



Pratique de la médecine générale : perceptions et attentes des patients de l'Île de La Réunion

Célia Jung-Hee Forin

► To cite this version:

Célia Jung-Hee Forin. Pratique de la médecine générale : perceptions et attentes des patients de l'Île de La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01096492

HAL Id: dumas-01096492

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01096492>

Submitted on 17 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 – Bordeaux Segalen
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2014

N°145

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
Par FORIN Célia, Jung-Hee
Née le 17/01/1982 à Séoul (Corée du Sud)

Le 1^{er} décembre 2014

PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE:
PERCEPTIONS ET ATTENTES DES PATIENTS DE
L'ÎLE DE LA RÉUNION

Directeur de thèse
Docteur Nicolas POUDEROUX

Membres du Jury

M. le Professeur Bernard GAY

M. le Professeur Xavier COMBES

Mme le Docteur Line RIQUEL

M. le Docteur Michel DER KASBARIAN

M. le Docteur Jean-Marc FRANCO

M. le Docteur Nicolas POUDEROUX

Président du Jury

Examineur

Examineur

Examineur

Rapporteur de thèse

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

À mon Président du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

À mes Juges :

Monsieur le Professeur Xavier COMBES,

Vous avez accepté d'être membre de ce jury de thèse, soyez-en remercié et veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

Madame le Docteur Line RIQUEL,

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Michel DER KASBARIAN,

Le plaisir de te compter parmi les membres de mon jury est immense. Tu m'as appris à pratiquer la médecine générale lors de mon stage chez le praticien. J'ai admiré le médecin généraliste que tu es et je l'admire encore aujourd'hui. Merci pour tout ce que tu m'as enseigné et pour tes encouragements.

À mon Rapporteur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail. Je tiens également à vous exprimer toute ma reconnaissance pour votre engagement pédagogique auprès des internes Océan Indien de médecine générale. Soyez assuré de mon respect le plus sincère.

À mon Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Nicolas POUDEROUX,

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accordé ta confiance. Ton aide et tes encouragements m'ont été d'un grand soutien. J'ai apprécié ton dévouement et ton perfectionnisme. Merci de m'avoir donné de ton temps et merci de ta patience à mon égard.

À **Sophie LARRIEU**, épidémiologiste à la CIRE Océan Indien (Cellule de l'Institut national de veille sanitaire en Région),

Je tiens à t'exprimer mes sincères remerciements pour ton accompagnement technique et personnel qui m'a permis de mener à bien ce travail. Ton aide m'a été plus que précieuse. Je te remercie aussi pour tout le temps que tu m'as accordé.

Aux patients qui ont participé à mon travail de fin d'études et qui ont pris de leur temps pour répondre au questionnaire ainsi qu'**aux médecins généralistes** qui ont accepté aimablement de m'accueillir dans leur cabinet médical ; je les en remercie sincèrement.

Au cabinet médical de Bagatelle à Sainte-Suzanne,

J'ai effectué mes premiers remplacements dans votre cabinet. Je continue aujourd'hui à y poursuivre mon activité professionnelle de médecin généraliste et je l'apprécie. Mes remerciements les plus sincères au **Docteur Jeanine RAVELOSON**, au **Docteur Michel DER KASBARIAN**, au **Docteur Nicolas POUDEROUX** et à leur secrétaire médicale **Mademoiselle OMERALY Erika**. Merci aussi à l'ensemble des infirmières et infirmiers travaillant avec le cabinet et le personnel de la pharmacie de Bagatelle pour leur soutien.

À l'ensemble des équipes hospitalières de La Réunion et de Mayotte ainsi qu'à mes maîtres de stage chez le praticien,

Qui m'ont accueillie au cours de mes stages d'interne. Ce fut un plaisir de travailler avec vous. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

À mes parents Cuc et Francis,

Merci pour m'avoir donné la possibilité de faire ses études, de m'avoir soutenue et supportée tout au long de ces années. J'espère vous rendre fiers de ce que je suis devenue.

À toi Nicolas,

Tu as su faire preuve de patience et de compréhension tout au long de ce travail. Merci pour ton soutien et ton amour. Un nouveau départ pour nous.

À ma famille, mon Parrain et ma Marraine,

Merci pour votre soutien durant toutes ces années d'études.

À ma belle-famille,

Merci pour vos encouragements. **Prisca**, merci pour ta relecture et tes précieux conseils.

À mes amis,

Merci pour tous les beaux moments passés ensemble. **Coralie**, sache à quel point j'ai apprécié ton soutien du début de notre première année de médecine jusqu'à ce jour ; que de belles choses nous attendent ... **Marion**, tes encouragements m'ont beaucoup aidée pour la réalisation de cette thèse. Mes amis de toujours : **Betty** et **Cédric**, **Marianne** et **Gaël**, **Marjorie** et **Thibaud** ; merci pour votre soutien, vous me manquez beaucoup. Je n'oublie pas **Kstor** pour son soutien inébranlable. **La Team de Mayotte** sans qui mon premier semestre d'internat dans l'Océan Indien n'aurait pas eu la même saveur. Un merci particulier pour **Marie**, **Damien**, **Laurent** et **Eymeric**. Merci à toi **Valison** pour ton soutien et à toi **Sylvie** pour tes mots d'encouragement.

