle de l'autre<sup>22</sup>.

Quand une relation s'établit avec un patient, nous adoptons des attitudes plus ou moins spontanément et facilement et d'autres qu'il faut se forcer d'appliquer. Ces attitudes vont engendrer des réactions sur notre interlocuteur : freiner, bloquer, ou au contraire stimuler la communication.

Chaque attitude a ses qualités et ses inconvénients, qui dépendent du sujet et des caractéristiques des personnes, aidant et aidé.

Selon E.H. PORTER, il existe 6 attitudes dans la relation. Certaines sont plutôt « négatives » car nuisent à l'éclosion du discours authentique : le conseil, l'évaluation ou jugement, le support, l'enquête, l'interprétation, (la décision) ; et il existe une attitude plus « positive » : l'empathie.<sup>23</sup>

Le conseil est une proposition que fait le soignant de manière plus ou moins directive en fonction de ce qu'il pense être la bonne solution. Cela répond à la demande du patient, le sécurise un moment en apportant une information, mais ce conseil sera contesté à plus ou moins long terme en cas de mauvaise adéquation entre les attentes du patient et ce qu'en perçoit le médecin. De plus, cela crée un phénomène de dépendance du patient et une altération de sa créativité.

Le jugement est une réponse ou une attitude non verbale d'appréciation de la situation. Il peut être positif, mais risque de mettre le patient dans la soumission, ou négatif, risquant de provoquer un blocage du patient (interruption du dialogue) ou une humiliation (pouvant induire un mensonge). Il a l'inconvénient d'avoir un aspect normatif.

Le support est une attitude de sympathie. Plus le contexte est émotionnel, plus il est utile, par la chaleur humaine qu'il dégage. Mais il risque d'induire une dépendance affective et de ne rien faire avancer, voire de dévaloriser le patient. Ex : « J'ai des soucis en ce moment », réponse « oh oui je comprend mais rassure toi t'es pas le seul ».

---

<sup>22</sup> Rogers C., « La relation d'aide et la psychothérapie », Paris, Ed.ESF, 1996, p.33 (ouvrage consulté)

<sup>23</sup> GOMES J., « les attitudes de Porter », document pédagogique de la FMC Ecoute et Communication (MG Form 2010)

L'enquête est une attitude d'interrogation du patient à la recherche d'informations. Cela permet d'obtenir des réponses, des précisions selon la nature des questions, ouvertes ou fermées, et d'aider à la formulation de la demande du patient. Mais le risque est d'être trop dirigiste, de perdre d'autres informations, ou d'être trop inquisiteur et poser « la » question trop vite.

L'interprétation est l'explication personnelle que l'on se fait d'une situation rapportée par le patient. Cela peut être utile, à condition de la formuler comme une hypothèse (sous forme de question par exemple). Mais il y a un risque d'erreur d'interprétation et de ne pas respecter la vitesse de progression de l'autre dans sa conscientisation du problème, avec risque de blocage. Et en cas d'interprétation positive, cela peut créer une soumission de l'autre, une relation de dépendance conduisant aussi au blocage.

L'empathie est un mélange d'écoute, de compréhension, de reformulation qui permet d'être au plus près de la parole de l'autre tout en restant à distance. Il y a empathie quand l'autre a totalement le sentiment d'exister, de pouvoir s'exprimer et la conviction d'une attention compétente extérieure. Elle permet l'expression authentique du projet du patient et n'aurait aucun inconvénient si ce n'est que c'est l'attitude spontanée la moins naturelle, et qui nécessite un apprentissage du médecin.

L'écoute active comprend l'observation des signaux non verbaux, les questions ouvertes, la reformulation, la synthèse, le renforcement.

Comme nous l'avons dit précédemment, c'est une technique d'entretien impliquant que chacun des partenaires prenne toute sa place et soit totalement disponible à la parole et au ressenti de l'autre. Elle consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur. Ainsi trois outils sont indispensables : le questionnement, la reformulation, la synthèse. Et d'autres attitudes permettent l'émergence du discours de l'autre : la reprise en écho, l'orientation vers un autre thème, le silence, la facilitation de la parole. L'écoute active ne se résume pas à la reformulation, c'est-à-dire, à dire autrement ce qu'une personne vient d'exprimer, mais elle décode la dimension affective généralement non verbalisée.

Carl Rogers disait : « Je n'essaie pas d'amener la personne quelque part, de la consoler, de trouver une solution pour elle, de lui donner conseil. Je fais confiance que si cette personne est bien accompagnée (ce qui est mon rôle), elle trouvera suffisamment de ressources en elle, pour trouver ses propres solutions. »

**Communication non verbale** : 50 à 90% de l'information passe par le langage non verbal. L'activité corporelle est la base de l'interaction sociale.

Les signes non verbaux sont transmis par différents canaux : visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif, toucher. Ils sont souvent inconscients. Ils nous renseignent sur l'autre. Cela peut-être l'apparence physique, l'habillement, le maintien, les mouvements, les attitudes, l'intensité de la voix, le toucher, le maquillage, les regards, les mimiques, l'expression émotionnelle de l'autre. Et aussi les signes paralinguistiques.

Il faut faire attention aux signes paralinguistiques que l'on émet vers l'autre : hauteur de la voix, rythme de la parole, intonation, position de l'accent, le silence qui peut être lourd, léger, pénible, agréable.

- Le regard : Notre regard dira à l'autre qu'il est important pour nous. Un regard en décalage avec un geste ou une parole traduit l'incohérence d'un discours. Si le non verbal dit le contraire de nos mots, c'est le non verbal qui l'emporte. Il est plus difficile de mentir en non verbal. Le non verbal est l'expression de nos émotions et de nos états internes.

- Le toucher : il peut être thérapeutique. Il est surtout utilisé dans le cadre de l'accompagnement des personnes en santé mentale, en soins palliatifs, avec les plus âgés, avec les tout-petits, quand d'autres formes de communication ne sont plus possibles. La communication par le toucher est l'une des plus délicates. Elle demande d'être capable de ne pas orienter, de respecter le droit de l'autre de l'accepter ou non et d'être capable de se centrer véritablement sur lui. Tout être humain a un besoin vital de toucher et d'être touché. Le toucher n'est jamais un acte neutre et doit de ce fait privilégier la clarté absolue de la relation. Car le risque de confusion est permanent. «Au creux du geste qui caresse parce qu'il peut caresser et de la main qui effleure parce qu'elle peut effleurer, il y a parfois plus de chaleur que dans mille mots!». La patiente n°2 de notre étude a justement dit : *« une fois un médecin m'avait pris la main, c'est 5 minutes mais c'est quelque chose, il y a un petit truc qui rentre en vous, et ça fait du bien »*.

- La mimique : c'est l'expression du visage qui traduit les sentiments.

- les gestes : ils sont importants pour la qualité de l'échange.

- La proxémie<sup>24</sup> : Nommée et étudiée par l'anthropologue américain Edward T. Hall en 1963, la proxémie est la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Elle est consciente ou inconsciente. La gestion de l'espace constitue un mode de communication. Dans les pays occidentaux, la sphère intime proche (chaque territoire se divise en 2 modalités, proche ou lointaine) va de 15 cm à 45 cm : pour embrasser, chuchoter ; la sphère personnelle proche va de 45 cm à 1,2 m : pour les amis ; la sphère sociale proche va de 1,2 m à 3,6 m : pour les connaissances ; la sphère publique proche va au delà de 3,6 m : pour parler devant un public ou interpeller quelqu'un. La distance choisie dépend des rapports individuels, des sentiments et des activités des individus concernés. Les sens comme la vue, le toucher, l'ouïe, l'olfaction, sont également sollicités pour mettre au point des distances adaptées socialement. Les proxémies varient selon les cultures (gradient nord-sud) et les lieux où l'interaction se déroule (ascenseurs, transports en commun).

#### 4.2.4. Fidélité médecin/patient

##### Dans notre étude :

Notre étude traite de la rupture de la relation médecin/patient. Nous avons interrogé seulement des patients ayant choisi de changer de médecin. Ainsi nous n'avons mis en évidence que des éléments relevant de la perception qu'ont ces patients de la fidélité médecin/patient. C'est surtout la littérature qui nous apportera des éléments de réponse à ce sujet.

---

<sup>24</sup> Nom inconnu. « Hall et la proxémie ». Site de l'université d'arts, lettres, langues, sciences humaines et sociales Paul-Valéry de Montpellier 3, [Document pédagogique en ligne]. [http://asl.univ-montp3.fr/e11mcm/cours/E11-TD-HALL\\_proxemie.pdf](http://asl.univ-montp3.fr/e11mcm/cours/E11-TD-HALL_proxemie.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).

D'après les patients que nous avons interrogés, les patients les plus âgés seraient les plus fidèles à leur généraliste. Ceci pourrait relever d'un effet de génération, les aînés ayant gardé dans leur comportement de recours aux soins l'intérêt du médecin de famille pour la coordination de ceux-ci.

*E12L187 : « dans le temps, ils étaient plus fidèles...je sais pas si ça a avoir avec la moralité, mais on avait son médecin de famille à vie, peut être que c'était la moralité de cette époque là »*

*E7 L142-3 : « je crois que c'est aussi lié à l'âge. Faut être honnête plus on avance dans l'âge plus on est accroché à ses habitudes »*

### **Dans la thèse de 1997 :**

Sur 1147 patients interrogés par questionnaire, 35% n'avaient pas changé de médecin depuis 20 ans. Et pour 95% d'entre eux, c'était par choix, les patients se disant satisfaits et n'ayant pas éprouvé la nécessité de changer de médecin (l'échantillon de population était plutôt jeune et urbain, avec à sa disposition un choix plus large de médecins, donc pourtant plutôt sujet à en changer).

Seulement 19% des patients tout venant interrogés, avaient changé de médecin par choix.

Une des fonctions principales attribuée au médecin généraliste était celle de médecin de famille. 79% des patients avaient le même médecin que leurs enfants et 81% que leur conjoint.

95% des patients avaient un médecin attitré, 90% avaient consulté dans l'année, 65% tous les 3 mois.

Cela mettait en évidence la reconnaissance d'une certaine valeur du médecin généraliste aux yeux des patients, considéré comme un médecin famille, ce qui est une place importante auprès des patients. Ceci allait à l'encontre de l'idée déjà présente à l'époque de dévalorisation du médecin généraliste.

### **Dans l'étude Ipsos de 2007 :**

L'image que les français ont des médecins et plus particulièrement des médecins généralistes, va également en ce sens. Alors qu'un des éléments du mal-être actuel de la profession est le sentiment d'une dégradation du statut des médecins dans la société, l'enquête montre qu'ils sont très loin d'être déconsidérés par les français. Les médecins bénéficient d'une excellente image pour 88% des Français quelque soit leur spécialité ou leur activité libérale ou hospitalière.

L'enquête Ipsos montre également que l'insatisfaction à l'égard des médecins est limitée : entre 10 à 12% de mauvaises opinions dont très peu de « très mauvaise ».

Une autre enquête Ipsos en 2002<sup>25</sup> révélait que 74% des patients consultaient toujours le même généraliste, 16% avaient un médecin attitré mais consultaient de temps en temps un autre médecin, 4% étaient « nomades » et 5% ne consultaient jamais de médecin.

La confiance favorise une certaine fidélité des patients envers leur médecin généraliste.

---

<sup>25</sup> IPSOS-santé, « une population très attachée à son généraliste », Rev.Prat.Med.Gen, 2002 ; 16(587) :1369-70, in NICS V., « pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste » (Th Med Rouen) 2003.

**Dans une thèse de 2003<sup>26</sup>** traite des raisons qui pourraient amener les patients à changer de médecin et de leurs attentes. En 10 ans, 56% des patients n'avaient pas changé de médecin, 24% avaient changé une fois, soit 80% entretenaient une relation durable avec leur médecin. 28% n'avaient pas changé depuis plus de 10 ans, et 17% depuis plus de 20 ans. En un an, 72% des patients n'avaient vu aucun autre médecin généraliste, dont 46% n'avaient pas vu non plus de spécialiste, et 41% un seul spécialiste. 20% voyaient régulièrement deux généralistes, et un spécialiste pour 30% d'entre eux, plus de deux spécialistes pour 41% d'entre eux.

Les patients qui consultent plusieurs médecins généralistes consultent aussi plus de spécialistes que les patients fidèles à un médecin généraliste.

La notion de médecin généraliste secondaire existe, lorsque le médecin habituel n'est pas disponible : en congés, ou carnet de RDV plein, ou horaire de RDV proposé incompatible avec les horaires de travail du patient), ou lorsqu'il pratique une autre médecine particulière (homéopathie, mésothérapie, médecin du sport, médecin faisant beaucoup de pédiatrie...)

Le jour de l'enquête, 7% des patients ayant répondu n'étaient pas chez leur médecin habituel. 53% avaient déjà consulté ce médecin, mais 62% des patients interrogés ne voulaient pas faire du médecin de ce cabinet leur médecin habituel. 5% seulement avaient le désir de changer de médecin.

Les patients sont donc en grande majorité fidèles à leur médecin. Les chiffres ont également montré que ce sont les patients interrogés les plus âgés qui sont les plus fidèles.

#### **4.2.5. La relation de confiance**

##### **a) La confiance :**

Nous avons vu dans notre travail que la moitié des patients ont cité notamment un problème de confiance comme raison au changement de médecin. Mais nous ne pouvons dire quelle est la tendance actuelle des patients puisque nous n'avons interrogé que les patients qui ont changé de médecin dans l'année et pas ceux qui n'ont pas changé de médecin depuis plusieurs années.

Dans la thèse de C. MOUSEL, près de 2/3 des patients font confiance à leur médecin (50% de confiance forte, 13% très forte). Il y a quand même un tiers des patients qui la qualifiait de variable. La confiance dépendrait de la qualité de la relation médecin patient. Plus le lien tissé entre médecin et patient est fort, plus la confiance serait forte et capable de résister par exemple aux désaccords avec la décision médicale. Les désaccords avec la décision médicale ne remettraient pas forcément en cause la compétence générale du médecin et la confiance. Ainsi près de 60% des patients affirmaient accorder au médecin le droit à l'erreur sans condition (qu'elle soit bénigne ou grave, à l'origine d'un préjudice ou non), 30% émettaient des réserves en tolérant le droit au médecin de se tromper si l'erreur n'était pas grave. Concernant plus spécifiquement le comportement du patient face à la prescription médicale, plus de la moitié d'entre eux s'y fiaient aveuglément. Il s'agit surtout des personnes âgées. 20% des patients interrogés prétendaient demander au médecin le traitement qu'ils jugeaient « adapté ». 11% disaient tenir compte à la fois des prescriptions des médecins mais

---

<sup>26</sup> NICS V., « pourquoi les patients changent –ils de médecin généraliste » (Th Med Rouen) 2003.

aussi de l'entourage, ce qui concernait plutôt les personnes entre 40 et 60 ans, et celles qui consultaient beaucoup Internet, traduisant peut être un manque de confiance. 8% disaient ne pas hésiter à demander un deuxième avis s'ils n'étaient pas satisfaits ce qui traduit à fortiori un manque de confiance. Mais cela peut être aussi une manifestation d'un besoin d'autonomie du patient. Car dans cette relation asymétrique médecin/patient, prendre ou ne pas prendre le traitement peut être une façon de manifester sa liberté, son autonomie.

#### La confiance, définition du dictionnaire :

« - Assurance, hardiesse, courage qui vient de la conscience qu'on a de sa valeur, de sa chance : Faire face aux difficultés avec confiance = confiance en soi

- Sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose : notre amitié est fondée sur une confiance réciproque.

- Sentiment d'assurance, de sécurité qu'inspire au public la stabilité des affaires, de la situation politique : par ex : la confiance des épargnants envers l'État ». Larousse.

#### La confiance, étymologie :

Le mot « confiance » vient du verbe *confier*, du latin *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier ».

La confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose, en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. L'étymologie du mot montre par ailleurs les liens étroits qui existent entre la confiance, la foi, la fidélité, la confidence, le crédit et la croyance.

On peut trouver cette définition, dans le livre *Confiance et rationalité*, aux éditions Broché<sup>27</sup> : « *on peut parler de confiance lorsque dans une relation sociale (...) le comportement d'un individu (...), dépendant d'un ou plusieurs autres individus (...), est accompagné d'un sentiment de sécurité.* »

#### Donner sa confiance en quelqu'un pour compléter une carence personnelle :

On accorde sa confiance à quelqu'un quand on estime ne pas être en mesure de négliger son avis, aval, appui, protection, services... « La confiance suppose la délégation et la croyance, sur fond d'incomplétude et de fragilité du savoir ou de l'agir. »(27)

#### Etat de dépendance et de vulnérabilité de celui qui fait confiance :

La relation de confiance implique un état de dépendance et de vulnérabilité de celui qui la donne à son bénéficiaire, qui peut être réciproque. Il ne s'agit pas de croire que la confiance doit être absolue et aveugle, ou que les autres soient toujours fiables et dignes de confiance. Mais il ne s'agit pas non plus de penser que la seule confiance digne de ce nom soit ce qu'aujourd'hui on appelle couramment la « *self-estimate* », une forme d'assurance qui permettrait à ceux qui en sont pourvus de ne dépendre de personne.

---

<sup>27</sup> AUBERT F., SYLVESTRE J.-P. « Confiance et rationalité, Dijon, 5-6 mai 1999 ». Paris : INRA Editions, 2001, p 7-14. Site Google Books, [En ligne]. [http://books.google.fr/books?id=XhLOgl461zgC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.fr/books?id=XhLOgl461zgC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (page consultée le 25 mai 2013).



### Confiance, un mécanisme rationnel ?

Autrefois le modèle théologico-politique pensait la confiance en termes de foi en Dieu. Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui préfèrent concevoir la confiance comme mécanisme de réduction des risques, fruit d'un calcul rationnel.

Faire confiance c'est s'en remettre à quelqu'un qui nous paraît la mériter et donc chercher des garanties plus ou moins consciemment en mesurant la balance bénéfice/risque.

Cela fait appel à différents registres du jugement : cela peut être par amour, par fidélité à la tradition, par calcul stratégique...

Dans notre enquête le patient 3 (74 ans) dit : « *moi j'ai toujours fait confiance aux toubibs* » ou le patient 4 (84 ans) : « *on a confiance, si on a des doutes, on peut toujours voir quelqu'un d'autre* ».

Comme si pour ces patients, la confiance au médecin était quelque chose d'évident, de tenu pour acquis, d'habituel (ou traditionnel ?), ce qui semble plutôt être le propos de sujets d'un certain âge.

Lorsque nous faisons confiance à quelqu'un, il nous arrive parfois de croire en lui, sans savoir exactement pourquoi, sans pouvoir en expliquer les raisons exactes. C'est ainsi que les patients 9 et 10 ont dit respectivement : « *on le ressent relativement vite* » et « *ça a été tout de suite le feeling* ».

### La confiance, nécessaire à la création des relations humaines et l'élaboration de projets sur la durée :

La confiance est au cœur des sciences sociales et philosophies de l'agir car elle s'impose dans la quasi-totalité des échanges sociaux.

La confiance est fondamentale car, sans confiance, il serait difficile d'envisager l'existence même des relations humaines – des rapports de travail jusqu'à l'amitié ou bien l'amour. Sans confiance, on ne peut vraisemblablement pas envisager de relation sociale durable, on ne pourrait pas envisager l'avenir et chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps.

Mais la confiance est aussi dangereuse, car elle implique toujours le risque que le dépositaire de notre confiance ne soit pas à la hauteur de nos attentes ou, pire encore, qu'il trahisse délibérément la confiance que nous lui faisons. La construction du lien social implique donc un principe de crédit accordé à l'autre. Mais il faut prendre garde que la confiance ne dégénère pas en une adulation imprudente voire irresponsable.

### **b) Construction de la confiance dans le contexte de la relation médecin/patient :**

Le médecin généraliste doit gagner la confiance du patient plus que tout autre spécialiste.

Le médecin généraliste est par excellence le médecin de confiance du fait de sa proximité, de son accessibilité jugée la plus importante du monde médical d'après les patients.

Mais même si la médecine générale est une spécialité médicale depuis 2002 (réforme des études médicales), longtemps la compétence du médecin généraliste n'a pas été attestée comme pouvait l'être celle d'un spécialiste -rareté du titre, renommée-. Et le médecin généraliste bénéficie rarement du capital de confiance que peut constituer une recommandation de la part d'un confrère

puisque qu'il en est le maillon de base, en soin de premier recours. Il peut bénéficier le plus souvent d'une recommandation de la part d'un proche. Le médecin généraliste doit donc le plus souvent faire ses preuves et gagner une confiance non acquise d'avance.

Le médecin généraliste semble le plus soumis au jugement du patient (contrairement à une médecine hospitalière plus soumise au jugement des pairs), car le patient est moins soumis ou dépendant qu'à l'hôpital ou lors de situations de détresses extrêmes qui peuvent altérer son jugement.

### La confiance, enjeu majeur de la relation médecin patient lors du « colloque singulier ».

Dans le travail faisant l'objet du livre Confiance et rationalité, une enquête qualitative (réalisée en 1999) par entretiens semi dirigés et témoignages écrits auprès de patients et médecins a montré que rien n'est possible sans confiance, que la confiance réciproque permet à la relation thérapeutique de prendre tout son sens.

Pour les médecins de cette enquête, la confiance serait l'attribut du patient docile « idéal » puisqu'il ne chercherait pas à tester le médecin, le mettre en échec ; il ne manifesterait pas d'agressivité et accepterait plus facilement les propositions de soin. (Ceci est peut-être un peu réducteur, car on peut avoir confiance et garder son esprit critique et son autonomie. Il y a différents degrés de confiance).

Pour les patients, la confiance concernerait la capacité du médecin à décrypter les attentes du patient pour mieux s'y ajuster. **La confiance se mériterait à condition d'avoir perçu chez le médecin une attention, une qualité d'écoute, un engagement, un intérêt pour la personne** au-delà de l'organe ou la pathologie. *E7L35 : « il y a confiance s'il y a un bon relationnel »*

De plus, le patient est demandeur d'une relation de confiance **durable** qui le constitue en interlocuteur valable. La confiance permet une relation qui s'inscrit dans la durée, permettant et lui donne du sens.

La confiance dans le médecin serait **globale**, elle ne se fractionnerait pas. Le patient peut estimer son médecin plus compétent dans certains domaines que d'autres mais la confiance porterait moins sur des savoirs, une capacité technique que sur une attitude intellectuelle et morale globale.

De plus la confiance va au-delà des compétences du médecin déjà éprouvées et repose sur une **anticipation** des qualités que le médecin pourrait être amené à révéler dans des situations encore inconnues.

**La confiance, en donnant du sens à la relation, ouvrirait un espace de tolérance, de compréhension.**

Elle permettrait de dépasser les tensions ou erreurs passagères considérées comme telles et remédiables. Elle ne suspendrait pas le jugement mais suspendrait l'exigence de performances thérapeutiques ou de résultats immédiats. Cela permettrait de donner du temps au temps pour conduire diagnostic et traitement avec plus de recul améliorant la qualité du soin (sûreté du diagnostic, traitement mieux adapté). La médecine serait plus humaine, moins agressive. Mais les

patients sont fortement ambivalents à ce sujet, voulant souvent être soignés « rapidement et efficacement ».

**La confiance donne du temps à la relation** et donc au projet thérapeutique, incontournable dans la prise en charge de pathologies chroniques. En cela il y a un lien entre la confiance et la fidélité du patient à son médecin. E3L94 : « (la fidélité), c'est une question de confiance »

**Bien se connaître** permet à chaque rencontre l'économie importante de prendre le dossier de zéro. E10L197-8 : « c'est toujours la même personne, y'aura pas toujours à raconter votre histoire, parce que je sais que c'est lourd pour moi » ; E11L233-6 : « c'est le suivi...il a plus vite perçu certaines problématiques...mieux cerner le cas des gens L129 améliore la prise en charge pour certaines pathologie »

Cependant, patient et médecin trouvent qu'il est parfois intéressant qu'un patient rencontre un nouveau médecin pour briser le caractère routinier de la consultation avec le médecin habituel (usure de la relation comme dans un couple) et avoir un regard neuf sur le dossier. E9L89-90 : « quand un médecin vous connaît parfaitement, il peut passer à côté d'un certain nombre de choses (...) Une personne qu'on connaît pas...va prendre plus de temps va être plus attentive...il va peut-être pousser un peu plus loin l'examen »

**La confiance doit faciliter la parole du patient**, sans crainte d'importuner, de ne pas être entendu ou pris au sérieux. E4L109 : « faut pas être intimidé, faut que ce soit quelqu'un de proche dans son comportement, quelqu'un de sympathique »

EE5L166 : « pouvoir discuter franchement » E12L159 : « qu'il se moque pas de moi »

**La confiance doit être réciproque et ne doit pas s'envisager comme une relation à sens unique.** Le médecin en qui l'on a confiance doit savoir lui-même faire confiance, car en cela il crédite la parole du patient d'une certaine valeur, ce qui apparaît comme une reconnaissance du patient.

E11L34-35 : « une relation assez franche...d'égal à égal, et d'adultes ». L80 : « de la proximité mais surtout de la responsabilisation...La gestion de ma pathologie, on la fait ensemble » L87 : « pas l'impression d'être pris de haut, d'avoir cette barrière du spécialiste. » L168 : « qu'il comprenne qu'il est humain, comme nous... »

On peut reconnaître la confiance du médecin en son patient dans ce qu'il dit ou fait : par ex : foi accordée aux propos, pistes suggérées par le patient lors du recueil des symptômes, de l'histoire de la maladie, lors du contrôle de l'observance du traitement. Ou bien confiance dans la capacité du patient de reconnaître une situation d'aggravation clinique ou d'urgence, et d'agir en conséquence. Confiance lors de la remise d'une prescription en deux temps (par ex pour la pathologie infectieuse saisonnière), appréciation de la capacité d'un patient à gérer une situation amenant à décider d'un traitement hospitalier ou en ambulatoire. Il peut y avoir à ce titre une forme de discrimination a priori.

**La confiance est contraire à une attitude paternaliste**, où la relation médecin/malade est décrite comme « la rencontre d'une confiance et d'une conscience » (Louis PORTES) : **elle doit amener à l'autonomie du patient.**

La confiance implique de vouloir dépasser le rapport de force pour oser un autre type de relation, celui de la coopération et de la recherche d'intérêt mutuel<sup>28</sup>. Faire participer le patient à la décision médicale, c'est viser à obtenir une meilleure adhésion à un acte de soin dont il est l'acteur à part entière pour de meilleurs résultats de prise en charge<sup>29</sup>.

## 4.2.6. La relation médecin patient

### 4.2.6.1. La ou les relations médecin/patient

La relation médecin/patient a fait l'objet d'une littérature scientifique et médicale de plus en plus abondante depuis les années cinquante.

La relation médecin patient, avant d'être une relation thérapeutique, est une relation humaine. C'est la rencontre entre un individu en demande, parfois en souffrance, et un médecin devant lui porter secours.

Ainsi la compétence globale d'un médecin est un mélange plus ou moins équilibré d'aptitudes techniques et de qualités humaines.

Le long apprentissage des médecins leur permet d'acquérir les connaissances et compétences techniques, théoriques et pratiques nécessaires à leur exercice ; ces connaissances sont régulièrement contrôlées au cours de leur cursus de formation par leurs pairs. Cet apprentissage devra ensuite sans cesse être remis à jour grâce à la formation médicale continue sous peine de se déqualifier.

Le médecin exerce aussi son métier dans le respect des codes de déontologie et d'éthique. Ces textes font du soin médical un soin de l'humain dans sa globalité, en insistant sur le caractère intègre et altruiste du médecin.

La médecine exige donc aussi des qualités humaines: bon sens, discernement, aptitude à décider y compris dans des situations d'incertitude, imagination, aptitude aux relations humaines : écoute, empathie...

Ces qualités peuvent sans doute « s'apprendre », ou se perfectionner. Autant les qualités techniques théoriques et pratiques sont évaluables dans leur apprentissage, autant les qualités humaines sont plus difficiles à appréhender et encore moins chiffrables.

Cette association complexe de technique et d'humain se complexifie encore par la rencontre entre deux personnes, le médecin et le patient. La relation médecin/malade est l'interface entre deux cultures : une culture savante et une culture populaire, avec des connaissances, des représentations, des attentes différentes. Ces deux personnes ont également un contexte ethno-socio-culturel, une

---

<sup>28</sup> PINEUX F. «Quels enjeux médicaux de la confiance ? » La revue de la Médecine Générale 2009 ;260:47.

<sup>29</sup> SANTIN A. « La relation de soin : une question de confiance ? » Editorial mai 2009 en ligne sur le site Espace éthique /AP-HP. <http://initiative-ethique.fr/espace-ethiqueap-hp/> (site en cours de refonte au 25 mai 2013).

histoire personnelle, des émotions, un caractère, des subjectivités, des autonomies, différents (facteurs individuels).

Comme le dit le Dr SARANO: « *l'obstacle majeur dans notre relation avec les malades, c'est nous même. Nos propres problèmes, nos préoccupations, notre humeur, notre caractère, nos intérêts, notre tentation de domination et de puissance, notre MOI* ». La personnalité du médecin, son tempérament –taciturne, jovial-, la manière de s'exprimer –intra ou extraverti- ont tendance à fixer de manière contraignante le cadre de l'échange. La personnalité du malade va également s'exprimer : traits de caractères propres, tendances névrotiques qui peuvent se révéler sous l'effet de la maladie.

Par ailleurs, cette relation se joue dans un environnement matériel (temps, lieu) mais aussi culturel et social avec un certain nombre de normes, règles, valeurs, représentations (facteurs socioculturels). Ainsi le patient se fait une idée du « médecin idéal » avant même de le rencontrer, qu'elle soit issue du champ collectif (image du médecin au cours de l'histoire, à chaque âge de l'individu) ou du champ individuel (expériences personnelles passées, attentes et espoirs de chaque patient, selon les époques de sa vie). La confrontation entre médecin « idéal » et médecin réel peut alors donner lieu à différentes réactions : transfert, s'il y a concordance, ou rejet si l'inadéquation est trop grande, avec tous les stades intermédiaires.

Ainsi, c'est autant de facteurs que le médecin devra intégrer dans toutes les étapes et les dimensions de son approche diagnostique et thérapeutique.

#### ○ **Evolution de la relation médecin/patient au cours de l'histoire:**

La relation médecin/malade est le fruit d'une lente maturation à travers l'histoire et suivant les progrès de la science et l'évolution de la société.

La médecine a longtemps été liée aux croyances et aux religions faisant du malade quelqu'un d'impur recevant le châtiment divin. Elle a dû s'en affranchir afin de reconnaître à nouveau le malade comme une personne en souffrance qui appelle sollicitude et écoute (31).

A partir du 19<sup>ème</sup> siècle, l'apparition de la clinique avec Bichat et Laennec et de la médecine expérimentale avec Claude-Bernard et Pasteur font de la médecine une science reconnue, ce qui rehausse à nouveau l'image du médecin qui prend peu à peu une attitude paternaliste. Le statut du patient est également revalorisé. Et même si cette relation médecin/patient, dominant/dominé est critiquable, elle existe et a des effets bénéfiques.

Dans la 2<sup>ème</sup> moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, même si l'évolution des mentalités présente cette attitude comme dépassée, les progrès scientifiques et techniques renforcent encore l'autorité du médecin. Le patient ne devient plus qu'objet d'étude. L'approche technique a été ainsi privilégiée aux dépens de l'écoute, de l'analyse clinique et de l'accompagnement d'un malade. Les médecins ont ainsi été plus formés à

soigner des maladies que des malades, alors que ces deux dimensions de la pratique médicale sont en principe indissociables<sup>30</sup>.

En effet des études montrent déjà à cette époque que le patient demande un médecin technicien et compétent, mais aussi humain et proche.

Hippocrate disait déjà que sans la magie, la science ne suffit pas à faire fonctionner la médecine et la relation avec le malade devient alors indispensable.

Une approche scientifique de la médecine entraîne un retour de l'irrationnel, avec notamment une recrudescence des visites chez les guérisseurs et rebouteux comme le souligne le Pr M. Laxenaire, cité dans la thèse de F Muller Colle<sup>31</sup>.

Dans la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, l'approche anthropologique a permis au médecin de mieux comprendre ce que signifiait la maladie pour le patient et mieux comprendre son comportement face à la maladie. L'anthropologie médicale a servi à mieux appréhender comment la maladie s'articule à la culture et comment elle est prise en compte dans la société.

Par ailleurs la psychanalyse a permis au médecin de mieux se placer dans son identité de soignant auprès de celle de son patient. Les groupes Balint apprennent l'importance de l'écoute, des émotions voire des opinions qui empêchent le médecin d'entendre ce que le patient veut lui dire. Cette approche permet une meilleure connaissance de la maladie et du malade<sup>32,33</sup>.

L'exercice médical est par ailleurs encadré par le Code de la Santé Publique, reprenant le code de Déontologie en intégralité, lui-même inspiré du serment d'Hippocrate. Force est de constater à la lecture des articles que le médecin fait office de surhomme, les qualités « humaines » se révélant indispensables à l'exercice de la médecine, au-delà des connaissances proprement médicales.

Or, les actualités comme la pratique quotidienne le montrent régulièrement, ceci est une vision idéaliste. Si le médecin généraliste jouit d'une réputation favorable aux yeux des citoyens, ce n'est pas le cas du système de soins en général. Suite à des crises sanitaires successives (sang contaminé, « vache folle », canicule, campagnes de vaccination, sida, affaire Mediator...etc), on a vu apparaître des associations de patients militant pour leur participation dans les débats de santé. Devant ce manque

---

<sup>30</sup> UNIFORMEC, Présentation du livre de GALLOIS P. « Médecine au quotidien. Soigner et prendre soin : le malade autant que la maladie » 2009 [En ligne]. [www.unaformec.org/IMG/pdf/Bon\\_commande.pdf](http://www.unaformec.org/IMG/pdf/Bon_commande.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).

<sup>31</sup> LAXENAIRE M. « La Rencontre psychologique du médecin », coll. Sciences humaines appliquées, Paris : ESF 1980.

<sup>32</sup> BALINT M. « Le médecin, son malade et la maladie » Paris : Ed Payot 1968.

<sup>33</sup> BEGUE-SIMON A.-M. « Anthropologie et médecine. Pour mieux comprendre le patient. » Médecine 2006;2(7):325-8. <http://www.jle.com/e-docs/00/04/20/FD/article.phtml> (page consultée le 25 mai 2013).

de confiance des patients vis-à-vis du « système » de soins, diverses mesures ont été adoptées visant une meilleure protection de la personne:

- la déclaration des droits de l'homme en 1945 et le code de Nuremberg en 1947 signant le début du “choix libre et éclairé” dans le contexte particulier des crimes nazis,
- la charte du patient hospitalisé en 1975,
- la loi Huriet de bioéthique en 1988 traitant de la recherche biomédicale et des techniques médicales les plus avancées (transplantation, PMA),
- le principe de présomption de faute pour les infections nosocomiales (1988) engageant la responsabilité du service public en matière médicale,
- le principe de responsabilité sans faute pour les aléas médicaux les plus graves (1993),
- l'obligation de l'information du patient quant aux risques encourus et l'inversion de la charge de la preuve en la matière (1997) etc...

Les lois du 4 mars 2002 – dites lois Kouchner- ont été l'aboutissement et la concrétisation de ce processus suite aux États Généraux de la Santé de 1998 et 1999 dont l'objectif visait à rétablir la confiance, à garantir la qualité des soins, et à poser les bases d'une «démocratie sanitaire» par le biais d'une meilleure «information».

La confiance ébranlée dans le système de soins a été assimilée, par les pouvoirs publics, à un manque de confiance vis-à-vis du professionnel de soins.

Par cette loi, les devoirs des médecins ont trouvé en miroir un droit des malades, ces droits devant garantir l'autonomie du patient et la qualité de l'acte médical.

Voici quelques exemples: article 35 du code de déontologie médicale: « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les investigations et les soins qu'il lui propose » ; article LIII-4 du code de la santé publique: « toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » ; loi du 4 mars 2002 : « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » et droit à l'accès direct au dossier médical par l'article LIII-7 du CSP.

En mettant en avant les droits du patient, la société a donc souhaité faire évoluer la relation médecin/patient d'un modèle paternaliste vers un modèle d'autonomie. Le patient devient un partenaire associé à la décision par son consentement libre et éclairé. D'après le Dr SARANO<sup>34</sup> cité dans la thèse de F MULLER-COLLE : « on reconnaît la bonne qualité d'une relation humaine quelle qu'elle soit, à ses possibilités de dépassement et d'ouverture : de la relation de dépendance à la relation d'autonomie, telle serait notre formule ».

---

<sup>34</sup> SARANO J. « La relation avec le malade » Toulouse : Ed Privat ; 1977, p9.

La médecine a évolué : la médecine, autrefois surtout réparatrice (le « cure »), répondant à une plainte ou une maladie, est devenue une médecine d'accompagnement de patients porteurs de maladies chroniques, de personnes âgées et/ou en fin de vie, et une médecine préventive souvent sans demande directe de la personne concernée (le « care »).

La loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 a également renforcé le rôle du patient et a mis au cœur du parcours de santé le médecin généraliste. Désormais, chaque patient est incité à choisir un médecin traitant pour être soigné, suivi et orienté dans le parcours de soin coordonné.

L'objectif est que les patients soient mieux soignés, en dépensant mieux : meilleur suivi médical qui s'effectue sur la durée, meilleure connaissance du dossier médical du patient, prévention personnalisée, limitation des risques d'interactions médicamenteuses, orientation dans le parcours de soin vers des médecins correspondants, limitation du nomadisme médical et de l'accès aux spécialistes de 2<sup>ème</sup> recours, limitation de la redondance de certains examens...

La relation médecin patient est ainsi formalisée et s'inscrit dans la durée, ce qui est une des caractéristiques de la médecine générale selon la définition par la WONCA :

*« La médecine générale a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin/patient basée sur une communication appropriée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique » (n°).*

Alors que les **droits** des patients ont été redéfinis, ce n'est pas le cas de leurs **devoirs**. Leurs droits s'accompagnent tout juste d'une « responsabilité de nature à garantir la pérennité du système de santé et les principes sur lesquels il repose » (article L. 1111-1 du CSP). L'évolution a tendance à leur donner raison dans la méfiance à adopter vis-à-vis du soignant. Nous verrons plus loin l'évolution sociologique des patients.

### ○ **La relation médecin/patient : une relation particulière**

Cette rencontre médecin/patient aux variables complexes, va générer plusieurs impressions chez le patient. La première est une impression générale qui appartient probablement plutôt au registre affectif : est-ce que le courant passe ? Y'a-t-il des affinités ? Un bon feeling ? E10L180 : « ça a été tout de suite le feeling » E3L116 : « ma réaction a été bonne tout de suite, la manière comme elle s'est exprimée, j'me suis dit c'est valable. »

V.NICS a cité dans sa thèse le Dr BARGUES M.L. pour qui la séduction serait au cœur de la relation médecin/patient. Le patient choisit son médecin et décède ensuite s'il est bon. De son côté le médecin choisit aussi ses patients. « La séduction serait cette sensibilité qui permet de s'approcher de l'autre. Elle aiderait le médecin à mieux comprendre son patient, et permettrait à ce dernier de mieux exprimer son mal. »

Ainsi la relation médecin/patient pourrait s'apparenter d'une certaine manière à une relation de couple avec ce quelque chose d'inexplicable de l'ordre de l'attirance, la séduction, l'affinité. Cela pourrait expliquer pourquoi les patients [10] et [11] ont choisi de quitter le Dr U (médecin n°2) en raison d'un problème relationnel, de communication et de caractère de celui-ci ; pourtant les



patients [2], [3], [4], [5] ont choisi ce même Dr U justement pour ses qualités relationnelles, d'écoute et de communication. Le Dr U était-il plus enclin à se montrer sous « son meilleur jour » ?

De plus, comme toute relation de couple, la relation médecin/patient pourrait souffrir à un moment donné d'une forme de routine, d'usure, qui pourrait conduire in fine à la rupture. E9L89-90 : « quand un médecin vous connaît parfaitement, il peut passer à côté d'un certain nombre de choses (...) Une personne qu'on connaît pas...va prendre plus de temps va être plus attentive... E4L127 : « y'a peut-être la routine qui s'installe aussi E1L158-9 : « je pense que le médecin il prend peut-être un peu trop à la légère au bout de tant d'années ».

Comme l'explique F.MULLER-COLLE dans son travail, le langage peut trahir nos ambiguïtés, nos failles, nos problèmes. Ainsi, pour parler du changement de médecin, les patients emploient-ils souvent le terme « quitter » (« j'ai quitté mon médecin parce que... »).

-Changer- signifie *céder une chose pour une autre, remplacer une personne par une autre*. Et -quitter- signifie *laisser, abandonner définitivement, se séparer de quelqu'un*, ce qui est plus fort qu'un simple changement. De plus, l'expression « quitter » semble réservée au médecin (ou à la relation amoureuse) et n'est pas utilisée pour d'autres professionnels : on ne quitte pas son boucher, son coiffeur, son fournisseur.