Mon dernier remerciement,

À ma fille Jade,

Ta venue au monde m'a redonné le sourire. Tu pétilles de joie et tu m'insuffles la vie. Chaque jour avec toi me donne du bonheur. Ta présence a été mon plus grand encouragement pour pouvoir mener à terme ce travail. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	15
A. JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA QUESTION	15
B. ÉTAT DES LIEUX	16
1. La médecine générale	16
a. Définition de la médecine générale	16
b. Une double évolution contradictoire en médecine générale : la demande et l'offre de soins	19
2. Système de soins médicaux de premier recours sur l'Île de La Réunion	20
a. Territoires de santé	20
b. Offre de soins en médecine générale	21
3. État de santé de la population réunionnaise	23
a. Contexte	23
b. Profils de santé des territoires de santé	24
4. Représentations de la médecine dans la société réunionnaise	24
II. OBJECTIFS	26
A. OBJECTIF PRINCIPAL	26
B. OBJECTIFS SECONDAIRES	26
III. MATÉRIELS ET MÉTHODES	27
A. CHOIX DU TYPE D'ÉTUDE	27
B. FORME DE L'ENQUÊTE	27
C. POPULATION CIBLE	28
1. Critères d'inclusion	28
2. Critères d'exclusion	29
3. Refus du questionnaire	30
D. SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON : ÉCHANTILLONNAGE	30
E. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	32
F. RECUEIL DE DONNÉES	36
G. GESTION DES DONNÉES	37
H. ANALYSE DES DONNÉES	37

IV. RÉSULTATS	38
A. PÉRIODE DU RECUEIL DE DONNÉES	38
B. PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	38
C. CONDITIONS DE COLLECTE DES DONNÉES	39
D. PARTICIPATION DES PATIENTS	40
E. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	42
1. Le sexe	42
2. L'âge	42
3. Le lieu de naissance	43
4. Le quartier et la zone de résidence	44
5. La taille du foyer et le nombre d'enfants âgés de moins de 16 ans dans le foyer	45
6. La catégorie socio-professionnelle	47
7. La fréquence des consultations chez le médecin généraliste	47
8. La prise d'un traitement au long cours	48
9. La perception de l'état de santé actuel	49
10. Les patients inscrits en ALD exonérantes	50
F. PERCEPTIONS ET ATTENTES CONCERNANT LE RECOURS À LA MÉDECINE GÉNÉRALE	51
1. Les motifs de consultation	51
2. Le cabinet médical	52
3. Les missions de la médecine générale	53
G. PERCEPTIONS ET ATTENTES CONCERNANT LA CONSULTATION MÉDICALE	54
1. Le ressenti lors de la consultation	54
2. La durée des consultations avec le médecin généraliste	55
3. La consultation médicale	55
H. PERCEPTIONS ET ATTENTES CONCERNANT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	56
1. Votre médecin généraliste	56
2. Préférence sur le sexe du médecin généraliste	57
3. Préférence sur l'âge du médecin généraliste	58
4. Le médecin généraliste idéal	59
5. L'erreur médicale	59
I. SATISFACTION DES PATIENTS	60
J. ANALYSES CROISÉES	61
1. En fonction du territoire de santé	61
2. En fonction des caractéristiques du patient	62
a. En fonction du sexe	62

b.	En fonction de l'âge	64
c.	En fonction du lieu de naissance	66
d.	En fonction de la zone de résidence	67
e.	En fonction de la taille du foyer	67
f.	En fonction de la catégorie socio-professionnelle	68
g.	En fonction de la fréquence des consultations	69
h.	En fonction de la prise d'un traitement au long cours	70
i.	En fonction de l'état de santé actuel	71
j.	En fonction de l'admission en ALD exonérantes	72
3.	Lien entre les perceptions et les attentes des patients	73
a.	Le recours à la médecine générale	73
b.	La consultation médicale	73
c.	Le médecin généraliste	73
K.	COMMENTAIRES SUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE À LA RÉUNION	76
V.	DISCUSSION	78
A.	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	78
B.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	79
1.	Intérêt de la question d'étude	79
2.	Participation	79
3.	Limites de l'étude	79
4.	Biais	81
a.	Biais de sélection	81
b.	Biais d'information	81
5.	Difficultés liées au questionnaire	81
C.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	82
1.	Caractéristiques de l'échantillon	82
2.	Perceptions et attentes concernant le recours à la médecine générale	84
3.	Attentes concernant le cabinet médical	85
4.	Perceptions et attentes concernant la consultation médicale	86
5.	Perceptions concernant la durée des consultations	87
6.	Perceptions et attentes concernant le médecin généraliste	88
7.	Âge et sexe du médecin généraliste	89
8.	L'erreur médicale	89
9.	Satisfaction en médecine générale nuancée par quelques commentaires	89