De plus le « de », déterminant indéfini de «changer **de** boucher » (relation de service), devient « mon » déterminant défini dans « quitter **mon** médecin » (relation plus complexe sous tendant de l'affect).

L'attitude du médecin n'est pas plus objective. Michael BALINT rapporte dans son livre Le médecin, son malade et la maladie, les propos de médecins : « un autre médecin ajouta que lorsqu'un patient le quittait, il en était comme humilié », « un autre médecin rapporta que son associé prenait toujours plaisir à voir revenir un patient puis à lui dire : « Une consultation de médecine générale ne peut pas marcher comme ça. Une fois que vous êtes parti, c'est définitif ». Puis il le congédiait. ». Dans ces 2 situations, le médecin a également recours au terme « quitter » et montre une forte réaction émotionnelle avec l'usage du terme « humilié » pour l'un et l'envie de punir son patient pour l'autre, comme pour se venger d'une blessure affective. Balint se trahit lui-même dans le titre de son livre en employant le pronom possessif « son » pour désigner le malade. Le terme de « rupture » de la relation médecin/patient, plutôt que de « fin » de la relation, peut également évoquer la notion de relation « amoureuse ».

Justement, Jean Hamburger n'hésite pas à comparer la relation médecin/patient à une relation amoureuse, résultat de la rencontre unique de deux solitudes : « *c'est la rencontre de deux solitudes. Solitude du malade, écarté par son mal de la vie qu'il aimait, isolé du monde des autres par son angoisse cachée. Solitude du médecin, qui sait qu'il devra porter, seul, le poids d'une responsabilité incessante jusqu'au bout du chemin.* »<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> MOUTEL G. « L'annonce d'une maladie grave et la relation médecin/patient. Analyse des enjeux, pistes de réflexions et éléments de réponse », site Ethique et Santé – Réseau Rodin, [En ligne].

<http://www.ethique.inserm.fr/?q=node/1053> (page consultée le 25 mai 2013).

Le malade en difficulté recherche une aide, une assistance auprès du médecin qui de son côté doit prendre la responsabilité de sa démarche thérapeutique.

Cela impose à chacun des deux individus de s'investir dans la relation et d'aller à la rencontre de l'autre : *« il (le médecin) lui faut pénétrer l'univers personnel de l'homme qui s'est confié à lui, sa peur ou son mépris de la souffrance et de la mort, sa résignation ou son impatience, sa faiblesse ou sa force d'âme, son acceptation ou son refus des risques. De son côté, le malade fait au médecin le don bouleversant de sa confiance, il tente à son tour de pénétrer les secrets de celui à qui il a confié le soin de sa vie, il veut deviner ses arrière-pensées, ses hésitations, ses certitudes. »*.

Il s'établit un échange entre médecin et patient, pas seulement à travers les paroles échangées, mais également par les soins, l'écoute, la confiance, les doutes. Il permet de construire une relation solide nécessaire pour mener la bataille contre la maladie, dont l'issue dépend de cette relation, et qui est aussi importante pour le médecin que le malade. Bataille menée parfois avec beaucoup d'émotions et de sentiments : *« des liens d'une telle force, des entremêlements si étroits, au cours de ces batailles douloureuses, ressemblent à une passion. Et j'oserai user de ce mot pour ce qui peut ainsi devenir la relation médecin/malade »*.

Les réactions affectives, conscientes et inconscientes, qu'éprouve le patient à l'égard de son médecin constituent ce que l'on appelle *le transfert*.

Chaque patient va projeter sur la personne du médecin une série d'images préétablies et attendre de celui-ci les réponses qu'il attendait de ces images (image maternelle protectrice, image paternelle autoritaire...). Le malade recherche aussi une image idéale de lui-même. Il investit avec d'autant plus d'intensité son médecin que celui-ci sera porteur de son narcissisme.

Le transfert peut être positif : le médecin devient celui que le malade imaginait d'où le sentiment de confiance qui est un moteur thérapeutique. Le transfert peut aussi être négatif : le malade retrouve dans le médecin des images considérées comme mauvaises, ce qui fait apparaître méfiance, antipathie, mise en échec des traitements, récriminations.

Du côté du médecin, une certaine neutralité affective conditionne un bon examen, une bonne relation ; le médecin ne doit pas éprouver des sentiments personnels pour son malade ; le médecin n'a pas à intervenir dans la vie privée du patient. Mais la neutralité est difficile ; l'attitude du médecin est imprégnée de ses sentiments personnels.

Au transfert du patient, le médecin répond par *le contre-transfert*. Le contre-transfert désigne tous les mouvements affectifs conscients et inconscients du médecin en écho à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu. L'attitude du médecin est imprégnée de sentiments personnels selon de nombreux facteurs : réaction affective à la personne et personnalité du patient (sexe, âge, situation sociale, comportement), réaction affective à l'image que donne le patient par rapport à l'image que le médecin s'était fait du « patient idéal ».

Le contre-transfert peut être positif : la patient est un « bon malade ». Cela permet une action thérapeutique efficace. Un contre-transfert trop positif risque de faire perdre l'objectivité nécessaire aux prises de décisions. Le contre-transfert peut être négatif, entraînant un risque de rejet,

d'agressivité inconsciente, se manifestant par un refus d'écouter le malade (trop pressé), des actes manqués : erreurs de prescription, oubli de visite etc...

Enfin, il peut y avoir une absence de contre transfert se manifestant par l'incapacité d'établir une relation, une mise à distance du patient, un manque de compréhension voire une méconnaissance de la demande.

Le médecin doit savoir analyser ses réactions face au vieillissement, aux maladies chroniques, à la mort.

Il doit savoir prendre conscience de ces phénomènes de transfert et contre-transfert afin d'identifier des situations, des patients, qui touchent chez le médecin des points sensibles ; ceux-ci risqueraient de faire resurgir des conflits dont le médecin perçoit bien qu'ils seraient douloureux, et qui pourraient engendrer des difficultés à traiter. Par exemple, un confrère m'avait rapporté qu'un médecin venant de subir une néphrectomie élargie pour cancer rénal de découverte fortuite lors d'une surveillance de calcul, avait préféré adresser à son associé un de ses patients chez qui il venait de découvrir un cancer rénal.

Pour cela, il existe les groupes Balint. Ce sont des réunions de thérapeutes, au sein desquelles la relation médecin/malade est mise en question, afin de l'ajuster au mieux.

#### ○ **Qualité de la relation médecin/patient**

Des essais comparatifs randomisés ont mis en évidence les **critères de qualités** d'une bonne relation médecin/patient ayant montré une efficacité thérapeutique<sup>36</sup>. Ils sont les suivants :

–Montrer de l'empathie (verbalement ou non) en essayant de comprendre les problèmes du patient même lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus.

–Montrer de l'intérêt par un examen clinique soigneux.

–Tenir compte du rôle des communications non verbales, en particulier dans l'efficacité thérapeutique.

–Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et à poser des questions.

–Permettre d'exprimer ses attentes.

–Expliquer le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et informer sur le traitement avec éventuellement des explications écrites.

–Donner un avis sur le pronostic et rassurer chaque fois que c'est possible en le précisant bien verbalement (suggestion).

---

<sup>36</sup> MOREAU A, DEDIANNE M-C, LABARERE J, TERRA J-L, «Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients», Rev Prat Med Gen, 2004 ; 18 (674/675) :1-4

–Conseiller pour l’adoption de comportements préventifs (tabagisme, consommation excessive d’alcool, troubles nutritionnels, contrôle pondéral) avec intérêt des démarches d’autosurveillance (journal de bord), des conseils brefs (tabac, alcool) et multi-supports audiovisuels.

–Impliquer dans la décision thérapeutique.

**D’autres critères sont issus d’enquêtes de satisfaction :**

–Établir un accueil verbal (en prononçant le nom du patient) et un contact visuel. Se présenter si première consultation.

–Demander les motifs de consultation.

–Ne pas interrompre le patient qui expose les motifs de consultation.

–Écouter attentivement (avec contact visuel) en respectant les temps de silence.

–Réaliser une compréhension commune en vérifiant que le patient a bien compris le diagnostic, le pronostic et le traitement.

–Utiliser les questions ouvertes.

–Interroger sur les événements de vie.

–Favoriser l’expression des idées du patient sur sa maladie, ses croyances, ses représentations.

–Respecter ses préférences, ses valeurs.

–Résumer et clarifier les problèmes.

–Se méfier des questions fermées, des conseils et des propos rassurants prématurés.

–Savoir utiliser un style directif et conclure la consultation (dire « au revoir »).

Il faudrait définir les critères qui semblent principaux. Et on pourrait nuancer tout cela en intégrant la gestion du temps et ce que l’on pourrait appeler le « service minimum relationnel » (une consultation pour une rhinopharyngite ne nécessite pas forcément tous ces critères). Il ne faudrait pas tomber dans un travail dogmatique de « modélisation » de la relation.

*La confiance*

Comme nous l’avons vu précédemment dans le chapitre sur la confiance, on ne peut envisager de relation sociale durable sans confiance. La confiance serait un pré requis nécessaire à la création d’une relation de qualité. Et on ne peut envisager de relation médecin/patient de qualité sans confiance.

*Le savoir être*

Comme nous l’avons vu également, le savoir être du médecin, en plus de ses compétences scientifiques, est indispensable à la construction d’une bonne relation médecin/patient, avec juste distance entre médecin et patient. Une juste distance permettrait d’exprimer des problèmes plus intimes par exemple. De plus, de nombreux patients pensent qu’une trop grande proximité nuit à

**l'objectivité** *E10L219-0* : « un médecin, c'est un médecin. C'est pas « vient boire le café, tu, ti, ta, to », c'est le médecin. Ca doit rester le médecin). Les patients recherchent chez le médecin un professionnel rigoureux et doué d'humanisme, mais non un ami. Le médecin doit avoir une attitude empathique permettant d'être suffisamment proche du patient, sans excès ; et s'employer à développer les conditions adéquates d'une communication de qualité, authentique et interactive, ni trop froide, ni trop intrusive : qualité d'écoute, curiosité de l'autre, compréhension de l'autre, acceptation de la différence, respect et considération de l'autre, avoir connaissance de ses sentiments, préjugés, biais, limites, références socioculturelles et savoir les mettre à distance, ajuster ses attitudes en fonction de la personne, des circonstances, du contexte ; savoir mettre à l'aise le patient pour qu'il se sente libre de s'exprimer sans peur d'être jugé.

### *Relation durable*

La relation entre le médecin généraliste et ses patients s'établit consultation après consultation, et forge, à travers ces rencontres répétées à intervalles de temps variables, une connaissance plus approfondie de l'un par l'autre ; cela fonde le respect et la confiance, parts intégrantes d'une relation durable et bénéfique. Le "long terme" permet la continuité des soins. Un contrat implicite s'établit alors progressivement entre le médecin et le patient. Droits et devoirs réciproques, dans une communication ouverte et claire entre les deux parties de la relation, sont alors établis<sup>37</sup>.

### *Communication, préoccupations explicites et cachées des patients*

Le médecin va tenter d'identifier le mieux possible les préoccupations du patient pour y répondre au mieux. Cela passe nécessairement par un apprentissage solide en communication, car bien communiquer est chose difficile.

Pour résumer, la relation médecin/patient est une relation :

- complexe, intersubjective : facteurs socioculturels établissant le concept de la maladie (normalité et pathologie, guérison, droit à la santé ...), réactions du malade face à son affection (gravité, représentation imaginaire ...), implications psychiques conscientes et inconscientes qui mettent en scène ce colloque singulier: transfert, contre-transfert, histoires et personnalités du patient, du médecin
- dynamique, qui évolue dans le temps.
- qui fait appel à des compétences techniques (connaissances théoriques, rigueur) et des qualités humaines du médecin
- qui aide le patient à gérer son rapport avec la maladie, la mort
- qui sous-tend l'acte thérapeutique

---

<sup>37</sup> D'ANJOU A. « Médecine libérale et colloque singulier, particularités de la relation médecin généraliste-patient » Synapse 2006;229:33-5. [http://anrepassociation.free.fr/IMG/pdf/ANREP\\_Colloque\\_singulier.pdf](http://anrepassociation.free.fr/IMG/pdf/ANREP_Colloque_singulier.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).

- qui peut avoir un rôle thérapeutique en elle-même

- qui est plus ou moins inégale : dans les échanges (le malade offre des symptômes, le médecin offre un savoir), dans les demandes (le malade demande des soins, le médecin demande reconnaissance de son pouvoir sur la maladie), dans les attentes, dans les rôles (le malade se montre, le médecin regarde et examine), dans le « pouvoir » (le malade dépend plus ou moins des décisions du médecin, le médecin plus ou moins libre de ses décisions suivant le modèle de relation, ce que nous verrons ci-après)

- d'attente et d'espérance mutuelle. Le malade est en attente de soulagement et de guérison, le soignant est en attente d'une vérification de son pouvoir réparateur. C'est l'écart entre les attentes des deux partenaires qui est facteur de dynamisme de la relation. Cette relation est le lieu de mouvements affectifs pouvant être à l'origine aussi bien de blocages, frustrations, incompréhensions et de motivations, mobilisation pour un projet thérapeutique. Le patient espère être écouté, entendu, accepté, reconnu, accompagné. Le médecin espère pouvoir identifier la maladie, confirmer un diagnostic, établir un pronostic, modifier l'existence du patient que ce soit dans le cadre d'une maladie aiguë qui brise brutalement le quotidien ou d'une maladie chronique avec des bouleversements au long cours (thérapeutiques, habitudes de vie), ou une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

La qualité de la relation médecin/patient peut être jugée selon 2 critères : la satisfaction et l'effet thérapeutique. La qualité est généralement évaluée par des enquêtes de satisfaction.

### **La satisfaction du patient :**

« *Un des critères de qualité de tout service est la satisfaction du client. La satisfaction est une composante de la qualité de vie* »<sup>38</sup>. Issue du champ économique, cette notion s'est progressivement étendue à la médecine, pour l'analyse et l'assurance de la qualité. Le concept de satisfaction est complexe : préférences personnelles du patient, ses attentes (subjectif), soins réellement reçus (objectif).

« *Dans une démarche qualité en médecine générale, la satisfaction du patient doit être considérée comme un résultat légitime des soins* » (37). La satisfaction du patient est un objectif nécessaire mais pas suffisant de toute relation médecin/malade.

Rechercher la satisfaction du patient ne signifie pas « dire oui » à toutes les demandes des patients. Par exemple, l'UNAFORMEC, dans un article dénonçant l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les attentes des patients<sup>39</sup>, avance que l'influence des attentes des patients sur la prescription des médecins est incontestable. *E11L285-292* : « *quand ils vont voir un médecin qui ne les connaît pas...neuf fois sur dix, le médecin va dire « mais pourquoi vous prenez tout ça, quoi ?... il va lui dire « ben ça sert à rien »...à un moment donné c'est lui qui a fait les prescriptions, donc est-ce qu'il a un petit peu cédé au patient ?* »

---

<sup>38</sup> DEDIANNE M.-C., HAUZANNEAU P., LABARERE J., et al. « Relation médecins-malades en soins primaires : qu'attendent les patients ? » Rev. Prat. Méd. Gén. 2003;612:653-6.

<sup>39</sup> Collectif. « Prescription : influence de l'industrie sur les attentes des patients. » Bibliomed 2006 ; 414.  
<http://www.unaformec.org/Bibliomed-No414-du-16-fevrier-2006.html> (page consultée le 25 mai 2013).

Le partage de la décision médicale étant une évolution sociologique indiscutable, le médecin doit bien sûr être capable d'écouter, informer et argumenter ses propositions thérapeutiques lorsque les prescriptions attendues ne sont pas justifiées. Cela prend du temps, suppose des consultations complexes et des compétences spécifiques (surtout en communication).

Une relation médecin/patient de qualité dépend de la satisfaction du patient, et est aussi nécessaire à la satisfaction du patient.

« La prise en compte des préoccupations du patient en consultation de médecine générale s'inscrit dans une démarche globale de qualité des soins. Elle devrait constituer l'un des objectifs du médecin généraliste lors de l'acte médical »<sup>40</sup>.

Cependant les études montrent qu'il existe aujourd'hui encore un fossé entre les attentes du patient et ce qu'en perçoit son médecin.

Une étude publiée en 2006 dans la Revue Médecine<sup>41</sup> et un article de 2005 publié dans la revue médicale suisse<sup>42</sup>, soulignent que la demande exprimée d'emblée par un patient lors de la consultation n'est ni la seule, ni souvent sa principale préoccupation. Il existerait deux aspects particuliers de la consultation : l'« agenda caché » du patient, qui concerne des craintes médicales ou existentielles sous-jacentes cachées au médecin généraliste. Et le syndrome « du pas de porte », où le patient, un peu plus en confiance, évoque la vraie raison de sa venue. Cela viendrait notamment du fait qu'en début de consultation, le médecin laisse peu ou pas de temps au patient pour s'exprimer librement. Plusieurs études ont montré que le temps moyen d'expression spontanée du patient, avant d'être interrompu par le médecin, était toujours inférieur à 30 secondes. Il n'est pas tant question de la durée totale de la consultation, mais du temps laissé au patient pour s'exprimer spontanément, qui, on s'en rend compte, n'est pas forcément très prolongé.

A titre d'exemple, une enquête publiée par M Lamarre dans la chronique hebdomadaire Critique et Pratique du journal francophone canadien l'Actualité Médicale<sup>43</sup> a montré que les médecins, face à des patients consultant pour IVAS (infection des voies aériennes supérieures), présumaient souvent que le patient qui consultait désirait prendre des antibiotiques et croyait ainsi combler ses attentes. Cependant plusieurs études, dont celle-ci, ont montré que les patients recherchaient davantage de l'information, de l'écoute et à être rassurés. Les patients qui souhaitaient prendre des antibiotiques pouvaient même être amenés à suivre d'autres traitements si l'information était suffisante. Plusieurs études ont montré que les patients étaient généralement mal informés et ignoraient les risques potentiels associés aux antibiotiques.

---

<sup>40</sup> LEMASSON A. et al. « Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? » Médecine 2006 ; 2(1):38-42.

<sup>41</sup> VALLE J.P., GALLOIS P. « La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale ou sa réelle, préoccupation ? » Médecine 2006 ; 1 :25-26.

<sup>42</sup> RODONDI P.Y., et al. « Que cache l'agenda caché ? » Rev.Méd.Suisse 2005 ; 5:30169.

<sup>43</sup> LAMARRE M. « Est-ce que la satisfaction des patients lors de la consultation pour une infection des voies respiratoires dépend de la prescription d'antibiotiques ou de l'approche clinique centrée sur les attentes et les croyances du patient ? », site de Critique et Pratique, [En ligne]. [http://cetp.fmed.ulaval.ca/CetP/contenu/articles/2004/04\\_07\\_21\\_2.htm](http://cetp.fmed.ulaval.ca/CetP/contenu/articles/2004/04_07_21_2.htm) (page consultée le 25 mai 2013).

Ceci confirme l'importance d'explorer les attentes et croyances du patient lors de consultation pour IVRS pour améliorer son degré de satisfaction et éviter des prescriptions antibiotiques inutiles. Présumer des attentes des patients peut mener à une surprescription. De plus, comme nous l'avons dit plus haut, satisfaire les attentes du patient ne veut pas forcément dire « oui » à leur attente initiale ou ce qu'on pense être leur attente.

Dans une revue systématique de la littérature anglo-saxonne de 2002<sup>44</sup>, il est rappelé que les patients considèrent la capacité de communication comme l'une des plus importantes compétences qu'un médecin devrait avoir, mais rapportent fréquemment que celle de leurs propres médecins n'est pas satisfaisante. Cette même insatisfaction existe à n'en pas douter du côté médecin, comme le stipule l'article de Lemasson cité plus haut. Ces médecins expriment fortement le souhait d'une formation aux techniques pratiques de communication, dès la formation initiale.

Nous voyons ici que l'écoute et la formation en communication permettraient de mieux comprendre les patients, renforcer la compréhension des patients et leur adhésion à la décision médicale, améliorer peut-être les résultats biomédicaux et leur satisfaction, et renforcer le médecin dans son rôle de soin et d'humaniste (n°).

#### **L'effet thérapeutique d'une relation médecin/patient<sup>45</sup>:**

Déjà évident à l'époque d'Hippocrate puis étudié plus tard par Michaël Balint, une relation médecin/patient de qualité est fondamentale pour une prise en charge efficace en terme de résultats thérapeutiques et satisfaisante pour le médecin et le patient.

#### Evaluation de ces effets :

Cet effet peut être évalué par des essais comparatifs, randomisés ou non. Des essais ont montré l'efficacité thérapeutique de facteurs liés au médecin et intervenant dans la relation. Il est difficile d'isoler ces facteurs ou critères qui se combinent souvent. Ils se regroupent en deux catégories d'intervention : cognitive (par exemple, explication du médecin, orale ou écrite) et cognitivo-émotionnelle (attitudes médicales : réassurance, conseil, empathie, etc...). Nous ne développerons pas plus les méthodes d'évaluation de ces effets car ce n'est pas l'objet de notre étude.

#### Les effets thérapeutiques :

Une relation médecin/patient de qualité présente des :

- **Bénéfice pour le patient :**

- Le patient se sent mieux compris, rassuré, plus épanoui. Une bonne relation médecin/patient, c'est-à-dire avec une qualité d'écoute, une empathie, une communication adéquate, permet au patient de se sentir écouté, compris, reconnu dans sa souffrance, accompagné, ce qui le réconforte.

---

<sup>44</sup> BECK R.-S., DAUGHTRIDGE R., SLOANE P.-D., « Physician-patient communication in the primary care office : A systematic review » J Am Board Fam Pract. 2002;15(1):25-38 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841136> (page consultée le 25 mai 2013).

<sup>45</sup> FABRE J., MORABIA A., ASSAL J.-P., STALDER H. « Analyser les effets de la relation médecin/malade » Revue médicale de la Suisse Romande 1994 ;114(1) :33-7.



➤ Meilleure efficacité des soins

M Balint constatait la chose suivante : « *le médicament de beaucoup le plus utilisé en médecine générale était le médecin lui-même* ». Le médecin, ou plutôt la relation établie entre lui et son patient, aurait des vertus thérapeutiques positives, mais aussi négatives comme tout médicament, du fait de la personnalité du praticien, de son comportement, de son ouverture.

Diverses études soulignent ainsi l'importance de l'attention que doit porter le médecin à la relation qu'il établit avec son malade et l'impact considérable de ses compétences en communication verbale et non verbale sur la qualité de la prise en charge du malade.

Ainsi une relation médecin/patient de qualité, plus autonome, permettrait :

- un meilleur recueil d'informations dans la conduite diagnostique ou l'appréciation de l'efficacité des soins, la recherche de la iatrogénie etc...
- une meilleure observance des consignes et des traitements par une meilleure information du patient et l'adhésion au traitement (décision médicale partagée). Il y aurait 50% de variation dans l'adhésion au traitement selon que le patient a pu donner son avis ou non.
- de prescrire aux justes besoins du patient (savoir dire non aux demandes injustifiées du patient)

Cela pourrait par conséquent amener à :

- limiter les traitements médicamenteux et donc la iatrogénie :

*E11L347 : « ben la psychologie, ça fait quand même partie du traitement... »*

- limiter la consommation d'examens complémentaires et de traitements donc de diminuer à terme les dépenses de santé

- **Bénéfice pour le médecin**

Lors de l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, le praticien ressent un certain contentement si il a le sentiment d'apporter à son patient une réponse appropriée qui se manifeste par sa satisfaction, une amélioration de sa santé et de son bien être. La satisfaction du médecin se répercute d'ailleurs ainsi positivement sur la satisfaction de son patient. De plus, une bonne relation médecin/patient permettrait au médecin un confort émotionnel accru, avec moins d'épuisement.

Une bonne relation médecin/patient permet au médecin d'être en adéquation avec sa vocation d'humaniste, dans le respect des droits de la personne malade, et droits et devoirs du médecin, selon le serment d'Hippocrate ou de Genève (congruence).<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> MIGNON M., SUREAU C. « Humanisme médical: pour la pérennité d'une médecine à visage humain », Montrouge : John Libbey Eurotext, 2003, p9-19. Site Google Books, [En ligne]. <http://books.google.nl/books?id=WrhCW77QHGU&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false> (page consultée le 25 mai 2013).

Dans l'article « Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? » (41), trois médecins sur quatre exprimaient une forte motivation à l'écoute des préoccupations du patient : « Répondre aux demandes du patient, c'est se sentir utile, la motivation de mon choix professionnel. »

- **Les différents modèles de relation médecin patient décrits, de la soumission à la participation :**

Après la seconde guerre mondiale, différents modèles de la relation médecin/patient ont été décrits par Parsons, Szasz et Hollander.

**Modèle de Parsons :**

Le sociologue fonctionnaliste américain T. PARSONS a été le premier à essayer de théoriser la relation médecin/patient<sup>47</sup>. Selon PARSONS, l'individu doit être en bonne santé pour assumer son rôle de producteur nécessaire au bon fonctionnement de la société. La société reconnaît alors au malade des droits et des devoirs (arrêt de travail, assistance médicale, obligation de soin). Le médecin est tenu de lui fournir une compétence technique justifiant son pouvoir sur le malade. Selon lui, médecin et patient ont chacun des rôles complémentaires, dont la bonne exécution garantit le succès de la consultation dont l'objectif est la guérison. Ce modèle de relation est asymétrique : le médecin a le savoir et le patient s'y soumet pour être réintégré dans la société des biens portants. Selon une expression fréquemment prêtée à Louis Portes, c'est "la rencontre d'une confiance et d'une conscience". Ce type de relation s'est développée par rapport à la prise en charge de maladies aiguës prédominantes à cette époque, dont on recherchait la guérison. Les maladies chroniques ont depuis largement pris le pas sur les maladies aiguës, et l'objectif n'est plus la guérison, mais le contrôle de l'évolution, l'accompagnement.

**Modèle de SZASZ et HOLLANDER :**

En 1956, deux psychiatres, SZASZ et HOLLANDER complètent la théorie de PARSONS en proposant trois types de relation médecin/malade, selon que le patient est plus ou moins actif ou passif par rapport au médecin<sup>48</sup>. Cet axe d'interaction se retrouve dans toutes les relations humaines et n'est pas spécifique à la relation soignant/soigné.

De plus ces trois types de relation peuvent se succéder selon les circonstances pour une même relation patient/médecin.

**Relation de type 1 : activité/passivité**

Ce type ne décrit pas une véritable relation puisque une personne (le médecin) réalise une action sur une autre dans des circonstances telles que cette dernière ne participe en rien à l'action. Le patient est entièrement passif et dépendant. Le médecin est dans un contrôle absolu de la situation (par

---

<sup>47</sup> MOLENAT X., « Médecin-patient, je t'aime moi non plus ». Revue Sciences Humaines, 2005;48.

<sup>48</sup> CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT, « Un partenariat indispensable », [En ligne].

<http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm#> (page consultée le 25 mai 2013).

exemple dans des situations d'urgence médicale). Le prototype est celui de la relation de la mère et du nourrisson.

#### Relation de type 2 : coopération guidée

Il correspond à la majorité des situations aiguës de la pratique médicale, nécessitant l'action curative du médecin. Le patient consulte parce qu'il souffre et attend de son médecin une prise en charge pour y remédier. Le patient comprend ce qui lui est dit et peut porter un jugement, mais le médecin attend de lui qu'il coopère et suive ses recommandations, après accord de celui-ci. Le prototype de la relation est celui d'un enfant avec ses parents.

#### Relation de type 3 : la participation mutuelle

Ce modèle s'observe surtout dans la prise en charge des maladies chroniques, ainsi que dans tous les états où le patient peut prendre en charge et assumer son traitement. Le but n'est pas la guérison mais l'équilibre de la maladie et le maintien du patient dans son milieu socioprofessionnel. L'expérience propre du patient devient un élément capital de l'approche thérapeutique, d'autant plus qu'une bonne partie du programme thérapeutique est exécutée par le patient lui-même et devient sa responsabilité. D'une façon schématique, on peut dire ici que le médecin aide le patient à s'aider lui-même, c'est-à-dire qu'il l'aide à être autonome dans la gestion de sa maladie. C'est le prototype d'une relation d'adulte à adulte.

Relation M/P	Médecin	Patient	Situation	Prototype
<b>Type 1</b>	Activité	Passivité	Urgence, chirurgie	Mère/bébé
<b>Type 2</b>	Direction	Coopération	Maladies aiguës	Parents/enfant
<b>Type 3</b>	Participation	mutuelle	Maladies chroniques, gériatrie, rééducation, éducation	Adulte/adulte

Même si actuellement la relation médecin/patient tend vers un modèle de participation mutuelle, il est utopique de croire que la relation médecin/patient est strictement symétrique. Le patient sera toujours à la place de celui qui souffre et qui est en demande auprès d'un médecin généralement bien portant doté d'un savoir et de compétences, ce qui lui assurent un certain « pouvoir ».

Par ailleurs, on peut concevoir que certains modèles, s'ils peuvent se justifier dans des circonstances extrêmes, puissent nuire à une relation de qualité. Et qu'il serait aussi dommageable de faire durer une relation de type 1 ou 2 en maintenant une dépendance alors que le patient souhaite être plus autonome, que de vouloir à tout prix autonomiser un patient qui n'en est pas capable ce qui sera source d'angoisse et de mal observance. L'incapacité de changer d'un niveau de relation à l'autre peut venir soit du patient « dépendant » soit du médecin « autoritaire ».

Chaque patient a sa propre personnalité et son propre désir de participation.

Ainsi certains patients ne recherchent pas nécessairement cette autonomie. Il arrive alors parfois aux médecins expliquant au patient leur projet thérapeutique en cherchant le consentement de celui-ci, d'entendre celui-ci répondre : « moi je ne sais pas, c'est vous qui décidez, c'est vous le docteur ! ».

Même si la majorité des patients veulent avoir connaissance des différentes options thérapeutiques, et discuter des bénéfices et risques attendus, la majorité également préfèrent laisser la décision finale à leur médecin. Il s'agit plus d'un désir de mieux comprendre qu'une réelle demande d'autonomie.

La relation médecin/patient doit trouver un juste milieu entre autoritarisme médical et autonomie absolue du patient.

- **La rupture :**

L'échec de la relation médecin/patient conduisant à la rupture serait donc consécutive à :

- une asymétrie entre les représentations du malade et les modèles explicatifs du médecin (selon ses représentations). Les patients ont une représentation assez précise de l'image d'un bon médecin généraliste et du déroulement d'une bonne consultation. Il faut donc que le médecin corresponde aux attentes et aux représentations que le patient se fait du médecin et de la consultation, pour que l'établissement d'une bonne relation médecin patient puissent se faire. le médecin doit savoir prendre du recul par rapport à sa perception du patient et du problème, par rapport à ses réactions affectives conscientes et ou inconscientes.

- une inadéquation entre les attentes des patients et les actions du médecin (préoccupations cachées du patient) pour tâcher d'identifier le mieux possible les préoccupations du patient (agenda caché, syndrome du pas de porte) et tenter d'y répondre, la meilleure solution semble l'acquisition d'un solide savoir communiquer, ce que les patients reprochent souvent à leur médecin.

- une incompatibilité entre les personnalités des deux partis, empêchant le transfert et menant au rejet. Inadéquation entre le type de patient et le type de médecin : relation de type actif/passif, relation de coopération guidée, relation de participation mutuelle. Médecin technicien, professeur, psy, allié.

#### **4.2.6.2. Le médecin généraliste**

##### **a) Rôle singulier du MG :**

La réforme de santé de 2004, montre la volonté politique de placer le médecin généraliste au cœur du système de soin, en devenant le maillon de base. La caisse primaire d'assurance maladie écrira dans sa lettre aux assurés d'avril 2007 « consulter en priorité son médecin traitant permet d'être mieux soigné, mieux suivi et mieux remboursé ».

La médecine générale requiert des compétences<sup>49</sup> dans **trois champs d'activité** : *la démarche clinique, la communication avec les patients, la gestion de l'outil professionnel*. Et comme discipline scientifique centrée sur la personne, **trois dimensions spécifiques** sont fondamentales : *la dimension scientifique* (approche critique basée sur la recherche des connaissances et son maintien par une formation continue visant une amélioration permanente de la qualité des soins), *la dimension psycho-comportementale* (capacités professionnelles du médecin, valeurs, éthique), *la dimension contextuelle* (contexte de la personne et du médecin, la famille, la communauté, le système de soins et la culture).

Cela explique la complexité de cette spécialité qui prend en charge l'individu dans sa globalité, dans son environnement familial, socioprofessionnel et socio-économique.

**Compétences du médecin généraliste :**

- il prend en charge les problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés et oriente en cas de besoin vers le secteur secondaire ou tertiaire.
- Il coordonne la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés au sein des parcours, filières et réseaux.
- Il respecte la loi et le code de déontologie.
- Il assure la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles et les contraintes, tout en assumant un rôle de défenseur du patient si cela est nécessaire (collaboration avec les partenaires médico-sociaux, le système de permanence de soins, organisation d'hospitalisation et de retour à domicile)
- Il privilégie le modèle biopsychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles du patient (raisonnement fondé sur les données actuelles de la science et négociation avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée)
- Il résout des problèmes, dans l'urgence si nécessaire, par un processus spécifique d'analyse décisionnelle et de prise de décision déterminées par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires en intégrant les principes de données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte (EBM) et par l'exécution quand nécessaire des gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours, avec sécurité.
- Il adopte une approche centrée sur la personne et son entourage en créant une relation adaptée avec le patient, en respectant son autonomie (écoute active et empathique, maîtrise des techniques de communication verbale et non verbale, adaptées aux possibilités de

---

<sup>49</sup> ATTALI C., BAIL P., MAGNIER A-M., BEIS J-N., GHASAROSSIAN C., GOMES J., CHEVALLIER P., LAINE X., LE MAUFF P., ZERBIB Y., GAY B., « Compétences pour le DES de Médecine générale », La Revue Exercer 2006 ;76 : 31-2.

compréhension du sujet, prise en compte de ses émotions et celles du patient, respect des principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient)

- Il a une approche globale dans le soin du patient : prévention, éducation, dépistage, soins curatifs de pathologies parfois multiples, aiguës et/ou chroniques, soins palliatifs, et de réadaptation)
- Il prend en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement, en intégrant les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision.
- Il sait gérer son activité professionnelle, actualiser et développer ses compétences, adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche, évaluer sa pratique professionnelle.
- Il participe à la permanence des soins.

La définition de la santé a évolué. D'après l'OMS<sup>50</sup>, la santé « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », comme on la définissait autrefois.

Ainsi le médecin généraliste est aussi le spécialiste de toutes les maladies de la vie, qui viennent de difficultés sociales, environnementales, et psychologiques.

De plus la société a évolué, et on assiste aujourd'hui à un véritable culte du jeunisme, la vieillesse devient une pathologie, on pense que le corps est maîtrisable, et la tendance est de vouloir repousser ses limites physiologiques. Cela conjugué aux progrès de la médecine, on a vu ainsi la demande du patient se modifier, certaines plaintes autrefois jugées « mineures » sont aujourd'hui de réels motifs de consultation.

On assiste également à une médicalisation croissante de la société et des événements de la vie.

Pour les patients Lorrains de la thèse de C MOUSSEL en 2007 : C'est une évidence pour près de 90% d'entre eux, le médecin généraliste est celui qui connaît le mieux ses patients. Par rapport aux autres spécialités du corps médical, le médecin généraliste serait plus disponible (55%), mettrait les patients plus à l'aise (73%), leur expliquerait mieux leur pathologie (47%), et leur consacrerait plus de temps (42%). Ce serait pour eux les avantages d'avoir un médecin généraliste attitré, surtout pour les patients suivis fréquemment pour des pathologies chroniques et les patients âgés et qui entretiennent une relation de qualité avec leur médecin (confiance, fidélité).

Le médecin généraliste est celui que l'on consulte en premier en cas de problème de santé, même bénin. La famille arriverait en seconde position. Puis le pharmacien, et plus rarement amis et collègues de travail.

---

<sup>50</sup> OMS, « la définition de la santé de l'OMS », [En ligne]. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html> (page consultée le 25 mai 2013).

## b) les « typologies » de médecins :

L'article « médecin patient : quelles attitudes relationnelles » parue dans la revue du praticien en 2007 décrit une enquête observationnelles réalisée en 2005-2006 par questionnaires auprès de 555 médecins spécialisés dans la prise en charge de l'allergie, permettant d'explorer leur dimension pédagogique et empathique dans la prise en charge de cette pathologie. A la fin du questionnaire, chaque médecin pouvait connaître en fonction de ses réponses son « profil relationnel ». cette enquête avait pour but de sensibiliser les médecins sur les différentes attitudes relationnelles possible dans la prise en charge de cette pathologie et peut être de les amener à s'interroger sur leurs propres comportements.

Ainsi, il existerait 4 grands profils de médecin<sup>51</sup> :

Pédagogie		Le médecin fournit	de l'information
Empathie		Peu	Beaucoup
<div>Le médecin comprend</div>	Peu	<b>Le « technicien »</b>  <u>Le médecin</u> est axé sur le biomédical. Son expertise et son assurance sont des garanties suffisantes pour les patients. Mais il fournit peu d'infos à son patient et est peu à son écoute.  <u>Le patient</u> peut ne pas se sentir compris quant à ses angoisses et ses interrogations.	<b>Le « professeur »</b>  <u>Le médecin</u> est conscient que le patient se pose beaucoup de questions au sujet de sa maladie et son traitement. Il prend le temps nécessaire pour répondre, expliquer clairement en s'assurant de la compréhension des patients mais néglige la dimension émotionnelle du patient.  <u>Le patient</u> peut ne pas se sentir réellement compris.
	Beaucoup	<b>Le « psy »</b>  <u>Le médecin</u> a compris l'importance de l'écoute du patient ; il prend le temps de se montrer attentif aux réactions et comportements du patient mais ne juge pas toujours utile de donner des explications sur la maladie et les traitements.  <u>Le patient</u> a le sentiment d'être compris et écouté, mais il lui manque des explications pour être rassuré de manière durable.	<b>L' « allié »</b>  <u>Le médecin</u> réalise un bon équilibre entre écoute, et informations données au patient. Ces deux compétences, humaine et technique, permettent une véritable alliance thérapeutique.  <u>Le patient</u> se sent considéré, compris, en confiance. Il s'exprime librement, a des explications claires et précises.

<sup>51</sup> LEGERON P, BASHAR A, LAROCHE F, « Médecin-patient, quelles attitudes relationnelles ? », 2007 ; 21 (786/787) : 998-1000.

Les résultats de l'enquête ont montré que les profils de médecins étaient répartis ainsi : **44% de médecin « Allié », 22% de médecin « Professeur »**, 7% de médecin « Psy », 7% de médecin « Technicien », 6% de médecin « Allié+Professeur », 3% de médecin « Allié+Technicien », 3% de médecin « Professeur+Technicien », 9% d'autres profils mixtes.

La majorité de médecins « alliés » montre l'évolution de la relation dans le sens d'une plus grande implication du patient dans sa prise en charge.

Plusieurs types de relation sont possibles. Il est très important de les connaître, ainsi que leurs avantages et inconvénients, et d'essayer celle qui est la plus propice à chaque patient et à chaque situation.

« Idéalement la relation médecin /patient repose sur un équilibre entre les informations médicales, et les données propres au patient (vécu, émotions, représentations) face auxquelles le médecin éprouvera plus ou moins consciemment des affects variés. Cette relation fonde l'alliance thérapeutique ».

### **c) Médecine générale en crise : le « blues » des médecins généralistes:**

L'opinion des médecins concernant leur profession est paradoxale. Ils sont pour la majorité satisfait de leur métier (métier passionnant, sentiment d'utilité) mais déplorent d'autre part une dégradation des conditions de travail.

D'après l'article Médecine générale en crise : faits et questions<sup>52</sup>, la moitié des médecins considèrent que globalement leurs relations avec les patients se sont détériorées (voir plus loin l'évolution sociologique des patients).

Ils ressentiraient également une perte d'autonomie dans leur exercice médical du fait de l'augmentation des contrôles, de la multiplication des recommandations et guidelines. Le modèle traditionnel de la relation individuelle avec une personne est remplacé par une responsabilité vis-à-vis de tiers. Les gestionnaires ont pris une place plus importante dans tous les pays. Les financeurs (Managed Care, HMO aux Etats-Unis, sécurité sociale) génèrent de la paperasserie, limitent le droit de choix des spécialistes et des médicaments, incitent financièrement à limiter les arrêts de travail. Ils interfèrent ainsi avec l'exercice, peut-être même la qualité des soins. Plusieurs études notent la corrélation entre insatisfaction des médecins et pénétration des financeurs. L'encadrement de l'exercice professionnel par les financeurs, la justice, le gouvernement, est perçu comme une limitation de l'autonomie professionnelle, la multiplication des recommandations comme un fardeau. Le médecin se considère comme un "agent double" et les tâches non médicales sont à la base du sentiment d'insatisfaction.

D'après l'analyse de Michel Mignon et Claude Sureau dans leur ouvrage Humanisme médical: pour la pérennité d'une médecine à visage humain (p13), l'humanisme médical serait menacé du fait de l'écartèlement du médecin entre 4 forces contraires :

---

<sup>52</sup> GALLOIS P., VALLEE J.-P., LE NOC Y. «Médecine générale en crise : faits et questions », Médecine 2006;2(5):223-8.



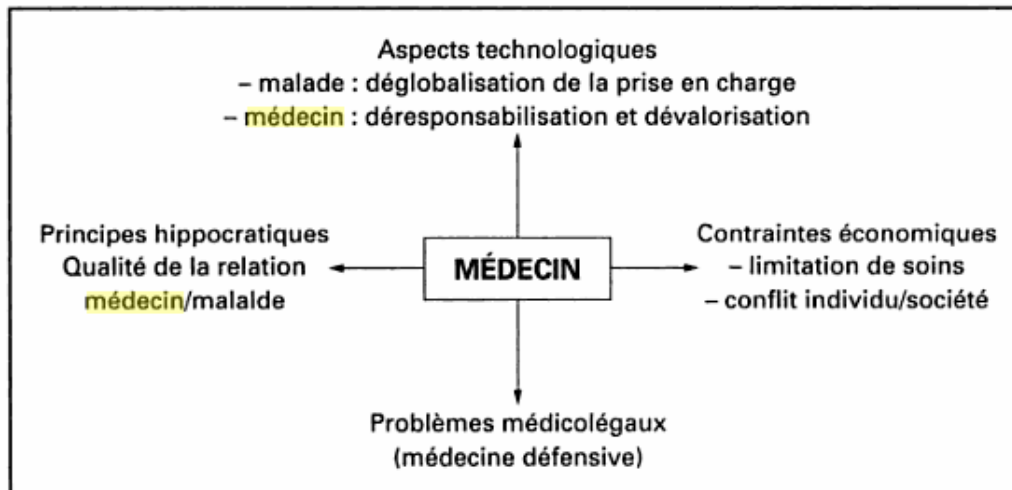


Figure 1. Écartèlement entre quatre exigences à concilier.

Enfin les médecins souffriraient d'une charge de travail trop importante du fait du contexte démographique.

Si bien que seulement la moitié des médecins conseilleraient à leurs enfants de suivre cette voie professionnelle.

Comme nous l'avons vu également dans l'article sur la perception des médecins de la préoccupation des patients, ils ne considèrent pas la prise en compte des préoccupations du patient comme une des priorités d'exercice. Car l'importance quantitative de l'activité médicale, la limitation du temps de consultation qui en résulte, apparaissent souvent comme limitant cette prise en compte.

De plus les médecins interrogés disent rencontrer fréquemment des difficultés relationnelles pour la mener à bien et confient avoir le plus souvent appris sur le terrain leur « savoir communiquer ». Si au total le handicap du temps concerne une réforme globale du système de santé, l'apprentissage universitaire d'un savoir relationnel et de techniques de communication adaptées apparaît comme l'un des préalables indispensables.

#### **d) la disponibilité des médecins généralistes :**

Comme nous l'avons vu plus haut dans le mémoire de T CARMOI sur le médecin idéal (11), 50% des patients se plaignaient d'une plus grande difficulté d'avoir un rendez-vous chez leur médecin généraliste et 77% pour un médecin spécialiste.

Dans notre étude, comme dans l'étude de F Muller Colle de 1997, les patients accordent une très petite place aux conditions matérielles du cabinet (place stationnement, revues, escaliers, taille des locaux), le médecin n'est pas perçu comme un commerçant et la rupture n'est pas imputable à un manque de commodités. La relation médecin patient n'est pas concernée d'une manière déterminante par des éléments qui participent de l'organisation de l'espace mais plutôt du temps. Déjà en 1997, les patients exprimaient un mécontentement vis-à-vis de la gestion du temps de leur médecin, d'autant qu'à l'époque les consultations étaient majoritairement sans rendez-vous ; depuis les consultations sont majoritairement sur rendez-vous pour diminuer le stress des patients en salle d'attente et leur dédier un temps donné. Et malgré cela le problème persiste. L'organisation du

temps exige plus d'engagement de la part du médecin, le patient trouvant la consultation trop brève ce qui semble traduire pour lui de la négligence ou de la routine, un manque d'attention. Il faut deviner et s'adapter aux attentes du patient en insistant plus ou moins sur les différents temps de la consultation (examens, interrogatoire, écoute etc...). Mais parfois le contexte démographique de certaines régions complique la tâche des médecins désireux d'accorder plus de temps à leurs patients.

Alors la gestion de la rencontre soignant/soigné serait différente, plus centrée sur les objectifs médicaux du médecin par défaut de temps, que les préoccupations du patient devenant, qui deviennent par la force des choses, secondaires. Avoir du temps est nécessaire pour que la relation médecin/malade soit bonne, pour que la communication se fasse, pour que les attentes du patient émergent avec leurs interrogations et que les réponses soient données.

Dans ce contexte de diminution du nombre de médecins généralistes français dont les conséquences directes en termes de temps de travail vont s'additionner à leur légitime requête de qualité de vie, chaque médecin risque d'être confronté à une demande de soins croissante. Il y a risque de moindre qualité des soins puisque la prise en charge des préoccupations du patient souffrira davantage encore du manque de temps. Pour M. Balint « *écouter pendant un entretien prolongé représente une grande part de la psychothérapie [...]. La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin* ». ce « changement de personnalité » n'est envisageable que s'il est possible de donner du temps et de la qualité à son écoute, ce qui suppose de profondes modifications du système de santé tout entier.

#### **4.2.6.3. Le patient**

##### **a) évolution sociologique (46):**

Comme nous venons de le voir, d'après les médecins interrogés, les relations avec les patients se seraient détériorées. Ce qu'ils expliqueraient par une plus grande exigence des patients (car sont mieux informés ?), et une plus grande méfiance de ceux-ci.

Dans les pays anglo-saxons, le respect et la confiance des patients envers les professionnels aurait diminué, notamment du fait des médias, permettant une démocratisation du savoir médicale souhaitable car souvent utile et inévitable, mais parfois néfaste.

Rien ne semble désormais inaccessible à qui se montre curieux : Vidal du particulier, palmarès des hôpitaux, encyclopédie médicale chez 50% des patients. Et les médias peuvent avoir un effet pervers. Les exploits de la médecine sont banalisés, les médias montrent des images de prouesses techniques et de découvertes scientifiques sans toujours préciser qu'il s'agit d'exploits d'exception ou d'espoirs thérapeutiques en cours de recherche. Ainsi les médias sèment parfois le trouble dans la tête des patients qui ne comprennent pas toujours comment une médecine paraissant toute puissante ne peut parfois pas les guérir. Les patients auraient des attentes parfois irréalistes vis-à-vis du pouvoir de la médecine.

Autrefois résignés face à la maladie et respectueux du pouvoir médical, les patients adopteraient plus volontiers une attitude de consommateur prêts à considérer le service médical comme un autre service, c'est à dire sujet à comparaison, voire à plaintes. Certains patients penseraient que c'est les

médecins qui sont devenus plus commerçants, et attirés par l'argent. Ce que semblent regretter certains patients de notre étude :

*E7 : « la fidélité elle se mérite par le relationnel avec le médecin. Et maintenant je pense que le côté financier, le rendement prime un peu, la considération pour le patient est devenue moindre qu'avant ».*

*E11: « il est devenu je dirais un commerçant de son métier... donc du coup...on doit pouvoir en changer plus facilement puisque cet attachement...existe moins aujourd'hui » ; « on n'a pas toujours l'impression qu'effectivement il s'implique, en fait, le médecin, dans votre problématique(...)moi ça ne me gêne pas mais du coup je ne m'implique pas plus non plus ».*

A noter l'apparition du terme « *usagers du système de soins* », donnant un ton dénué de toute humanité à l'appréhension de ce qu'est « être souffrant » et de ce qu'est « le soin ». Le recours aux soins s'envisagerait comme un acte de consommation courante. Et dans une société de surconsommation doublée d'individualisme, cela paraît difficilement compatible avec un système pour lequel la solidarité et la responsabilité de chacun sont la base, le marché de la santé étant par ailleurs inépuisable et omniprésent.

Si les médias véhiculent l'idée que tout est possible, le pire paraît aussi possible et on voit les scandales se multiplier : affaire du médiateur, pilules de 3<sup>ème</sup> générations etc... Le doute s'insinue ainsi dans la relation médecin/patient, altérant la confiance des patients envers leur médecin.

Dans la thèse de 2007 de C. MOUSEL a en effet été observé que les personnes qui lisaient plus d'une fois par mois des articles médicaux dans la presse et qui regardaient au moins une fois par mois des émissions télévisées traitant de la santé étaient significativement plus demandeuses d'améliorations dans la prise en charge par leur médecin généraliste. Ce qui montre bien l'influence des médias, qu'elle soit positive ou négative.

Les patients auraient aussi plus d'exigences de temps et d'accessibilité vis-à-vis des médecins. Le manque de temps est souvent cité comme motif d'insatisfaction. Le temps passé par patient aurait pourtant augmenté, mais ne suffirait pas à remplir les tâches nécessaires : nouvelles exigences des patients, demandes d'information, nouvelles tâches de prévention, dévoreuses de temps.

Les patients demandent également plus à être impliqués dans le choix et la décision, et se sont regroupés en associations de patients, ce qu'accepteraient plus volontiers les jeunes médecins, formés au cours de cette évolution.

Mais cette évolution aurait entraîné la multiplication des litiges et procès, ce qui diminuerait les vocations.

De plus cela induirait une stratégie de "médecine défensive", d'identification et de prévention des erreurs potentielles (ère du médico-légal) qui élève les coûts, fausse la relation médecin/patient et amplifie le sentiment d'insécurité.

Or, « une corporation, quelle qu'elle soit, ne rend pas tout le service qu'elle peut si elle travaille sur un terrain malveillant. Les hommes sont ainsi faits qu'ils oeuvrent mal dans l'hostilité ou l'indifférence, alors qu'ils se dépassent si on leur accorde confiance, estime et gratitude », disait Jean Hamburger (1909- 1992).

Par ailleurs, dans la thèse de C. MOUSEL, plus de la moitié des patients jugeraient l'image actuelle du médecin généraliste plus aussi valorisante que par le passé. Cette opinion concerne plutôt la tranche d'âge des 40-60 ans, et les personnes qui ont une bonne situation professionnelle. Environ 30% pensent au contraire que l'image de celui-ci reste aussi enviable qu'avant, ce qui concerne surtout les patients fidèles et heureux de leur relation médecin patient.

Mais il ne faut pas oublier qu'au cours de l'histoire, le médecin a été alternativement méprisé, respecté ou craint. Le médecin ne laissera jamais indifférent ses contemporains. Plutôt que de parler de détérioration, il faudrait plutôt parler d'évolution de la relation médecin/patient. Réfléchir au chemin parcouru devrait permettre de mieux comprendre la médecine actuelle, et de relativiser les reproches faits aujourd'hui.

#### **b) Importance de la relation médecin patient pour les patients aujourd'hui :**

On effect comme nous l'avons vu précédemment, les patients restent très attachés à leur médecin généraliste. L'aspect biomédical du rapport médecin patient préoccupe moins les patients que l'aspect relationnel. Balint disait d'ailleurs à un confrère: « *vous n'avez pas besoin de tout savoir, vous avez la faculté de réfléchir et d'écouter !* ». Dans notre étude et les 3 enquêtes, française de 1997, danoise de 1992 et anglaise de 1993, les patients qui avaient quitté leur médecin se plaignent vivement d'un médecin peu intéressé, qui ne prend pas le patient au sérieux.

Cependant il faut noter que ces opinions concernent un échantillon de patients qui ont changé de médecin en et non la population tout venant.

Dans la thèse de C MOUSEL en 2007, 78% des patients de Lorraine interrogés se disaient globalement satisfait de la relation avec leur médecin généraliste. Moins de 20% la trouvaient tout juste acceptable et rares étaient les patients peu satisfaits.

Les patients qui jugeaient leur relation de bonne qualité étaient ceux qui consultaient le plus fréquemment leur médecin, et depuis longtemps, et qui considéraient leur médecin plutôt comme un confident, un guide, un modèle humain.

#### **4.2.6.4. La rupture de la relation médecin/patient, pourquoi s'y intéresse-t-on ?**

##### **a) Car une bonne relation médecin/patient est un objectif de la qualité des soins :**

L'objectif premier de notre travail était de Connaître les déterminants de changement des médecins pour mieux comprendre les patients dans cette rupture et mettre en évidence les points à améliorer pour le médecin puisqu'il apparaît qu'une bonne relation médecin/patient est indispensable à la bonne qualité des soins comme nous en avons parlé précédemment.

##### **b) A préoccupé les médecins de tout temps :**

De plus la rupture de la relation médecin/patient semble avoir préoccupé les médecins de tout temps.

Lors de rencontres avec des confrères médecins, plusieurs fois des médecins m'ont parlé de leur étonnement, leur incompréhension lorsque des patients étaient perdus de vue, alors qu'ils avaient « tout fait » pour ces patients. Ils ne comprenaient pas ce qu'ils avaient bien pu faire ou dire. Et leur

réaction ne semblait pas dénuée d'affect car certains concluait que c'était mieux comme ça, car ces patients étaient difficiles, voire caractériels ; d'autres concluait que ce devait être pour une raison forcément anodine et inexplicable et qu'il n'y avait rien à comprendre.

De même, lorsque j'ai été amenée à parler de mon sujet de thèse avec quelques confrères, presque tous semblaient très intéressés par le sujet et se mettaient tout de suite à me donner leur avis sur la question, me disant le plus souvent que c'était pour des raisons « anodines » qu'ils les quittaient. Balint disait aussi dans son livre que les médecins montraient une forte réaction émotionnelle à la rupture de la relation avec leur patient, signe d'une blessure affective.

Explorer le point de vue des médecins sur le sujet devrait faire l'objet d'une étude, ce qui n'a pas encore été fait à ce jour.

Malheureusement, dans l'enquête de F Muller Colle en 1997, 80% des patients n'avaient pas annoncé leur décision de changer. Parmi ceux qui avaient informé le médecin de leur décision 80% n'avaient pas donné les raisons. 80% des patients qui avaient changé de médecin n'avaient pas demandé leur dossier médical. Les patients informaient plus volontiers le médecin de leur départ quand la cause était due à un déménagement.

En effet la distance occasionnée par un déménagement est un motif commode qui peut dissimuler des conflits plus personnels. Le patient s'interdit souvent d'exprimer directement au médecin les choses qui ne vont pas du fait du cadre « sacré » de la relation thérapeutique.

#### **4.2.6.5. Formation à la relation médecin/patient :**

La relation médecin/patient, qui depuis les années cinquante a fait l'objet d'une littérature scientifique et médicale de plus en plus abondante, peut s'apprendre.

La littérature a montré que la relation médecin/patient évolue au gré des changements de société, mais aussi qu'elle doit évoluer pour adopter les modes de relations apportant un maximum d'efficacité dans le soin médical.

#### **Formation à la communication<sup>53</sup> :**

Plusieurs organismes, associations ou institutions critiquent la performance des médecins au point de vue de la communication et réclament une amélioration des médecins dans ce domaine.

Bien que certaines personnes possèdent des facilités naturelles à communiquer, on sait que la communication n'est pas innée et doit être apprise.

Il est essentiel et urgent que les facultés de médecine mettent en place les stratégies pour former des médecins aptes à communiquer avec leurs patients, entre eux et avec les autres acteurs de santé.

---

<sup>53</sup> MILLETTE B., LUSSIER M.-T., GOUDREAU J. « L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire » *Pédagogie Médicale*, 2004;5(2) : 110-26. <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2004/02/pmed20045p110.pdf> (page consultée le 25 mai 2013).

Les travaux des dernières décennies ont permis d'identifier les facteurs clés de l'enseignement et de l'apprentissage d'une communication professionnelle efficace dans le domaine de la santé, incluant :

- 1) **un référentiel solide** sur cette communication, basé sur les données de la recherche (guide d'observation Calgary-Cambridge),
- 2) **la pratique répétée des habiletés de communication**,
- 3) **un cursus à la communication** médecin/patient intégré tout au long des études médicales,
- 4) **l'évaluation de l'acquisition** des habiletés de communication,
- 5) **des activités de connaissance du soi** permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin/patient,
- 6) **des cliniciens enseignants qui soient des modèles** de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate

L'apprentissage de la communication médecin/patient demeure souvent le parent pauvre des cursus médicaux. En effet, la plupart du temps, cet apprentissage est effectué : 1) sans qu'il soit fait référence à un modèle étayé par un cadre conceptuel solide ; 2) en dehors d'une approche pédagogique rigoureuse basée sur les résultats de recherche dans les champs de l'éducation et de la communication et 3) en s'affranchissant, pour les habiletés visées, d'une obligation de résultat, qui soit attestée par une évaluation fiable et valide (sanctionnée par un examen par exemple ?).

La psychologie cognitive explique **l'intérêt du travail en petits groupes** pour favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances, contextualiser les connaissances et favoriser leur réutilisation ultérieure en situation clinique ; la discussion entre pairs, qui a une influence sur les changements d'attitude ; et selon Kurtz et Smith, l'intérêt de la démonstration et la pratique répétée qui faciliteraient l'apprentissage des habiletés de communication et renforceraient la capacité de les utiliser lorsqu'elles sont requises.

Les programmes de formation à la communication doivent donc inclure des activités permettant un apprentissage des connaissances, des attitudes et des habiletés nécessaires pour communiquer efficacement.)

Il faut pour cela un référentiel solide sur cette communication, basé sur les données de la recherche, la pratique répétée des habiletés de communication, un cursus à la communication médecin/patient intégré tout au long des études médicales, l'évaluation de l'acquisition des habiletés de communication, des activités de connaissance du soi permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin/patient (programme de formation aux techniques relationnelles, de communication, mises en situations filmées, groupes Balint).

### **Exemple de programme de formation aux techniques relationnelles:**

Une méta-analyse réalisée en 2000 a montré l'impact positif des formations à la relation sur la qualité de la prise en charge des patients par le médecin généraliste<sup>54</sup>. Aucune des approches inspirées des différents courants de thérapie (thérapie cognitivo-comportementale, psychodynamique, systémique, Balint...) n'auraient fait la preuve de leur supériorité.

---

<sup>54</sup> Auger J, PUICHAUD J, «Comment améliorer la relation médecin-malade ? », Rev Prat Med Gen ; 18 (636) : 1-3.

L'association TACT (association de formation médicale continue TACT : Techniques et Applications de la Communication à la Thérapie) a élaboré un programme de formation aux techniques relationnelles, centré sur la communication, en répondant à 3 impératifs : capacité du médecin à établir un rapport satisfaisant avec le patient, développer une compréhension partagée du problème, promouvoir un changement positif du comportement. Cette formation de 4 modules de 2 jours a été expérimentée en 2001, incluant 40 généralistes et 1789 patients en Poitou-Charente. Celle-ci a montré une importante modification de l'attitude des médecins formés, leur permettant une meilleure prise en charge de la souffrance psychique des patients.

### L'approche Balint<sup>55,56</sup>:

La méthode du Groupe Balint est un outil de formation des médecins à la relation médecin/malade, mise au point par Michael Balint et Enid Albu à partir de 1945.

Au moins une huitaine de médecins se réunit toutes les semaines ou deux semaines avec un ou deux psychanalystes (ou médecin, ou anthropologue entraînés) qui reçoivent des honoraires et garantissent les règles de fonctionnement du groupe. Un médecin rapporte un cas de sa pratique qui lui a posé problème. Les médecins participants et leaders l'aident ensuite à élucider ses difficultés en se centrant sur sa relation avec le patient et à transformer ces difficultés en ressources de créativité. Le but est de permettre au médecin de prendre du recul, de le sensibiliser au transfert/contre-transfert dans l'après coup de la consultation, en utilisant les données de l'inconscient sans qu'elles soient explicites, donc en filigrane la psychanalyse. Et de l'amener à acquérir des qualités psychothérapeutiques et « atteindre ce changement limité quoique considérable nécessaire à l'exercice de sa nouvelle aptitude » qui lui permettra de mieux comprendre et aider ses patients (« le médecin, son malade et la maladie », p319).

Lors de ces séances de groupe, il est donné au médecin de se sentir lui-même patient lorsqu'il parle de ses patients et de prendre le rôle de thérapeute lorsqu'il écoute le récit d'un collègue. Les bases fondamentales de l'approche Balint sont la compréhension intellectuelle, mais aussi émotionnelle, l'écoute active, et savoir déchiffrer le problème de son patient et le « secret de sa vie ».

Lorsque le médecin expose un cas qui lui a posé problème, les réactions des participants du groupe vont amené peu à peu celui-ci à **porter un autre regard sur le patient et ses représentations**. Ainsi le point de vue peut se décaler et lors d'une prochaine consultation, ouvrir la relation sur un autre registre et induire de la créativité. Le médecin est amené à **réfléchir sur ce qui le détermine à être et à réagir de telle ou telle façon** dans sa rencontre avec le patient. Le médecin va être amené à **reconnaître la dimension inconsciente et émotionnelle à l'œuvre dans la relation, et à trouver la bonne distance** avec son patient. Se sera alors inscrite la « compagnie d'investissement mutuel » dont parle balint.

---

<sup>55</sup> LUBAN-PLOZZA B. « L'approche Balint : une formation à la relation médecin-malade. » Médecine et Hygiène. 2000;58(2303) :1250-3. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=20598> (page consultée le 25 mai 2013).

<sup>56</sup> PUEL M-A, AUGER F., « relation médecin-malade : le travail en groupe Balint, espace de créativité », Rev. Prat. Med. Gen., 2006 ;20 (744/745) : 1093-4

#### 4.2.7. Evolution des causes de changement de MG depuis la thèse de 1997 ? Enseignement

Nous avons vu que depuis le travail de thèse de F Muller Colle en 1997, les causes de changement de médecin généraliste n'ont pas beaucoup évolué. Il s'agit toujours le plus souvent d'un problème relationnel du fait d'un manque d'attention portée au patient, d'une écoute insuffisante, d'un manque de communication, et d'un manque de disponibilité du médecin.

« C'est la capacité relationnel du médecin qui est souvent prise à défaut puisque la plupart des plaintes du public au sujet des médecins n'a rien à voir avec des problèmes de compétence clinique, mais avec des problèmes de communication », disait le Dr. Lemasson dans son article cité plus haut.

Ceci malgré la mise en place des sciences humaines dans la formation des jeunes médecins, les efforts mis dans la formation à la communication de ceux-ci et la volonté du gouvernement de mettre la personne du patient au cœur du système de soin avec les lois du 4 mars 2002 et la réforme de santé de 2004.

Cela pourrait être expliqué par le fait que les médecins ont subi depuis une dizaine d'années une crise démographique. Ainsi comment accorder au patient la disponibilité, l'écoute, l'attention qu'il est en droit d'attendre lorsqu'on connaît le contexte actuel de surcharge de travail des médecins.

Même si une relation médecin/patient nécessite d'abord des affinités, pour être construite dans la durée, il est essentiel de former des médecins à mieux communiquer avec leurs patients, non pas pour éviter à tout prix la rupture de la relation, qui est toujours possible comme dans toute relation interindividuelle, mais pour améliorer in fine la qualité des soins. Une meilleure communication permettra une meilleure compréhension des attentes des patients et une meilleure réponse à leurs problèmes.

Il faut pour cela un référentiel solide sur cette communication, basé sur les données de la recherche (par exemple, guide d'observation Calgary-Cambridge), la pratique répétée des habiletés de communication (technique de écoute active : questions ouvertes, reformulation), un cursus à la communication médecin/patient intégré tout au long des études médicales, l'évaluation de l'acquisition des habiletés de communication, des activités de connaissance du soi permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin/patient, des cliniciens enseignants qui soient des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate.

De plus, une profonde réforme de l'organisation des soins semble inévitable pour régler le problème de la démographie médicale et de la disponibilité des médecins. La réévaluation à la hausse du numerus clausus, le développement des maisons médicales, la régulation des gardes, les incitations à l'installation des jeunes médecins dans les régions déficitaires, l'extension des compétences des personnels paramédicaux, la télémédecine (décret issu de la loi du 21 juillet 2009 sur la réforme de l'hôpital relative aux patients et aux territoires) sont peut-être des pistes à encourager si l'on ne veut pas voir se dégrader la qualité des soins en médecine générale.



## **5 – CONCLUSION**



Notre étude avait pour but d'explorer les raisons qui ont amené des patients d'Eure et Loir à changer volontairement de médecin généraliste, afin de mieux les comprendre et mettre en évidence les points à améliorer par le médecin.

Nous souhaitions comparer nos résultats à la littérature et notamment à un travail réalisé sur le même sujet en 1997. Notre hypothèse était que l'utilisation d'une méthode qualitative donnerait plus de liberté de réponse aux patients et feraient peut être émerger d'autres causes de changement de médecin. De plus, les lois Kouchner du 4 mars 2002, et la réforme du médecin traitant de ont renforcé le rôle du patient et mis le médecin généraliste au cœur du système de santé, formalisant ainsi la relation médecin/patient dans la durée. Nous souhaitions savoir si cela avait pu modifier les raisons du changement de médecin.

Notre étude montre que la principale cause de changement de médecin est une mauvaise relation médecin/patient surtout liée à une mauvaise communication et à un manque d'attention ou d'écoute de la part du médecin. Est ensuite cité un manque de disponibilité du médecin puis un manque de compétence biomédicale supposé du médecin, ou du moins, un désaccord avec la décision médicale (la compétence du médecin est importante aux yeux des patients mais n'est pas remise en cause le plus souvent, car sanctionnée par un diplôme qui a une valeur : le docteur est celui qui sait). Plus rarement il s'agit d'un problème lié à la personne du médecin (personnalité) et à un manque de confiance. Nos résultats montrent que les causes de rupture de la relation médecin/patient ont peu évolué en 15 ans.

La décision de changement de médecin s'était toujours faite suite à une accumulation de différentes choses ou par la répétition d'un même problème.

Pour la majorité des patients de notre étude, la fréquence de changement de médecin serait plus importante aujourd'hui car le médecin serait moins disponible, moins à l'écoute et moins attentionné, et la relation médecin patient serait devenue moins humaine, comme une relation de prestataire de service à client, ce qui aurait fragilisé le lien. Pour certains, les patients seraient moins fidèles (sauf pour les patients plus âgés ou vivants en campagne en raison de la désertification).

Les patients attendent de leur médecin qu'il soit compétent, aussi bien sur le plan médical que relationnel. Le médecin idéal serait d'abord un médecin avec lequel ils ont des affinités, un bon contact. Ce médecin leur porterait de l'attention et les écouterait. Il les comprendrait, sans juger. Il aurait des qualités de communication, réconforterait, rassurerait, conseillerait, expliquerait. Ce serait un médecin qui a des compétences médicales pour mener à bien une démarche diagnostique et thérapeutique, quitte à demander l'avis de confrères si besoin, et qui suivrait une formation médicale continue. Ce médecin prendrait le temps de bien les examiner. Il devrait être disponible en cas de demande importante et a fortiori d'urgence et être facilement accessible (notamment par téléphone).

Nous avons aussi observé que ces attentes sont à moduler en fonction de la typologie des patients interrogés. Des patients rechercheraient plutôt un modèle de soin centré sur le curatif (le « cure ») et d'autres sur le prendre soin (le « care »). Des patients seraient plutôt passifs faisant confiance à leur médecin pour prendre les décisions et rechercheraient ainsi des médecins plutôt directifs, et d'autres seraient plutôt actifs et autonomes, avec une confiance plus critique, et rechercheraient des médecins avec qui la prise de décision serait partagée.

Ainsi les patients ont une représentation assez précise de l'image d'un « bon » médecin généraliste et du déroulement d'une « bonne consultation ». Il faut donc que le médecin corresponde aux attentes et aux représentations que le patient s'en fait, pour s'établisse une bonne relation médecin/patient.

Le médecin doit savoir identifier les préoccupations explicites et cachées du patient pour pouvoir y adapter sa réponse dans un objectif de qualité des soins. Malheureusement, dans 50 p. 100 des cas, les médecins et les patients n'arrivent pas à s'entendre sur la nature du problème. Pour limiter ce décalage, le médecin doit savoir prendre du recul par rapport à sa perception du patient, du problème et de la situation, par rapport à ses réactions affectives conscientes et/ ou inconscientes.

Dans le contexte de diminution du nombre de médecins généralistes en France chaque médecin risque d'être confronté à une demande de soins croissante. Dans ces conditions, comment accorder au patient la disponibilité, l'écoute, l'attention qu'il est en droit d'attendre ? De plus de nombreux médecins déplorent un manque de savoir communiquer pour décrypter ces attentes.

L'apprentissage d'un savoir faire relationnel et d'un savoir communiquer permettra aux médecins de renforcer leur compréhension des patients et mieux les faire adhérer à la décision médicale, pour améliorer la satisfaction des patients et leur état de santé. L'acquisition de compétences en communication peut aussi accroître l'efficacité et faire gagner du temps.

Cette formation à la communication est nécessaire mais non suffisante pour éviter la rupture de la relation médecin/malade, qui est toujours possible comme dans toute relation interindividuelle.

Il faut pour cela un référentiel solide sur cette communication, basé sur les données de la recherche, la pratique répétée des habiletés de communication, un cursus à la communication médecin/patient intégré tout au long des études médicales, l'évaluation de l'acquisition des habiletés de communication, des activités de connaissance du soi permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin/patient (programme de formation aux techniques relationnelles, de communication, mises en situations filmées, groupes Balint).

De plus, une profonde réforme de l'organisation des soins semble inévitable pour régler le problème de la démographie médicale et de la disponibilité des médecins. La réévaluation à la hausse du numerus clausus, le développement des maisons médicales, la régulation des gardes, les incitations à l'installation des jeunes médecins dans les régions déficitaires, l'extension des compétences des personnels paramédicaux, la télémédecine (décret issu de la loi du 21 juillet 2009 sur la réforme de l'hôpital relative aux patients et aux territoires) sont peut-être des pistes à encourager si l'on ne veut pas voir se dégrader la qualité des soins en médecine générale.

## **6 – RESUME / ABSTRACT**



# Résumé

## **Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir.**

**Contexte.** De nombreuses recherches ont été effectuées sur la relation médecin/patient, et sur les attentes des patients de leur médecin généraliste, mais très peu sur la rupture de cette relation qui conduit au changement de médecin.

**Objectif principal.** Identifier les déterminants de la décision des patients de changer de médecin généraliste et identifier les points indispensables à améliorer pour le médecin afin d'éviter cet échec de la relation.

**Méthode.** Des entretiens semi dirigés ont été réalisés auprès de 13 patients en Eure et Loir, de septembre 2010 à août 2011. Des médecins généralistes ont proposé à de nouveaux patients (qui les avaient choisi volontairement dans l'année) de participer à cette étude.

**Résultats.** La principale cause de changement de médecin est une mauvaise relation médecin-patient surtout liée à une mauvaise communication et à un manque d'attention de la part du médecin. Puis est cité le manque de disponibilité du médecin ; et seulement après, un désaccord avec la décision médicale.

**Discussion.** L'analyse de la littérature nous a montré que les causes de rupture de la relation médecin-malade ont peu évolué en 15 ans, malgré la mise en place des sciences humaines dans la formation des jeunes médecins, les efforts mis dans leur formation en communication et la volonté du gouvernement de mettre le patient au cœur du système de soins avec les lois du 4 mars 2002 et la réforme du médecin traitant de 2004. Mais, comment accorder au patient toute l'attention qu'il est en droit d'attendre lorsqu'on connaît le contexte actuel de crise démographique médicale de certaines régions.

**Conclusion.** Pour construire une relation médecin-patient dans la durée, il est essentiel, que soient mises en place des stratégies pour former efficacement les médecins à mieux communiquer avec leurs patients, et améliorer ainsi la qualité des soins.

---

**Mots-clés.** Médecin généraliste - Médecine Générale - attentes des patients - satisfaction des patients - rupture relation médecin/patient - changement de médecin - critères de choix du médecin - relation médecin/malade - communication - confiance - fidélité - réforme médecin traitant - droit des malades

# Abstract

## **Why do patients change their general practitioner? A qualitative survey among patients from Eure-et-Loir.**

**Context.** Numerous researches were made on doctor/patient relationship and on patients' expectations from their general practitioner (GP), but very little on breaking off doctor/patient relationship which leads to a change of doctor.

**Main objective.** Identify the determiners of patients' decision to change GP and identify the essential points to improve for the doctor to avoid this failure of relation.

**Method.** Semi managed interviews were realized with 13 patients in Eure-et-Loir, between September 2010 and August 2011. General practitioners proposed to new patients (who had chosen them voluntarily during the year) to participate in this study.

**Results.** The main cause of doctor's change is a bad doctor/patient relationship, especially due to poor communication and lack of attentiveness from the doctor. Then appears the doctor's lack of time to devote to patients; and only later, a disagreement with the medical decision.

**Discussion.** Analysis of literature showed us that reasons for breaking off doctor/patient relationship haven't changed much in 15 years, in spite of organization of the human sciences in young doctors' training, the efforts put in their communication training and the will of the government to put the patient at the art of the system of care with the laws of March 4<sup>th</sup>, 2002 and the reform of 2004. How grant patients all the attention they are seeking given the current context of medical demographic crisis in some regions.

**Conclusion.** To build a long-term doctor-patient relationship, it is essential to organize strategies to train effectively doctors to better communicate with their patients, and so to improve the quality of the care.

---

**Key words.** General practitioner – General Medicine - patients' expectations - patients' satisfaction - breaking off doctor/patient relationship – doctor's change – criteria of choice of doctor - doctor/patient relationship - communication - confidence – faithfulness or loyalty



# BIBLIOGRAPHIE

- 1 WERBER Bernard, *Le père de nos pères*, Paris : Ed. Poche 2000.
- 2 La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 3 Assurance Maladie, « le médecin traitant adopté par la majorité des Français ». Point d'information du 22 janvier 2009.
- 4 WONCA EUROPE 2002 (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, p12 d) et e) ». Site du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale, [En ligne].  
[http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition\\_Europeenne\\_de\\_la\\_Medecine\\_Generale\\_Wonca\\_Europe\\_2002.pdf](http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).
- 5 MULLER-COLLE F. « La rupture de la relation médecin-malade. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste. Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. » (Th. Med. Nancy) 1997.
- 6 TEISSIERE E. « Techniques de l'entretien. Comment être capable d'accueillir ce qui se passe en l'autre? » Site des professionnels de santé du Chesnay – 78150, [En ligne].  
[http://www.medical78.com/nat\\_fmc\\_annonce\\_technique\\_com\\_teisseire.pdf](http://www.medical78.com/nat_fmc_annonce_technique_com_teisseire.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).
- 7 INSEE. « Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) », [En ligne]. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm> (page consultée le 25 mai 2013).
- 8 INSEE. « Niveaux de formation », [En ligne].  
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/niveaux-formation.htm> (page consultée le 25 mai 2013).
- 9 CARMOI T. « Le médecin idéal : le point de vue des patients. » (Mémoire de DIU de pédagogie médicale, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI) 2010.  
<http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/MEMOIRES%202010/36.pdf> (page consultée le 25 mai 2013).
- 10 PAULUS D., MARSHALL M., KUENZI B., KERSNIK J, GLEHR R. « Divergences d'opinion entre patients et médecins généralistes. Incidence, causes, conséquences » Rev. Prat. Med. Gen. 2002 ; 16(564) : 263-5.
- 11 MOUSEL C. «Le médecin généraliste en 2007, évolution 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 » (Th. Méd. Nancy) 2009.

- 12 IPSOS PUBLIC AFFAIRS, « La bonne image des généralistes », [En ligne]. <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2007-02-28-bonne-image-generalistes> (page consultée le 25 mai 2013).
- 13 L.BJERRUM, A.S. SORENSON, "Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste », Ugeskr Laeger, 1992 ; 154(50) : 3587-9, in F.MULLER-COLLE « La rupture de la relation médecin-malade. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste. Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. » (Th. Med. Nancy) 1997.
- 14 B.BILLINGHURST et M.WHITFIELD, "why do patient change their general practitioner", British journal of General Practice, 1993; 43 (373): 336-8, in F.MULLER-COLLE « La rupture de la relation médecin-malade. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste. Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. » (Th. Med. Nancy) 1997.
- 15 AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUEBEC « Les étapes de changement de comportement selon POCHASKA. Connaître et comprendre les étapes de changement de comportement dans l'arrêt tabagique ». Site de l' Institut National de Santé Publique du Québec [Présentation power point téléchargeable en ligne]. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-AuCoeurDeLaVie/3-%20COMMENT-%20IMPLANTATION%20DU%20PROGRAMME/TABAC/FORMATION%20AUX%20INTERVENANTS/%C3%89tapes%20de%20changement%20de%20comportement.ppt> (page consultée le 25 mai 2013).
- 16 COUR DES COMPTES « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie » Rapport public annuel, février 2013 : 212-3. Site de la cour des comptes [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr), [En ligne]. [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F53083%2F1415030%2Fversion%2F2%2Ffile%2F2\\_1\\_3\\_medecin\\_traitant\\_parcours\\_soins\\_coordonnees.pdf&ei=X7CgUevpGYSQ7Abqg4G4Dg&usq=AfQjCNEtVkfWVB8KKGK8hTgV3Pjw3Z6-0Cg&bvm=bv.47008514,d.ZGU&cad=rja](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F53083%2F1415030%2Fversion%2F2%2Ffile%2F2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf&ei=X7CgUevpGYSQ7Abqg4G4Dg&usq=AfQjCNEtVkfWVB8KKGK8hTgV3Pjw3Z6-0Cg&bvm=bv.47008514,d.ZGU&cad=rja) (page consultée le 25 mai 2013).
- 17 HUBER P. « Rassurer : aspect thérapeutique de la relation médecin/malade », Annales de Médecine Interne 1995 ; 146(1) : 5.
- 18 CHEVALIER P., LAPERCHÉ J. « Le docteur m'a bien visité. Les attentes prioritaires des patients en consultation en médecine générale » Minerva 2009 ; 8(2) : 13.
- 19 ISNARD C., « La compétence relationnelle dans le soin en Médecine Générale » (Th. Med. Bordeaux) 2011.
- 20 GAUVIN C., LAFORGE E. « Les habiletés de savoir-être ». (Module travail social, Université du Québec) [En ligne]. [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Habiletés\\_savoir\\_etre-CGauvin\\_et\\_ELaforge-UQAT.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Habiletés_savoir_etre-CGauvin_et_ELaforge-UQAT.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).
- 21 Collectif, «Outils de communication II : La communication à votre service », Santé Canada [En ligne]. [http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res\\_f.pdf](http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf) (page consultée le 09 juin 2013).