D. PROPOSITIONS	91
VI. <u>CONCLUSION</u>	<u>93</u>
VII. <u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>94</u>
VIII. <u>ANNEXES</u>	<u>101</u>
IX. <u>LE SERMENT MÉDICAL</u>	<u>120</u>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

FIGURE 1 :	Répartition par sexe et par âge des médecins généralistes à La Réunion au 1 ^{er} Janvier 2012 – <i>Source : ARS-OI</i>	22
FIGURE 2 :	Pourcentage de bénéficiaires ayant consulté ou reçu la visite d'un médecin généraliste libéral au cours de l'année 2010 – <i>Source : ARS-OI, CGSS</i>	23
FIGURE 3 :	Répartition des patients selon les 3 territoires de santé (n=167)	40
FIGURE 4 :	Récapitulatif des effectifs des personnes passées dans les cabinets des 20 médecins généralistes recrutés	41
FIGURE 5 :	Répartition du sexe des patients (n=167)	42
FIGURE 6.a :	Répartition de l'âge des patients (n=167)	42
FIGURE 6.b :	Répartition de l'âge des patients selon le sexe (n=167)	43
FIGURE 7 :	Répartition du nombre d'années de résidence sur l'île pour les patients non natifs de La Réunion (n=29)	44
FIGURE 8 :	Répartition de la zone de résidence des patients : dans les Bas ou dans les Hauts de La Réunion (n=167)	45
FIGURE 9 :	Répartition de la taille des foyers des patients (n=167)	46
FIGURE 10 :	Répartition du nombre d'enfants âgés de moins de 16 ans dans les foyers des patients (n=167)	46
FIGURE 11 :	Répartition de la catégorie socio-professionnelle des patients (n=167)	47
FIGURE 12 :	Répartition de la fréquence des consultations des patients chez le médecin généraliste (n=167)	48
FIGURE 13.a :	Répartition de la prise ou non d'un traitement au long cours par les patients (n=167)	48
FIGURE 13.b :	Répartition de la fréquence des consultations selon la prise ou non d'un traitement au long cours par les patients (n=167)	49
FIGURE 14 :	Répartition de la perception de l'état de santé actuel des patients (n=167)	50
FIGURE 15 :	Répartition des patients admis ou non en ALD exonérantes (n=167)	50
FIGURE 16 :	Perceptions des patients concernant leurs motifs de consultation chez leur médecin généraliste (n=167)	51

FIGURE 17 :	Attentes des patients concernant un cabinet médical (n=167)	52
FIGURE 18 :	Attentes des patients concernant les missions de la médecine générale (n=167)	53
FIGURE 19 :	Perceptions des patients concernant leurs ressentis lors de la consultation avec leur médecin généraliste (n=167)	54
FIGURE 20 :	Perceptions des patients concernant la durée des consultations avec leur médecin généraliste (n=167)	55
FIGURE 21 :	Attentes des patients concernant la consultation médicale (n=167)	56
FIGURE 22 :	Perceptions des patients concernant leur médecin généraliste (n=167)	57
FIGURE 23 :	Préférence des patients concernant le sexe du médecin généraliste (n=167)	58
FIGURE 24 :	Préférence des patients concernant l'âge du médecin généraliste (n=167)	58
FIGURE 25 :	Attentes des patients concernant le médecin généraliste idéal (n=167)	59
FIGURE 26 :	Positionnement des patients sur l'erreur médicale (n=167)	60
FIGURE 27 :	Satisfaction des patients de leur prise en charge en médecine générale à La Réunion (n=167)	60

TABLEAUX

TABLEAU 1 :	Évolution des effectifs et de la densité des médecins généralistes entre le 1 ^{er} janvier 1980 et le 1 ^{er} janvier 2012 à La Réunion - <i>Source : ARS-OI</i>	22
TABLEAU 2.a :	Lien entre les questions de perception et d'attente sur le recours à la médecine générale	34
TABLEAU 2.b :	Lien entre les questions de perception et d'attente sur la consultation médicale	35
TABLEAU 2.c :	Lien entre les questions de perception et d'attente sur le médecin généraliste	35
TABLEAU 3 :	Répartition du lieu de naissance des patients (n=167)	43
TABLEAU 4 :	Étude des réponses associées aux territoires de santé	61
TABLEAU 5 :	Étude des réponses associées au sexe	63
TABLEAU 6 :	Étude des réponses associées à l'âge	65
TABLEAU 7 :	Étude des réponses associées au lieu de naissance	66

TABLEAU 8 :	Étude des réponses associées au fait d'être une personne isolée/une personne non isolée	67
TABLEAU 9 :	Étude des réponses associées au fait d'être sans emploi/avec emploi	68
TABLEAU 10 :	Étude des réponses associées à la fréquence des consultations	69
TABLEAU 11 :	Étude des réponses associées à la prise ou non d'un traitement au long cours	70
TABLEAU 12 :	Étude des réponses associées à l'état de santé actuel	71
TABLEAU 13 :	Étude des réponses associées au fait d'être admis ou non en ALD exonérantes	72
TABLEAU 14 :	Étude des liens entre les réponses de perception et d'attente concernant le recours à la médecine générale	74
TABLEAU 15 :	Étude des liens entre les réponses de perception et d'attente concernant la consultation médicale	75
TABLEAU 16 :	Étude des liens entre les réponses de perception et d'attente concernant le médecin généraliste	76
TABLEAU 17 :	Abrégé des commentaires de la question n°24 concernant la médecine générale à La Réunion	77

CARTES

CARTE 1 :	Localisation des cabinets médicaux des médecins généralistes recrutés - Île de La Réunion (n=20)	39
-----------	--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affections de Longue Durée

ARS-OI : Agence Régionale de Santé – Océan Indien

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DOM : Département d’Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

INED : Institut National d’Études Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

NSP : Ne Sait Pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

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

I. INTRODUCTION

A. JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA QUESTION

J'ai commencé les remplacements en médecine générale depuis bientôt trois années avec l'opportunité de travailler régulièrement dans un même cabinet médical. Au fil du temps et des consultations, j'ai appris à connaître certains patients et une relation de confiance arrive à s'installer avec certains d'entre eux. Cependant, au-delà des plaintes et des motifs de consultation qui amènent les patients à consulter leur médecin généraliste, des interrogations subsistent quant à leurs véritables attentes concernant leur prise en charge en médecine générale. Au cours d'une consultation, tout ne peut pas être perçu par le médecin. De ce fait, la pratique de la médecine demande une remise en question perpétuelle du praticien le conduisant aussi à réfléchir sur des besoins non exprimés de la part de patients en consultation.

Une question méritait donc d'être soulevée : Quelles sont les perceptions des patients et leurs attentes concernant la médecine générale ?

En France, des thèses de médecine générale sur l'image du médecin généraliste et sur les attentes et les perceptions de la relation médecin-patient ont déjà été réalisées : la thèse de C. Mousel qui a interrogé les patients de la Vallée de Fensch et du Pays Haut Lorrain [1], celle de JB. Bonnet qui s'est entretenu avec les patients de l'agglomération nantaise [2] et celle de MC. Dedienne qui s'est intéressée aux patients du nord du département de l'Isère et de l'agglomération lyonnaise. [3] L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) du Rhône-Alpes a réalisé une étude plus globale sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale, sujet semblable à notre question. [4] Ma recherche bibliographique¹ n'a pas retrouvé de travaux scientifiques décrivant les perceptions et les attentes des patients concernant la médecine générale à La Réunion.

Pour ces raisons, j'ai choisi un sujet d'étude portant sur les perceptions et les attentes des patients vis-à-vis de la médecine générale sur l'Île de La Réunion. Bien que les perceptions et les attentes soient des déterminants de la satisfaction d'un individu, mon travail s'inscrit

¹ Ma recherche bibliographique s'est portée sur PubMed®, Sudoc (Catalogue collectif français réalisé par les bibliothèques et centres de documentation de l'enseignement supérieur et de la recherche), Babord+ (Catalogue de l'Université de Bordeaux) et Google Scholar®.

davantage dans une démarche de compréhension que dans l'évaluation de la satisfaction des patients en médecine générale. Le but premier est donc de mieux comprendre les besoins des patients pour aider les médecins généralistes à améliorer la qualité et l'offre de soins dans leur pratique quotidienne.

B. ÉTAT DES LIEUX

1. La médecine générale

a. Définition de la médecine générale

La définition de la médecine générale a évolué depuis une trentaine d'années. Plusieurs groupes de professionnels ont proposé leur propre définition. La première définition de la médecine générale a vu le jour en 1974 par le groupe de Leeuwenhorst². Aujourd'hui, c'est la définition de la World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)³ Europe qui est la plus reconnue. [5]

En 2002, la WONCA Europe a validé une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La discipline et la spécialité de la médecine générale - médecine de famille se définissent de la façon suivante :

« La médecine générale – médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

La discipline de la médecine générale – médecine de famille se caractérise par onze points:

- 1) « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé,**

² Le groupe de Leeuwenhorst désigne le groupe européen d'enseignants de médecine générale qui a proposé une description de l'activité de médecin généraliste, au Pays Bas en 1974.

³ La WONCA a pour mission le maintien et l'amélioration de la qualité de vie des peuples du monde en promouvant la discipline de médecine générale/médecine de famille. La WONCA compte 122 organisations membres dans 102 pays. Au sein de la WONCA Europe, la France est représentée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société Française de Médecine Générale (SFMG). *Source : WONCA Europe.*

indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.»

La médecine générale est une médecine de premier recours pour tous les problèmes de santé et accessible pour tous les patients.

2) « Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. »

La médecine générale tient un rôle de pivot dans la prise en charge des patients. Elle fait le lien avec l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé. Elle agit dans l'intérêt du patient s'assurant que les soins prodigués soient appropriés et de qualité.

3) « Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et, communautaires. »

La médecine générale n'est pas qu'une médecine pour guérir les maladies et soigner les symptômes. La prise en charge est centrée sur le patient en tant que personne à part entière avec une histoire singulière, à la fois personnelle et familiale. L'environnement dans lequel vit et évolue le patient doit aussi être pris en compte pour répondre au mieux à ses besoins et ses attentes.

4) « Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. »

La qualité des soins prodigués dépend d'une alliance relationnelle authentique entre le médecin et le patient basée sur l'écoute et la confiance.

5) « Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. »

La médecine générale assure la prise en charge des patients dans la durée. Elle permet le suivi régulier et au long cours des patients qui le désirent.

6) « Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. »

Les maladies graves sont moins fréquemment rencontrées en médecine générale par rapport au milieu hospitalier. Certains patients qui consultent en médecine générale sont en bonne santé et le médecin doit alors faire face à l'inquiétude de ces patients et les rassurer.

7) « Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. »

Les problèmes de santé regroupent aussi bien les maladies aiguës et chroniques ainsi que des plaintes plus ou moins en rapport avec la santé. Lors d'une seule et même consultation de médecine générale, plusieurs de ces problèmes peuvent être mis en avant par le patient imposant une hiérarchisation appropriée par le médecin.

8) « Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. »

La médecine générale intervient le plus souvent lors des premiers symptômes d'une maladie et le médecin n'est pas en mesure de donner un diagnostic au patient. Une réévaluation de la situation clinique est alors nécessaire, après avoir exclu tout risque immédiat pour le patient.

9) « Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. »

La médecine générale intervient auprès des patients dans une démarche préventive pertinente et adaptée aux connaissances épidémiologiques générales.

10) « Elle a une responsabilité de santé publique dans la communauté. »

Au-delà de la consultation individuelle, la médecine générale est impliquée dans l'état de santé de la population.

11) « Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

La maladie ou les symptômes n'ont de sens et ne peuvent être compris par le médecin généraliste qu'en tenant compte de la manière dont le patient les perçoit. La vision médicale objective d'une maladie ne suffit pas à soigner un patient; il faut prendre en considération le vécu subjectif de cette maladie à travers ses symptômes.

Enfin, le rôle du médecin généraliste est défini à travers les onze caractéristiques de la discipline de la médecine générale décrites précédemment. Ainsi, la spécialité de la médecine générale-médecine de famille se définit par:

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de

leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

En 2010, une révision de la définition européenne de la médecine générale a inclus deux concepts supplémentaires : la responsabilisation des patients et l'amélioration de la qualité des soins prodigués. [6]

b. Une double évolution contradictoire en médecine générale : la demande et l'offre de soins

La qualité de la prise en charge des patients et des problèmes de santé ne peut être effective que si l'offre de soins est en adéquation avec les demandes de ses usagers. Or, actuellement en France, le système de soins de premier recours est confronté à de rapides et nombreuses évolutions concernant à la fois la demande et l'offre de soins en médecine générale.

Le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie ont pour conséquence l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des états polyopathologiques. La prise en charge de ces maladies de longue durée et/ou multiples prend donc une place importante dans les soins de premier recours assurés par les médecins généralistes. Par conséquent, de nouvelles préoccupations sont à considérer en médecine générale : la prise en charge des déficiences, invalidités ou désavantages liés à ces maladies, et l'amélioration de la qualité de vie. Néanmoins, les « années de vie en bonne santé⁴ » prennent le dessus sur les maladies chroniques et les limitations d'activité. Entre 2005 et

⁴ Les « années de vie en bonne santé » désignent l'espérance de vie sans limitation d'activité, calculée annuellement par Eurostat pour chacun des États membres de l'Union Européenne depuis 2005.

2010, le temps vécu des européens en mauvaise santé a diminué et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies chroniques et du temps vécu sans limitation d'activité qui reste inchangé. [7] Les personnes en bonne santé consultent alors davantage dans une démarche préventive. Par ailleurs, les inégalités sociales de santé sont une réalité en France : il existe des différences d'état de santé entre les individus de différentes situations sociales. [8] La demande de soins peut différer selon certains déterminants sociaux d'un patient, notamment pour ce qui est de l'accès et du recours aux soins en cause dans les inégalités sociales de santé. [9] Un des objectifs du médecin généraliste est donc de réduire ces inégalités en identifiant les difficultés sociales d'un patient pour répondre de façon adaptée à la demande de soins.