- 22 Rogers C., « La relation d'aide et la psychothérapie », Paris, Ed.ESF, 1996, p.33 (ouvrage consulté)
- 23 GOMES J., « les attitudes de Porter », document pédagogique de la FMC Ecoute et Communication (MG Form 2010)
- 24 Nom inconnu. « Hall et la proxémie ». Site de l'université d'arts, lettres, langues, sciences humaines et sociales Paul-Valéry de Montpellier 3, [Document pédagogique en ligne]. [http://asl.univ-montp3.fr/e11mcm/cours/E11-TD-HALL\\_proxemique.pdf](http://asl.univ-montp3.fr/e11mcm/cours/E11-TD-HALL_proxemique.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).
- 25 IPSOS-santé, « une population très attachée à son généraliste », Rev.Prat.Med.Gen, 2002 ; 16(587) :1369-70, in NICS V., « pourquoi les patients changent –ils de médecin généraliste » (Th Med Rouen) 2003.
- 26 NICS V., « pourquoi les patients changent –ils de médecin généraliste » (Th Med Rouen) 2003.
- 27 AUBERT F., SYLVESTRE J.-P. «Confiance et rationalité, Dijon, 5-6 mai 1999 ». Paris : INRA Editions, 2001, p 7-14. Site Google Books, [En ligne]. [http://books.google.fr/books?id=XhLOgl461zgC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ge\\_summ ary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.fr/books?id=XhLOgl461zgC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summ ary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) (page consultée le 25 mai 2013).
- 28 PINEUX F. «Quels enjeux médicaux de la confiance ? » La revue de la Médecine Générale 2009 ;260:47.
- 29 SANTIN A. « La relation de soin : une question de confiance ? » Editorial mai 2009 en ligne sur le site Espace éthique /AP-HP. <http://initiative-ethique.fr/espace-ethiqueap-hp/> (site en cours de refonte au 25 mai 2013).
- 30 UNAFORMEC, Présentation du livre de GALLOIS P. « Médecine au quotidien. Soigner et prendre soin : le malade autant que la maladie » 2009 [En ligne]. [www.unaformec.org/IMG/pdf/Bon\\_commande.pdf](http://www.unaformec.org/IMG/pdf/Bon_commande.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).
- 31 LAXENAIRE M. « La Rencontre psychologique du médecin », coll. Sciences humaines appliquées, Paris : ESF 1980.
- 32 BALINT M. « Le médecin, son malade et la maladie » Paris : Ed Payot 1968.
- 33 BEGUE-SIMON A.-M. « Anthropologie et médecine. Pour mieux comprendre le patient. » Médecine 2006;2(7):325-8. <http://www.jle.com/e-docs/00/04/20/FD/article.phtml> (page consultée le 25 mai 2013).
- 34 SARANO J. « La relation avec le malade » Toulouse : Ed Privat ; 1977, p9.
- 35 MOUTEL G. « L'annonce d'une maladie grave et la relation médecin/patient. Analyse des enjeux, pistes de réflexions et éléments de réponse », site Ethique et Santé – Réseau Rodin, [En ligne]. <http://www.ethique.inserm.fr/?q=node/1053> (page consultée le 25 mai 2013).
- 36 MOREAU A, DEDIANNE M-C, LABARERE J, TERRA J-L, «Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients», Rev Prat Med Gen, 2004 ; 18 (674/675) :1-4

- 37 D'ANJOU A. « Médecine libérale et colloque singulier, particularités de la relation médecin généraliste-patient » Synapse 2006;229:33-5.  
[http://anrepassociation.free.fr/IMG/pdf/ANREP\\_Colloque\\_singulier.pdf](http://anrepassociation.free.fr/IMG/pdf/ANREP_Colloque_singulier.pdf) (page consultée le 25 mai 2013).
- 38 DEDIANNE M.-C., HAUZANNEAU P., LABARERE J., et al. « Relation médecins-malades en soins primaires : qu'attendent les patients ? » Rev. Prat. Méd. Gén. 2003;612:653-6.
- 39 Collectif. « Prescription : influence de l'industrie sur les attentes des patients. » Bibliomed 2006 ; 414. <http://www.unaformec.org/Bibliomed-No414-du-16-fevrier-2006.html> (page consultée le 25 mai 2013).
- 40 LEMASSON A. et al. « Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? » Médecine 2006 ; 2(1):38-42.
- 41 VALLE J.P., GALLOIS P. « La demande exprimée d'emblée par le patient est-elle sa principale ou sa réelle, préoccupation ? » Médecine 2006 ; 1 :25-26.
- 42 RODONDI P.Y., et al. « Que cache l'agenda caché ? » Rev.Méd.Suisse 2005 ; 5:30169.
- 43 LAMARRE M. « Est-ce que la satisfaction des patients lors de la consultation pour une infection des voies respiratoires dépend de la prescription d'antibiotiques ou de l'approche clinique centrée sur les attentes et les croyances du patient ? », site de Critique et Pratique, [En ligne]. [http://cetp.fmed.ulaval.ca/CetP/contenu/articles/2004/04\\_07\\_21\\_2.htm](http://cetp.fmed.ulaval.ca/CetP/contenu/articles/2004/04_07_21_2.htm) (page consultée le 25 mai 2013).
- 44 BECK R.-S., DAUGHTRIDGE R., SLOANE P.-D., « Physician-patient communication in the primary care office : A systematic review » [J Am Board Fam Pract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841136). 2002;15(1):25-38  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11841136> (page consultée le 25 mai 2013).
- 45 FABRE J., MORABIA A., ASSAL J.-P., STALDER H. « Analyser les effets de la relation médecin/malade » Revue médicale de la Suisse Romande 1994 ;114(1) :33-7.
- 46 MIGNON M., SUREAU C. « Humanisme médical: pour la pérennité d'une médecine à visage humain », Montrouge : John Libbey Eurotext, 2003, p9-19. Site Google Books, [En ligne]. <http://books.google.nl/books?id=WrhCW77QHGU&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false> (page consultée le 25 mai 2013).
- 47 MOLENAT X., « Médecin-patient, je t'aime moi non plus ». Revue Sciences Humaines, 2005;48 .
- 48 CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT, « Un partenariat indispensable », [En ligne]. <http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm#> (page consultée le 25 mai 2013).
- 49 ATTALI C., BAIL P., MAGNIER A.-M., BEIS J.-N., GHASAROSSIAN C., GOMES J., CHEVALLIER P., LAINE X., LE MAUFF P., ZERBIB Y., GAY B., « Compétences pour le DES de Médecine générale », La Revue Exercer 2006 ;76 : 31-2.

- 50 OMS, « la définition de la santé de l'OMS », [En ligne].  
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html> (page consultée le 25 mai 2013).
- 51 LEGERON P., BASHAR A., LAROCHE F., « Médecin-patient, quelles attitudes relationnelles ? », Rev Prat Med Gen, 2007 ; 21 (786/787) : 998-1000.
- 52 GALLOIS P., VALLEE J.-P., LE NOC Y. « Médecine générale en crise : faits et questions », Médecine 2006;2(5):223-8.
- 53 MILLETTE B., LUSSIER M.-T., GOUDREAU J. « L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire » Pédagogie Médicale, 2004;5(2) : 110-26. <http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2004/02/pmed20045p110.pdf> (page consultée le 25 mai 2013).
- 54 AUGER J., PUICHAUD J., « Comment améliorer la relation médecin-malade ? », Rev Prat Med Gen ; 18 (636) : 1-3.
- 55 LUBAN-PLOZZA B. « L'approche Balint : une formation à la relation médecin-malade. » Médecine et Hygiène. 2000;58(2303) :1250-3. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=20598> (page consultée le 25 mai 2013).
- 56 PUEL M.-A., AUGER F., « relation médecin-malade : le travail en groupe Balint, espace de créativité », Rev. Prat. Med. Gen., 2006 ;20 (744/745) : 1093-4



## ANNEXES - Entretiens

Dans les entretiens, une lettre, différente de l'initiale de leur nom de famille, a été attribuée aux médecins, et également pour le nom des communes.

Les patients sont numérotés : 'P1' pour 'Patient de l'entretien numéro 1'.

### Médecin n°1

#### Caractéristiques du médecin :

Médecin homme de 52 ans

Installé en milieu rural dans une petite ville d'environ 3000 habitants

Installation en 1985, secteur 1

Spécialité, activité annexe : homéopathie, ostéopathie, consultation hospitalière douleur

Maison médicale : 2 autres médecins, 1 kiné, 1 infirmière, 1 psychologue, 1 diététicienne

#### *Entretien1 : Mme C (le 17/09/10, 26 min)*

M : Je vais d'abord vous poser quelques questions pour vous présenter.

Vous avez quel âge ?

P1 : bah euh je suis de 43...67 ans, oui je dois avoir 68 au mois de février

M : d'accord. Est-ce que vous avez fait des études ? Vous avez quel niveau d'étude ?

5 P1 : le certificat, mais j'ai toujours travaillé....

M : d'accord, et vous avez fait quoi comme travail ?

P1 : ...jusqu'à la retraite

J'ai travaillé dans les télévisions, et après au bout de 18 ans, j'ai été licenciée. Si on parle après, j'ai eu l'apprentissage en charcuterie et puis... mon mari après a été muté à Chartres, donc j'ai pas voulu retourner dans un magasin parce que j'ai dit, comme j'ai toute ma famille à Châteaudun, dans un magasin on travaille le week-end et tout, à monoprix... alors à Chartres, j'me suis dit « tiens, des fois, aller en usine ça marcherait ; j'avais jamais travaillé en usine, mais j'y suis restée quand même 18 ans, parce que ils ont licencié, pas parce que... voilà. Ca a fermé donc, euh, j'avais pas le choix. Donc après, comme on était là, j'ai travaillé..., euh, vous passez devant...le compectus là, euh... c'est du « traitage » de blé, tout un tas de trucs comme ça ; j'y ai été 5 ans et puis c'était trop dur pour moi, les champs, là j'ai attrapé beaucoup de choses, mal dans le dos, mauvaise circulation du sang, on était en plein soleil sauf quand on rentrait naturellement dans le local pour travailler. Et puis après, qu'est-ce que j'ai fait après ça, bon beh, les ménages. J'ai eu mal au dos, une assistante sociale est venue. Puis elle m'a dit, soit garder les enfants, bah j'ai dit oui les enfants, j'ai eu des petits enfants un peu tard mais les enfants ça court partout...alors elle m'a proposé des personnes âgées.

10

15

20

Donc j'ai eu 3 personnes âgées à garder à temps plein, tout le temps tout le temps. Les enfants les reprenaient quelques fois à Noël et tout ou une journée comme ça en semaine donc j'ai eu 3 personnes âgées à garder chez moi à la maison, pas à aller chercher et tout. Et puis j'ai arrêté quand même quelques années avant car c'était quand même très prenant, le ménage et tout, on en prenait un coup parce que c'était très très prenant, oh oui oh oui !...

M : vous avez eu combien d'enfant ?

P1 :2, un grand garçon qui a eu 47 ans et une fille qui a eu 39 ans, voilà.

M : d'accord. Votre médecin vous allez le voir assez souvent ?

P1 : bah c'est-à-dire que oui, pour le renouvellement des médicaments d'abord, tous les 3 mois, et la dernière, même, il m'a fait 6 mois, c'était la première fois qu'il me faisait ça. M'enfin bon j'me suis dit euh...bah c'était pour mes problèmes de dos, donc l'arthrose, voilà...

M : vous avez d'autres problèmes de santé ?

P1 bah la circulation du sang aussi et en dehors de ça...c'est déjà pas mal.

M : pourquoi avez-vous changé de médecin ?

P1 : bah on a changé de médecin parce qu'on le trouvait pas efficace. D'abord, au point de vue traitement anti-douleur, il a fallu que ce soit son remplaçant, car quand il était absent à son cabinet, fallait aller à S. Et on avait un ami que son médecin était de S et il a dit à Yves (son mari) il est très très bien, j'me rappelle plus son nom, on l'a vu qu'une fois. Et quand il est venu, il s'est carrément installé là, et il a dit (un peu comme le Dr I il fait –son médecin actuel-) : « déjà on va s'occuper de la douleur, il souffre énormément » ; que le Dr O (son ancien médecin) bon il donnait des médicaments sans...et voilà. Et il s'est assis pour nous expliquer tout un tas de truc, ce que le Dr O faisait pas, il passait c'était du vite fait et tout, comme ça a toujours été à son cabinet. J'me suis même vu lui dire : « vous savez Docteur ça m'fait pas rire de venir vous voir pour mon mal au dos ». Non, parce qu'il disait des petites... bah il nous connaissait tellement... des petites bêtises, des p'tits trucs... Moi j'lui ai dit : « vous savez, si je viens, c'est que j'ai vraiment mal. Et faut prendre ça au sérieux ». Et aussi, ce qu'il faisait, il fumait devant nous son cigare. Alors j'me disais aussi, c'est peut être que mon mari fumait aussi le cigare qu'il le fait devant nous. Et quand on est revenu de chez le Dr B à Paris, avec la Vovéenne (ambulance), la dame qui accompagnait me dit : « - c'est qui votre médecin traitant ? - C'est le Dr O. - Ah bah parlez en du Dr O ! », elle a répondu. J'dis : « ah bon? Pourquoi? ». Bah, elle me dit : « Déjà, une chose est sûre, il fume devant les clients. Ca, ça se fait pas, franchement ! ». Mais moi je sais pas, j'avais jamais demandé à quelqu'un d'autre s'il fumait devant d'autres. Moi, j'me suis dit dans ma tête : comme Yves, il fume le cigare, et il se tutoyait, c'est pour vous dire qu'il se connaissait quand même depuis... eh voilà il fait ça parce qu'il sait qu'il fume. Mais non, en fait, j'ai appris que c'était devant beaucoup de personnes. Et elle m'a dit : « y a pas que ça, le soir, il boit ». Là, je suis tombée des nues aussi... Car bon, par contre, c'était rare qu'on y allait l'soir, donc j'peux pas vraiment dire que je me suis rendue compte de quoi que ce soit. Bon, il me racontait quand il allait à ses trucs de chasse, bon c'est sa vie privée après. Il devait bien profiter de la vie ça c'est sûr, on le comprenait bien... Donc moi le voir comme ça, non. Mais par contre une amie m'a dit qu'un soir elle y est allée 5h20 et quelque chose, les volets étaient encore fermés. Et ça lui avait à moitié fait



60 peur, elle l'avait trouvé tout drôle et c'est la deuxième fois qu'on me dit ça. C'est là que je me suis aperçue qu'en fin de compte, on me dit la vérité quoi.

M : Et ça vous gênait qu'il vous tutoie ? Qu'il fasse des « petites blagues » ?

P1 : Non moi, il me tutoyait pas...simplement mon mari...et moi je le tutoyais pas non plus. Donc... Mais, et puis, ma fille elle avait aussi un mauvais souvenir. Je vais vous dire pourquoi, parce qu'elle  
65 allait à l'école avec une fille du boucher de P (commune voisine), ça remonte à loin, ça m'a toujours marqué et la gamine, elle est montée dans le car un matin pour aller à l'école et son papa était décédé, et elle disait : de toute façon, c'est la faute du Dr O, et ma fille j'avais vous l'dire franchement, ça l'a toujours marqué. Et bon, quand son père, le diagnostic est tombé (cancer ORL), elle a dit naturellement : j vous l'avais dit, j vous l'avais dit que c'était un pourri ! Tous les noms y  
70 sont passés, elle l'aimait pas... Elle a pas eu l'occasion de le voir beaucoup ici, parce qu'après, elle est partie et donc ça a pas été son médecin.

M : vous pensez qu'il a tardé à faire le diagnostic ?

P1 : Yves, tout ce qu'il a eu comme examen, ça venait jamais de lui. Ça a été Mme L qui remplaçait et qui l'a envoyé à l'ORL. Parce que pour lui c'était un peu de rhume qui coulait dans sa gorge. C'était  
75 pendant 15 jours des antibiotiques et puis après c'était les inhalateurs pendant 15 jours, après voilà, ça a traîné, bon. Peut-être que, bon, même en traînant, c'était fait, c'était fait, mais bon...

M : pourquoi ça a traîné à votre avis ?

P1 : parce que bon, il aurait dû dire dès le départ, allez voir un ORL. C'est ce que Me L a fait (adresser à l'ORL) et il est allé voir le Dr C (ORL). Et puis le Dr C, il a même pas vu tout de suite car il est pas  
80 descendu assez loin le Dr C. Comme il avait encore mal, il y est retourné une deuxième fois.

M : ils ont diagnostiqué quoi chez votre mari ?

P1 : bah, ils lui ont enlevé un kyste, et puis après quand ils l'ont analysé, la sentence est tombée. J'me rappelle c'qu'il a dit le Dr C : « vous avez un p'tit cancer facile à soigner ». J'm'en rappelle encore. C'est obligé de me trotter dans la tête maintenant. Parce que pour nous, c'est sûr, ça fiche un sacré  
85 coup. Mais on s'dit, après tout, avec ce qui existe maintenant, la chimio, nin nin nin, ça va aller bon. Après il est allé chez B (service d'ORL à Paris) le 4 novembre, ça j'm'en rappelle parce que c'était le jour de son anniversaire. Il y est resté 3 jours pour des examens et il a dit c'est pas opérable mais y'a la chimio radiothérapie, tout ça, peut-être que la langue était prise...

M : Donc pour résumer vous m'avez dit que votre médecin avait parfois fait traîner les choses, qu'il  
90 n'avait pas été efficace, que ça vous plaisait pas qu'il fume devant les patients, est-ce qu'il y a d'autres raisons ?

P1 : d'autres raisons... un peu « je m'en foutiste ». C'était quand même son Dr traitant. Je lui disais de venir le plus rapidement possible, j pense qu'il aurait pu ... au téléphone pour un peu il me l'aurait fait envoyer aux urgences, bon il pouvait venir ! J'dis, je sais pas moi, quand on a un médecin de  
95 famille depuis des années, on peut quand même faire un effort.

M : ça faisait combien de temps que vous l'aviez comme médecin de famille ?

P1 : depuis qu'on est là, donc ça va faire 30 ans. Et on en avait essayé un autre à E (ville où ils résident) qu'on aimait pas, le Dr G je crois.... Ou un autre...oh je sais plus. Et puis après on s'est dit, comme on est plus près de P, on est allé à P. Le pharmacien était en face, mon mari allait au kiné parce qu'il avait eu un accident de travail, et donc lui il avait vu la facilité de prendre tout dans le coin. Donc c'est comme ça qu'on est allé chez Dr O.

100 M : est ce qu'il y a eu un événement déclenchant qui a fait que vous ne vouliez plus jamais aller le voir et faire signer la feuille de déclaration de médecin traitant à un autre médecin généraliste ?

P1 : bah oui, parce que j'ai trouvé que même pendant sa maladie, j vois le Dr I a commencé par lui donner un petit carnet pour noter ses douleurs, il avait jamais fait ça. Il s est même arrêté un matin le voir sans qu'on lui demande, le Dr O il avait jamais fait ça. Et vous voyez ce que je dis c est pas grand chose, mais vous savez, même quand il est décédé, il l'a su, même pas une petite carte...

105 M : est ce que ça a été difficile de prendre la décision de changer ?

P1 : Non, non, non, quand je suis revenue de Paris et qu'elle m'avait dit ça, tout de suite, ça a fait tilt dans ma tête. J'ai téléphoné le lendemain à la sécurité sociale.

110 M : donc ça, si je comprends bien, c était le facteur déclenchant la prise de décision ?

P1 : ah oui oui, qu'elle disait : « ah bah, parlez en du Dr O », l'air de dire : qu'est ce qu'il y a comme plaintes, qu'est ce qu'il y a comme plaintes. Ca m'a fait encore plus ouvrir les yeux mais il était trop tard franchement...

115 M : mais ça faisait un moment que vous vous posiez des questions, vous aviez vu d'autres médecins entre temps et vous étiez retournée le voir le Dr O.

P1 : c est à dire que, quand j'étais allée voir un médecin à S une fois (une autre commune alentour), il m'avait dit « non le Dr O est revenu, vous devez retourner le voir ». Parce que, celui de S me paraissait très bien. Mais moi après pour le changement, j'préfèrais sur E, parce que bon, j avais quand même déjà entendu parler du Dr I, c est le médecin de ma fille, de mon gendre, de mes petits enfants. Donc Sabine, elle m'avait dit : « moi maman, j'ai pas à me plaindre du Dr I, alors va le voir ».

120 M : donc, on en vient à la question comment avez-vous choisi votre nouveau médecin ?

P1 : bah peut être par ma fille qui en est contente. Bon moi, j'ai pas eu beaucoup à faire à lui à part pour mes 2 infections urinaires. Les 2 fois là, c'était vous. J'y suis allée avec ma fille quelques fois pour les enfants. Une fois, je l'ai vu, parce que je gardais un enfant d une voisine et elle m'a dit : « ça te dérange pas d'aller au médecin ? ». Et c'est vrai, le Dr I, il sait faire avec les enfants, c'est un plaisir. Ils font des dessins, ils ont fait des dinosaures, un tas de trucs.

125 M : donc vous l'avez choisi par conseils, par bouche à oreille et aviez eu à faire un peu à lui indirectement...

130 P1 : oui... oui...

M : et donc qu'attendez vous de votre médecin ?

P1 : j attend que, quand je le fais venir, qu'il soit attentif, que ça se passe bien. Mais pour l'instant, il me connaît pas vraiment.

135 Par contre j vais vous montrer quelque chose... (la patiente me parle et me montre un bouton en me demandant un avis) et le Dr I m'a juste dit : « c est rien ! » sans plus regarder...bon...

J'me suis pas occupée de moi de toute façon et je me suis pas rendu compte de ça... (...)

M : si vous deviez lister les attentes que vous avez de votre médecin, vous m'avez dit, qu'il n'aille pas trop vite, soit attentif..., et... ?

P1 : oui....attentif....silence, j vois pas quoi d autre....

140 Je l'ai fait venir et il est venu. Y' a des médecins qui veulent pas toujours venir.

M : quelles sont les qualités d'un bon médecin (je pose la question autrement)

P1 : si on peut s'déplacer, j'comprend que... c'est normal qu'on se déplace, mais le problème, c est que j'ai pas le permis... j'conduis pas, j'ai le permis mais j'conduis pas. J'vais peut être... Là, c'est encore trop nouveau, j'ai pas la tête à ça...

145 M : que le médecin se déplace en cas de besoin, quoi d autre ?

P1 : et puis, qu'il soit à mon écoute. Comme là par ex, le bouton, c'est pas grand-chose, mais il a pas plus regardé que ça, j me dis...

M : est-ce qu'il y a autre chose que vous attendez ?

P1 : bah écoutez, je vois pas quoi d autre. Attentif ... efficace, ça bien sûr...

150 M : est-ce que vous pensez que de nos jours, les patients changent plus souvent de médecin avec les maisons médicales par exemple, ou...

P1 : je pense, oui, mais ce qu'il y a, c'est que de nos jours, on peut pas changer de médecin comme ça. On peut pas aller voir un autre médecin, faut faire comme j'ai fait là, à moins d'être en vacances, que là, voilà...

155 M :il faut faire une démarche, un formulaire...

P1 : bah oui, parce qu'on a pas le droit sinon...

M : on a le droit de changer de médecin comme on veut mais il faut remplir un nouveau formulaire

Est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui, c'est important d'entretenir une relation fidèle avec son médecin ?

160 P1 : bah des fois, j'me l'demande... Je pense que le médecin, il prend peut-être un peu trop à la légère au bout de tant d années, je sais pas... Ouais, ouais, moi je crois, hein... Moi, j'pense qu'on a eu l'expérience avec le Dr O et on aurait dû le faire il y a longtemps, alors, j'essaie de pas y penser, ça sert à rien...

M : vous pensez que d'avoir un autre regard sur la situation c'est important ?

165 P1 : oui, oui, et ma fille nous l'avait dit, on aurait dû faire ça depuis longtemps. Non elle, elle pouvait pas l'sentir mais mon mari, comment dire, il était fidèle.

M : et vous pensez que ça a des points positifs la fidélité, réciproque, médecin patient ?

170 P1 : bah lui (son mari), oui, il pensait, il pensait, mais bon...surtout qu'il lui avait donné l'exemple d'un patient à P qui avait eu la même chose et tout d'enlevé et qui s'en était sorti. Il donnait des exemples mais ça, les exemples, c'est pas tout le monde pareil, c'est sûr mais... Moi, ça me donne à réfléchir, ça c'est sûr, après ce que j'ai passé là...

M : la confiance, qu'est-ce que c'est pour vous ? Est-ce que c'est important ?

P1 : bah oui, oui, c'est sûr... (long silence)

M : faire confiance c'est quoi pour vous ?

175 P1 : confiance à son médecin? C'est que, au moins, qu'il fasse plus qu'aller chez vous. Par exemple, vous, pour mes douleurs au ventre, au bout de deux fois, vous m'avez fait passer une échographie. Bon bah, je trouve que c'est très bien. Lui, il faisait pas ça, il faisait traîner avec des médicaments. Pour beaucoup de trucs, c'est même lui (son mari) qui a demandé, parce que bon, quand on devient âgé, on passe des examens, on reçoit des papiers pour les dépistages...mais le Dr O, il était pas efficace pour ça déjà, c'était la remplaçante.

180

Une fois il avait mal au foie et il lui disait toujours : « oui t'as le foie gras, t'as le foie gras, en appuyant là. Et puis un beau jour, il a perdu 10 kg en une semaine. C'était un remplaçant, plein d'exams, ils trouvaient pas... C'est le Dr R qui l'a opéré et c'était un hématome. Il avait eu un accident de voiture il y a longtemps, avec le volant qui lui était rentré dans le ventre, et ça s'est pas déclaré tout de suite, et nous on avait eu peur, perdre 10 kg en 1 semaine, il était tout jaune, on avait pensé à un cancer, c'est sûr.

185

Maintenant c'est fait, c'est fait, ça sert à rien de ruminer le passé...

On verra bien avec le Dr I.

## Médecin n°2

### Caractéristiques du médecin :

Médecin femme de 48 ans

Installée en ville (40 000 habitants)

Installation en 1996, secteur 1

Spécialité : podologie

En association avec un confrère homme, médecin généraliste en secteur 2

### *Entretien2 : Mme B (le 17/11/10, 31min)*

M : je vais vous poser quelques questions pour vous présenter. Je vous rappelle à nouveau que l'entretien est anonyme. Quel âge avez-vous ?

P2: 44

M : quel niveau d'étude avez-vous ?

5 P2: bah je suis allée... 4<sup>ème</sup> ! Et j'ai mon cap d'aide sociale

M : ensuite quel travail avez-vous eu ?

P2: j'ai travaillé en usine, j'ai gardé des enfants, j'ai fait des ménages et puis ensuite, je suis rentrée aux HLM où je suis depuis 85.

M : et que faites-vous aux HLM ?

10 P2: je suis adjoint administratif

M : quelle est votre situation familiale ?

P2: divorcée depuis ... 97 à peu près.

M : vous avez des enfants ?

P2: j'ai une fille, elle a 21 ans maintenant, qui vit avec son papa.

15 M : vous habitez en ville. Vous consultez assez souvent le médecin ?

P2: oui.... En moyenne je vais voir Mme U quand vraiment ça va pas et ... j'essaie de voir Dr U en général au moins une fois dans le mois. Déjà pour le traitement et quand ça va pas j'appelle la secrétaire pour laisser un message. Voilà en règle générale.

M : parce que vous avez une maladie chronique qui nécessite un suivi particulier ?...

20 P2: oui, la fibromyalgie, et là, je souffre énormément... et puis c'est marrant parce que les douleurs ont carrément changé. Avant c'était diffus dans tout le corps et maintenant c'est par endroit. Et ça,

c'est récent, ça me prend dans la colonne, c'est affreux. La dernière fois que je vous avais vu, c'était la tête. C'est ça le souci quoi, la colonne et les céphalées. Toujours au niveau des cervicales...

M : est-ce que vous avez d'autres soucis de santé particuliers ?

25 P2: oui la constipation. J'ai eu 2 occlusions intestinales. Ça c'est mon souci, oui... Ça va, comme dit Dr U, avec la « fibro ».

30 Sinon j'ai été opérée très jeune de la totale, hystérectomie, tout ça... à chaque fois si vous voulez, ça n'avait pas le temps de cicatriser, et je tombais en occlusion. Quand j'me suis mariée, 8 jours avant mon mariage, j'ai fini à l'hôpital. C'est mon point faible, c'est toujours l'intestin côté droit de toute façon.

M : pour votre prise en charge, vous êtes assurée et avez une mutuelle ?

P2: oui j'ai une mutuelle et comme je suis fonctionnaire, j'ai la mutuelle des fonctionnaires territoriaux à Mainvilliers, c'est pas la sécu traditionnelle à Chartres si vous voulez...

M : donc maintenant vous allez me raconter comme s'est passé votre changement de médecin.

35 P2: Ouh la !...

Bah j'avais été voir le Dr C et tout ça pour essayer qu'il me comprenne pour la maladie fibromyalgie, et il m'a dit « écoutez Mme B, je ne peux rien faire pour vous, il faut vous hospitaliser ». Un jour, ça m'avait repris à Noël et tout ça, et c'était toujours les mêmes médicaments, les mêmes médicaments... Ça allait pas quoi. Et l'année dernière, ça allait très mal, il m'avait donné un médicament. Suite à ça, j'suis allée à la pharmacie, j'suis rentrée à la maison et j'ai fait une interaction médicamenteuse, j'suis rentrée dans le coma et c'était pourtant du 30 mg. Les pompiers sont venus, etc... et puis après je suis retournée le voir, il ne comprenait toujours pas. Et c'est là que j'ai rencontré Laurent (un cousin) qui m'a dit : « bah écoute, va voir Mme U, c'est elle qui m'a accueilli, elle qui m'a soigné quand j'ai eu cette tumeur, c'est elle qui m'a sauvé ». Et là, Me U a, comment dire, repris tout mon dossier médical et j'ai fait tous les examens, ponction lombaire, etc... car au départ ils ont eu peur de la sclérose en plaque, et avec elle ça va, car on peut parler, elle comprend tout, ça se passe très bien. Mais bon, je vais la voir quand vraiment ça va pas, quand je suis instable. Le problème avec cette maladie, c'est la douleur, et y'a pas de miracle pour ça quoi. J'peux plus prendre de Paracetamol, j'peux plus... Alors la dernière fois, je lui ai dit : « faites-moi quelque chose, faites-moi une piqûre mais elle pouvait rien faire. Même Mme T au centre antidouleur, je lui ai dit : « faites quelque chose, une piqûre ! », mais elle m'a dit : « mais non, on ne peut rien faire ». Avoir mal comme ça c'est... c'est des crises, et quand ça me prend...

50 M : alors vous disiez tout à l'heure : « Mr C, il m'a pas compris quand on a découvert la maladie ». C'est qui, qui a découvert la maladie ?

55 P2: bah, à l'hôpital déjà, ils ont pas compris, ils ont dit que j'étais un peu folle. Bah, c'est une maladie chronique, mais à l'époque, on appelait pas ça comme ça. Et moi à l'époque je faisais du sport et je me suis dit, c'est suite au footing, suite au sport que je fais. Un matin, je me suis levée et j'avais du mal à marcher comme si j'étais paralysée. Ne pas pouvoir me servir de mes membres, rien du tout

60      quoi. Et puis on m'a dit « c'est dans votre tête ! ». Et c'est seulement à l'hôpital qu'on m'a dit : « c'est la fibromyalgie », à Chartres.

C'est Mr C qui m'avait adressé au centre anti-douleur et ça va, avec Mme T, c'est très bien. Mais avant elle passait dans les chambres quand on était hospitalisé, alors que maintenant non.

M : alors vous me disiez qu'avec l'autre médecin c'était un manque de compréhension ?

P2: oui un manque de compréhension total...

65      M : Est-ce qu'il y avait autre chose qui fait que vous avez voulu changer de médecin?

P2: pas d'écoute, beaucoup de temps d'attente pour avoir un rendez-vous, et puis toujours les mêmes médicaments, médicaments, médicaments..... Et quand je suis arrivée à l'hôpital, c'était un interne de paris, il m'a dit « écoutez il va falloir arrêter, ça va plus » et après avec Mme U... avec Mr C au début ça allait, mais après il a pris des patients, des patients, des patients et à mon avis personnel, 70      il arrivait pas à gérer son agenda, il était moins disponible. Pour avoir un rendez-vous, il fallait attendre. J'étais des fois en crise de céphalées et tout, et je ne pouvais pas avoir de rendez-vous. Il me disait : « allez à l'hôpital », et me donnait toujours Anafranil, Paracetamol, on tournait en rond...

M : « on tournait en rond », vous trouvez qu'il vous donnait toujours la même réponse thérapeutique...

75      P2: Et ce qui m'a fait peur, c'est quand j'ai failli tomber dans le coma suite aux médicaments qu'il m'avait donné. C'était, je ne sais plus, là, ça m'a couché. J'ai perdu connaissance plus de 10 min, puis j'ai appelé mes voisins qui ont appelé les pompiers. J'suis restée 2 jours à l'hôpital. Alors après, y'en a qui m'ont dit : « vous avez mélangé des médicaments », mais j'avais pas du tout mélangé les médicaments! Athymil, voilà, c'est ça. (...)

80      M : vous pensez que le malaise, ça a été l'événement déclencheur qui a fait que vous avez décidé de changer de médecin ?

P2: oui tout à fait, j'ai eu peur, mes parents aussi. J pense pas à la mort, ni rien du tout, c'est pas ça, mais là, j'ai réagi !

85      M : d'accord. Et ça faisait un moment que vous pensiez à changer de médecin déjà ? C'est une décision qui a pris un certain temps à cheminer dans la tête ?

P2: oui, quand j'étais hospitalisé, après je me suis dit: « ça va peut-être changer, s'arranger avec Mr C ... »

M : est-ce que c'était une décision difficile à prendre ? Vous avez mesuré le pour, le contre ?

90      P2: j'ai fait confiance à Laurent. C'est vrai que j'avais quand même surtout une appréhension au niveau des médicaments, savoir si Mme U allait me comprendre, et puis après, ça a été ; elle a repris tout mon dossier, tout ça, et ça a été. Y'avait de l'écoute.

M : et parlez-moi un peu de la confiance !

P2 : par rapport au médecin ?

Bah oui j'ai confiance en mon médecin. Dans quel sens vous voulez que... ?

95 M : Est-ce que c'est quelque chose, vous pensez, qui est important ? ou...

P2 : ah oui ! Avoir confiance en son médecin...ah oui ! C'est primordial, C'est primordial. Car si le malade, déjà, il est pas bien en lui-même, avec le médecin, il faut qu'il y ait un lien, une confiance totale tout à fait. Pas de l'amitié mais une confiance, c'est primordial.

M : la confiance avait diminuée dans la relation avec votre ancien médecin ?

100 P2 : Tout à fait !

M : et que pensez-vous aussi de la fidélité médecin/patient ?

P2: c'est-à-dire...

M : est-ce que c'est important ? ou au contraire parfois est ce que c'est bien de changer de médecin ?

105 P2: ah non, là, j'vous dis j'ai changé parce que malheureusement il y a eu un incident, et parce que il écoutait plus rien, mais... non il faut garder son médecin. Par exemple si un jour je déménageais et que je devais connaître un autre médecin, je serais malheureuse, par ce que... non c'est très important.

M : en quoi c'est important ?

110 P2: ... euh, les questions... (...) ça permet d'être rassuré en quelques sortes. Car déjà vous êtes pas bien, et ça permet d'être rassuré, un petit geste un petit mot...

M : d'accord. Est-ce que vous pensez qu'actuellement les patients changent plus de médecin qu'autrefois ?

P2: ah oui ! C'est mon impression !

115 M : lié à quoi vous pensez ?

P2: lié à la vie actuelle. Parce qu'on court tout le temps et le patient a besoin d'être écouté, et... je pense qu'il y a beaucoup de patients qui changent, car ils ont besoin surtout à l'heure actuelle d'être rassuré !

M : et les médecins sont moins disponibles, vous trouvez, en ce moment ?

120 P2: oui en règle générale, oui...

M : à cause de quoi vous pensez ?

P2: je sais pas... la crise... par ex, l'autre fois, j'étais à l'hôpital et il y avait une grève, et toute la prise en charge des patients en cancéro était perturbée, c'est terrible d'en arriver là au 21ème siècle ! C'est quand même le cancer ! Et c'est terrible de voir le médecin interviewé et que pendant ce temps là, il y ait personne pour opérer le patient de son cancer ou faire les rayons. Soupir. Ca fait drôle d'en arriver là...

125



M : Est-ce que vous pensez qu'actuellement, avec la nécessité d'avoir un médecin référent en remplissant un papier, les patients ont l'impression que c'est moins facile de changer de médecin ?

130 P2: ah oui ! enfin moi, je l'ai fait, et c'est vrai que maintenant il faut écrire et tout ça, mais en effet, c'est pas évident pour tout le monde, car vous êtes obligé de tout déclarer, car si vous déclarez pas votre médecin, vous êtes pas remboursé.

M : alors, il faut savoir que si votre médecin habituel n'est pas disponible, vous pouvez aller voir un autre médecin, il faut juste qu'il coche la case médecin remplaçant. Et vous êtes remboursé normalement.

135 P2: ah oui, d'accord (...)

M : alors d'un côté, vous me dites que c'est plus difficile de changer de médecin avec les papiers etc... mais tout à l'heure vous me disiez aussi que les patients en général aujourd'hui changent plus souvent de médecin qu'autrefois ?

P2: oui, parce que comme je vous disais, les gens ont besoin d'être rassuré !

140 M : donc c'est que vous pensez qu'avec leur médecin en général, ils ne sont pas assez rassurés ? A cause de quoi ?

P2: planning trop surchargé en général. C'est ça aussi qui m'a fait un peu fuir le Dr C...

145 Autrefois j'avais Mr T quand j'étais encore chez mes parents. Malheureusement il est décédé mais, c'était « Le » médecin !... Il était classe, bien habillé il était toujours disponible, il m'avait rendu visite à l'hôpital quand j'avais été hospitalisée.

M : pour vous, c'est important que le médecin se déplace

P2: bah oui une fois j'étais en crise et le Dr C n'a pas voulu se déplacer...

M : et l'habit, l'apparence, pour vous c'est important ?

150 P2: c'était peut-être la génération aussi Me F vous savez... Mais j'estime que quand on est médecin, il faut être propre présentable !

M : donc là, vous m'avez parlé du manque de temps, du planning surchargé des médecins, manque d'écoute, manque de compréhension, la présentation même si c'est peut-être moins important que le reste, y a-t-il autre chose à reprocher au médecin ?

155 P2 : le manque de temps, un geste rassurant. Une fois un médecin m'avait pris la main, c'est 5 minutes mais c'est quelque chose, il y a un petit truc qui rentre en vous, et ça fait du bien. Pas besoin de pleurer, tout ça, mais ça aide, c'est un petit plus. C'est pas grand-chose, mais c'est beaucoup, croyez moi.

M : et quand vous avez choisi Mme U, sur les conseils de l'ami de votre frère, vous attendiez quoi d'elle ?

160 P2: ah bah...j'allais dire, tout !... Qu'elle m'écoute, je lui ai dit ce qui n'allait pas et on a repris tout à zéro (...) Les examens, les traitements. (...)

M : vous attendiez une autre prise en charge, plus d'écoute, plus de compréhension, plus de disponibilité ...

165 P2: oui, je peux attendre fin de semaine, mais quand c'est urgent, j'appelle le secrétariat et le secrétariat de Mme U, contrairement à celui de Dr C, est super sympa. Je sais que le message sera transmis, impeccable. Ca, c'est bien.

M : vous avez autre chose à ajouter ?

170 P2 : non, et puis c'est bien, elle me « booste » un peu ; l'autre fois, vous m'avez arrêté et elle m'a « boostée ». Elle m'a dit : « allez, faut retourner au bureau ! ». Mais là, au boulot, c'est la cata, j'ai plus de bureau, etc... J'attends que mon bureau à l'accueil soit aménagé, et elle essaye de me booster. Le pire, c'est quand j'ai les céphalées, je peux pas travailler, je vomis, c'est la cata, mais autrement j'essaie de me booster...

### *Entretien3 : Mr P (le 23/11/10, 15 min)*

M : tout d'abord vous allez vous présenter. Je vais vous poser quelques questions. Quel âge avez-vous ?

P3 : 74

M : quel niveau d'étude avez-vous ?

5 P3 : dans le temps c'était le certificat d'étude et puis le CAP, et puis après c'est tout, j'ai pas passé d'autres brevets

M : quel CAP ?

P3 : le cap de peintre en bâtiment

M : après quelle profession avez-vous eu ?

10 P3 : bah, artisan peintre...

M : pendant combien d'année ?

P3 : j'ai commencé en 1950, vous étiez née ? Et j'ai arrêté en 95 juste pour mes 60 ans

M : vous êtes marié ? Vous avez eu des enfants ?

15 P3 : euh oui j'ai commencé par ça...des jumeaux qui ont 51 ans et ma fille Sandrine qui elle est de 68 donc elle a...42 ans

M : est-ce que vous consultez souvent le médecin ? A quel rythme en moyenne ?

P3 : mon ancien Dr, il fallait le voir tous les mois et il nous prenait une fortune pour rien du tout. Actuellement tous les deux ou trois mois environ, c'est elle qui décide. Elle me dit c'est suffisant et si vous avez besoin entre temps vous m'appellez

20 M : avez-vous des soucis de santé particuliers, chroniques, qui impliquent de voir régulièrement le médecin ?

P3 : oh bah oui, j'ai une pile déjà... j'avais eu un calcul, c'est pour ça qu'ils m'avaient ouvert le buffet, mais c'est avec des trous qu'ils l'ont fait parce qu'il y en a, dans le temps, c'était « zzzz » (en mimant une cicatrice de laparotomie)

25 M : une coelioscopie ?

P3 : oui...voilà si vous l'dites !

Et puis un abcès qu'avais...pour parler poliment, aux joyeuses ! J'aurais attendu 1 journée de plus, c'était l'enlèvement total.

30 Donc elle me voit tous les 3 mois pour le renouvellement des médicaments que je prends tous les jours (je n'arrive pas à lui faire dire quels médicaments et pour quoi, NDLR)

35

40

45

50

55

60

65

148

M : ça faisait combien de temps que c'était votre médecin ?

70 P3 : aïe, aïe, aïe, ça fait peut-être 6-7 ans...

M : et y'a-t-il eu un facteur déclenchant qui a fait que là, vous vous êtes dit, ça y est je vais chez un autre médecin ?

P3 : bah non, un jour il est venu comme d'habitude, 5 minutes, au revoir et puis c'était la dernière fois, je ne l'ai pas rappelé.

75 M: c'était la fois de trop, quoi ?

P 3 : oui, oui, il prenait la tension et c'est tout !

M : donc vous pensez qu'il ne prenait pas le temps de faire un examen correct ?

80 P3 : ah non, non. Quand Me U elle vient, elle est là presque 3/4h, elle explique et elle note tout sur un cahier, que lui il prenait pas non plus de note. Et puis c'était tel jour, telle heure et pas une autre, car sinon, il avait pas le temps !

M : elle explique, ça c'est important pour vous ?

P3 : oui, oui...

M : parlez moi aussi de la confiance patient/médecin ?

85 P3 : moi j'ai toujours fait confiance aux toubibs. Dans le temps c'était le Dr G le seul toubib de Chartres qui était valable, n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, vraiment sympa. Un soir il est venu, il était 22h ! « Qu'est ce tu manges », il me disait, parce qu'il me tutoyait, et hop il goûtait dans mon assiette, il était vraiment sympa, ah oui !