Face à la hausse de cette consommation médicale en terme d'effectif de patients, l'offre de soins prend une tendance inverse : une baisse du nombre de praticiens est à envisager dans les années à venir. En effet, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de praticiens en France devrait baisser de près de 10% au cours des dix prochaines années. [10]

En 2011, une étude a analysé les transformations de l'offre de soins primaires du point de vue des usagers de médecine générale en identifiant leurs principales préoccupations. Globalement, l'évolution de l'offre de soins en médecine générale à cette période concordait avec les préoccupations de ses usagers mais nul ne pouvait présager si cette adéquation se pérenniserait. [11]

2. Système de soins médicaux de premier recours sur l'Île de La Réunion

a. Territoires de santé

En application de la Loi Hôpital Patient Santé et Territoire (2009), l'Agence Régionale de Santé - Océan Indien (ARS-OI) a constitué ses territoires de santé⁵ à La Réunion. L'arrêté a été signé le 08 décembre 2010. Cette territorialisation a pour but la structuration de l'organisation des soins en tenant compte de l'offre de soins, des pratiques spatiales de la

⁵ Un territoire de santé est un espace géographique permettant de concilier l'approche globale de la santé en terme de prévention, de soins ambulatoires et hospitaliers, de prise en charge médico-sociale et de veille et sécurité sanitaire, avec l'organisation des réponses de proximité adaptées à la population du territoire. *Source : ARS-OI.*

population et de l'accessibilité au sein d'un même territoire. La division territoriale de La Réunion dépend ainsi des bassins de vie⁶ et des zones d'emploi sur l'île. [12]

L'Île de La Réunion a donc été découpée en 3 territoires de santé (annexe 1) [13]:

- Le territoire Nord-Est : de Saint-Denis à Sainte-Rose avec 39% de la population
- Le territoire Ouest : de la Possession à Saint-Leu avec 26% de la population
- Le territoire Sud : des Avirons à Saint-Philippe avec 36% de la population

b. Offre de soins en médecine générale

La densité des médecins généralistes libéraux à La Réunion était légèrement inférieure à la densité des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine, avec 101 généralistes pour 100 000 habitants contre 109 généralistes pour 100 000 habitants, au 1^{er} janvier 2011. Le territoire Nord-Est avait la densité de médecins généralistes libéraux la moins élevée par rapport au territoire Ouest et au territoire Sud (92 généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre respectivement 112 et 105). [13]

L'ARS-OI a publié un dossier statistique sur les professions de santé à La Réunion au 1^{er} janvier 2012. [14] Les principales caractéristiques des médecins généralistes libéraux y étaient décrites.

En terme d'effectif au 1^{er} janvier 2012, La Réunion comptait 789 médecins généralistes libéraux (287 dans le territoire Nord-Est, 221 dans l'Ouest et 282 dans le Sud) contre 820 médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2011. Le nombre des médecins généralistes libéraux a donc diminué sur cette période. Cependant depuis les années 80, le nombre de médecins généralistes (tout mode d'exercice confondu) augmente plus vite que la population réunionnaise (tableau 1). [14]

⁶ Un bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (services aux particuliers - commerces - enseignement - santé, sports, loisirs et culture - transports).
Source : Définitions - INSEE.

Tableau 1

Évolution des effectifs et de la densité des médecins généralistes* entre le 1^{er} janvier 1980 et le 1^{er} janvier 2012 à La Réunion - Source : ARS-OI

Au 1 ^{er} janvier	Effectif des médecins généralistes	Densité des médecins généralistes [†]
1980	299	-
1990	521	87
2000	809	113
2005	944	122
2006	941	120
2007	979	123
2008	1030	127
2009	1054	129
2010	1082	131
2011	1154	137
2012	1103	nc

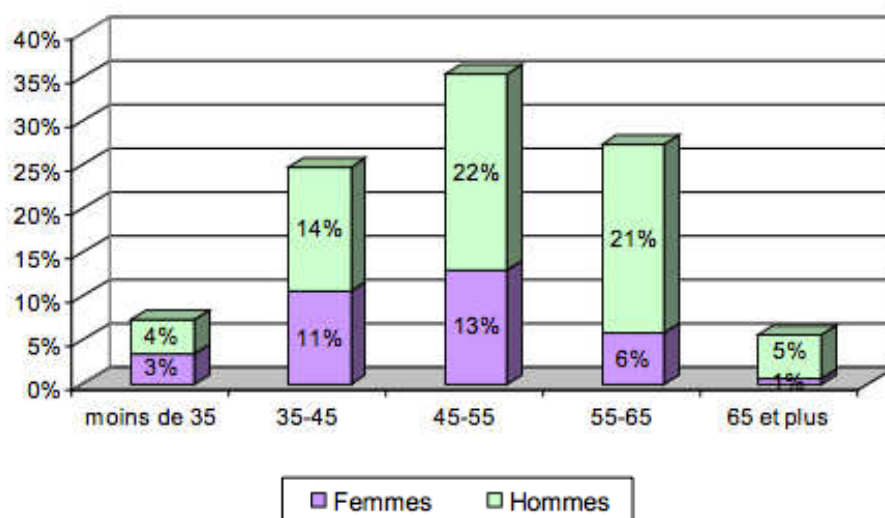
* Libéraux, salariés et à mode d'exercice mixte

† Densité pour 100 000 habitants (estimation de la population au 1^{er} janvier par l'INSEE, non disponible au 1^{er} janvier 2012)

Les femmes ne représentaient qu'un tiers des médecins généralistes et l'âge moyen des médecins généralistes était de 50 ans (figure 1). [14]

Figure 1

Répartition par sexe et âge des médecins généralistes à La Réunion au 1^{er} janvier 2012 - Source : ARS-OI



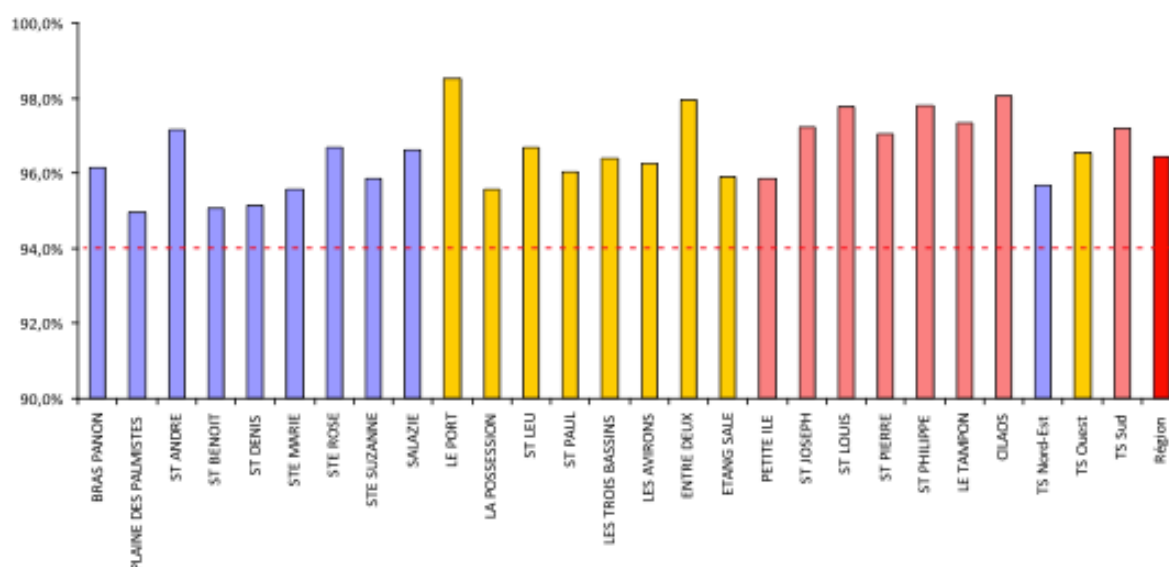
Les médecins généralistes libéraux sont plus nombreux dans les Bas⁷ de l'île, concentrés dans les centres-villes de chaque commune, que dans les Hauts de l'île ou dans les écarts de l'île. Certaines de ces zones n'ont d'ailleurs pas de médecin. La carte de la densité des médecins généralistes libéraux est en annexe 2. [14]

⁷ À La Réunion, l'appellation « les Bas » désigne les zones urbaines du littoral tandis que l'appellation « les Hauts » correspond aux zones rurales montagneuses.

Malgré la répartition inégale de l'offre de soins sur l'île, l'accessibilité aux soins médicaux de premier recours à La Réunion n'en est pas limitée. Plus de 94% des bénéficiaires du régime général de la Sécurité Sociale ont au moins une fois consulté ou reçu la visite d'un médecin généraliste en 2010, à l'échelle communale (figure 2). [15]

Figure 2

Pourcentage de bénéficiaires ayant consulté ou reçu la visite d'un médecin généraliste libéral au cours de l'année 2010 - Source : ARS-OI, CGSS



L'accès aux soins est facilité par une proportion considérable de personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire : 282 500 bénéficiaires de la CMU complémentaire au 1^{er} janvier 2013 à La Réunion soit 34% de la population réunionnaise. [16] Pour comparaison, le taux de couverture de la population par la CMU complémentaire en 2012 était de 35,3% à La Réunion et de 6,7% en France métropolitaine. [17]

3. État de santé de la population réunionnaise

a. Contexte

La Réunion est le Département d'Outre-Mer (DOM) français le plus peuplé. D'après le recensement de la population réalisé par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), 828 581 personnes vivaient à La Réunion au 1^{er} janvier 2011. [18]

L'espérance de vie des réunionnais a fortement progressé. Sur la période 2009-2011, l'espérance de vie à la naissance était de 75,5 ans pour les hommes et de 82,6 ans pour les femmes. L'écart d'espérance de vie avec l'ensemble de la France persiste (78,1 ans pour les hommes et 84,6 ans pour les femmes) en partie par un taux élevé de mortalité infantile mais rattrape son retard. [19]

La population réunionnaise est jeune : l'âge moyen est de 33,3 ans. Les personnes de moins de 25 ans représentent 40% de la population réunionnaise et seulement 12% des réunionnais ont plus de 60 ans. [20]