J'ai toujours eu confiance aux toubibs. Mais lui, il me prenait pour un con c'est tout !

90 M: et aujourd'hui que pensez vous de la fidélité médecin/patient, est-ce important d'avoir son médecin ?

P3 : attiré ? Oh, bah oui, y aurait que moi, autrefois mes anciens toubibs, bon ils sont décédés, mais j'aurais jamais changé de toubib, j'ai changé parce qu'à un moment, ils me convenaient plus.

M : pourquoi c'est important pour vous ?

95 P3 : bah, c'est une question de confiance. Un jour, je lui disais: «J'ai mal aux reins », il disait : « c'est rien, vous êtes trop gros ! » Bon c'est sûr, là, j'ai perdu 10 kg car j'avais été hospitalisé, j'avais fait de l'œdème, en réa, 2 jours dans le coma !...

M : et la fidélité, quels sont les points positifs et négatifs ?

P3 : bah c'est-à-dire que, c'est la confiance, et puis on peut s'expliquer avec elle, et puis j'suis à l'aise avec elle, un peu comme j'suis à l'aise avec vous, si un jour vous venez par là... (rires)

100 Tierce personne dans la pièce : non mais je pense que ce qui est important c'est qu'il y a un suivi, le médecin après il vous connaît.

P3 : bah voilà oui

M : pensez vous qu'il est plus difficile aujourd'hui de changer de médecin avec le formulaire ?

105 P3 : bah non, puisque j'ai pas eu de problème ! Quand j'ai décidé, j'ai pas demandé son avis, j'ai changé.

M : avez-vous autre chose à dire, d'autres idées en tête ?

P3 : non, j suis content de vous avoir vu. Et j'espère garder longtemps Me U.

M : donc, c'est par le bouche à oreille que vous aviez choisi Me U. Et en la choisissant qu'attendiez vous d'elle ? D'un médecin en général ?

110 P3 : déjà dans sa manière, je vois que c'est beaucoup mieux que le docteur L, et sa façon de tout éplucher le dossier, de noter ses observations

M : une rigueur... ?

P3 : oui j'aime bien et je lui fais confiance

115 M : mais au départ avant de la connaître, en la voyant la première fois qu'attendiez vous ? Qu'est ce que vous cherchiez chez le nouveau médecin ?

P3 : ah bah, je vais bien voir. Ma réaction (ou veut il dire impression ? NDLR) a été bonne tout de suite, la manière comme elle s'est exprimée, bon, j'me suis dit, c'est valable. Et puis j'ai fait confiance car comme c'est le toubib de ma fille, j'me suis dit, si elle la prend, c'est qu'elle est bien, et puis elle m'a plu tout de suite. J'peux pas vous dire plus, elle est gentille !...

120 M : merci pour votre participation !

*Entretien 4 : Mme M (le 29/06/11, 9min)*

M : tout d'abord, je vais vous poser des questions pour vous présenter...

P4 : mmmh

M : Alors quel âge avez-vous ?

P4 : J'aurai 84 ans le mois prochain, enfin au mois d'août, oui...

5 M : D'accord ; euh, quel niveau d'étude avez-vous ?

P4 : Euh, le bac, ancienne formule

M : D'accord ; vous êtes mariés, vous avez eu des enfants ?

P4 : Oui, oui, 2 enfants

M : D'accord ; et quel travail vous avez eu après votre bac ?

10 P 4 : Institutrice

M : Institutrice ! D' accord...donc là, vous habitez en zone urbaine ; vous allez voir le médecin à peu près tous les combien ?

P15 : Bah, en ce moment, c'est tous les 2 mois

M : D'accord ; donc, c'est pour un renouvellement de traitement ?

15 P4 : Oui, oui, c'est pour le traitement ; j'ai un traitement à la cortisone ; alors, j'ai un suivi à faire.

M : D'accord ; donc vous avez des soucis de santé chroniques qui nécessitent un traitement...

P4 : Oui, oui...

M : Vous prenez de la cortisone pour quoi ?

P15 : J'ai la maladie de Horton

20 M : D'accord, ok ; vous avez d'autres traitements à prendre ?

P4 : Oh, ben aussi la tension, des petits problèmes...

M : D'accord ; donc, vous avez la Sécurité Sociale, une mutuelle complémentaire ?

P4 : Oui

M : D'accord ; donc maintenant vous allez me parler de votre changement de médecin généraliste

25 P4 : (rires) ben, notre docteur, il rechignait...on demandait de plus en plus à ce qu'il vienne à domicile parce que moi, je conduis plus ; mon mari, il conduit en ce moment mais il a été tout cet hiver dernier où il conduisait plus...enfin, on préfère à domicile évidemment (rires) ; alors notre docteur il

rechignait beaucoup et il a eu un petit comportement assez bizarre (rires) ; un jour, pour mon mari, il lui avait donné un renouvellement pour la potence qu'il a à la tête du lit...1 mois...pour 1 mois (rires)

30 M : D'accord

P4 : évidemment c'était un peu gênant (rires) ; on a été un peu surpris ; puis on a arrêté, puis...sur l'enchaînement...puis comme mon fils il habite pas loin, il nous parle toujours de Madame U, on l'a connue, elle a bien voulu venir à domicile ; elle habite pas loin (domicile personnel), on peut même lui déposer un courrier chez elle, c'est pratique

35 M : d'accord, donc il rechignait à venir à la maison...

P4 : oui

M : et puis un moment donné, vous avez l'impression qu'il renouvelait le traitement, mais pas pour très longtemps, pour que vous...

P4 : oui, oui...

40 M : pourquoi ? Pour que vous reveniez ?

P4 : je sais pas, je sais pas...oh bah oui, oui (rire gêné)

M : d'accord ; et est-ce qu'il y avait ... ?

P4: il avait des sautes d'humeur...

M : il avait des sautes d'humeur ? d'accord... donc c'était au niveau du contact aussi qu'il était...

45 P4 : oui, il y avait des visites qui se passaient très, très bien ; des consultations à domicile, chez lui, bien... ; et puis d'autres fois, très froid, très... ; il était toujours assez critique sur les (trou de mémoire) les... (silence)

M : les prises de sang ?

P4 : non, non, non, les...les docteurs qui font au-dessus de lui, quoi !

50 M : les spécialistes ?

P4 : les spécialistes, voilà !!!

M : d'accord ; donc il était très critique ; il vous racontait un peu ses...

P4 : oui, oui...

M : ...les choses qui l'agacent ?

55 P4 : oui, oui...c'est ça ! Alors... (soupir)

M : oui, donc vous, ça... ?

P4 : ben, nous, on voyait pas le lieu d'être critiqué comme ça



M : d'accord ; donc, le contact, en fait, c'est important pour vous ?

P4 : mmmhh

60 M : est-ce qu'il y a autre chose qui est important ?

P 4 : silence

M : et qui fait que vous avez voulu changer ?

P4 : son diagnostic, il était pas mauvais parce que...il nous a soigné pendant plusieurs années ; c'était correct, c'était bon...sans compter le métier...non, je crois plutôt dans son caractère, dans son

65 comportement, il était... (silence)

M : d'accord

P4 : c'est tout

M : d'accord ; est-ce qu'il y a eu, donc, un évènement qui a déclenché le fait que vous avez vraiment décidé de changer ?

70 P4 : (rire)...oui, bah c'est l'histoire d'A (son mari, NDLR) qui a déclenché...oui, m'enfin, ça mijotait depuis un moment

M : Donc ça mijotait depuis un moment ?

P4 : (rire) oui

M : Donc les choses qui mijotaient, c'était en fait le fait qu'il soit d'humeur un peu...changeante ?

75 P 4 : Voilà, c'est ça...ah, et puis...

M : Qu'il ne veuille pas se déplacer ?

P 4 : Voilà

M : D'accord ; donc, la décision, elle a été difficile à prendre ? ou finalement...euh ?

P4 : Oh, bah non, ça c'est fait assez bien...non, non.

80 M : D'accord ; et donc, comment vous avez choisi votre nouveau médecin ?

P4 : Bah, parce qu'on la connaissait...

M : Vous la connaissiez d'avant ?

P4 : (...) notre fils lui en a parlé et il lui a demandé si...si elle pouvait faire les visites à domicile (...) elle a dit oui

85 M : D'accord

P4 : (...) arrangé... (la voix est très faible , NDLR)

M : D'accord

P4: Ça nous rend service, hein !

M : Donc, c'est quoi que vous attendez de Madame U, ce que vous attendez d'un médecin ?

90 P4 : (soupir) Qu'elle nous suive notre état de santé, qu'elle nous apporte le soutien qu'on attend d'un docteur

M : Est-ce qu'il y a autre chose que vous attendez d'un médecin ?

P4 : Oh, bah, je sais pas ! Son contact est agréable ; elle est toujours...elle semble toujours présente par l'esprit avec nous, ah ça, c'est sûr...

95 M : Donc, à l'écoute finalement ?

P4 : Voilà

M : D'accord ; est-ce qu'il y a autre chose que vous attendez d'un médecin ?

P4 : Bah, non...non !

M : Donc, sa compétence, sa disponibilité, qu'il vienne à domicile, l'écoute ?

100 P4 : Mmmhh

M : En gros, c'est ça ?

P4 : Oui, oui,

M : D'accord ; et parlez-moi un petit peu de la confiance

P4 : (Silence)

105 M : Médecin/patient ?

P4 : On a confiance ! Si on a des doutes, on peut toujours voir quelqu'un d'autre hein ! C'est pas défendu...

M : Mmmhh ; comment ça s'établit la confiance ?

110 P4: Bah, faut pas être intimidé ; faut que ce soit quelqu'un de proche dans son comportement, quelqu'un de sympathique

M: D' accord

P4: Mmmhh ; (long silence)

M : Ok ; est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui les patients changent plus facilement de médecin qu'autrefois ?

115 P4 : Alors là, je sais pas

M : Vous ne savez pas, d'accord ; et qu'est-ce que vous pensez de la fidélité médecin/patient ? Est-ce que c'est positif ou est-ce qu'il y a des points négatifs ?

P4 : Bah, ça, évidemment, pour les docteurs ça doit être positif parce que quelqu'un qu'il connaît...il connaît l'état de santé, il peut le suivre quand même plus facilement que quelqu'un qu'il connaît pas...mais...

M : Ça, c'est pour les docteurs ; et pour les patients ?

P4 : Ben, c'est déjà plus facile de s'exprimer auprès d'un docteur qu'on connaît que d'un docteur qu'on connaît pas

M : D'accord ; on est plus à l'aise vous voulez dire ?

P4 : Oui, C'est ça...oui !

M : Et est-ce qu'il y a des points négatifs ?

P4 : (long silence) je sais pas ; y'a peut-être la routine qui s'installe aussi peut-être quelques fois...

M : Mmmhh

P4 : Les docteurs qui connaissent... «Oh oui, c'est comme ci c'est comme ça » et puis hop, on passe à autre chose !

M : D'accord...et la routine c'est ...c'est quoi qu'est négatif ? C' est ...

P4 : Ben, il peut, peut-être, à force de toujours diagnostiquer le même problème...euh, passer à côté d'un autre problème, moi je sais pas !

M : D'accord... ; et donc, vous savez, il y avait la réforme du changement du médecin traitant ; il fallait signer un papier pour choisir son médecin référent ; est-ce que vous pensez que ça a rendu plus difficile la démarche ? Pour changer de médecin....

P4 : Je sais pas ; pour nous, ça n'a pas posé de problème...mais je sais pas, pour certain c'est peut-être...

M : Ça n'a pas posé de problème pour vous ! D'accord...

P4 : On n'a pas revu l'ancien docteur ... je sais pas (rire)

M : D'accord

P4 : Il a transmis son...le dossier à madame U et puis voilà, ça c'est bien passé

M : D'accord ; est-ce que vous avez d'autre chose en tête que vous aimeriez dire ?

P4 : Je sais pas (rire) je vois rien...

M : D'accord, et bien je vous remercie.

*Entretien 5 : Mr M (le 29/06/11, 18min)*

M : Donc, je vais vous poser quelques questions pour vous présenter.

P5: je vous écoute.

M : alors quel âge avez-vous ?

P5 : oh, là, là, je m'en rappelle plus ! (rires) 85,86... au mois d'août !

5 M : D'accord ; quel niveau d'étude avez-vous ?

P5 : Certificat d'étude

M : D'accord ; quelle profession avez-vous eue par la suite ?

P5 : Oh, là, là, alors là c'est compliqué... j'ai commencé par ferrer les chevaux et puis j'ai fini représentant : VRP.

10 M : D'accord.

P5 : J'ai fait à peu près tous les métiers.

Sa femme : Non pas tous les métiers!

P5 : Oh, non, parce que j'ai pas été instituteur.

Toujours le branche mécanique!

15 P5 : Bah oui!

M : D'accord

P5 : J'ai des photos, tiens, où je suis en train de ferrer les chevaux, là...

M : d'accord ; donc vous êtes mariés, vous avez eu 2 enfants...

P5 : voilà !

20 M : à quel rythme vous allez chez le médecin généraliste?

P5 : oh, j'en sais trop rien...quand j'ai besoin... (Rires) Oh, bah, en ce moment, comme je suis sous anti-coagulant, alors bon, j'ai besoin du docteur pour savoir au point de vue nerf si faut... si je suis bien ou pas bien ; et puis là j'attends justement qu'elle vienne me revoir parce que j'ai besoin d'une ordonnance... pour le traitement du sang ; pour cette prise de sang, il me faut une ordonnance.

25 M : donc elle vient tous les combien ?

P5 : en principe, c'est tous les deux mois (...) ça fait déjà trois semaines, trois quatre semaines que j'ai plus de piqûre ; alors j'en était à 2,5, quelque chose comme ça...

M : Parce que c'est nouveau votre traitement par anticoagulant ?

P5: Ah, PREVISCAN...

30 Sa femme : « c'est à la suite d'une opération... »

P5 : oui, à la suite d'une opération de la hanche

M : D' accord ; est-ce que vous avez d'autres traitements ? Pour d'autres problèmes de santé ?

P5 : Ben oui, parce que je suis...euh, comment dirais-je, j'ai des piqûres...

M : Pour le diabète ?

35 P5 : Pour le diabète (silence)

M : D'accord ; vous avez donc une sécurité sociale et vous avez la mutuelle ?

P5 : Oui

M : Une mutuelle, d'accord ; donc maintenant parlez-moi de votre changement de médecin généraliste

40 P5 : Oui, oh bah ça, moi c'est vite fait quand on se fout de ma gueule...ben, ça dégage ; je veux bien lui accorder une pension un certain temps, mais faut pas pousser non plus ; si on a besoin d'un docteur, c'est parce qu'on a besoin de conseils, on a besoin, sinon c'est pas la peine

M : Mmh...

45 P5 : à chaque fois que j'allais le voir, il prenait la tension. Il disait toujours 14 /8 ; c'était toujours pareil ; bon et puis anti-inflammatoires ; bah, vous soignez pas tout avec les anti-inflammatoires ?

Il dit : « Alors, pourquoi on en vend ? »

Moi je dis : « moi, des anti-inflammatoires, j'en veux plus, ça fait mal à l'estomac » ; c'est tout, puis, j'en veux plus; bon. Avec Madame U, j'en ai pas ; alors ?

M : Mmh...

50 P5 : Et puis bon, ben, ça l'a fini comme ça ; bon, puis y'en a marre, c'est tout ; quand fallait qu'il vienne, c'était toujours des grimaces, parce qu'il fallait qu'il se déplace ; euh, bon...des jours, il était pas à prendre avec des pincettes

M : Mmh

55 P5 : Après...tous les chirurgiens, les docteurs, les spécialistes, tout ça, eux, c'étaient des « propres à rien » ; y'a que lui qui connaissait tout ; bon...

M : Et...

P5 : Moi, j'ai mon cardiologue P...qui m'a sauvé la vie ; « ... ? Oh P...il ferait mieux de s'occuper de ses affaires ! » (le patient cite son médecin) ; bon, j'ai dit « P...P...c'est un spécialiste...il a quand même ses brevets quand même ! » ; et ben puis, moi, toute manière, je l'apprécie.

60 M : Mmh

P5 : Et lui, il connaît pas tout non plus! (....) moi, j'aime pas qu'on me parle comme ça (silence)

M : A... (le patient coupe la parole, un peu « remonté »)

P5 : Pourquoi, pourquoi que Madame U elle m'envoie bien voir des spécialistes ? Alors, ça veut tout dire...et puis que l'autre, il connaît tout ; il a pas besoin de spécialistes

65 M : Donc, quand vous dites « il se fout de ma gueule », c'est ça, c'est-à-dire qu'il vous donnait toujours les mêmes traitements ?

P5 : Oh, bah, c'était toujours pareil, pffff...ouais...et bé, enfin, ça a cassé.

M : D'accord

P5 : Et comme on connaissait bien Dr X...qui était notre docteur avant, mais je vous le dis, c'est pour aller se garer chez lui, c'est pratiquement impossible d'abord...et puis moi qu'a du mal à marcher et tout ça ; fallait faire le tour de (...) pour trouver une place pour se garer ; bon, ben, j'ai changé...c'est venu comme ça...mais c'est pas, c'est pas parce que j'étais fâché avec eux... C'est parce que je pouvais pas me garer ou alors prendre un bus mais on va où ? On atterrit où ? Après, il faut marcher à pieds tout le long de la rue ; moi, je peux pas

70

75 M : Mmh

P5 : Bon, ça a fini comme ça, quoi ! Et puis comme on connaissait madame U dans ses débuts, puisqu'habite à côté de chez nous, ça peut pas être plus près...bon, bah, voilà...puis j'y ai demandé si elle voulait bien m'accueillir dans sa clientèle ; bah pas de problème ; bon, bah, c'est bon

M : D'accord

80 P5 : Puis elle a récupéré mon dossier chez D...puis c'est bon

M : Et quand vous dites qu'il prescrivait toujours les mêmes traitements etc... vous pensez que cela voulait dire quoi ?

P5 : Oh, j'en sais rien ! Je me suis même demandé s'il se foutait pas de moi parce que il faisait semblant écouter...alors pour prendre la tension, fallait aller s'allonger sur son établi, là... (rires) pour prendre la tension, c'était quand même vite fait...pour dire toujours pareil ! C'est bon...

85

M : Donc, vous dites qu'il faisait semblant d'écouter peut-être ?

P5 : Oh, oui...oui, c'était plutôt une routine chez lui ; c'était pour se débarrasser ; allez, un jour « j'ai trop de clients » ; oh, bah j'ai compris ; si, c'est comme ça, ça va être tout de suite prêt

M : D'accord

90 P5 : Il va pas vous le dire « je vous fous dehors » mais...

M : D'accord ; donc, vous pensez qu'il n'écoutait pas bien ?

P5 : Non, il se foutait un peu du monde

M : Il critiquait...euh...ses confrères ?

P5 : Voilà, tous les confrères, tout le monde, y'avait que lui...il connaissait tout

95 M : D'accord (silence) ; il prenait pas beaucoup de temps aussi...

P5: Oh, bah, non ! C'était 10 minutes, ¼ d'heure maximum ; on n'avait pas le temps de discuter de rien du tout...pfff...c'est terminé

M : Et vous disiez : « j'avais envie de poser des questions »

P5 : Bah oui, mais on n'a pas le temps

100 M : On n'a pas le temps ? D'accord...

P5 : Et puis comme il écoute pas !

M : Donc, manque d'écoute, manque de disponibilité ?

P5 : Oh, bah oui ! Avec Madame U...on peut discuter...lui, y'avait pas moyen (silence)

M : Et le contact aussi peut-être ?

105 P5 : Moi, je sais pas, mais la vie d'un docteur, ça doit être d'écouter ses patients

M : Mmh

P5 : Parce que lui, c'était toujours le contraire...les patients, ça lui cassait les pieds ; j'ai l'impression qu'on le dérangeait quand on allait chez lui

M : D'accord

110 P5 : Ouais (soupir)

M : Est-ce qu'il y a eu un évènement qui a déclenché la prise de décision de changer ?

115 P5 : Oh, bah oui, ma femme vous l'a dit tout à l'heure ; pour avoir une potence, j'avais parlé avec mon pharmacien...qu'est un ami de longue date qu'habite à côté de chez nous...et puis j'avais été là-bas à la pharmacie...puis, il était pas là, c'était sa... son associée ; «oh bah c'est pas un problème, on peut vous l'avoir dans la journée », tout ça, bon ; et puis c'est tout ; elle a voulu me montrer sur un catalogue les prix et puis tout ça...bon, bah, ça s'est arrêté là ; et puis mon copain (le pharmacien NDLR) il s'amène avec une potence. Je dis « bah, j'ai rien commandé » et il dit (le pharmacien, NDLR) « de toute façon c'est en location, t'as rien à payer » ; tout ça...mais dit : « faut que tu demandes une ordonnance à ton docteur » ; ah bon, moi, je lui dis ça (au docteur) ; « parce que vous avez commandé une potence sans m'en parler ? » bah, ah bon, fallait qu'on en parle au docteur ? Enfin, bon...et puis bon, il me fait un bon...pour 1 mois ! Et puis mon petit fils qui est pharmacien, je lui dit « c'est normal ? ». Bah il dit : «on fait pas ça pour que pour 1 mois, 6 mois au moins, pas moins » ; ah bon ?

M : Vous aviez besoin d'une potence parce que vous aviez... ?

125 P5 : Pour me tourner

M : Vous aviez été opéré, c'est ça ?

130 P5: Ben oui, par-là, j'ai été opéré de la hanche puis j'ai cassé la prothèse ; alors, c'était une reprise ; puis le docteur D, il a pendu l'os ; pourquoi m'enlever l'autre prothèse ? Donc, maintenant, j'ai des fils de fer, tout un tas de truc ; alors, pour me tourner, pour me bouger, rien pour m'accrocher ! A l'hôpital, ça va toujours tout seul (...) là, j'en avais plus ; puis ça s'est arrangé comme ça, mais je me sers toujours de la prothèse...heu de la potence et puis justement il faut que je redemande à madame U...parce que là, ça va être tous les 6 mois, alors là, il faut qu'elle me refasse un bon ; y'a pas de problème.

M : Donc, pourquoi il vous a fait pour 1 mois ?

135 P5: Ben voilà ! (Rires) Moi, je vous le demande !

M : Vous pensez, il a été surpris, peut-être que...

P5: Parce qu'on y'a pas demandé son avis pour avoir un bon ; c'est une tête de lard infernale !

M : D'accord, c'est peut-être ça alors...

P5 : Oui, et puis pour « toucher »... pour payer à chaque fois qu'on a une consultation (...)

140 M : rires

P5 : Bon bah ça va, on se fout de ma gueule allègrement mais ça dure pas trop longtemps

M : D'accord ; donc, est-ce que la décision elle a été difficile à prendre?

P5 : Non! Non, parce que je comprends ce que ça fait d'être débarrassé ; « oh, j'ai trop de clients » il a pas voulu dire « foutez-moi le camp », mais tout était bien décrit !

145 M : Mmh, d'accord...

P5 : Comme ça, c'était tout de suite prêt !

M : Mais ça faisait un moment déjà que « ça chauffait » ... ?

150 P5 : Oh, bah oui parce que il commençait à m'énerver parce qu'on dès qu'on lui demandait quelque chose... ! offff, y'a des fois il était pas à prendre avec des pincettes, si y nous envoyait pas promener carrément, c'était tout juste ....

M : Et qu'est-ce qui fait qu'à ce moment-là, quand vous avez déjà des doutes, vous restez quand même chez lui ?

P5: Bah, oui, parce qu'en principe avec une inscription à la godille, bon bah moi je veux bien, mais quand ça va pas, ça va pas ! C'est pas pour ça qu'il faut rester avec un loustic comme ça, pour moi ;

155 M : A l'inscription à ?

P5 : Ben, l'inscription pour chez un docteur...pour...

M : Ah, oui !



P5 : Pourquoi s'inscrire chez un docteur s'il est pas capable de nous entretenir (...)

M : Donc, si vous êtes resté chez lui, finalement, c'est parce que vous étiez inscrit chez lui ?

160 P5 : Ben, oui, j'ai attendu un moment ; j'ai dit ça va peut-être se passer cette comédie !

M : D'accord...

P5 : Mais...et après quand on a plus confiance, c'est terminé, hein !...

M : Donc, il n'y avait plus de confiance, vous dites ?

P5 : Non, j'avais plus confiance, moi.

165 M : D'accord (silence) ; parce que pour vous, la confiance... il faut quoi pour qu'il y ait la confiance ?

P16 : Ben, pouvoir discuter franchement...et puis parler franchement ; y'a pas de problème

M : Donc pour vous, être en confiance, la confiance, c'est pouvoir discuter franchement ?

P5 : Ben oui, puis voir d'après les résultats obtenus qu'on peut avoir confiance dans son docteur ; parce que si ça sert à rien, oh c'est pas la peine de voir un docteur !

170 M : Donc, d'après les résultats obtenus aussi ?

P5 : Ben oui...

M : Vous, vous trouviez que vous n'aviez pas les résultats euh... ?

P5 : Bah non! Avec madame U..., bah elle m'a fait une expertise de tous les bouts ; ça, c'est au moins impeccable ; j'ai passé par tous les spécialistes pour ces résultats qui la tourmentaient (...) et puis

175 impeccable!

M : D'accord...

P5 : Fallait qu'elle me déplace en ambulance, je ne pouvais plus marcher, hein!

M : Mmh ; donc là, vous vous sentiez en confiance ; on s'occupait bien de vous chez madame U ...

P5: Oh bah oui...oui ; là j'attends plutôt son passage avec impatience parce que j'ai plusieurs choses à lui demander ; bah, si c'est la semaine prochaine ! (...)

180 M : D'accord ; donc, comment avez-vous choisi votre nouveau médecin?

P5 : Bah, je vous l'ai expliqué tout à l'heure qu'on la connaissait déjà.

M : Mmh...

P5 : Dans les débuts qu'elle était venue (...) à ce moment-là, elle regardait dans ses bouquins (rires); bon, un débutant, c'est comme ça ; vous allez voir ce que c'est ; et puis comme elle connaissait bien le docteur X... (...) D'abord quand elle est en vacances ou autre, elle est remplacé par le Dr X... qu'est venu une fois ou deux (...) Il était sympathique aussi comme docteur....enfin, comme madame

185

U...habite à côté de chez nous (...) quand faut prendre un docteur le plus près possible, eh ben ça...  
(passage inaudible)

190 M : Donc, vous la connaissiez déjà, elle habite près de chez vous ; est-ce qu'il y a autre chose, d'autres critères qui ont fait que... ?

P5 : Bah, non, puisque c'est le docteur de mon fils, il est à côté de chez nous...bon, bah tout ça, ça c'est enchaîné...on n'est pas resté en famille, mais presque (rires).

M : D'accord ; donc, c'est aussi parce que c'est le médecin de votre fils?

195 P5 : Oui, ben...oui (...) C'est-à-dire qu'on allait là-bas avant et puis lui, il a continué comme nous ; mais lui, il est jeune et puis, il peut marcher...

M : D'accord...

P5 : ...il se déplace facilement

200 M : Et donc, qu'est-ce que vous attendez en fait de votre nouveau médecin ? Quand vous l'avez choisi ?

P5 : La confiance !

M : Mmh...

P5 : On peut pas demander mieux que la confiance à un docteur (long silence) ; je sais pas, sinon, bah c'est pas la peine d'aller le voir !

205 M : Mmh...

P5: (...) bon, ben...

M : Quand vous allez chez le médecin, qu'est-ce qui est important pour vous ?

P5 : Ben lui dire ... lui demander déjà les conseils sur ma santé, sur ce qui va pas ; bon, ben c'est à lui de me le dire, sinon j'irai pas le voir (rires)

210 M : Donc, qu'il puisse vous conseiller, répondre à vos questions ?

P5 : Bah, voilà !

M : Mmh...

P5: Oui.

M : Donc, on le disait tout à l'heure, vous disiez « avoir du temps pour parler » ?

215 P5 : Bah voilà

M : D'accord ; de l'écoute ?

P5 : Ben oui, quand madame U...est là, (...) on parle, ça dure pas quinze jours, on peut lui poser quelques questions, on peut discuter, oui...

220 M : Et vous disiez tout à l'heure que le médecin donne l'impression quand même de s'intéresser à vous?

P5 : Ben, oui !

M : Mmmhh

P5 : C'est normal

225 M : D'accord ; est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui que les patients changent plus souvent de médecin qu'autrefois ?

P5 : Alors là !

M : Vous savez pas trop?

P5 : Ben non

M : D'accord

230 P5 : Moi, je m'occupe pas des gens ; ils font ce qu'ils veulent puis moi, je fais ce que je peux ! (rires)

M : Est-ce que vous pensez que la réforme du médecin traitant rend plus difficile le fait de changer?

P5 : Pfff... non (long silence)... Moi, je vais vous dire que quand le docteur il raconte des conneries comme l'autre, bon bah, ça dure pas; moi, c'est pas ce que je cherche ; je cherche à me faire soigner...c'est pas écouter n'importe quoi !

235 M : Mais pour vous le fait de signer le papier, de devoir signer le papier pour le médecin, le choix du médecin... ?

P5 : Oh bah ça, ça me gênait pas beaucoup...si je dois en signer un tous les jours, moi je m'en fout, j'irai où je veux, puis c'est mort !

M : D'accord. Et parlez-moi un peu de la fidélité médecin/patient ?

240 P5 : Bah moi, (...) si je suis inscrit chez un docteur, ben j'y vais jusqu'à temps que ça casse et puis c'est tout !

M : Mmmhh

P5 : En principe....j'avais G... comme docteur, avant, qu'était sympa comme tout ; on discutait ... tout ça ; on n'était pas en famille, mais il était bien comme docteur ; ben oui, mais il a pris la retraite alors j'ai été obligé de changer ; puis c'est là que j'ai pris son remplaçant...oui, mais ça a pas été longtemps (rires)

245 M : Donc en fait, si le médecin ne prend pas la retraite ou s'il n'y a pas de gros problème, finalement vous restez avec le même ?

P5 : Ben oui, s'il est sympa !

250 M : Mmmhh

P5 : G...il aurait continué, j'y serais peut-être encore !

M : Mmmhh ; donc, c'est quoi les points positifs et les points négatifs ?

P5 : Ben la sympathie...moi, je sais pas...

M : Le fait d'être fidèle à son médecin et que le médecin soit fidèle dans la relation ?

255 P5 : Ben, voilà !

M : Les points positifs et les points négatifs éventuellement s'il y en a ?

P5 : Oui, on est ...Moi, je sais pas (silence) ; je sais pas moi... c'est la confiance et puis, je vois mon docteur si j'ai confiance en lui, sinon bah, j'irai pas !

M : Mmmhh, d'accord

260 P5 : Vous verrez...la vie ! (rires)

M : Est-ce que vous avez autre chose à dire ?

P5 : Pour vous ? Non, je vous connais pas !

M : Non, non, non ! Sur le sujet dont on vient de discuter ? Est-ce qu'il y a ... ?

P5 : Ben, non

265 M : Non ?

P5 : Parce que (...) tous les jours (...) depuis la tête jusqu'aux pieds (passage inaudible) ; les hanches, le cœur, les poumons, partout, l'appendice à 80 ans !...

M : D'accord ; bon, ben, je vous remercie !

P5 : Ben, de rien.

### Médecin n°3

#### Caractéristiques du médecin :

Médecin femme de 51 ans

Installée en milieu rural, dans une petite ville de 940 habitants

Installation en 1990, en secteur 1

En association avec 1 autre médecin généraliste homme en secteur 1, un kiné, une infirmière, une podologue et une diététicienne

#### *Entretien6 : Mme P (le 16/05/11, 8min)*

M : donc tout d'abord je vais vous poser quelques questions pour vous présenter.

P6 : d'accord...

M : vous avez quel âge ?

P6 : 22 ans

5 M : d'accord. Vous avez fait des études ?

P6 : je suis auxiliaire de puériculture

M: d'accord. Vous êtes mariée, vous avez des enfants ?

P6 : mariée sans enfant

M: donc là, vous habitez en zone rurale

10 P6 : mmh...

M : vous consultez le médecin tous les combien à peu près ?...

P6 : une fois par mois et encore...

M : vous avez un traitement particulier à renouveler ?

P6 : non...

15 M : non, c'est en cas de besoin ?

P6 : oui, mmh...

M : vous n'avez pas de souci de santé qui nécessite de voir le médecin souvent ?

P6 : non

M : ok ; vous avez une sécurité sociale et une mutuelle.

20 P6 : oui.

M : D'accord. Donc maintenant vous allez me parler de votre changement de médecin généraliste.

25 P6 : d'accord. Bah du coup j'avais déménagé, donc j'avais un médecin proche de chez moi. Et le premier entretien s'est très bien passé avec lui, y'avait pas de souci. J'ai présenté mon dossier médical, que Me D m'avait rendu, il a regardé la première page, il a vu que j'avais... comment ça  
30 s'appelle... mon taux de sucre assez élevé. Donc tout de suite, il m'a fait faire une prise de sang sans lire le reste du dossier, et il a déduit tout de suite que j'avais du diabète. Donc il m'a mis à 100% sans rien me demander... donc chose que je n'ai pas trop appréciée, et comme je devais acheter une maison ça m'a posé souci... Donc voyant que ça ne se passait pas trop bien avec ce médecin là, j'ai  
35 rappelé Me D pour savoir si elle pouvait me reprendre, comme elle m'a suivie depuis toute petite, j'avais plus confiance en elle, et savoir si elle pouvait faire quelque chose pour m'enlever ce 100%... qui n'était pas nécessaire... voilà.

M : d'accord, donc c'est ça qui vous a bloquée, c'est le fait qu'il se permette de faire des démarches sans vous demander votre avis ?...

P6 : oui, voilà, mmh...

35 M : est ce qu'il y avait autre chose, vous ne l'aviez rencontré qu'une fois ?

P6 : euh, 2 ou 3 fois, c'est tout, et c'est la troisième fois seulement qu'il m'a expliqué vraiment ce qu'il avait fait, car la deuxième fois il avait rempli des papiers et il m'a juste demandé d'envoyer ça sans m'expliquer quoique ce soit, ce que c'était. Et c'est après quand j'ai reçu les papiers de la mutuelle que je ne comprenais pas du tout... ouais...

40 M : d'accord et ça s'est confirmé que vous aviez du diabète ?

P6 : bah en fait, juste un régime, et mon taux de sucre est redevenu normal.

M : donc vous l'avez vu plusieurs fois et qu'est ce qui fait que vous vous êtes dit non je ne retourne pas le voir, qu'est ce qui a déclenché un peu la chose en vous ?

P6 : bah j'avais plus confiance en lui.

45 M : et donc, en fait, comment avez-vous choisi votre nouveau médecin, qu'est ce qui...

P6 : chez lui, c'était assez pratique, car il y avait des jours sur rendez-vous et des jours où c'était libre....c'est ce qui était pratique chez lui alors que chez Me D, il n'y a pas...

M : d'accord et chez Me D, en fait, qu'est ce qui vous plaît chez ce médecin, qu'est ce que vous attendez de votre médecin ?

50 P6 : bah déjà que j'ai confiance en elle, elle m'a suivie depuis toute petite donc elle connaît mon histoire familiale, tout, et puis bah, tant pis même si j'ai des km à faire, j reste chez elle, au moins je suis sûre qu'elle me connaît et il y aura pas de souci

M : d'accord ... et vous avez confiance en elle, qu'est-ce qui vous met en confiance ?

55 P6 : bah j'sais pas, à chaque fois que j'avais un souci, elle répondait toujours présente, elle a tout de suite trouvé ce que j'avais...et puis elle suit toute ma famille.

M : donc elle est compétente, c'est ça ?

P6 : oui c'est ça... enfin à mon avis ! Après....

M : est ce qu'il y a d'autres choses importantes ?

60 P6 : bah dès que j'ai un souci... l'autre fois j'avais un eczéma... elle va trouver un rendez-vous entre deux pour s'arranger pour que je puisse passer, comme j'ai des horaires qui changent tous les jours....

M : donc elle est assez disponible ?...

P6 : oui voilà ! .... Et à l'écoute...

M : à l'écoute, ça c'est important ?... d'accord....

65 P6 : et puis voilà....elle sait aussi bien s'entourer. Sa secrétaire est très gentille, elle s'arrange... Dr K (son associé) aussi, pas de souci...

M : donc la confiance, l'écoute, la disponibilité ?...est ce qu'il y a autre chose ?

P6 : bah elle m'oriente souvent quand j'ai des problèmes, par exemple gynécologique, elle m'a orienté vers un bon gynécologue, parce que ça allait plus avec mon ancien...

70 M : donc elle sait vous conseiller ?... Mmh, d'accord....

P6 : voilà, mmh, c'est tout (rires)

M : ok... Est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui les patients changent plus de médecins qu'autrefois ?

P6 : bah , ça dépend, des fois c'est vrai que, maintenant, on peut être plus amené à bouger avec notre métier, donc oui, mais c'est vrai que si j'avais pas changé de coin, je serais restée avec Me D.

75 M : d'accord. Parlez moi justement de la fidélité médecin patient ? Est-ce que ça apporte quelque chose ou au contraire parfois est-ce que ça a un inconvénient ?

80 P6 : bah, pour moi, je vois plutôt un avantage parce que elle connaît tous mes antécédents familiaux, émotionnels aussi, comment je supporte la douleur et tout ça elle me connaît, l'inconvénient bah c'est que justement elle nous connaît trop bien et que des fois elle passe outre ce que ...euh...comment dire... elle nous connaît justement trop bien et elle pense que c'est ça et elle nous écoute pas des fois forcément quoi, mais souvent son avis est quand même le bon...

M : d'accord, donc parfois ça peut faire rater des choses...

P6 : voilà, mmh...

85 M : est-ce que ... vous savez avec la réforme du médecin traitant, il faut remplir les papiers, est-ce que vous pensez que ça rend plus difficile le changement de médecin ? Est-ce que ça a changé quelque chose ou pas ?

P6 : le seul souci c'est que des fois quand Me D est absente, pour avoir un rendez-vous et assez urgent c'est assez difficile donc c'est vrai que des fois, je vais chez un autre médecin, le médecin de

90 mon mari, mais le problème c'est que ce n'est pas mon médecin référent donc il faut lui ré-expliquer tout, c'est assez compliqué mais autrement...

M: donc finalement c'est pas tant un problème que ça, vous arrivez quand même à avoir un rendez-vous avec un autre médecin, le souci c'est qu'il faut tout ré-expliquer.

P6 : l'autre souci c'est qu'il faut passer par le médecin traitant pour aller chez le spécialiste, ça, c'est un peu le problème.

95 M : est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

P6 : non...

M : je vous remercie.

P6 : De rien.



## Médecin n°4

### Caractéristiques du médecin :

Médecin homme de 61 ans

Installé en semi rural dans une petite ville de 1900 habitants

Installation en 1979, en secteur 1

En association avec un autre médecin femme également en secteur 1

### *Entretien 7 : Mme F (le 14/12/10, 31 min)*

M : tout d'abord on va commencer par quelques questions pour vous présenter. Quel âge avez-vous ?

P7 : J'ai 50 ans.

M : quel niveau d'étude avez-vous ?

5 P7: bac littéraire.

M : par après, qu'avez-vous eu comme profession ?

10 P7: je suis rentrée au bas de l'échelle dans une entreprise qui s'appelait les « jeux Nathan » en tant que standardiste et j'ai terminé dans cette entreprise 17 ans plus tard comme assistante de direction donc une évolution au sein de l'entreprise. Ensuite j'ai été licenciée de cette société car on a été racheté par l'entreprise Rawensburger, le site se trouvait en Allemagne, j'ai refusé de me déplacer en Allemagne. J'ai préféré le licenciement économique. J'ai travaillé ensuite dans une autre entreprise pendant 2 ans et demi à Rambouillet, une société de monétique pour les appareils Moneo, et ensuite pareil le site a été implanté à Tours et j'ai refusé de me déplacer à Tours. Et là, actuellement, je travaille dans une société américaine qui s'appelle Recall France, une société d'archivage de documents pour toute société confondue (...) et là j'occupe un poste d'adjoint du chef, je gère un

15 pôle de personnel de saisi.

M : quelle est votre situation familiale ?

P7: je suis divorcée, avec un fils de 21 ans

M : vous consultez le médecin combien de fois par an ?

20 P7: on va dire...2 fois (rires) et en dernier recours quand vraiment je ne peux pas faire autrement parce que jusqu'à maintenant j'avais une confiance très limitée en celui que j'avais et j'ai eu la chance on va dire d'être en bonne santé.

M : vous n'avez pas de problème de santé qui nécessite la prise régulière de médicaments ?

P7: jusqu'il y a peu, non, avant qu'on me découvre des problèmes asthmatiques.

25 M : donc vous êtes assurée à la sécurité sociale et vous avez une mutuelle complémentaire ?

P7: oui, j'ai la sécurité sociale et une mutuelle professionnelle qui honnêtement couvre largement mes dépenses, y'a pas de souci. Sauf que dans la mesure où je travaille dans une société américaine, j'ai le droit qu'à un arrêt par an. Tout arrêt supplémentaire est bien sûr pénalisable sur mon salaire.(...) Plus je m'arrête dans une année, plus l'amputation sur le salaire est conséquente.(...) Ca a  
30 tendance à restreindre quand même l'abus d'arrêt médical dans cette société.

M : donc maintenant vous allez me parler de votre changement de médecin.

P7: on a changé de médecin car on a eu un mécontentement suite aux hospitalisations de ma mère. Et comme on a déménagé, on a donc pris un médecin comme ça, on va dire, par la renommée. Et puis il est arrivé que non, c'était une catastrophe, aucun relationnel. Ce qui me semble important,  
35 c'est la confiance qu'on a en son médecin et il y a confiance s'il y a un bon relationnel. Là, pas de relationnel. « Bonjour, combien je vous dois ? ». Des entretiens très brefs, pas du tout adaptés, on se déshabille pas. Il prenait la tension, fin de l'histoire. On s'assied pas d'ailleurs, on reste debout. C'est-à-dire une heure et demi d'attente en moyenne au cabinet pour 10 minutes de consultation. Et puis pas de dialogue, moi, c'est pas ce que je recherche. Je vais très peu chez le médecin. Maintenant, ce  
40 que j'attends, c'est une écoute, un contact et là, aucun.( ...) Quand j'ai été hospitalisé, bon, ce serait un peu exagéré de dire que c'était suite à une incompétence de sa part. Mais bon, j'ai été hospitalisé suite à une inconsidération de la gravité de mon état. J'étais très, très mal. Il m'a arrêté 2 jours et m'a fait reprendre le travail. Et au bout de 2 jours, je suis quasiment tombé sur le lieu de mon travail. Les pompiers sont venus me chercher et à la suite de ça, pas plus de prise en charge et de  
45 considération de la part du médecin. Non aucun relationnel et ça, je le conçois pas, j'ai besoin d'un dialogue sans forcément être rassurée mais qu'on m'explique les choses en l'état et là y avait rien quoi. Et puis, aucune disponibilité non plus, quand on appelle on tombe sur des répondeurs. On appelle le matin à 7 heures moins le quart, on nous rappelle le soir à 19h. Une attente trop longue et le pire une différence entre les patients. J'm'explique les patients qui sont d'origine et qui ont évolué  
50 avec ce médecin ont une considération plus importante que des patients qui arrivent comme ça, de façon ponctuelle pour x ou y raison. Ils arrivent comme ça, on les prend comme ça, ça fait un plus mais ils ont moins de considération. Je m'en suis rendue compte encore la dernière fois où je suis allée chez lui, j'ai attendu 1h30 car devant moi il y avait 2 personnes qui visiblement étaient des patients connus depuis longtemps, ils embrassaient le médecin, ils s'appelaient par leur prénom. La  
55 consultation a duré plus d'une demi heure. Moi j'suis arrivée, j'ai attendu 1 heure et demi, j'suis restée debout, 10 minutes, au revoir madame, 23 euros, et puis voilà ! C'est même pas de l'exagération, résultat des courses, j'ai été arrêtée 2 jours, je suis retournée au boulot et j'ai failli faire un malaise au bureau, et j'étais dans un état déplorable quand je suis allée voir mon nouveau médecin, en l'occurrence le Dr T.

60 M : Donc, il y avait un manque de disponibilité, un manque d'écoute, un manque de considération, une mauvaise évaluation de la gravité de votre état de santé, et puis ?...

P7: et je dirais, moins pour moi car ça n'avait pas de conséquences très importantes, mais pour maman, j'dirais une mauvaise distribution des médicaments. C'est pas mon genre de consulter les notices de médicaments, je fais confiance au médecin. Et par exemple elle est très asthmatique et  
65 une fois il lui a donné un médicament où il était noté « formellement contre indiqué pour les personnes asthmatiques ». Alors qu'il sait formellement qu'elle est asthmatique à 100%, donc voilà.

M : donc il n'explique pas sa démarche, c'est ça ?

70 P7: et puis il faut être honnête, à l'heure actuelle, les gens n'ont pas des moyens exorbitants, chacun fait en sorte de faire au plus juste, et quand vous arrivez à la pharmacie et qu'on vous dit malgré votre sécu et mutuelle, vous en avez pour 70 euros de votre poche ?! Faut être honnête, je conçois qu'il y ait parfois des gens qui disent non. Moi, ça m'est arrivé de dire, non vous ne me mettez pas ces médicaments parce que financièrement, je ne peux pas (...) Encore pire pour ma mère qui n'a pas de mutuelle du tout (...)

M : donc une mauvaise prise en compte de votre situation économique ?

75 P7: tout à fait, en ayant été clair dès le départ au sujet de notre situation économique (...) Et ça, c'était récurrent, c'était à chaque fois qu'on allait le consulter (...)

M : et à ce moment là, vous ne pouviez pas lui poser la question ? (s'il pouvait donner des médicaments remboursés ?)

80 P7: ah non, ah non, très honnêtement, ça ne l'intéressait pas. (...) Je n'ai même pas retiré mon manteau en consultation

M : et qu'aviez vous comme souci de santé à ce moment là ?

85 P7: visiblement, le début de la pneumonie. Il savait bien que je consultais rarement, je lui ai dit que j'avais un boulot avec des charges à porter, avec un environnement très poussiéreux, et que j'avais énormément de mal à travailler. Puisque ça faisait déjà une semaine que je travaillais comme ça. Je lui ai dit dans 2 jours, je ne serai pas en état de porter des cartons de 30 kg ?! Et il m'a dit : « bon soyons généreux je vous met 3 jours et vous serai en pleine forme ! ». J'ai repris le travail dans un état épouvantable, je tenais à peine debout, j'avais des espèces de pertes d'équilibre. Alors que je devais faire de la route, mon chef m'a dit : « c'est pas la peine de revenir au travail, je ne t'accepte pas comme ça ». Et c'est lui, qui est client, patient, chez le Dr T, qui m'a dit : « tu ne peux pas  
90 continuer comme ça ». Il m'a donné un traitement antibiotique, il m'a dit très honnêtement : « vous nécessiteriez une hospitalisation » Je ne pouvez plus respirer, à peine parler. Il m'a dit : « si à midi, ça va pas mieux, je vous hospitalise. Je vais être honnête avec vous, je ne pourrai pas faire plus que le traitement que je vous donne », et il m'a dit : « c'est hors de questions que vous alliez travailler pendant au moins 2 semaines ». Et j'avais eu 2 jours d'arrêt quoi... J'crois qu'il y avait surtout ce truc  
95 de patients d'origine et patients rapportés.

M : et qu'est ce qui fait que, il y avait déjà des petites choses qui n'allaient pas et vous êtes retourné le voir, et un jour, vous vous êtes dit, là c'est terminé ? Qu'est ce qui a déclenché cette prise de décision ?

100 P7: je dirais l'appréhension d'aller ailleurs et d'être accueilli à nouveau comme un cheveu sur la soupe. (...) La qualité qu'il avait, à vrai dire, c'est qu'il faisait partie de ces médecins qui se déplace encore. Ce qui est assez rarissime dans la région. Et puis voilà, de me dire que, si je vais ailleurs, cette personne ne me connaîtra pas, et ce sera la même chose (ou pire). Et puis il y a peu de temps qu'on a emménagé ici, donc on ne connaissait pas beaucoup d'autres médecins dans la région. Cette  
105 personne représentait que le côté financier, c'était le défilé, voilà, « 23 euros, et au revoir », 23 euros, enfin bon. Et dans mon esprit, je me suis dit, c'est peut être partout pareil quoi. Je n'ai jamais eu vraiment de médecin traitant à vrai dire. A paris, j'étais rarement malade et j'appelais SOS médecin. J'ai toujours été très satisfaite donc je n'ai jamais eu quelqu'un qui m'a suivi. Donc, j'en suis

restée à ce relationnel avec SOS médecin, des gens très efficaces, rapides, compétents. Ce qui a déclenché le changement de médecin, c'est quand mon responsable m'a dit, je ne t'accepte pas comme médecin traitant, ( s'embrouille dans les mots, NDLR) et m'a parlé du Dr T qu'il jugeait efficace et avec qui j'aurais très bon contact et en effet c'est quelqu'un qui gomme toutes les appréhensions que j'avais, et chez qui on n'a pas cette impression de patient rapporté. C'est un médecin de campagne qui privilégie le relationnel et le coté médecin que le coté rendement financier et c'est ce qui m'a plus. C'est quelqu'un d'extrêmement gentil, doux, qui parle, qui explique, qui donne l'impression de vous connaître depuis longtemps, qui prend en considération vos douleurs, vos angoisses... C'est ce qui m'a vraiment plu. Mon fils aussi est allé le consulter et il l'a traité avec efficacité, il l'a pris rapidement, c'est tout ce qu'on recherche chez un médecin.

M : donc, c'est-à-dire, la disponibilité, l'écoute, l'efficacité, une considération globale du patient...

P7: et puis une grande clarté dans sa consultation, l'explication des médicaments qu'il va prescrire.

120 M : y a-t-il autre chose ?

P7: ce qui m'a beaucoup touché, c'est qu'il était débordé et que malgré tout il a pris la peine de me recevoir très, très tôt le matin, il devait être 7h30. Il aurait pu me dire non je suis désolé je n'ai pas de rendez-vous à vous proposer, et il m'a également pris très tard le soir une autre fois ; et puis on sent que c'est quelqu'un qui s'intéresse à ses patients, ce qui est tristement, malheureusement, pas le cas de tout le monde.

M : bon je crois qu'on a fait le tour de la question ? Vous m'avez parlé aussi de la confiance tout à l'heure...

130 P7: ce qui m'a plus aussi avec vous par exemple, c'est ce côté souriant, agréable, qui explique pourquoi tel ou tel médicament, ce que j'avais, les radio ... Ce côté relationnel, c'est essentiel. Ce côté glaçon, quand on arrive dans un cabinet, « bonjour, carte vitale » (en mimant le médecin bras tendu vers le patient dans l'attente de la CV). Il l'a fait à ma mère, il a tendu la main sans même un son, on se demande ce qu'il veut.

M : est ce que vous pensez qu'actuellement les patients changent plus de médecin qu'autrefois ?

135 P7: oui je pense car on va dire je pense qu'il y a peut-être plus de médecins qu'il n'y en avait auparavant. Par exemple, j'ai été domiciliée à Maintenon, et maintenant il y a au moins 6 ou 7 médecins, et puis Pierres qui est vraiment limitrophe. Et puis, je pense peut-être aussi que le fait d'avoir un choix plus large, les patients sont moins attachés à un médecin qu'autrefois. Car autrefois dans les campagnes, il y avait 1 médecin, 2 au plus. Les gens attendent peut être plus maintenant de leur médecin. Maintenant, dans les petites campagnes, non je pense que les mentalités restent avec le souhait de garder le médecin d'origine.

140 M : vous pensez que c'est parce qu'il n'ont pas le choix de voir un autre médecin ?

145 P7: oui... non, je crois que c'est aussi lié à l'âge. Faut être honnête, plus on avance dans l'âge, plus on est accroché à ses habitudes. Et puis avec le recul je me dis que les anciens médecins étaient peut être plus performants que maintenant parce qu'avant le médecin de campagne était obligé de tout faire, il accouchait il...il était obligé de tout savoir faire. Maintenant, il y a tellement de spécificité, les

gens ont un choix beaucoup plus large, je veux dire, on va voir un gynécologue, on va voir... avant quand j'étais beaucoup plus jeune, le médecin faisait tout ; maintenant, la personne va voir son gynécologue, son médecin, son ophtalmo, ... effectivement maintenant les gens sont peut-être moins proches de leur médecin. Et puis les gens ont peut-être plus aussi les moyens de se déplacer, ce qui leur permet aussi de ne pas hésiter à aller d'un village à un autre pour voir un autre médecin. Par contre je pense que les personnes d'un certain âge ne changeront pas leurs habitudes. Un remplaçant, pour eux, c'est pas un médecin, leur médecin c'est leur médecin.

M : parlez moi du coup un peu de la fidélité médecin/patient ?

P7 : bah justement je pense que la fidélité, elle se mérite par le relationnel avec le médecin, et maintenant je pense que maintenant le côté financier, le rendement prime un peu, la considération pour le patient est devenue moindre qu'avant, ça fait un peu usine. On voit bien que les consultations sont de plus en plus brèves.

M : mais pourquoi à votre avis ?

P7 : moi je pense que c'est le médecin qui veut un carnet de rendez-vous qui favorise un compte en banque plus garni. Bon moi, j'analyse ça comme ça. Avant, quand j'étais plus jeune, on se déshabillait pratiquement entièrement chez le médecin. Il vous analysait de la tête aux pieds, vous pesait, vous prenait la tension, vous palpitait les seins. Il y avait une analyse beaucoup plus approfondie que maintenant. Je vous dis, la dernière fois, j'ai pas retiré mon manteau, j'ai donné mon bras et on m'a dit : «10/4, c'est très bien ». J'y connais pas grand-chose mais bon je sais que 10/4 pour moi c'est pas assez.

M : alors, il y a en effet sûrement des médecins qui privilégient cet aspect financier du métier mais il faut savoir qu'il y a aussi une pénurie de médecin actuellement et il y a aussi certains médecins qui face à la pression des demandes sont obligés de voir beaucoup de monde et malheureusement, ça a en effet un impact sur la durée de la consultation...

P7 : je reconnais que ... bon ce côté qui fait que je lui suis restée fidèle un certain temps, c'est ce côté déplacement chez les patients, ce qui devient rarissime pour en avoir discuté avec des collègues.

M : alors c'est vrai que pour les déplacements, finalement, la nécessité absolue est en effet assez rare : il y a les patients très âgés qui ne peuvent se déplacer, il faut savoir qu'au cabinet, on est mieux au niveau du matériel, on a le dossier médical, les antécédents, les anciens traitements, les dernières prises de sang des mois passés. C'est vrai que c'est des meilleures conditions sauf impossibilité de se déplacer, trop âgé, handicapé, l'idéal c'est la consultation au cabinet.

P7 : c'est vrai que dans mon esprit un médecin, quand on a 40 de fièvre, il se déplace, je conçois pas de faire deux heures d'attente dans un cabinet quand on a 40 de fièvre (...) bon en même temps, c'est vrai, on le sait, on en parle, y'a la pénurie, les jeunes ne veulent plus s'installer dans les campagnes mais c'est vrai que l'autre fois, 1h30 dans son cabinet avec ma pneumonie, je sais même pas comment je suis arrivée à M avec ma voiture, j'avais la tête qui tournait, les jambes ne me portaient pas. Là, c'était rédhibitoire, c'était la consult' de trop.

M : est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui avec la réforme du choix du médecin traitant, ça rend plus difficile le changement de médecin ?

185 P7 : bah, écoutez, moi, personnellement, je vais vous dire que non car j'y allais très peu et là, ça m'a pas semblé quelque chose de compliqué. Non, peut-être dans les démarches administratives, mais non, c'est pas insurmontable

M : sur tout ce qu'on a dit, avez-vous autre chose à dire ?

190 P7 : non je crois qu'on a fait le tour. Par contre avec le choix du médecin traitant, ce qui me gêne, c'est que, en cas d'urgence, si on consulte un autre médecin, on est pénalisé sur le remboursement. Je ne trouve pas ça normal.

M : alors c'est probablement que le médecin qui l'a vu n'a pas pensé à cocher la case médecin remplaçant ou urgence car quand on a un médecin déclaré, on peut tout à fait aller voir un autre médecin, alors, il faut peut-être rappeler au médecin qu'il n'est pas le médecin déclaré et qu'il  
195 n'oublie pas de cocher la case médecin remplacé pour être remboursé normalement.

P7 : c'est quelque chose que je ne savais pas. Merci. Voilà, c'est tout...

M : je vous remercie

*Entretien 8 : Mme F (le 14/12/10, 26 min)*

M : tout d'abord je vais vous poser des questions pour vous présenter. Vous avez quel âge ?

P8 (une femme) : je vais avoir 82 ans au mois d'avril.

M : vous avez quel niveau d'étude ?

P8: certificat d'étude

5 M : vous avez eu quoi comme travail par la suite ?

10 P8: ouh la mon dieu ! Beaucoup j'ai commencé à travailler j'avais 16 ans donc vous voyez mais les importants : étant jeune j'étais sténodactylo, standardiste, ensuite quand j'ai été mariée du travail y en avait pas beaucoup j'ai été barmaid ; ensuite j suis rentrée à l'énergie atomique à st Clé, j'ai été caissière pendant presque 20 ans. Puis mon mari a décidé de prendre un commerce donc après on a pris un restaurant. Ensuite nous avons repris un bar ; ensuite pour en finir je suis retournée à st Clé j ai repris mon travail pendant 2 ans et ensuite nous avons pris une boulangerie à Aubervilliers. Ah, ça, ça a été le dernier travail ce qui m'a pas arrangé vu que j'étais déjà en insuffisance respiratoire alors avec la farine et tout ça donc ma santé a commencé à se détériorer...

M : donc vous avez arrêté de travailler vers quel age ?

15 P8: hein ? 73 ans ! A la suite du décès de mon mari, j'ai fait des ménages jusque 73 ans mes moyens ne permettant pas de vivre

M donc vous étiez marié ? Vous avez eu combien d'enfant ?

P8 : 1 fille. 1 seule

M : vous avez toujours habité en zone rurale semi rurale ?

20 P8 : à Aubervilliers, c'était en ville, 10 ans en ville puis après 28 ans en campagne. Malheureusement on est resté 6 ans dans un HLM, on demandait qu'à s'en aller. Et puis nous avons pris ici, voilà depuis le mois d'août nous sommes là.

M : vous voyez le médecin à peu près combien de fois par an ou par mois ?

25 P8 : ouh mon dieu ! actuellement une visite tous les 3 mois chez le généraliste pour le renouvellement de médicaments et puis avec mon pneumologue depuis 85 qu'il me suit, j'y allais tous les 3 mois puis tous les 4 mois et actuellement tous les 6 mois, le contrôle à l'hôpital. Pour l'insuffisance respiratoire, et puis j'avais beaucoup d'apnées donc maintenant j'ai un appareil. Mais au point de vue respiratoire en ce moment c'est pas l'Amérique.

M : donc vous avez la sécurité sociale mais vous n'avez pas de mutuelle actuellement

30 P8 : non, j'en avais une mais je pouvais pas continuer

M : mais quand vous allez voir le généraliste vous êtes pris à 100% ?

P8 : oui à 100% pour ma maladie

M : Maintenant vous allez me parler de votre changement de médecin généraliste.

35 P8 : bah pour les mêmes raisons que ma fille avec en plus, ce que j'ai pu constater, dès qu'on prend de l'âge, on vous regarde plus du même œil... c'est du rapide parce qu'on se dit que si elle se déshabille ça va être la catastrophe et c'est vraiment ce qu'il ressent ça c'est sûr et certain. Y'a qu'avec mon pneumologue que je suis très libre mais c'est vrai que j'ai constaté...; mais c'est vrai qu'il y avait beaucoup plus de contact avec moi il y a quelques années quand j'étais plus jeune. Maintenant c'est hop dépêche toi fais la place et puis voilà...

40 M : et pourquoi vous dites c'est la catastrophe ? C'est-à-dire qu'il va dire que vous êtes trop longue à vous déshabiller ?

P8 : Nooooo ! J'suis trop moche c'est tout ! Le corps a tellement changé. Vous savez je suis pas bête je vois bien comment on vous regarde, je vois l'œil...

M : Moi, je ne pense pas ! Mais bon je suis une femme...

45 Sa fille : non c'est vrai je pense aussi... (je fais signe à la fille qu'il ne faut pas qu'elle intervienne)

P8 : cette façon de vous regarder... qui gêne...

M : alors racontez moi toutes les raisons qui vous ont amené à changer de médecin

50 P8 : bah le manque de compréhension d'abord, l'accueil qui est très distant, très froid, très rapide, on peut pas rentrer plus vite et sortir plus vite qu'il est permis. Quand je lui pose des questions, je me rend compte qu'il dit « bon bah c'est bien ». L'autre fois mon pneumologue m'a dit : « c'est pas nécessaire qu'il renouvelle ces médicaments là, ce sont les mêmes, c'est pas la peine qu'il vous donne les médicaments en double. ». Je lui ai dit, il ne m'a même pas écouté et il a regardé son ordinateur, poum !, il m'a collé les mêmes médicaments. Après je lui ai dit que j'avais des troubles du sommeil avec mon appareil, je dors très mal, il m'a dit je vais vous donner de quoi dormir, je lui ai  
55 dit : « non mon pneumologue me l'interdit tant que je fais des apnées. » (...) Ca ne lui a pas plu. Il a pas répondu, il a collé un médicament à côté que je n'ai pas pris d'ailleurs et quand j'ai lu la notice, il y avait un risque avec ma maladie, c'est pas la peine. Et puis il a un abord très... je ne sais pas... il n'inspire pas confiance (...) Un jour il m'a reçu dans le couloir. J'étais vraiment malade j'avais de la fièvre et tout, je suis restée assise dans le couloir à côté des jeunes qui rigolaient. Il m'a donné de la  
60 Bronchodermine, chose que je ne supporte pas, cette odeur qui m'a déclenchée une crise d'asthme. Ce mec là, je ne l'aimais pas du tout, son aspect moqueur, il vous regarde, on a l'impression qu'il se moque de vous, c'est pas le regard d'un médecin. Quand je vois avec mon pneumologue comment on discute, il est à l'écoute, il essaie par tous les moyens de me prouver que ça va mieux. Que lui il s'en fou royalement. Là il faut dire le mot.

65 M : et qu'est ce qui fait que vous l'avez vu tout ce temps ?

P8 : c'était le plus près de chez nous et moi quand je fais déplacer un médecin c'est que je suis incapable de me déplacer. Soit c'est le SAMU qui vient ou l'autre fois, j'étais au lit depuis 3 jours sans pouvoir rien avaler avec de la fièvre, il est venu et il se baladait dans la maison, le téléphone à la main. Il discutait au lieu de m'ausculter, moi, qui était presque mourante. Moi je l'ai payé mais pour  
70 me soigner. Déjà que je ne suis pas embêtante !



(...)

J'ose plus prendre ses médicaments; j'ai jamais eu confiance en lui.

M : donc il y a son attitude, qui semble « moqueuse » ?...

P8 : indifférente

75 M : ...manque d'écoute, il n'est pas efficace, il ne prend pas bien en compte vos plaintes ?...

P8 : ... je lui ai parlé l'autre fois d'une douleur dans le dos, et il m'a répondu « oh ! Ca doit être sûrement une sciatique, vous allez faire des radio et il m'a fait ça (elle imite le geste du médecin en train de tendre le bras vers le patient) « Carte Vitale ! ». Alors là, c'était la goutte d'eau !

M : il n'y a pas de respect ?...

80 P8 : ah non aucun, aucun, je me demande ce qu'il fou là comme docteur !

(...)

M : est-ce qu'il y a autre chose ?

85 P8 : Non je vous dis, c'est comme ma fille, avec en plus c'est l'âge, ce mauvais œil, maintenant c'est un vieux on en a rien à foutre (...) et puis on était debout comme un piquet et si on lui demande pas ce qu'on a comme tension il ne vous le dit pas.

M : donc là, votre nouveau médecin vous l'avez choisi par conseil, par bouche à oreille ?

90 P8 : ah oui, et puis comme je vous dis je l'ai connu à l'époque où il était à St Piat et y'avait aussi une assistante, une grande dame, j'avais fait une crise d'asthme et elle est venue le jour de Noël. Cette époque là, on avait un très bon médecin, c'était le Dr M, et puis on a déménagé et on a pas suivi et mon mari est allé voir le Dr G qui a dit : « attention le cœur, il faut le surveiller et prendre un traitement ». Mais il ne voulait prendre aucun médicament, il avait une santé de fer. Et puis les coronaires ont lâché et il est mort un jour sur la table. Et le Dr G quand je l'avais revu a dit : « mais il a pas pris mes médicaments ? ». En fait il prenait le traitement pour le cœur d'un voisin. Bon j'ai laissé tomber le Dr G car après on est reparti...

95 M : combien d'année avez-vous consulté votre dernier médecin?

P8: oh c'était une catastrophe, 6 ans ? J'y allais tous les 3 mois...

M : qu'est-ce que vous attendez de votre nouveau médecin, qu'est-ce que vous recherchez ?

100 P8: je recherche d'abord une communication, un regard sur ma maladie, qu'il m'explique... bon je la connais, depuis l'âge de 30 ans que je suis à la cortisone ! Je connais, mais qu'il m'explique. C'est l'accueil, c'est l'attention. Qu'il porte une attention sur ce que je vais lui demander. Qu'il m'écoute.

Dr T, je le connais, je sais que c'est un bon médecin. C'est l'accueil qu'il a. Quand on va chez un médecin, ce qu'on attend c'est un réconfort déjà. Et si il vous accueille avec un oeil noir qui dit « oh bah celle-là dis donc, qu'est-ce qu'elle va me sortir ? » Parce que c'est ce qu'il devait se dire à chaque fois, il ne me laissait jamais finir mes paroles, il va sur son ordinateur et poum ! il fait la liste (des

105 médicaments, NDLR). Il en met comme ça (mime une liste très longue). Mais c'est pas grave. Non, un médecin c'est pas ça. J'ai connu dans ma jeunesse un médecin de famille qu'on avait c'était un médecin extraordinaire. Il vous écoutait et il vous regardait des pieds à la tête, il y avait cette attention. Et lui il l'a pas.

(...)

110 c'est pareil la cortisone m'a fait énormément grossir, j'ai plus de muscle, je voudrais faire quelque chose (régime) mais je n'ose pas lui demander, d'abord il ne ferait rien(...) pour maigrir, pour essayer de contrecarrer cette saloperie de cortisone. Ca fait du bien quelque part mais je vois comment ça m'a rendu. Je voudrais trouver quelqu'un qui me dirait « bon on va essayer ça »...

M : trouver des solutions ensemble ?...

115 P8: oui voilà, mais bon, là, c'est même pas la peine de lui en parler, il ne vous regarde pas.

M : donc la communication, l'écoute ?...

P8 : la compréhension, l'accueil...

M : le premier contact quoi, le regard c'est important ?

(...)

120 P8 : peur de son regard...

M : de moquerie ?

P8 : oui c'est sûr et certain. Avec mon pneumologue je suis à l'aise.

Fille : et puis par exemple une fois, je lui est parlé qu'on avait emménagé dans un immeuble où il y avait 40 marches. Je lui ai demandé si on pouvait faire un certificat afin de réduire le préavis ou...,  
125 et..., à compléter...

M : il ne défendait pas vos intérêts ?

P8 : non, il ne voyait pas comment j'étais essoufflée.

M : est-ce que vous avez autre chose à me dire par rapport à la confiance, la fidélité médecin/patient ?

130 P8 : un patient est fidèle à son médecin quand un médecin est fidèle. Quand on est malade, on a besoin de se sentir réconforté, compris, je pense qu'un médecin quand il vous a compris, vous vous sentez déjà plus allégé.

M : la relation, c'est un échange, une réciprocité ?

P8 : voilà, tout à fait !

135 M : est-ce que vous pensez que par rapport à autrefois les gens changent plus de médecin ?

P8 : je pense que oui à moins que ce soit dans un petit patelin où il n'y a qu'un seul médecin.

(...)

140 Ce que je demande à un médecin aussi c'est qu'il fasse abstraction de mon âge, un corps d'une fille de 20 ans et 80 ans c'est plus du tout pareil. Ils vieilliront eux aussi ils verront. C'est choquant c'est gênant.

Je me souviens quand j'avais 20 ans, j'avais une angine et j'avais vu un médecin. Lui, il m'avait fait mettre complètement nu pour une angine ; j'ai dit « -mais Dr, c'est à la gorge que j'ai mal - oui mais c'est pas grave » a-t-il répondu.

## Médecin n° 5

### Caractéristiques du médecin :

Médecin femme de 56 ans

Installée en semi rural dans une petite ville de 1900 habitants

Installation en 1984, en secteur 1.

En association avec 1 autre médecin homme en secteur 1

### *Entretien 9 : Mme L (le 15/12/10, 12 min)*

M : tout d'abord je vais vous poser des questions pour vous présenter. Vous avez quel âge ?

P9 : (femme) 45 ans

M: quel niveau d'étude avez-vous et quelle profession avez-vous fait par la suite ?

5 P9 : je ne travaille plus. J'ai un professorat de danse classique et danse de caractère. J'ai ensuite arrêté ce métier là et j'ai été pendant plus de 10 ans assistante de direction chez un concessionnaire automobile.

M: quelle est votre situation familiale ?

P9: mariée, 2 enfants

M : vous habitez où ? En zone rurale ? Urbaine ?

10 P9: oui, rurale

M : À peu près à quel rythme vous consulter votre médecin ?

P9: quand c'est nécessaire. Donc le moins souvent possible, on va dire en moyenne 1 fois/ an

M : vous n'avez pas de problème de santé particulier nécessitant un traitement régulier ?

P9: en ce qui me concerne non, à part rendez-vous chez le gynécologue mais sinon non.

15 M : vous avez une sécurité sociale et une mutuelle ?

P9: oui

M : donc maintenant vous allez me parler de votre changement de médecin généraliste.

20 P9: mm... écoutez, c'est récent puisque je viens pour la première fois ici. Je trouve qu'il n'y avait pas de contact avec le médecin chez qui j'allais, pas de dialogue. Du moins difficilement. Mes filles ne veulent plus y aller non plus. Donc quand on ne se sent pas bien avec un médecin, je pense que c'est pas nécessaire de continuer, donc. Et puis ma fille aînée va sur ses 17 ans, et aller voir un homme ça commence à la gêner un petit peu. Ma deuxième étant une fille aussi, je me dis que je vais peut-être aller voir une femme. Quelque part quand on est une femme je pense que c'est plus facile.

25 M : donc vous m'avez dit pas de contact pas de dialogue et le fait que ce soit un homme est ce qu'il y a d'autres raisons ?

P9 : quelque part je le trouve pas très compétant, car quand j'y vais, je lui dis c'qui se passe et il me dit : « oui..., peut-être... enfin je sais pas... on va voir... ». Enfin, voilà quoi, je dis pas que tous les médecins doivent avoir la science infuse mais on aime avoir un dialogue rassurant quelque part. Et ça, c'est pas trop ce que je ressens.

30 M : donc en fait ce que vous recherchez c'est d'être rassurée ?...

P9 : et puis de l'échange...

M : et peut être d'avoir un mot tout de suite sur un mal ?

P9 : oui mais sans avoir directement un mot sur un mal, c'est pas toujours évident, mais avoir un échange, pas être toujours obligé d'arracher les mots de la bouche. Pouvoir dialoguer

35 M : avoir peut-être plus d'explications finalement sur la démarche ?...

P9 : oui avoir plus d'explications, et puis une relation de confiance aussi, qui je crois, est importante

M : donc sous-entendu qu'il n'y a pas vraiment de confiance en ... ?

40 P9 : non, en ce qui me concerne, non. Et puis l'avantage de venir ici c'est aussi la proximité de chez moi, ça m'évite d'aller sur Chartres, parce que le médecin est sur Chartres, donc c'est pas mal d'avoir un médecin encore plus près.

M : ça fait combien de temps que vous aviez ce médecin ?

P9 : au moins 15 ans, 16 ans

M : qu'est ce qui fait que, vous prenez cette décision maintenant ? Est-ce qu'il y a eu un facteur déclenchant ?

45 P9 : non, c'est un peu par habitude, j'ai continué à y aller par habitude et puis là de toute façon, ma fille voulait pas y retourner, donc ça a été le facteur déclenchant qui fait qu'on change et une bonne fois pour toute

M : et votre fille ne voulait plus y retourner à cause d'une gêne ? De ?

P9 : bah parce qu'elles sont pas bien

50 M : une sensation de ne pas être à l'aise ?

P9 : oui et puis je pense que ça passe ou ça passe pas. Et là au fur et à mesure du temps ça passe plus

Fille : quand t'es petit encore ça va mais après quand tu grandis...

P9 : oui je crois qu'il y a le fait aussi que ce soit un homme qui bloque aussi

M : comment avez-vous choisi votre nouveau médecin ?

- 55 P9 : je suis venue ici parce que je sais que Me (Dr) Y n'habite pas très loin, on habite dans la même commune, que j'ai eu l'occasion de la rencontrer quand elle était encore à P et elle avait fait une exposition sur des tableaux. Et que je l'avais trouvé fort sympathique. Et puis on a appris qu'elle venait s'installer sur Jouy, voilà, ça s'est fait tout simplement.
- M : et qu'est ce que vous attendez du coup de votre nouveau médecin ?
- 60 P9 : et bien j'attends une relation de confiance comme je vous disais tout à l'heure et puis une écoute , la proximité et puis vraiment une écoute, ça c'est quand même important.
- M : et comment pensez vous que ça s'installe la confiance ?
- P9 : avec elle je peux pas dire car je l'ai pas encore vu, mais bon regardez entre nous je pense que ça passe pas trop mal ? (rires) donc je pense qu'on le ressent relativement vite quand même je pense.
- 65 M : est ce que vous pensez qu'aujourd'hui les patients changent plus souvent de médecin qu'autrefois ?
- P9 : bah écoutez je pense que la disponibilité des médecins n'est plus la même qu'autrefois déjà. Où je suis assez étonnée c'est que beaucoup de médecins prennent leur mercredi. Alors que les enfants ne vont pas en classe en général le mercredi. Donc c'est une journée quand même qui est assez pratique. Y'a beaucoup de mamans qui prennent leur mercredi pour être avec leurs enfants. Donc je
- 70 pense que les médecins d'aujourd'hui ne fonctionnent pas comme il y a 20 ans ou 30 ans. Alors, je sais pas comment vous voyez les choses de votre côté ?
- M : alors les médecins qui prennent leur mercredi probablement ce sont des médecins femmes ?
- P9 : non pas forcément non. Le médecin que je quitte prend tous ses mercredi.
- 75 M : il y a peut-être des pères aussi qui veulent s'occuper de leurs enfants le mercredi ?
- P9 : oui, tout à fait, mais il y a pas que des médecins avec des enfants qui font ça. Par ex l'ORL chez qui on va ne consulte pas le mercredi
- M : donc vous pensez que ça peut être une raison qui fait que les patients changent plus de médecin ?
- 80 P9 : oui peut-être, je sais pas, j'ai jamais été confrontée à changer de médecin comme ça donc euh... ce qui est important aussi, c'est la disponibilité. Demain je peux avoir un gros souci et je peux avoir besoin de téléphoner, ce qui est important c'est une écoute, faut qu'il prenne le temps, enfin, faut pas que ça grignote trop sur la consult' qui est en cours, mais ...de se sentir écouté.
- M : donc là, on a parlé de la confiance. Parlez moi aussi un peu de la fidélité médecin patient.
- 85 P9 : bah de toute façon, on a pas trop le choix car la sécurité sociale nous impose un médecin référent déjà. Donc on peut pas dire j'vais voir un autre médecin traitant comme ça. La fidélité elle est obligée d'être là quelque part. La sécurité sociale nous l'impose
- M : est ce qu'il y a des points positifs à avoir une relation médecin patient qui dure dans le temps ? Et des points négatifs ?

- 90 P9 : oui il y a des cotés positifs et d'un autre coté quand un médecin vous connaît parfaitement il peut passer à coté d'un certain nombre de choses. Ca c'est quelque chose auquel j'ai toujours pensé. Au bout d'un moment... voir une personne qu'on connaît pas, peut-être que cette personne là va prendre plus de temps, va être plus attentive du fait que ce médecin vous a jamais vu donc il va peut-être pousser un peu plus loin l'examen. Ca c'est ma vision...
- 95 M : donc vous avez l'air de penser que la réforme du choix d'un médecin référent fait qu'on est un peu plus lié, qu'on a moins le choix. Pourtant là aujourd'hui si vous voulez changer de médecin vous voyez que c'est possible ?
- P9 : oui c'est possible sauf que je ne serai pas remboursé de la même façon, euh c'est un choix que j'ai fait.
- 100 M : donc là je peux vous apporter une information. Pour changer de médecin généraliste référent il y a 1 simple papier à faire remplir et tamponner et à poster à la sécurité sociale
- P9 : ah, c'est vous qui l'avez ? Je pensais qu'il fallait faire la démarche de prendre contact avec la sécurité sociale pour ...
- M : non pas du tout.
- 105 P9 : ah bah vous voyez si j'avais eu l'information avant, il y a bien longtemps que je l'aurais fait. J'ai pas changé avant aussi par rapport à cette démarche. Car quand on connaît la sécurité sociale, ou en y allant, ou en téléphonant, c'est jamais très simple...
- M : (explication au sujet du médecin remplacé et du remboursement)
- P9 : merci pour l'information.
- 110 M : avez-vous autre chose à ajouter par rapport à votre changement de médecin ?
- P9 : non,... que je suis très contente. Et je pense que ma fille aînée sera ravie aussi, voilà, ce qui n'est pas négligeable.
- M : je vous remercie pour votre participation
- P9 : je vous en prie.

## Médecin n°6

### Caractéristiques du médecin :

Médecin homme de 62 ans

Installé en ville (40 000 habitants)

Installation en 1980, en secteur 2.

En association avec 1 autre médecin femme secteur 1

Spécialisé en sénologie, avec une consultation hospitalière.

### *Entretien 10 : Mme F (le 19/05/11, 50 min)*

M : tout d'abord je vais vous poser quelques questions pour vous présenter. Quel âge avez-vous ?

P10 : je viens d'avoir 47 ans.

M : Quel niveau d'étude vous avez ?

P10 : BEP, de carrière sanitaire et sociale.

5 M : ensuite quelle profession avez-vous eu ?

P10 : oh j'ai fait pratiquement que de l'aide à la personne... et après j'ai travaillé dans une école.  
Donc euh ménage et cantine

M : d'accord. Vous êtes mariée ? Et vous avez des enfants ?

P10 : oui on a 3 garçons.

10 M : donc là vous habitez en ville. A peu près à quel rythme vous allez chez le médecin en consultation ?

P10: une fois tous les 6 mois (rires) je ne suis pas souvent malade. Sauf s'il y a quelque chose entre temps...

M : vous n'avez pas de maladie chronique nécessitant un traitement

15 P10: si j'ai de l'HTIC bénigne. Mais je nécessite juste de voir le médecin pour mes médicaments tous les 6 mois puisque ça fait 10 ans que j'ai le même traitement maintenant.

M : quel traitement avez-vous ?

P10 : alors Loxen\* LP 50 matin et soir, Vastarel\* 35 mais là j'ai entendu à la télé qu'ils allaient l'arrêter alors je ne sais pas ce qu'on va me donner ; Bipreterax\* le matin et Crestor\* le soir.

20 M : vous avez une assurance sécurité sociale et une mutuelle complémentaire



P10 : oui avec mon mari.

M : alors maintenant vous allez me parler de votre changement de médecin

P10 : alors j'ai changé de médecin par rapport à ... je dirais... le caractère de Mme U (son ancien médecin). Y'a des fois où elle est très bien, et des fois où elle est très très lunatique. Et elle a fait 2-3  
25 fois des petites réflexions qui ne m'ont pas plu. La première fois que j'ai eu besoin d'elle à la maison  
et ça a été la dernière, elle m'a secoué comme un prunier. Ça ne m'a pas du tout plu. Je ne pouvais  
pas me déplacer (la patiente est aveugle). Comme je vous disais mon mari est très pris, et je me suis  
réveillée un matin je ne pouvais plus bouger le bras gauche, j'étais dû m'endormir dessus. Je l'ai  
appelée et elle est venue. Et elle m'a secoué comme un prunier me disant que j'étais pas handicapée  
30 des pieds, que j'aurais pu me déplacer jusqu'au cabinet. Ça c'est la première chose qui m'a vraiment  
déçue. Et puis il y a eu une fois où... Michael a eu la coqueluche, ça c'est mon dernier garçon, et je  
me suis présentée avec les analyses dans la salle d'attente, et elle est venue, et elle a hurlé tout fort  
que Michael avait une coqueluche évolutive, elle aurait pu se taire quoi. Et elle a fait une réflexion  
aussi quelque temps après à mon mari en lui disant qu'elle n'était pas là que pour faire les certificats  
35 médicaux, qu'elle était là en premier lieu pour être médecin. Et puis elle a vu mon autre fils, une fois,  
et qu'est ce qu'elle lui a dit déjà ?...elle nous a séché tous les deux... ?... j'avais pas détecté que mon  
fils faisait des crises d'angoisse, il se levait le matin avec mal à la tête envie de vomir et mal au  
ventre. Moi j'en fais des crises d'angoisse et j'ai pas du tout les mêmes symptômes (...) pour moi j'ai  
dit c'est pas possible il fait une crise d'appendicite. On a pris rendez-vous avec le Dr U et elle lui a dit  
40 qu'il faisait du cinéma. Que c'était pour pas aller à l'école. (...) Et de ce jour là mon fils a dit je ne la  
reverrai plus et il a eu 16 ans et il a choisi le Dr X (son associé). Je ne suis pas souvent malade je vais  
une fois tous les 6 mois chez le médecin mais c'est vrai que je pose souvent des questions et elle soit  
elle me répond « je ne sais pas ... » ou « je ne suis pas devin... » (...)

Tandis que Dr X, dès la première fois que je l'ai vu, il m'a tout de suite mis à l'aise. Mr X m'a demandé  
45 pourquoi vous changez. Et je lui ai dit parfois elle est en face de moi, et je ne vois pas, mais je le sens  
elle est fermée. Elle est froide. Et c'est devenu un ras le bol d'être malade d'aller chez le médecin.

M : oui il y avait une appréhension

P10 : oui de savoir si elle allait être de bonne humeur ou pas. On est venu à en parler avec les dames  
de l'impasse. Pareille, une fois une dame a fait une crise d'asthme, Dr U s'est déplacée mais elle l'a  
50 mis plus bas que terre. Elle m'a dit c'est fini. J'ai changé je suis chez Dr X aussi.

Aussi, depuis que j'ai cette maladie j'angoisse. Au moindre petit bobo j'appréhende. (...) L'autre fois  
le Dr X voulait m'envoyer chez le cardiologue, j'ai dit envoyez moi chez quelqu'un de bien. Car c'est  
vrai que certaine fois j'ai des questions à poser et j'ai envie qu'on me réponde. J'ai pas envie qu'on  
me dise je suis pas devin. Petites choses par petites choses il est venu qu'il y a eu un ras le bol et j'ai  
55 dit je change quoi.

M : (...) donc ce jour là quand vous aviez mal au bras, non seulement vous étiez douloureuses mais  
aussi non voyante et vous avez été déçue que...

P10 : déjà elle est rentrée sans frapper, j'étais debout là en chemise de nuit, j'arrivais même pas à me  
déshabiller, et elle m'a tirée par le bras, elle m'a secouée et puis elle m'a fait comprendre que ça la  
60 dérangeait de venir jusqu'à la maison quoi. Alors que quand je l'avais prise comme médecin, je lui

avais dit que ça pourrait arriver qu'exceptionnellement elle doive venir à domicile (en 3 ans ça a été la seule fois !). C'est que j'étais bloquée et mon mari était en déplacement et j'avais tellement mal, je ne pouvais pas attendre qu'un de mes garçons rentre et m'emmène le soir au cabinet.

M : ou alors si ça la dérangeait elle aurait pu vous le dire au téléphone

- 65 P10 : mais elle ne m'a pas prise au téléphone, c'est le secrétariat qui m'a dit je vais voir ce que je peux faire. Et le secrétariat m'a dit « oui elle passera » et elle est arrivée, je dirais, pas longtemps après. Nous on venait du pas de calais dans un village et le médecin se déplaçait n'importe quand n'importe où, alors qu'on était dans un petit village. Mais j'ai dit à mon mari, maintenant tu es souvent en déplacement (mon mari parfois n'est pas là de la semaine) alors je voulais vivre dans un
- 70 endroit où il y a tout autour, le médecin, la pharmacie. (...) Une chose aussi qui nous a fait changer, c'est que le Dr U visite que le samedi matin alors que le Dr X visite aussi le samedi après-midi, et c'est vrai que certaine fois je préfère le samedi après-midi. Même les garçons ils aiment dormir le samedi matin.

(...)

- 75 M : donc ce que vous m'avez dit c'est que vous êtes pas très à l'aise, au niveau du contact vous la trouvez un petit peu froide, ensuite...

P10 : j'ai toujours eu des médecins avec qui je pouvais dialoguer mais là, ça passait pas...

M : donc besoin de dialogue, d'écoute, de réponse à vos questions...

P10 : oui, oui...

- 80 M : vous m'avez dit aussi qu'elle a mal pris en compte votre plainte, vous ne pouviez pas vous déplacer, une mauvaise prise en compte du contexte ? (...) Vous m'avez dit aussi que ce qui vous a chiffonné, c'est quelque part le non respect du secret médical lors de l'annonce du diagnostic de coqueluche dans la salle d'attente...

- 85 P10: oui ça m'a embêté surtout qu'il y avait une dame avec une petite fille de 3 ans, et Michael était en plein dans la coqueluche, et quand je lui ai tendue la feuille elle m'a dit oui effectivement il me fait ça à moi, une coqueluche évolutive là maintenant ! La dame dans la salle d'attente elle a dû se dire mais ma gamine elle est dans la salle d'attente avec le gamin...

M : alors est-ce que vous voyez autre chose, le secret médical, le contact, le dialogue l'écoute, la compréhension, est ce qu'il y a autre chose ?

- 90 P10 : euh non, c'est les petites gouttes les unes après les autres qui ont fait que voilà... et j crois que la dernière goutte ça a été mon mari quand elle lui a dit : « J'suis pas là que pour les certificats médicaux. J'suis médecin en premier lieu ! ». J'ai téléphoné, j'ai pris rendez-vous pour mon mari et mon p'tit garçon. J'ai bien dit au téléphone c'est pour des certificats médicaux pour le sport. Quand on me demande un certificat pour le sport, on a pas le choix, je dois aller voir le docteur ; c'est pas le
- 95 pharmacien qui va me le faire.

M : donc vous en aviez marre de vous faire « disputer »...

P10 : rires, oui... déjà quand Michael avait eu la coqueluche, elle me disait vous vous rendez compte tous les papiers que j'ai à faire ! Moi j'y pouvais rien que mon gamin avait attrapé la coqueluche. Je vais chez le médecin c'est tout. Et ça l'embêtait beaucoup d'avoir tous ces papiers à faire. (...) Et  
100 quand je lui ai demandé, est-ce que Michael peut rattraper la coqueluche, c'est là qu'elle m'a répondu : « J'suis pas devin ! ». Oui mais vous êtes médecin, j'ai failli lui répondre...Mais je me suis dis laisse tomber...

Et c'est là que je suis rentrée et que j'ai dit à mon mari ça va être la dernière fois parce que...

(...)

105 J'étais angoissée d'aller voir le Dr U car je savais pas comment elle allait me recevoir...

M : donc là vous m'avez dit que c'est petit à petit que vous est venu la décision de changer de médecin, pourquoi ? C'était difficile à prendre comme décision ?

P10 : C'est pas que c'était difficile comme décision, comme j'ai les traitements pour 6 mois, avant mon renouvellement semestriel je savais que c'était fini. C'est les 3-4 petites choses qu'elle a dites  
110 qui ont fait que ... un médecin il faut que ça passe avec moi. Ça passe ou ça passe pas, et là ça passait pas...

M : et qu'est ce qui fait que vous êtes resté si longtemps alors que ça passait pas ?

P10 : non, j'ai pas attendu si longtemps, j'avais la prescription pour 6 mois donc j'attendais qu'elle se termine pour aller chez le Dr X ; je voulais pas prendre rendez-vous avec le Dr X au milieu des  
115 médicaments alors que je les avais. Donc j'ai attendu... mais mon mari a changé avant moi.

M : oui après il y a eu des incidents avec vos enfants, votre mari , c'est ça les petites choses qui se sont accumulées... donc c'était pas spécialement difficile comme décision à prendre ?...

P10 : non, non. Pour moi elle est compétente c'est pas qu'elle est incompétente, elle est médecin, donc c'est qu'elle a réussi son diplôme. Moi je dis c'est sa façon de répondre aux gens. Quand je pose  
120 une question médicale, je suis face à un médecin, je pose pas autre chose qu'une question médicale, qu'on me réponde je suis pas devin ?!... elle aurait pu me dire : « oui Mme F, et bien je ne sais pas, il l'a eu, est ce qu'il peut la rattraper je ne sais pas... ». Mais de là à me dire, presque, vous me posez une question bête et con... Donc, ou je me fais secoué comme un prunier, ou je dois à être bête et idiote à poser des questions comme ça à un médecin ! Là j'ai dit non...

125 Et puis je suis arrivée chez le Dr X avec mon dossier invalidité à renouveler, et j'ai dit je suis désolée vous ne me connaissez pas, et il m'a dit ne vous inquiétez pas tout est dans l'ordinateur et là tout de suite feeling, ça a tout de suite été, il me met à l'aise, il me disait vous avez des questions à poser ? Y'a pas de souci, vous avez quelque chose à me demander ? Vous appelez, vous dites passez moi le Dr X, mais voilà ça n'a pas été pareille avec elle.

130 M : donc il est plus accessible.

P10 : ouais, ouais, maintenant je suppose qu'il est dans le métier depuis plus longtemps qu'elle, ... , et puis il va me parler du beau temps, il m'a dit vous avez un accent vous venez d'où ? J'ai dit des Bouches-du-Rhône, et paf, paf, paf, tout en m'auscultant, eh ben, on parle du sud, on parle de la

135 chaleur, de ci... Tandis qu'elle, vous rentrez, elle vous dit « vous venez pour quoi ? » et un jour je lui ai répondu : « bah Dr U, si je viens vous voir c'est que je suis malade, ou c'est que j'ai besoin de mes médicaments ». Et elle, elle se met à l'ordinateur, elle vous ausculte, c'est bien, vous avez 13. Elle se met à son ordinateur, elle vous sort les médicaments, elle vous donne vos ordonnances merci au revoir... oui (rires)...oui mais bon...

140 J'ai peut-être besoin des fois d'autres choses aussi, je suis très angoissée depuis que j'ai perdu la vue. Donc là j'ai acheté de l'Euphytose\*, parce que Lysanxia\*, j'en avais un petit peu marre. Je me suis dit, je vais m'accoutumer alors je change, mais ça a pas été dur pour moi de changer de médecin, du tout, du tout.

M : donc comment avez-vous choisi votre nouveau médecin.

145 P10 : en allant voir avec mon fils, j'ai eu l'occasion de connaître le Dr X, et vu que c'est au même cabinet, et que c'est toujours aussi prêt pour moi et beh...

M : c'est tout naturellement que vous vous êtes dirigé vers l'associé ?

150 P10 : Oui et c'est ce que je disais au Dr X, quand je cherchais un médecin, on m'a donné la rue Gabriel Péri, mais juste le nom du Dr U, sans savoir qu'ils étaient deux. J'avais appelé la sécurité sociale et on m'avait dit j'ai pas le droit de donner de nom mais comme vous êtes aveugle je fais une exception, je vous donne celui juste à côté de chez vous (...).

M : donc quand vous avez changé de médecin et choisi le Dr X, qu'attendiez vous de lui ?

P10 : que quand j'ai quelque chose à demander on me réponde. Et déjà, ça passe très bien avec lui, ce qui est génial, c'est...

M : un bon contact, un bon accueil ?

155 (...)

Un dialogue

P10 : qu'il sache bien m soigner

M : donc une compétence, une écoute ?

P10 : oui

160 (...)

Et puis par ex, le Dr P (ORL) que mon fils a vu pour des problèmes d'oreille, à chaque fois il demande la CV à mon fils. Il a 12 ans, il a pas de CV !

M : vous l'interprétez comment ?

165 P10 : et bien je pense que mon handicap fait peur à certaines personnes... donc je lui disais « c'est ma CV Dr P et la voilà ». Je suis peut-être aveugle mais j'arrive à sentir la chose de la personne d'en face. Pareil pour Me U, pour moi, j'étais la personne handicapée en face d'elle. J'ai eu des dossiers à lui faire remplir, elle a soufflé mais oui, il n'y a que vous qui pouvez me les remplir. La MDPH

m'envoie des dossiers à remplir par le Médecin, elle me dit : 'oui Me F, c'est toujours la même chose', mais moi je n'y suis pour rien... c'est vrai que ça la gonflait.

170 M : dans vos attentes du médecin avez-vous autre chose à dire

P10 : non, non ; j'ai trouvé la bonne personne, j'espère qu'il va continuer longtemps encore.

M : alors parlez-moi de la confiance médecin patient

175 P10 : et ben justement Me U l'avait un peu perdu ma confiance depuis qu'elle avait parlé de la coqueluche dans la salle d'attente, mais oui la confiance c'est que je peux dire des choses à mon médecin même si c'est... et puis vraiment si j'ai confiance en lui je n'aurai pas peur de dire certaines choses à mon médecin. Par ex vous arrivez et vous dites j'ai un souci un tel, même si c'est mal placé si j'ose dire, mais je vais vous dire c'est peut être bête, j'ai toujours eu un meilleur feeling avec les médecins homme, que ce soit gynéco ou même médecin, sauf un médecin, c'est ma gynécologue et ça a été tout de suite le feeling. (...)

180 M : donc la confiance pour vous ça passe aussi par le fait qu'on puisse tout dire sans gêne ?...

P10 : oui, oui

M : la confiance ça pourrait être quoi d'autre pour vous ?

P10 : euh, je sais pas...

(...)

185 M : Etre en confiance c'est ne plus avoir peur ?...

P10 : oui, oui, je n'ai plus la boule au ventre...

M : et puis une discrétion du médecin par rapport à...

P10 : oui ça, la fois de la coqueluche, ça m'a vraiment gêné...

190 M : vous, aujourd'hui, par rapport à autre fois, est ce que vous pensez qu'on est moins fidèle à son médecin, qu'on change plus facilement de médecin ?

P10 : et bien moi pour tout vous dire je suis fidèle à mon médecin. Et mes parents ça fait 40 ans qu'ils ont le même médecin. Bon là il est arrêté mais ils ont pris le successeur, donc maintenant peut être que les gens changent beaucoup de médecin mais pas moi.

195 M : et qu'est ce que vous pensez de la fidélité médecin patient est ce qu'il y a des points positifs, des points négatifs ?

P10 : y'a du positif et du négatif. Du positif parce que c'est toujours la même personne, y'aura pas toujours à raconter votre histoire, parce que je sais que c'est lourd pour moi. Partout où je vais, quand je déménage, je reprends un nouveau médecin et je suis obligée de raconter à nouveau tout ce qui s'est passé il y a 10 ans (...)

200 Il sait m'adresser à un spécialiste quand il y en a besoin etc, etc...

Maintenant il y a du négatif, parce qu'au bout d'un moment on se connaît tellement bien, et au bout d'un moment c'est 'salut tu vas bien ?'

M : donc vous pensez qu'au bout d'un moment c'est moins professionnel ?

205 P10 : oui, oui, parce que je vois ma maman a un cancer du sein, elle vient de se faire opérer (...) et le médecin il est tellement... il tutoie mon papa et ma maman... il est passé à côté de ça. Et si on pouvait revenir 6 mois en arrière, c'est ce que le chirurgien a dit...

M : c'est-à-dire qu'il n'a pas examiné les seins ?

210 P10 : si, mais il a dit c'est un nodule qui a grossi et s'est changé en carcinome, voilà. Lui il y a 4 mois en arrière, il lui a dit « bah écoute, ça a grossi, tu vas repasser une mammographie ». Puis il lui a fait faire une prise de sang, et y avait que 2,5 (sûrement marqueur tumoral) donc il a dit « c'est pas grave, petit cancer ». Mais petit cancer..., je dis : prend le tout de suite. Sur le billard elle avait une grosseur de pratiquement 4 cm...

M : elle a quel âge votre maman ?

215 P10 : 69 ans elle aura, la semaine prochaine... elle a eu un appel du chirurgien, ganglion sentinelle il n'y a rien, pas de métastase, mais la grosseur était quand même cancéreuse, donc elle a droit à la radiothérapie.

Moi je dis un médecin c'est un médecin, c'est pas viens boire le café, tu, ti, ta, to... C'est le médecin. Ça doit rester le médecin.

M : et comment on pourrait éviter ça justement ?

220 P10 : moi c'est ce que je disais à mes parents, quand Stéphane s'est installé au village, il connaît pratiquement tout le monde, ils l'ont vu grandir, ses parents sont des amis à mes parents, (...), ce que je leur ai dit c'est vous auriez dû aller dans l'autre cabinet de médecin. Plusieurs fois je leur ai dit : «Stéphane, il passe à côté de certaines choses, car quand il vient on discute on discute et puis on voit pas le reste quoi ».

225 (...)

M : Il faut qu'il y ait une frontière médecin/patient

P10 : mais les personnes âgées, je vois mes parents elles peuvent pas changer de médecin comme ça.

(...)

Moi je vois j'ai changé avec le Dr U, mais c'est la première fois que ça m'arrive.

230 (...)

M : est ce que vous pensez que la réforme du médecin traitant avec le papier à remplir rend plus difficile le changement de médecin ?

P10 : non, ça m'a pas gêné, et comme il partage le même dossier patient ça m'a pas gêné.

M : donc la contrainte administrative n'a pas gêné

235 P10 : non le Dr X m'a tout de suite rempli mon papier.

(...)

M : merci

*Entretien 11 :M. F (le 19/05/11, 26 min)*

M : voilà, tout d'abord je vais vous poser des questions pour vous présenter

Alors vous avez quel âge ?

P11 : j'ai 48 ans cette année.

M : quel niveau d'études avez-vous ?

5 P11 : J'ai un diplôme d'ingénieur en mécanique et un master administration d'entreprise (...)

M : d'accord ; vous avez eu quoi comme profession par la suite ?

P11 : Donc après, j'ai été ingénieur mécanicien, j'ai été ingénieur production et responsable de service ; et là, je suis directeur d'un service industriel (...)

M : D'accord ; Donc vous êtes mariés et vous avez trois fils, c'est ça ?

10 P11 : Oui, c'est ça.

M : A quel rythme à peu près allez-vous en consultation chez le médecin ?

P11 : oh...3 à 4 fois par an ; c'est un peu plus maintenant ; parce que, bon, il y a un peu de cholestérol, un petit peu de problèmes de dos aussi, j'ai eu un petit peu ça... Mais, c'était vraiment comme ça ces dernières années.

15 M : d'accord ; donc vous avez un traitement chronique pour le cholestérol ?

P11 : pour le cholestérol, après c'est pour l'hernie hiatale que j'ai... ; bon, là, je prends du PARIET à la demande, en cas de besoin uniquement.

M : Donc finalement, vous retournez voir votre médecin pour renouveler votre traitement ?

P11 : Oui, entre autre.

20 M : tous les 3/ 4 mois quoi ! Et plus si besoin ?

P11 : Voilà oui ; et on fait aussi quelques tests de vérifications, au niveau cardiaque ; bon, des choses comme ça quoi.

M : D'accord ; donc vous avez la sécurité sociale, une mutuelle complémentaire ?

P11 : Oui, oui, par le travail.

25 M : D'accord ; donc maintenant, vous allez me parler de votre changement de médecin généraliste.

P11 : Alors là, au départ, de toute façon, on est arrivé sur chartres il y a trois ans ; donc, c'est pour des raisons professionnelles qu'on a pas mal bougé ces dernières années ; donc il fallait choisir un médecin ; on l'a pris un peu au hasard, au départ ; on l'a pris par rapport à la proximité ; on a regardé dans l'annuaire ; donc, c'était très proche d'ici, et donc on l'a choisi un peu au hasard. Et bon, donc ce qui fait que... voilà... et puis... je dirais que... ; c'était d'abord le contact, je dirais... la relation

30



humaine en fait, à priori ; c'est-à-dire que, heu... moi j'avais vécu dans le passé, donc j'avais eu des médecins généralistes de 2 familles : celui de mes parents (...), puis après j'ai eu un médecin généraliste qui était quelqu'un avec qui j'allais jouer au foot par exemple qui était un peu plus âgé que moi, donc une relation je dirais assez franche quoi ! Et je dirais, entre guillemets, d'égal à égal et d'adultes, quoi ; là, la relation était un peu distante, on sentait un peu ... enfin, c'était plus compliqué quand même ; on sentait bien qu'il n'y avait là : le médecin et le patient. Ça c'est un premier aspect ; heu, moi, j'ai connu aussi dans ma jeunesse des médecins plus disponibles qu'ils ne le sont maintenant ; bah, ils passaient à la maison quand il y avait besoin de passer à la maison ; je veux dire... et aujourd'hui, quand il a fallu, puisque ma femme est non voyante, quand il a fallu passer d'autres fois, je ne pouvais pas m'absenter du boulot, j'ai un boulot qui me prend beaucoup de temps et malgré cela, bah un jour le médecin ne s'est pas déplacé ; aujourd'hui, en général, les médecins généralistes ne se déplacent plus. On ne peut pas non plus l'appeler la nuit, enfin, il faut appeler le 15, il y a tout un système qui fait qu'un moment donné... bon, ben... les relations humaines entre guillemets ne passaient pas vraiment... Il y avait un peu cette distance (...) qui fait qu'on a senti qu'avec le Dr... On est resté au même endroit (...). C'est effectivement 2 médecins dans le même cabinet ; le contact passait mieux avec le deuxième médecin et donc c'est ce qui fait qu'à un moment donné, bon, on a changé de médecin... C'est essentiellement autour de ça ; ça n'a rien à voir avec ses compétences (...), ça n'a rien à voir avec... Enfin je veux dire, je ne le connaissais pas... Donc, c'est ce côté contact humain...

M : donc le contact ?

P11 : oui...

M : et la disponibilité ?

P11 : essentiellement, c'est les deux points ; alors effectivement, il s'est avéré qu'avec le nouveau médecin, Dr X... on n'a pas eu à le solliciter, donc je ne sais pas si la disponibilité est la même, mais bon...voilà...

Il y a une chose importante aussi... heu... qui pose problème mais qu'on arrive à gérer, c'est aussi par rapport aux horaires du cabinet lui-même ; ils ne sont pas toujours disponibles ; souvent quand je prends RDV, c'est le samedi matin ; c'est un peu compliqué mais avec le Dr X... C'est pas plus simple non plus ; ça aussi c'est un problème qu'on avait pas précédemment (sous-entendu autrefois ? NDLR)

M : parce qu'il y a sûrement d'autres patients qui veulent RDV le samedi matin et c'est à dire qu'il n'y a pas de place pour tout le monde ?

P11 : Non, parce qu'il y a l'alternance aussi ; le Dr...

M : Ah, oui, d'accord !

P11 : Oui, il n'est pas là tous les samedis matin.

M : il partage un samedi sur deux ?

P11 : oui, il partage le cabinet un samedi sur deux (...)

M : donc faut que ça tombe le bon samedi ?

P11 : voilà et il faut que ce soit le samedi où on n'ait rien à faire entre guillemets, sinon ça peut repousser vite de deux ou trois semaines !

70 M : ah, oui...

P11 : c'est pas... (silence)

M : d'accord ; donc, heu, un contact...

P11 : oui, c'est-à-dire que moi la relation que j'attends avec mon généraliste, c'est une relation, je dirais, non pas de patient à spécialiste, l'homme de la science comme du savoir (...) Mais d'adulte à  
75 adulte, c'est à dire qui aime le métier; mais je veux dire, voilà, ce contact-là, c'est les enjeux.. .  
J'attends pas qu'on vienne me parler en spécialiste ; plutôt le médecin qui parle d'adulte à adulte, je ne sais pas si vous comprenez un petit peu ce que je veux dire...

M : Plus de proximité alors ?

P11 : De la proximité mais c'est surtout de la responsabilisation, c'est-à-dire que c'est pas... La  
80 gestion de ma pathologie, on la fait ensemble, je veux dire ; y'a le métier du médecin, mais c'est une chose qu'on fait ensemble, c'est pas...

M : Une décision partagée ?

P11 : Exactement, et c'est dans le dialogue, dans l'explication et justement cette distance, ça fait pas  
ça ; alors aujourd'hui évidemment, je n'ai pas des pathologies qui font que ... Bon, mais voilà !  
85 C'est ce que j'avais par exemple avec le médecin que je connaissais bien, je dirais, parce que je le connaissais depuis toujours, avec qui je jouais au foot ; moi, j'avais pas l'impression d'être pris de haut, d'avoir cette barrière du spécialiste.

M : Une impression, là, d'avoir une relation plus paternaliste, de supérieur à... ?

P11 : Oui, enfin un petit peu mais surtout cette relation d'être le patient entre guillemets, le client en  
90 résumé (...)

M : (...) Est-ce qu'il y a eu un événement déclenchant lors de la prise de décision de changer ?

P11 : Déclenchant, oui et non ; c'est-à-dire que effectivement après quelques appels, bon, ben voilà, c'était dans la semaine, j'étais en déplacement à l'autre bout de la France, il fallait qu'un médecin vienne, ma femme m'appelle (elle est aveugle)... Donc voilà, le médecin ne peut pas se déplacer...  
95 Une fois, deux fois... Ce qui fait qu'au bout d'un an, bah ok, on est parti quoi ! Ce qui fait que ça a traîné sur plusieurs mois la décision, je dirais ; mais on peut dire, ça, c'est le facteur déclenchant.

M : et donc ça a traîné sur plusieurs mois la décision...

P11 : Oui... Oh, on n'était pas dans l'urgence...

M : C'est parce que c'était difficile à prendre cette décision ?

100 P11 : Non...

M : C'est-à-dire qu'on se pose la question du pour, du contre ?

P11 : Non, bah après c'est toujours pareil, comment la personne va percevoir ça ? Est-ce que ?... bon voilà, et puis on s'est habitué à avoir... Bon ; c'est le même cabinet en plus ; non, c'est surtout lié au fait qu'il n'y avait pas d'urgence à prendre la décision...

105 M : Donc le frein, oui, c'est comment le médecin va prendre ça et puis aussi le fait de devoir raconter à nouveau tout son dossier médical entre guillemets ?

P11 : Oui, sauf que là, bon, heu...ils se partageaient le même (...) informatique ; ça n' a pas été vraiment un problème ; non, ça, en soi -même c'est pas un problème puisqu'en 10 ans, il y a eu quand même 4 ou 5 médecins différents ; il a fallu un peu reprendre à zéro ; non, ça, ça ne pose pas  
110 de problème ; non, c'est... Bon... Non, on se dit : « bon écoute, après tout on le voit pas si souvent que ça » et puis une fois, deux fois, enfin quelques impairs... Et puis mon fils, K, lui, il a choisi directement le Dr X et puis on s'est aperçu que finalement...voilà...et on a fait la bascule.

M : D'accord

P11 : Donc...

115 M : Alors comment avez-vous choisi le nouveau médecin ?

P11 : Bah là, c'était parce qu'il y avait la proximité, les mêmes critères donc, c'était le même cabinet, donc il suffisait juste de changer ; y'a rien qui changeait d'autre que le nom du médecin ; et donc aujourd'hui, bon, ça se passe très bien ; le contact est chaleureux je dirais ; heu, voilà, bon ; il suffit qu'on y reste car effectivement si on s'apercevait que malgré la proximité au bout d'un moment on  
120 ne retrouve pas ce qu'on cherchait, ben on partirait évidemment.

M : Et alors justement, qu'est-ce que vous recherchez ?

P11 : Donc la proximité c'est quelque chose de très, très pratique, de pas avoir la voiture, la prendre pour aller chez le médecin, c'est juste au bout de la rue, ce qui fait que quand on a rendez-vous, on arrive 5 minutes avant, ça suffit ; ce qu'on recherchait, c'est ce contact qu'on a ; je veux dire, bon...  
125 Moi, j'ai l'impression effectivement qu'on a un contact plus facile effectivement qui passe...

M : Plus chaleureux ?

P11 : Plus chaleureux, sans être plus..., on se tape pas dans le dos quoi, je veux dire ; mais bon on a vraiment l'impression d'avoir un dialogue, d'avoir un échange quoi, je dirais.

M : Donc un dialogue, un échange, la communication ?

130 P11 : C'est ça, la communication effectivement...

M : et...

P 11 : ... qui passe mieux quoi ; qui passe mieux ; alors dans la gradation, on n'est pas dans une extrême note ... par ce que sinon, je veux dire, on n'aurait même pas commencé et dès la première visite, c'était fini quoi ; c'est plutôt avec les relations, quoi, effectivement ...

135

M : D'accord ; Est-ce que vous attendez autre chose que le contact, la communication ?

P11 : Autre chose, c'est ce que je disais, c'est-à-dire qu'à un moment donné, il faut être dans cet esprit-là ...

M : et la disponibilité vous disiez ?

140 P11 : oui, la disponibilité, parce qu'on a des contraintes... Je dirais, moi, j'ai des contraintes professionnelles, c'est une chose... Par rapport à ma femme qui est non voyante, donc qui n'a pas de possibilités de se déplacer, donc ça, c'est important ; après, heu, en fonction des pathologies effectivement, on pourrait, (alors, ça ne s'est pas produit, je sais que s'il y a des pathologies urgentes) qu'on ne puisse pas compter sur son médecin ; ça pose un problème effectivement ; mais  
145 ça, j'ai l'impression que c'est l'évolution générale de la médecine aujourd'hui.

M : Pour les urgences, vous voulez dire ?

P11 : Pour les urgences, pour des choses comme ça, maintenant, on passe par le 15 quoi, c'est la régulation du Samu qui fait... Mais il n'y a plus de médecin le soir ; alors peut-être aussi que j'étais habitué aux médecins... J'habitais en campagne, récemment en campagne et avant dans des petits  
150 villages ce qui fait que le médecin était partie prenante, je dirais, du village ; mais dans les grandes villes, peut-être que c'était comme ça avant, hein(...) Donc ça, c'est un point important de ce que j'attends ; et c'est ça aussi ce que je veux dire : ben voilà, qu'il m'explique, je dirais, son métier, ce qu'est ma pathologie, mon cas, et puis voilà, et puis comme ça, on avance quoi !

M : Faire aussi que vous soyez plus actif c'est ça ?

155 P11 : Pas se sentir, par exemple, se sentir coupable...je veux dire effectivement, j'ai du cholestérol, faudrait que je fasse du sport ; bon, ok, je ne peux pas en faire ; le médecin, pas donneur de leçons non plus ; vous voyez un petit peu, ça aussi, c'est important ; c'est un point qui à un moment donné, bon, quand on vous lâche sèchement quelque chose, bon voilà : l'embonpoint, c'est pas ce qu'on devrait faire au niveau de l'alimentation... Ok... Quand on commence à culpabiliser, à devoir dire...  
160 Enfin même des fois on cache ces choses-là, je dirais que la relation est faussée.

M : D'accord

P11 : Si bien que c'est pas parfait ; c'est pour ça qu'à un moment donné, dans certaines pathologies, dans certaines choses qui s'expriment, bon ok, c'est comme cela voilà...

M : Faut pouvoir être finalement à l'aise ?

165 P11 : A l'aise effectivement! Et c'est cette relation de confiance quoi !

M : D'accord

P11 : Qu'il comprenne bien effectivement qu'il est humain, comme nous, entre guillemets...mais non, voilà, on fait pas toujours, je pense...

M : Justement vous citez un mot : la confiance ; parlez-moi de la confiance ; c'est quoi pour vous la  
170 confiance ?

P11 : La confiance pour moi, c'est...heu... alors... Aujourd'hui dans toutes les relations que j'ai pu avoir avec les médecins que j'ai eu, j'ai pas de problèmes à exprimer certaines choses bon, quoique

effectivement, je n'ai jamais eu le cas d'aller vraiment dans l'intimité et donc... j'en ai... Mais cette confiance... J'ai pas eu de problèmes à exprimer... Mais cette confiance, c'est ce que je vous disais, c'est un moment donné, ne pas se sentir culpabilisé concernant... C'est pas toujours l'idéal ce qu'on fait ; soit, c'est déjà ça... et c'est ce niveau de dialogue, c'est-à-dire le piédestal, ou la personne qui prend de la distance, c'est ça pour moi la confiance hein ! Après, ça ne va pas plus loin que ça effectivement, on n'est pas dans le partage de la vie privée, on n'est pas dans ces notions là où le médecin de famille fait partie de la famille, tout ça ; c'est pas ce quelque chose que je conçois, c'est pas ce domaine-là.

M : vous critiquez le fait d'être sur un piédestal, c'est-à-dire le côté asymétrique, trop asymétrique de certaines relations ?

P11 : Oui, c'est ça, effectivement le médecin, le métier c'est eux qui l'ont quoi ! Mais c'est d'abord un être humain, c'est-à-dire qu'en fait, c'est le rôle du statut, le rôle du... Toutes ces choses-là qui font qu'à un moment donné, cette histoire...comme ça..., le médecin était un notable dans le village etc... cette histoire se crée et c'était vécu comme ça ; moi, j'éprouve pas ce besoin là et je veux dire... Moi aussi j'ai fait des études (j'en ai fait que 6 ans, donc pas 9), mais bon, voilà, on peut discuter, voilà !

M : Oui, je comprends, tout à fait

P11 : C'est un peu ça l'idée...

M : Est-ce que vous pensez que les patients changent plus facilement actuellement de médecin qu'autrefois ? (silence) Là, je vous demande votre impression.

P11 : Je dirais que ... Moi, je pense que oui, je pense que oui..., mais après faut relativiser un petit peu ; avant, quand on avait son médecin de famille, effectivement, on l'avait pour tout le temps quoi ! Et donc dans les petits villages où j'habitais, il n'y avait que deux médecins, trois médecins (...). Mais il y avait une certaine liberté avant ; c'est qu'on allait voir n'importe quel médecin parce-que il n'y avait pas de contraintes administratives là-dessus.

M : Mmm..

P11 : Aujourd'hui, il y a quand même une contrainte administrative, le choix du médecin traitant ; à mon avis, c'est aussi ça ... qui retarde éventuellement le passage, le changement, administratif ou pas ; parce qu'il faut refaire la déclaration ; c'est pas que ce soit compliqué à faire, c'est pas interdit, mais ça fait un petit frein quand même ; hein, donc, parce que, bon...heu... Et donc je pense que les gens aujourd'hui ont plus de liberté parce que je vous disais, le médecin, aujourd'hui, j'ai l'impression, a pris plus de recul ; aujourd'hui, un médecin, il fait plus - enfin, je pense en ville, hein - fait plus les heures que les médecins faisaient avant ; il fait plus... , il n'a plus cette disponibilité ; voilà, donc ce qui fait qu'il est devenu, je dirais, un commerçant de son métier entre guillemets et donc du coup, ben oui, je pense qu'on doit pouvoir en changer plus facilement ; puisque cet attachement, ou plutôt ce lien un petit peu familial n'y est plus; moi, je le pense pas, mais je crois qu'il existe moins aujourd'hui.

M : Vous pensez que les patients changent plus facilement malgré la contrainte administrative...

- 210 P11 : Oui, mais elle est légère, la contrainte administrative ; elle ne fait que dire, ben voilà, une fois, deux fois, trois fois, il faut refaire les papiers; c'est pas un frein, mais...bon effectivement...
- M : Y'a peut-être moins d'attachement, c'est-à-dire que maintenant, le médecin est plus prestataire de services et...
- 215 P11 : C'est ça, un petit peu, oui, c'est ça ... , ce que je voulais dire... ; ça n'empêche pas qu'il y a quand même, je dirais, un dialogue, mais on n'a pas toujours l'impression qu'effectivement il s'implique, en fait, le médecin, dans votre problématique ; alors que dans la relation qu'il y avait avec les médecins avant , il y avait beaucoup plus d'implication vis-à-vis de l'individu ... Moi, ça ne me gêne pas, mais du coup je ne m'implique pas plus non plus ; ce qui fait qu'à un moment donné, si cette prestation ne me convient pas, je vais chercher une autre prestation ailleurs, quoi !
- 220 M : Mmm...
- P11 : Au niveau technique, je n'ai aucun souci ; heu, parce que je connais pas les médecins et certains médecins peuvent avoir des réputations autres ; j'ai pas de souci là-dessus ; mais au niveau, je dirais, contact, confiance, contact humain, bah je veux dire si ça ne me convient pas, je vais chercher le contact humain avec quelqu'un d'autre, quoi, c'est tout...
- 225 M : Mmm
- P11 : Voilà
- M : D'accord ; heu, parlez-moi un peu donc de la fidélité médecin /patient ; est-ce que c'est quelque chose de positif ou est-ce qu'il y a aussi des points négatifs ?
- P11 : Non, je pense...
- 230 M : Le fait de rester longtemps avec le même médecin ?
- P11 : Je pense que y'a... Enfin, on peut y voir... des aspects positifs parce que c'est le suivi ; je veux dire un médecin qui connaît l'historique de son patient, j'imagine que pour lui, il a plus vite perçu heu...certaines problématiques ; donc, quand on trace l'historique, j'imagine qu' on doit beaucoup mieux cerner le cas des gens ; notamment, si on connaît la personne, son histoire, il y a toujours un petit peu de psychologie aussi dans tout ça ; donc, ça doit améliorer effectivement la relation. Pour le patient évidemment, cette confiance-là, si elle est en place effectivement, c'est aussi quelque chose qui, à mon avis, améliore la prise en charge pour certaines pathologies. Par contre effectivement, dans le temps, ça peut...ça peut entraîner des automatismes ou des...on ne propose plus certaines questions ; heu, c'est-à-dire que des fois, moi j'ai vu certains médecins, au bout de quelques... A la fin, c'est certain, ils concluent trop vite quoi ! D'ailleurs, ils font plutôt le check-list, ils refont plus... On est... On est dans des automatismes et c'est assez régulier que cela arrive. Bon, on va voir un autre médecin, et cet autre médecin, lui, il trouve la pathologie que l'autre n'a pas recherchée. Ça, c'est un coup que... Enfin un cas que j'ai vu assez souvent parce que ... Bon, bah, voilà, «oui, oui, je le connais bien, ouais, c'est toujours la même chose, je lui dis tout le temps » ; bon
- 240 alors, ça, ça peut arriver, je pense, dans une relation à long terme comme ça...
- 245 M : Mmm...

P11 : Ça peut arriver ; maintenant, voilà, on a tous un cas à un moment donné où le médecin nous a trouvé le truc que l'autre il voulait même pas chercher parce qu'il était pas parti...

M : Mmm...

250 P11 : Mais je pense que sur le long terme, y'a la connaissance des gens, c'est quand même... mieux.

M : Mmm...

P11 : Parce qu'aujourd'hui, tout ce qui est dossier médical, tout ce qui est suivi, tout ça, c'est pas en place en fait ; même si l'informatique est partagée dans ce cas-là, elle est partagée entre deux médecins qui ont le même cabinet, elle est pas partagée dans le monde médical quoi !

255 M : Mmm...

P11 : Donc on prend un patient dans toute son histoire, donc médicale, mais son histoire aussi personnelle ; à mon avis, euh, c'est...

M : C'est fastidieux ?

260 P11 : C'est fastidieux ! Y'a pas les outils ; c'est-à-dire c'est, c'est ... voilà... ouais, comme vous dites, au début il faut recommencer à raconter son histoire, quoi ! Donc reprendre... pourquoi on en est là etc ... Voilà.

M : Mais alors, comme vous disiez, parfois ça peut être aussi le meilleur moyen d'avoir un avis neuf, finalement...

265 P11 : Mais c'est pour ça... Donc des fois je dirais entre guillemets, ces infidélités, c'est-à-dire qu'étaient plus simple avant, je vais voir mon médecin normal... heu... mon médecin de famille,...mais de temps en temps je vais en voir un autre qui va me donner un autre avis.

M : Mais ça, vous pensez qu'on ne peut plus le faire aujourd'hui ?

270 P11 : On doit pouvoir le faire, si...c'est quelques euros en plus, c'est tout ; c'est clair ! Mais euh...je prends un exemple ; on le fait un peu moins maintenant parce que le médecin attitré, je vous dis, c'est par rapport à ces contrats administratifs, mais je vous dis c'est quelques euros, donc je pense que celui qui veut vraiment, il peut le faire ; si à un moment il a des doutes, il peut le faire.

M : Parce que justement, je me suis rendue compte que souvent le patient pense en effet qu'il y a des euros en plus à payer alors que non en fait ! Parce-ce que par exemple, lorsque le médecin traitant est absent, malade...

275 P11 : Oui, d'accord, c'est en cas de force majeure...

M : ...ou même s'il n'a pas de disponibilité dans son planning, qu'il n'y en a que le lendemain et que vous, vous voulez absolument voir un médecin le jour même, si vous allez voir un autre médecin généraliste, il coche la case « médecin remplaçant » et vous ne payez pas d'euros supplémentaires ; mais c'est une petite...c'est quelque chose, visiblement, qui n'est pas connu de tous..

280 P11 : Ça, je vous dirai, quand on en arrive là, je pense quand même c'est que... la confiance elle est pas totale, hein, effectivement. Mais je prends un autre exemple simple aussi dans cette relation

continue ; euh, je prends l'exemple de mes beaux-parents par exemple ; et c'est vrai aussi pour...  
Quand ils vont voir un médecin qui ne les connaît pas – c'est vrai pour ma femme aussi - et qu'il voit  
toute la liste des médicaments qu'ils prennent tout le temps, mais neuf fois sur dix, le médecin va  
285 dire « mais pourquoi, vous prenez tout ça, quoi ? »

M : Mmm ...

P11 : Il va lui dire : « ben, ça, ça sert à rien... ça, c'est pas compatible » ; y'aura toujours... Et alors que  
le médecin généraliste avec qui on est tout le temps, c'est à dire qui suit depuis longtemps, il a  
quand même... à un moment donné, c'est lui qui fait les prescriptions ! Donc, est-ce qu'il a pas un  
290 petit peu cédé au patient ? Ou je sais pas comment ça s'est mis en place ; mais, à mon avis aussi ,  
c'est-à-dire que ça, c'est plutôt des problèmes négatifs, je dirais... Un autre avis, une vue différente ;  
c'est-à-dire qu'à un moment donné, je pense, de temps en temps, faut qu'il y ait des vues  
différentes...

M : Vous, vous pensez que neuf fois sur dix, un autre médecin va...va trouver la prescription... ?

295 P11 : Je pense... Non, non, c'est pas ça que je voulais dire ; c'est pour les gens qui sont sous  
médicaments avec je ne sais pas combien de médicaments par jour ; y'en a ! Y'en a qui prennent  
quatre ou cinq cachets tous les midi, le soir ; ces gens-là, toute une liste alors qu'ils ont des maladies  
longues ou autres, je pense que la plupart du temps, quand ils vont voir soit un spécialiste (...), dans  
la liste ils vont trouver des médicaments ; ils vont se dire, bon bah voilà... et cette remise en cause, je  
300 parle pas pour le standard, parce que moi j'ai pas... voilà, donc là, j'ai deux, trois médicaments, je  
pense pas que les deux médicaments que je prends, le PARIET et l'autre que je prends pour le  
cholestérol...

M : Donc vous, là, vous trouvez que c'est plutôt positif...

P11 : Là, c'est assez positif, c'est-à-dire que de temps en temps...

305 M : ...que quelqu'un donne son avis sur le traitement ?

P11 : Voilà...

M : ...habituel ?

P11 : Ouais ! C'est-à-dire qu'à un moment donné, cette forme un petit peu de collégialité qui fait  
qu'un moment donné alors les... on se... on se pose des questions qu'on s'est plus posé parce qu'on  
310 est dans une histoire...

M : ... une routine ?

P11 : ...voilà, une routine ; c'est ça qu'est important ; ça, j'en suis convaincu.

M : Mmmhh...

P11 : Bon, je suis pas dans ce cas-là aujourd'hui, mais je le constate chez beaucoup de personnes qui  
315 prennent beaucoup, beaucoup de médicaments et... qui en ont trois ou quatre pour la tension, et  
deux ou trois pour ci... Bon, je conteste pas le bienfait de tout ça, quoique j'ai connu il y a très



longtemps ces médecins qui ...ben... qui faisaient la liste que vous lui demandiez hein... j'en ai connu de ceux-là...

M : Mmmhh...

320 P11 : A l'époque, « ben voilà, mettez-moi ça, mettez-moi ça... ». Et on partait avec une tartine. Moi, je ne sais pas du tout ; moi, si le médecin estime, et c'est ça cette confiance aussi, moi personnellement, si le médecin estime que je n'ai besoin d'aucun médicament, c'est lui le médecin, il le sait, ok, je ne prends aucun médicament ; et s'il estime que je dois prendre tel médicament, parce que il a un apport, ok, c'est lui qui le sait, moi je ne peux pas... c'est-à-dire... je veux dire, je ne  
325 le conteste pas !

M : mmmhh...

P11 : C'est pour ça que je suis très choqué quand je vois toutes ces listes de dé référencement entre guillemets du médicament, qui, quand on dit qu'ils n'ont aucune efficacité prouvée... Là, je veux dire... il y a un problème dans le système... Moi, y'a quelque chose...pas...

330 M : mmmhh...

P11 : Je dis « attendez, y'a des professionnels, des médecins qui me le prescrivent et si ils savent que ça sert à rien ou que ça n'apporte... bon, qu'ils ne le prescrivent pas ! » A ce moment-là, moi, je veux dire... aucun problème ; mais comme...

M : mmmhh...

335 P11 : Donc voilà un petit peu le... C'est ça qui est important dans la relation effectivement avec le médecin, c'est cette confiance-là, elle est là. A un moment donné, je me pose pas cette question-là parce que c'est son métier ; mais c'est très clair pour moi, que s'il me donne des médicaments, c'est qu'il me les faut ; et s'il estime que je... bah, à ce moment-là, qu'il me le dise...

M : D'accord...

340 P11 : A un certain moment, on va s'aider un petit peu en disant « bah voilà, bon, si ça fait pas de mal... si ça fait pas de bien, ça fait pas de mal non plus, quoi ! »

M : Mmmhh...

P11 : Peut-être après, avec l'effet placebo... Y'a des gens sur qui ça peut jouer aussi...

345 M : Oui, c'est ça, c'est un peu le débat, le fait que tous ces médicaments soient dé référencés, c'est que on parle notamment un peu de médicament placebo... tout à fait...

P11 : Ben la psychologie, ça fait quand même partie du traitement... quand même...

M : C'est 30 à 40 ... c'est 40 %, je crois... Donc, est-ce que la réforme du médecin traitant, avec ces papiers administratifs, rend plus difficile le changement de médecin, selon vous ?

350 P11 : plus difficile, oui, mais c'est pas...c'est plus difficile qu'avant ? Oui, parce que à un moment donné, on s'engage ; mais pour moi, c'est pas fondamental ; c'est pas ça qui bloque, hein ; si on veut en partir, on en part...

M : En quoi c'est plus difficile ?

355 P11 : bah, c'est juste qu'il faut refaire le papier ; enfin, le plus difficile, c'est...bon...voilà, c'est tout ; non, c'est pas...on peut pas dire difficile...le mot « difficile », non...on dira un peu plus contraignante, un peu moins simple ; voilà

M : D'accord

P11 : Le mot « difficile » employé là n'est pas l'idéal

M : D'accord ; est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

360 P11 : Non, euh... Je fais une réflexion, mais ça c'est... Je sais pas si ça vous servira, c'est... J'étais y'a pas très longtemps en Angleterre et puis je connais bien le système médical en Espagne et c'est ... C'est la médecine d'état ; donc, ça, c'est un truc sur lequel... C'est un autre système...euh, qui change complètement aussi la relation avec le médecin et finalement, je me dis que ce système de médecine d'état où on a un médecin attitré...

M : Mmmhh ?

365 P11 : ...et qui est gratuit... donc, c'est-à-dire que le médecin est payé par l'état ou par les caisses , ils ont pas de problèmes de sécurité sociale quoi, euh... qui fait qu'on devient... donc ce lien difficile après il est plus fort, il est plus... mais du coup, y'a plus la relation qu'il peut y avoir... Donc y'a quand même de la distance... Ils deviennent fonctionnaires, quoi !

M : Mmmh...

370 P11 : Et l'autre, devient (...) et je trouve finalement que le système français est quand même pas mal de ce côté-là, parce qu'il y a cette liberté de choisir son médecin et donc... et en plus il responsabilise par rapport au paiement de ce médecin là ; qu'est-ce qui est... plutôt pour le système, je ne sais pas aujourd'hui, je n'ai pas les chiffres en tête, mais voilà ; je dirais, c'est pour moi des parallèles dans d'autres médecines, d'autres manières d'administrer la médecine, on voit que quand même, tout de suite - je vous le dis parce que j'ai de la famille en Espagne - on va « au » médecin comme on va dans une administration, quoi, je veux dire ; le médecin , il a son dispensaire, quoi ! Voilà.

375 M : Mmmhh ; je crois même qu'en Angleterre, c'est un médecin sectorisé

P11 : En Espagne, c'est un peu ça aussi ; c'est donc très difficile de chercher un médecin...

380 M : c'est vrai qu'on a parlé avec votre épouse du feeling ; c'est vrai que si on n'a pas le feeling, le contact avec le médecin...

P11 : ...cette relation, c'est ce feeling, c'est-à-dire que... c'est de l'humain ; et des fois, c'est lié à pas grand- chose... c'est lié à pas grand-chose et donc ce feeling, voilà, si on l'a pas... donc, c'est ... voilà

M : Ça, c'est important...

P11 : Voilà.

385 M : je vous remercie beaucoup !

## Médecin n°7

### Caractéristiques du médecin :

Médecin homme de 58 ans

Installé en semi rural dans une petite ville de 2900 habitants

Installation en 1981, en secteur 1

En association avec 1 autre médecin homme

### *Entretien 12 : Melle D (le 30/07/11, 16 min)*

M : Je vais tout d'abord vous poser des questions pour vous présenter. Quel âge avez-vous ?

P12 : Euh, je vais avoir 44 ans au mois de septembre.

M : D'accord ; quel niveau d'études avez-vous ?

P12 : Un niveau bac + 2

5 M : D'accord ; vous avez fait quoi comme profession par la suite ?

10 P12 : Bah, de tout... Moi, c'était surtout le travail... J'ai surtout eu des travaux durs... Très mal rémunérés... Et ... Puis voilà, quoi ; ça été dans l'aide à domicile... Euh, femme toutes mains dans l'hôtellerie... Euh, j'ai surtout fait des études de droit en commerce et dans... Et puis, et puis dans le droit, je voulais être avocate (...) Mais j'ai manqué mes études supérieures ; donc... Et puis après, moi, c'était le boulot... Donc, j'ai surtout travaillé mais j'ai plutôt... Plutôt payé pour travailler que d'être payée pour travailler, parce que comme j'étais aide à domicile, je perdais énormément d'argent...

M : D'accord...

15 P12 : Et moi, c'était... C'était aider les gens, c'était les qualités humaines, sociales et tout ça, et maintenant je suis dégoûtée... On est mal récompensé ; parce que dans cette profession-là, y'a ... Y'a deux catégories : y'en a qui sont faites pour ça, puis d'autres qui ne le sont pas

M : Mmh... D'accord ; donc, vous êtes mariée ? Vous avez des enfants ?

P12 : Non... non, non

M : Vous habitez ici ?

20 P12 : Je suis souvent chez ma mère pour l'aider (...), mais j'habite à Chartres

M : Vous habitez à Chartres...

P12 : J'ai un studio.

M : À quel rythme vous allez chez le médecin ?

25 P12: Ben, j'y...euh... (silence). Ben, j'y vais pas souvent chez le docteur... Là, j'ai changé... Je vais chez le docteur K..., mais je n'y vais pas souvent ; là, au mois de septembre, j'ai dû reprendre 1 kilo, j'y retournerai pour un certificat médical... J'ai du Crestor\* à prendre tous les 6 mois, donc... C'est une fois tous les 6 mois ; mais sinon, je suis suivie au CMP, donc au dispensaire par un psychiatre et un psychologue...

M : D'accord...Mmmh...

30 P12 : Donc, ça me fait aller un peu plus souvent chez le spécialiste.

M : Donc, ça, c'est sur Chartres ?

P12 : Ouais, sur Chartres, dans ma rue...

M : D'accord ; donc, vous avez une sécurité sociale et une mutuelle ?

P12 : Oui

35 M : D'accord ; donc, maintenant, parlez-moi de votre changement de médecin

P12 : Bah moi, c'est parce que je trouve que il prenait 30 euros au lieu de 23 euros pour 3 minutes... Il n'est pas à l'écoute et quand on a un problème, il rigole...

M : Donc, ça, c'était un médecin de Chartres ?

P12 : Non, Docteur G....

40 M : Ah, d'accord !

P12 : il rigole, je ne suis pas une idiote... Je suis sensible et je suis une psychologue, je pense ; il est pervers pour moi, mais y'en a que ça les gêne pas ; moi, ça me gêne... J'aime pas les médecins pervers, déplacés...

M : Mmmh...

45 P12 : et puis, il a pas choisi sa voie ; moi, il me soigne mal et lui... (silence) ... Oui ; que dire d'autre ? Euh, euh ....

M : Donc, quand vous dites « pervers », c'est dans... dans le vocabulaire ? Dans la façon de répondre ?...dans... ?

50 P12 : Oui...Bah une fois, j'avais... Je sais pas... Ou peut-être que j'ai mal compris... J'avais des beaux petits sous-vêtements... Il a dit : « ton ami, il a de l'argent ! » ; parce que moi je travaillais beaucoup et malheureusement, y'avait pas beaucoup de rentrée d'argent ; alors mes parents, ils m'aidaient... J'ai pas à le dire ça, je sais pas

M : D'accord...

P12 : Un médecin n'a pas à dire à sa patiente... On dévisage pas les gens comme ça, moi, je sais pas !

55 M : Des remarques déplacées ?

P12 : (sourir) Oui, quand même...

M : Vous trouviez cela impoli ?

60 P12 : Oui, parce que moi je suis très sérieuse alors peut-être que je suis un petit peu... Mais même, on le sait, là, c'est pas des cancans c'que vous a dit ma mère ; c'est vrai qu'il couche avec ses patientes, puis avec son personnel ; ça se fait pas ça...il est marié, il a des enfants !

M : Mmmhh...

P12 : C'est un pervers, ça s'appelle un pervers...

M : Mmmhh...

P12 : Bon; c'est pas des cancans, c'est la vérité ; vous pouvez vous renseigner.

65 M : Donc alors, il y a sa réputation ? Le fait qu'il ne soit pas à l'écoute ?

P12 : Ouais...

M : « Moqueur » ? Est-ce qu'il y a d'autres choses ... ?

P12 : l'argent, l'argent et non pas les...

M : il pense plutôt à l'argent, d'accord ...

70 P12 : oui, m'enfin...

M : à la qualité de...

P12 : puis il soulage pas, il aide pas ; c'est vrai qu'on attend d'un médecin qu'il nous soulage, qu'il nous reconforte, mais lui, il est bourru ; voilà, je cherchais le mot ; soit qu'il parle pas ou soit qu'il gueule !

75 M : mmmhh...

P12 : c'est dur pour vous ; je l'ai fait cette profession-là : aide à domicile pour des « prunes », pour reconforter des personnes âgées ; c'est très dur, faut prendre sur soi ; moi, je disais rien du tout et tout ça...je donnais beaucoup ; mais bon, bah moi, je pouvais plus ; bah j'ai arrêté ; bah quand on peut plus, on prend ce courage là et puis on arrête.

80 M : Oui...je vois ce que vous voulez dire...

P12 : C'est pas du courage ; c'est facile à faire quand on en peut plus .

M : Oui, je vois ce que vous voulez dire ; oui, plutôt que de faire du mal aux gens, ...

85 P12 : Voilà ; moi, il me soulageait pas ; j'avais besoin qu'il me reconforte un petit peu, surtout au moment du décès de mon père ; bah non, « va te faire voir » ; le médecin doit être un peu psychologue, même si c'est très dur pour lui... Il a une vie privée, je le comprends; il a ses problèmes ; si faut encore qu'il aide dans sa profession, c'est peut-être dur ; bon, on le demande un peu, pas de

trop, mais qu'il le fasse quand même, qu'il change de profession sinon ; faut qu'il soit un peu psychologue !

90 Le médecin ; que ce soit pas que physiologique, mais aussi psychologique, le généraliste ; c'est peut-être pas un psychologue mais faut qu'il...C'est un peu de tout ; s'il ne sait pas le faire, qu'il nous oriente vers...Mon père, il aurait dû l'orienter vers un diabétologue ; il était... Il pouvait plus manger ; et puis moi, m'orienter, au lieu de me garder des années, des années...J'ai grossi... « En rigolant de mes conneries » que je lui disais... Vers un psychiatre ou un psychologue ; il l'a pas fait ; c'était les sous !

95 M : Mmmhh...

P12 : Bon ; quand un généraliste ne peut plus rien faire, on oriente vers un spécialiste

m : Mmmhh ; donc il n'a pas essayé...

100 P12 : Il voulait tout faire ; à ma mère, il voulait soigner son ongle ; il savait pas ; il mettait plein de crème ; alors, on est alors voir madame D...à la maison médicale où est le docteur K... ; elle est très bien ; elle est très propre, elle est sérieuse, elle pense à son travail et puis voilà ; et pas à des conneries ;

M : Donc, il ne savait pas bien s'arrêter quand il fallait, et bien orienter ?

P12 : Oui, il voyait pas les limites...il voyait pas les limites...

M : D'accord, mmmhh...

105 P12 : Il les voyait peut-être, mais il s'en fichait ; je sais pas, il voyait pas les limites ; y'a des limites à respecter !

M : Mmmhh, d'accord ; est-ce qu'il y a eu un événement déclenchant au fait que vous avez décidé, là, ..

110 P12 : Ben, la mort de mon père, hein, parce que... Là, on a dit : « on fait le pas » ! Et puis 30 euros au lieu de 23 euros pour 3 minutes, là, il abuse hein ! Puis, y'a aucun réconfort, aucune qualité humaine et puis il aide plutôt les crapules que les gens qui sont biens, qui sont sérieux et tout ça...

M : D'accord (silence) ; alors comment avez-vous choisi votre nouveau médecin ?

115 P12 : Ben, je sais pas... On est allé à la maison médicale de E , on voyait le Dr K passer ; je sais pas, on le trouvait bien, sérieux(...)obligeant... Donc, nous sommes allés à la maison médicale de E... ; on savait qu'il était installé depuis longtemps à E... ; le docteur K..., on l'a vu, on l'a trouvé gentil ; quand il passait dans le couloir, hein, c'est l'aspect qu'il nous a donné : gentil, aimable, sérieux, un peu réconfortant, euh...propre (...) on s'est dit « bon, on va aller chez lui » ; on est allé chez lui, puis pour l'instant, on est contentes de lui.

M : Mmmhh...

120 P12 : De ce qu'il nous a fait...

M : D'accord ; vous y êtes allées à peu près combien de fois chez lui ?

P12 : Moi, une fois et ma mère peut-être deux ou trois fois ; c'était au printemps, je sais plus, de cette année.

125 M : Mmmhh, d'accord ; alors qu'est-ce que vous attendez, en fait, du médecin généraliste ? Donc, vous m'avez dit qu'il soit psychologue quand même un peu...

P12 : Oui...

M : et qu'il ne fasse pas que du médical, du « physiologique » (pour reprendre les mots de la patiente)...

P12 : oui...

130 M : est-ce que vous attendez autre chose... du médecin ?

135 P12 : ben, écoutez,(.....) on va pas trop venir demander, hein ; dans sa vie privé, c'est le problème hein...On va pas l'épuiser, hein ; moi, les petits papy et les petites mamies, ils m'ont épuisée, hein ; alors, moi je... C'est pour ça qu'on vous offre tout ça ; je sais donner des gâteaux ( pendant l'entretien, elle m'a offert des gâteaux et un café) et tout ça, on est pas des sauvages ; donc, ils m'ont épuisée ; c'est pas moi qui vais épuiser le docteur K... Ca restera là et puis c'est tout ; et puis après, je le prendrais sur... sur moi-même ; et puis malgré que je sois (...) et fragile et que je sois seule, y'a personne pour me seconder, je...

M : et vous, votre médecin idéal, qu'est-ce que vous attendriez d'un médecin, celui qui vous conviendrez bien ?

140 P12 : ben, qu'il soit psychologue...

M : mmmhh...

P12 : ben, des qualités humaines, des qualités humaines, quoi !

M : des qualités humaines, oui ?

P12 : un bon docteur, qui « save » soigner, qui « save » se remettre en question

145 M : mmmhh...

150 P12 : qui soit... Qui reste pas sur une médecine du passé, mais qui continue à suivre des études pour ...pour pas qu'on soit obligé... Qu'on soit pas facturé par lui, parce qu'il pratique une médecine de 20 ans et puis il veut plus suivre ses études, et puis il y a eu des progrès, et puis s'il a pas voulu suivre ces progrès, peut-être qu'on n'en serait pas mort (elle veut dire qu'on pourrait en mourir je pense), qu'on aurait pas une grave maladie, et donc ben... qu'il sache se remettre en question, même si c'est du boulot ; qu'il sache se remettre en question en suivant des stages ou je ne sais pas trop quoi...

M : mettre à jour ses compétences ?

P12 : ses compétences, voilà, je cherchais le mot...Pour que...Pour qu'il mette à jour ses compétences pour ne pas qu'on meurt ou qu'on soit trop gravement malade ; mais je pense qu'ils le font...

155 M'enfin, j'espère qu'ils ont le temps... Mais tout ça, c'est du boulot ; je le sais très bien ; j'ai fait des

études supérieures, je travaillais en même temps, mais euh... Voilà, j'ai arrêté moi parce que j'en pouvais plus, quoi !

M : Mmmhh...

160 P12 : Si c'est au détriment des autres et de soi-même, faut arrêter... Faut savoir...faut savoir dire stop !

M : Mmmhh, d'accord ; et parlez-moi un peu de la confiance médecin/patient.

P12 : Ben, qu'il répète pas ce que je lui dis, qu'il se moque pas de moi, comme T..., il se moquait de moi...

M : Mmmhh...

165 P12 : Euh...parce qu'il est tenu au service méd... au service médical... serv... secr...

M : Secret médical, oui ?

P12 : Secret médical ! J'espère qu'il le respecte bien et puis qu'il se moque pas de moi malgré que ce soit un humain ; je ne le prend pas pour un dieu, hein !

M : Mmmhh...

170 P12 : Je le prends pour un humain et qu'il respecte mes divergences !

M : Mmmhh...

P12 : Mes points de vue divergents.

M : Mmmhh...

175 P12 : Même s'il les partage pas ; qu'il les respecte ; qu'il se moque pas de moi après par derrière, parce que ça, je le sentirais et tout dépend comment je serais mais je le remettrais à sa place ; et euh... Bah voilà quoi, c'est pas un dieu, je le sais bien ; c'est un être humain...

M : D'accord.

P12 : Tout le monde a des qualités et des défauts, hein !

180 M : Est-ce que vous pensez que... en ce moment les patients changent plus facilement de médecin qu'autrefois ?

P12 : Ben, oui...oui

M : Oui, c'est votre avis ? Vous pensez ?

P12 : Mmmhh...

M : Pourquoi à votre avis ?

185 P12 : (...) j'ai su peut-être ... Je sais plus... Peut-être parce qu'ils sont mieux informés.



M : Les patients sont mieux informés ?

P12 : Oui.

M : Mmmhh...

190 P12 : Ils sont mieux informés que tel médecin euh...il nous soigne mieux qu'un autre... Ils ont le moyen de locomotion ; puis dans le temps, ils étaient plus fidèles parce que y'avait plus ... Je sais pas si ça à voir avec la moralité, mais on avait son médecin de famille à vie ; peut-être que c'était la moralité de cette époque-là ; puis là, la moralité de notre époque, elle est perdue cette moralité-là, peut-être, je ne sais pas...

M : Mmmhh...

195 P12 : Mais d'avoir son médecin de famille, de 0 jusqu'à 85 ans... Peut-être que c'est la moralité de maintenant qui est perdue. On change de, de ...

M : De ville ?

P12 : De vie... de... de... de... d'habitation, tout ça ; tout est ... Y'a eu un sacré bouleversement, donc les médecins, ça a suivi.

200 M : Et qu'est-ce que vous en pensez, vous, de la fidélité médecin/patient ? Est-ce que c'est bien ? Est-ce que c'est pas bien, est-ce qu'il y a des points positifs, des points négatifs ?

P12 : Bah, y'a des points positifs et des points négatifs (rire) dans tout, je pense...

M : Alors dites-moi ce que vous en pensez ?

205 P12 : Fidélité : c'est très bien de... de reconnaître euh... son docteur ; c'est une forme de remerciement, la fidélité.

M : Mmmhh...

P12 : euh...la non fidélité, si je fais des gaffes comme T... !

M : Alors, ce que j'entends par fidélité, c'est le fait...bah de rester longtemps avec les médecins ; est-ce que c'est bien de rester longtemps avec le même ?

210 P12 : Ben oui, moi, c'est ce que j'aime ! Parce-ce que c'est pas évident de changer... Faut se remettre en question ; mais faut qu'il se mette au goût du jour, quoi ! Qu'il cultive ses connaissances médicales !

M : Mmmhh...

P12: Vous comprenez ce que je veux dire ?

215 M : Oui, bien sûr ! Donc, ça, pour vous, c'est un gage de ...?

P 12: De confiance ! Oui ; qu'il sache que...moi, je pense que c'est ça... Y'a des représentants... des représentants qui se présentent chez le docteur pour les nouveaux médicaments... Je pense que ...

M : Mmmhh...

P12 : Je pense que... (long silence) je pense que... qu'ils doivent être informés, quoi !

220 M : Et vous pensez que ça a des points négatifs de...rester longtemps avec le même soignant ?

P12 : Moi, j'ai eu un psychiatre que j'ai beaucoup apprécié, qui m'a beaucoup aidé, euh... Ca va faire 3 ans et quelques semaines qu'il est mort ; j'ai du mal à me remettre de son décès, hein ; quand on apprécie vraiment une pers... Quand on apprécie vraiment énormément une personne, qu'on a reconnu qu'elle avait vraiment des qualités humaines et tout ça, et qu'on est sensible, et qu'on s'est  
225 donné comme moi, qu'on est reconnaissant... Ben au moment du décès du médecin, c'est dur de faire le deuil, hein !

M : Mmmhh...

P12 : Ecoute, moi, je sais pas...je sais pas si c'est ça que vous voulez me faire dire...je ne sais pas, je comprends pas ce que vous voulez me faire dire par là !

230 M : Oh non, moi je ...

P12 : Je ne trouve pas de réponse (la patiente semble s'agacer, être en difficulté avec cette question)

M : Moi, je...

P12 : Quand j'apprécie quelqu'un qui m'a beaucoup aidée...

M : Mmmhh...

235 P12 : Bon, moi, j'ai beaucoup pleuré sa mort, hein !

M : Mmmhh...

P12 : Il était très bien, hein !

M : Est-ce que la réforme du médecin généraliste, pour vous, ça a compliqué les ... ?

P12 : Ben oui, ça a compliqué... Mais le docteur K...nous l'a facilité, mais ça a compliqué, oui...

240 M : Pourquoi ?

P12 : Oh, encore des papiers ; puis je me dis « y'a encore la carte vital à changer »... Faut encore aller chez le pharmacien...Ou...Puis faut encore taper... sur quoi ? Qu'est-ce qu'il faut mettre ? Oh, j'en avais marre ; maintenant, y'avait pas tout ça à faire, mais quand même je m'étais imaginée un peu plus...des choses un peu plus compliquées quoi ! Trop de démarches à faire, quoi, y'en a assez ! La  
245 France, c'est vrai, c'est un peu le pays des papas...des papas...de la « papasserie » au temps de l'URSS... Il nous faut une tonne de papier pour rien du tout ; faut un peu alléger tout ça, hein ?

M : Mmmhh...d'accord... Est-ce... ?

P12 : C'est stressant pour une personne qui stresse facilement ; excusez-moi (elle coupe la parole du médecin qui l'interroge)

250 M : Est-ce que vous avez autre chose à me dire ?

P12 : Non, je vous ai tout dit, voilà...

M : Merci beaucoup !

## Médecin n°8

### Caractéristiques du médecin :

Médecin homme de 48 ans

Installé en ville, dans une agglomération.

Installation en 1993, secteur 1

Installation dans une maison médicale avec 2 autres médecins homme et femme, ainsi que 2 podologues.

### *Entretien 13 : Mme J (le 09/08/11, 8 min)*

M : Alors, tout d'abord, je vais vous poser quelques questions pour vous présenter ; euh, quel âge avez-vous ?

P13 : 50 ans

M : Quel niveau d'études avez-vous ? Et quelle profession vous avez eue par la suite ?

5 P13 : Alors le niveau d'études, c'est BEP Comptabilité et la profession : je suis assistante

M : d'accord ; quelle est votre situation familiale ?

P13 : Mariée, 2 enfants

M : D'accord; vous habitez en ville, à C ?

P13 : Oui, à L (dans l'agglomération)

10 M : D'accord ; à quel rythme vous allez voir votre médecin en moyenne ?

P13 : Ça, c'est vraiment quand ça ne va pas (rire) ; mais le rythme, je ne peux pas vous dire

M : Voilà, c'est seulement quand ça ne va pas, donc ça peut être 1 fois tous les.... ?

P13 : Ou alors des fois c'est 2 ou 3 fois dans la semaine comme la dernière fois...

M : Quand vous êtes malade ?

15 P13 : Ce qui m'a amenée à changer de médecin, c'est parce qu'il n'avait pas trouvé ce que c'était tout de suite

M : D'accord

P13 : Voilà

- 20 M : Donc, vous n'avez pas en tout cas de soucis de santé chronique qui nécessitent de voir votre médecin régulièrement ?
- P13 : Non...à part le cholestérol mais...mais, non...
- M : Vous avez un traitement pour le cholestérol ?
- P13 : Non, on a arrêté avec le docteur Y...
- M : D'accord ; donc vous avez une sécurité sociale et une mutuelle ?
- 25 P13 : Oui
- M : Ok ; donc, maintenant, parlez-moi de votre changement de médecin généraliste.
- P13 : Alors le changement de médecin généraliste, c'est suite à l'année dernière parce que je suis venue voir le médecin 3 ou 4 fois dans la même semaine parce que ça n'allait pas du tout
- M : Mmmhh...
- 30 P13 : Et j'ai terminé aux urgences ; et aux urgences, tout de suite, ils ont trouvé tout de suite ce que j'avais ; donc, de là, après, j'avais rendez-vous avec le médecin, et comme ce médecin était en congés, donc c'est pour ça, que j'ai pris avec le Dr Y....
- M : D'accord
- P13 : Et j'ai continué le suivi avec lui parce que je trouvais que le contact était plus facile
- 35 M : Et qu'est-ce que vous aviez eu comme souci de santé à l'époque ?
- P13 : La coqueluche !!! (rires)
- M : Ah, c'était la coqueluche !
- P13 : La coqueluche, oui ; donc, là, j'ai cru mourir ; franchement, je suis allée aux urgences et puis c'était dur, dur, dur !...
- 40 M : D'accord ; donc, vous trouviez qu'il y avait un meilleur contact avec le Dr Y....
- P13 : Oui (...) parce que quand vous allez voir le médecin...bon, à la fin je me demandais...si je l'embêtais pas et si vraiment c'était pas un petit peu de la comédie que je faisais ; bon, donc c'est pour ça...moi qu'ai pas l'habitude d'aller voir le médecin, si je vais voir le médecin, c'est vraiment parce qu'il y a quelque chose
- 45 M : d'accord
- P13 : sinon, j'irais pas
- M : donc vous aviez l'impression peut-être qu'il y avait ... un manque d'écoute aussi ?
- P13 : peut-être aussi, oui
- M : d'accord

50 P13 : bon, c'est sûr que la coqueluche, on voit pas ça tous les jours, mais enfin...hein ?

M : mmmhh, d'accord...

P13 : (....) un peu dur

M : Donc ça, c'est un peu l'événement déclenchant qui a fait que vous avez pris cette décision ?

P13 : Oui

55 M : Est-ce qu'il y avait d'autres choses...euh...qui vous avaient un petit peu... ?

P13 : Et puis aussi, bon après par la suite oui...bah, quand on a rendez-vous, des fois c'est 1 ½ ou 2 heures après qu'on est pris...donc, c'est vrai que quand on prend des heures et que l'on est pris 2 ou 3 heures après, c'est pas la peine !

M : Oui...

60 P13 : oui...c'est comme aujourd'hui, vous voyez j'ai (...) une demi heure plus tôt, (.....) parce qu'il était 16h30, bon, là, pas de soucis ; j'ai été prise à l'heure, donc c'est bien

M : d'accord ; donc la ponctualité, l'attention, l'écoute, le contact...

P13 : oui

M : est-ce que vous voyez autre chose ?

65 P13 : non

M : puis ?

P13 : puis il y a aussi...euh, on a vu avec le dr Y...pour le cholestérol

M : mmmhh

P13 : ce qu'elle m'avait prescrit, en fin de compte, elle avait doublé la dose et ce n'était pas du tout nécessaire aussi

70 M : mmmhh

P13 : donc, là...

M : d'accord ; donc, si j'ai bien compris, y'avait une perte, un peu, de confiance ?

P13 : oui ; plus des amis qui ont le même médecin aussi et qu'ont eu des petits soucis aussi

75 M : mmmhh

P13 : donc après...après, c'est en parlant : « bah, tiens oui, c'est pareil.. »

M : d'accord, donc en parlant avec d'autres personnes ?

P13 : (...) mais c'est surtout la coqueluche l'année dernière

80 M : D'accord ; comme vous dites, c'est ça qui a déclenché la prise de décision ? Est-ce que finalement la décision elle est difficile à prendre ? Qu'est-ce qui fait qu'on ne prend pas la décision tout de suite ?

P13 : Bah la décision, non, pas du tout...puisque...comme elle était absente...

M : Mmmh

85 P13 : c'est lors de l'entretien que j'avais après avec le docteur Y ...en consultation ; donc comme ça s'est bien passé, j'ai....

M : Vous avez continué naturellement ?

P13 : J'ai continué, voilà...j'ai continué naturellement

M : Et avant, il y avait des petites choses qui vous faisaient tiquer mais....vous n'avez pas voulu changer tout de suite ?

90 P13 : Oui ; mais on a confiance en notre médecin (...) en général, on reste chez eux... C'est comme le coiffeur, c'est comme le dentiste (...), c'est comme partout !

M : D'accord ; comment avez-vous choisi donc votre nouveau médecin ? Vous m'avez dit qu'il était tout simplement disponible à ce moment-là ?

P13 : Oui

95 M : D'accord, et vous êtes restée naturellement avec lui ?

P13 : Oui, je lui ai demandé s'il voulait bien me prendre et donc, il y a eu aucun souci ; donc, on a continué

M : D'accord ; et qu'attendez-vous donc d'un médecin généraliste? De votre médecin ?

100 P13 : (silence) ; ah, qu'est-ce que j'attends du médecin ? Ben, un peu comme le Dr Y... Il est à l'écoute, il est attentif ; quand il y a eu le souci avec la coqueluche, tout de suite, il a pris ses bouquins pour voir si fallait pas faire une déclaration parce que comme je travaille aussi dans le pharmaceutique, mon... C'est vrai que, avec la coqueluche, ç'aurait pu être plus grave... Non, très bien... Avoir confiance... Non, j'ai confiance en lui ! Y'a pas de souci.

M : D'accord ; donc, les qualités d'écoute ?

105 P13 : Oui

M : La confiance ?

P13 : Oui ; et puis...et bien il nous prend aussi à l'heure ; ça, c'est bien aussi...

M : Mmmhh, d'accord

P13 : Non, et puis il est agréable... (silence)

- 110 M : Mmmh ; et donc parlez-moi un peu ...justement de la confiance ; c'est quoi pour vous la confiance ?
- P13 : La confiance ? (rire) euh...c'est pas facile
- M : (rire)
- 115 P13 : Euh...euh...bah, si il y a quelque chose vraiment qui va pas, il nous le dit ! Donc, si ça va bien, il nous le dit aussi ; donc, on ne s'inquiète pas non plus si vraiment...c'est un peu grave entre parenthèses...
- M : D'accord, donc une transparence dans...?
- P13 : Une honnêteté, oui !
- M : Une honnêteté ? D'accord...
- 120 P13 : Puis c'est vrai que nous, le patient, on n'a rien à cacher et puis le médecin...donc... bon, après, y'a des limites, peut-être, je pense....dans l'ensemble, ça se passe bien ; et d'ailleurs mon mari et ma fille sont venus aussi voir le docteur Y...et c'est vrai que c'est...il est agréable ; le contact aussi est plus facile.
- M : Mmmhh... D'accord... ; est-ce que vous pensez qu'aujourd'hui on change peut-être plus
- 125 facilement de médecin qu'autrefois ou pas ?
- P13 : Je pense que ça dépend des patients aussi.
- M : Mmmhh...
- P13 : Je pense ; mais moi j'ai suivi toujours le même médecin, quoi ! donc, bah voilà, quoi...
- M : D'accord...
- 130 P13 : Puis Il suffit qu'il y ait peut-être d'autres...je vous dis on a des amis qu'ont aussi le même médecin ; donc, y'avait aussi des petites choses...donc une petite chose, deux petites choses, trois petites choses...bon, bah c'est bon...faut arrêter quoi !
- M : le fait de garder le même médecin longtemps, est-ce qu'il y a des points positifs, des points négatifs ?
- 135 P13 : Oh, ben je pense que au niveau positif, c'est bien...on se connaît parfaitement, je pense.
- M : Mmmhh
- P13 : C'est quand même plus agréable, hein !
- M : D'accord.
- 140 P13 : Je pense que s'il y a un problème, tout de suite il peut voir...puis de toutes façons, il y a tous les antécédents, donc...



M : Donc, voilà, il y a le fait de mieux connaître la personne, les antécédents, d'avoir plus une vue d'ensemble ?

P13 : Oui

M : D'accord ; est-ce qu'il peut y avoir des points négatifs sinon ?

145 P13 : Bah, je pense pas...si c'est un bon médecin, je ne pense pas.

M : Est-ce que vous trouvez que la réforme du médecin traitant, avec le fait de signer le papier, ça a rendu plus difficile votre changement de médecin ?

P13 : Non, pas du tout.

M : C'est pas ça en tout cas qui vous a empêché de faire la démarche ?

150 P13 : Non, non, pas du tout.

M : Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

P13 : Non ! (rire)

M : Je vous remercie

P13 : De rien



**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
de la Faculté de médecine de TOURS**



## **RESUME**

**Contexte.** De nombreuses recherches ont été effectuées sur la relation médecin/patient, et sur les attentes des patients de leur médecin généraliste, mais très peu sur la rupture de cette relation qui conduit au changement de médecin.

**Objectif principal.** Identifier les déterminants de la décision des patients de changer de médecin généraliste et identifier les points indispensables à améliorer pour le médecin afin d'éviter cet échec de la relation.

**Méthode.** Des entretiens semi dirigés ont été réalisés auprès de 13 patients en Eure et Loir, de septembre 2010 à août 2011. Des médecins généralistes ont proposé à de nouveaux patients (qui les avaient choisi volontairement dans l'année) de participer à cette étude.

**Résultats.** La principale cause de changement de médecin est une mauvaise relation médecin-patient surtout liée à une mauvaise communication et à un manque d'attention de la part du médecin. Puis est cité le manque de disponibilité du médecin ; et seulement après, un désaccord avec la décision médicale.

**Discussion.** L'analyse de la littérature nous a montré que les causes de rupture de la relation médecin-malade ont peu évolué en 15 ans, malgré la mise en place des sciences humaines dans la formation des jeunes médecins, les efforts mis dans leur formation en communication et la volonté du gouvernement de mettre le patient au cœur du système de soins avec les lois du 4 mars 2002 et la réforme du médecin traitant de 2004. Mais, comment accorder au patient toute l'attention qu'il est en droit d'attendre lorsqu'on connaît le contexte actuel de crise démographique médicale de certaines régions.

**Conclusion.** Pour construire une relation médecin-patient dans la durée, il est essentiel, que soient mises en place des stratégies pour former efficacement les médecins à mieux communiquer avec leurs patients, et améliorer ainsi la qualité des soins.

**Mots-clés.** Médecin généraliste - Médecine Générale - attentes des patients - satisfaction des patients - rupture relation médecin-patient - changement de médecin - critères de choix du médecin - relation médecin-malade - communication - confiance - fidélité - réforme médecin traitant - droit des malades

**Titre en Anglais.** Why do patients change their general practitioner? A qualitative survey among patients from Eure-et-Loir.



224 pages, 3 tableaux, 2 schémas

**Résumé :**

**Contexte.** De nombreuses recherches ont été effectuées sur la relation médecin/patient, et sur les attentes des patients de leur médecin généraliste, mais très peu sur la rupture de cette relation qui conduit au changement de médecin.

**Objectif principal.** Identifier les déterminants de la décision des patients de changer de médecin généraliste et identifier les points indispensables à améliorer pour le médecin afin d'éviter cet échec de la relation.

**Méthode.** Des entretiens semi dirigés ont été réalisés auprès de 13 patients en Eure et Loir, de septembre 2010 à août 2011. Des médecins généralistes ont proposé à de nouveaux patients (qui les avaient choisi volontairement dans l'année) de participer à cette étude.

**Résultats.** La principale cause de changement de médecin est une mauvaise relation médecin-patient surtout liée à une mauvaise communication et à un manque d'attention de la part du médecin. Puis est cité le manque de disponibilité du médecin ; et seulement après, un désaccord avec la décision médicale.

**Discussion.** L'analyse de la littérature nous a montré que les causes de rupture de la relation médecin-malade ont peu évolué en 15 ans, malgré la mise en place des sciences humaines dans la formation des jeunes médecins, les efforts mis dans leur formation en communication et la volonté du gouvernement de mettre le patient au cœur du système de soins avec les lois du 4 mars 2002 et la réforme du médecin traitant de 2004. Mais, comment accorder au patient toute l'attention qu'il est en droit d'attendre lorsqu'on connaît le contexte actuel de crise démographique médicale de certaines régions.

**Conclusion.** Pour construire une relation médecin-patient dans la durée, il est essentiel, que soient mises en place des stratégies pour former efficacement les médecins à mieux communiquer avec leurs patients, et améliorer ainsi la qualité des soins.

---

**Mots-clés.** Médecin généraliste - Médecine Générale - attentes des patients - satisfaction des patients - rupture relation médecin-patient - changement de médecin - critères de choix du médecin - relation médecin-malade - communication - confiance - fidélité - réforme médecin traitant - droit des malades

**Titre en Anglais.** Why do patients change their general practitioner? A qualitative survey among patients from Eure-et-Loir.

---

**Jury :**

**Président :** Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ  
**Membres :** Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Monsieur le Professeur Patrice DIOT  
Monsieur le Professeur Philippe BAGROS  
Monsieur le Docteur Jean ROBERT  
Monsieur le Docteur Patrick POISSON

**Date de la soutenance :** 27 juin 2013