Sur l'ensemble de La Réunion entre 2007-2009, le nombre moyen annuel de décès était de 4 068. Le nombre moyen annuel de décès prématurés (survenant avant l'âge de 65 ans) était de 1 500 dont 408 décès étaient qualifiés d'évitables par des actions de prévention sur les facteurs de risques individuels. [21]

Concernant les admissions en Affections de Longue Durée (ALD) à La Réunion, près de 13 800 personnes étaient inscrites en ALD (en moyenne pour chaque année entre 2008 et 2010). Les maladies cardiovasculaires et le diabète constituaient les 1^{ers} motifs d'admission en ALD. [16]

Concernant les conditions de vie à La Réunion, le chômage touche particulièrement l'île en comparaison avec la France métropolitaine [21] et la précarité liée à la faiblesse des ressources financières augmente le recours aux prestations sociales. [22]

b. Profils de santé des territoires de santé

L'Observatoire Régional de Santé (ORS) de La Réunion et la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) ont établi les profils de santé des trois territoires de santé de l'île. Tous les indicateurs de santé n'ont pu être pris en compte et seul un nombre restreint d'indicateurs a été comparé entre chaque territoire (les caractéristiques socio-démographiques de la population, les conditions de vie, les taux de mortalité, les taux d'admissions en ALD et les conduites à risques). [23] Chaque territoire de santé a donc une situation de santé qui lui est particulière. Ces différences territoriales de santé peuvent donc être des facteurs influençant les perceptions et les attentes des patients en médecine générale au sein de chaque territoire.

4. Représentations de la médecine dans la société réunionnaise

Comprendre la médecine dans une mise en perspective sociologique et anthropologique pourrait permettre aux praticiens de mieux gérer et améliorer les relations humaines au cœur de leur pratique notamment en médecine générale.

L'approche sociologique en médecine générale est ainsi une façon de donner un sens à ce que sont les médecins généralistes dans le système de soins et à ce qu'ils font dans leur pratique

quotidienne. Malgré un cursus universitaire inculquant un même savoir scientifique, les pratiques sont différentes d'un médecin à un autre et pour un même médecin face à un même problème de santé parmi les patients qui le consultent régulièrement. Le patient n'est pas qu'un malade et le médecin ne doit pas le considérer uniquement comme un individu souffrant de maladie. C'est avant tout une personne avec ses propres déterminants sociaux à l'origine de ses propres représentations. Sa conception de la médecine souvent différente de celle de son médecin se construit donc par ce qu'il en perçoit et par ce qu'il en attend. [24]

Le concept de la médecine sur l'Île de La Réunion peut ainsi être replacé dans une perspective anthropologique afin d'étudier les représentations réunionnaises de la médecine dans son contexte culturel. En effet, La Réunion est une île où se mêlent différentes traditions venues de tous les continents (traditions indiennes, musulmanes, malgaches, chinoises et occidentales). Ces héritages culturels font la particularité de l'île. Deux médecines se côtoient donc à La Réunion ; d'un côté la médecine traditionnelle et de l'autre la médecine moderne occidentale. Le « traditionnel » intervient dans le domaine de la santé comme un complément aux soins modernes. L'un soigne les maux du corps à proprement parler, et l'autre soigne les maux autour du corps. La perception de la maladie et son vécu dans ses deux univers prennent alors tout leur sens pour le patient. [25]

Parallèlement à l'aspect de la médecine, les plantes à vertus médicinales ont une place de choix dans l'univers thérapeutique réunionnais. Cueillies dans les forêts ou cultivées dans les jardins, l'usage des plantes médicinales prend son origine dans le savoir hérité de la famille, dans les connaissances de la médecine traditionnelle créole ainsi que dans divers cultes magico-religieux présents à La Réunion. Ces « z'herbages⁸ » sont considérés comme plus naturels et jugés sans effet secondaire en comparaison avec les médicaments. [26]

Lorsque le patient vient consulter en médecine générale, il vient donc avec ses propres représentations et attentes que le médecin doit savoir prendre en compte.

⁸ En créole réunionnais, « z'herbage » signifie plante-médicament consommée le plus souvent sous forme de tisanes (infusions ou décoctions).

II. OBJECTIFS

A. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de cette étude était de décrire les perceptions et les attentes des patients concernant la pratique de la médecine générale à La Réunion et de dégager les éventuels écarts entre leurs attentes et leurs perceptions sur trois aspects de la médecine générale : le recours à la médecine générale, la consultation médicale et le médecin généraliste.

B. OBJECTIFS SECONDAIRES

À partir de cet objectif principal, résultaient les objectifs secondaires suivants :

- Décrire les caractéristiques des patients consultant en cabinet de médecine générale à La Réunion
- Analyser les perceptions et les attentes des patients en fonction de leurs caractéristiques
- Identifier des attentes non satisfaites à propos de la médecine générale

III. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. CHOIX DU TYPE D'ÉTUDE

Notre travail était une étude transversale avec analyse quantitative.

L'analyse quantitative nécessite le recrutement d'un échantillon de taille suffisante afin d'être le plus représentatif possible de la population étudiée, à condition que l'échantillon soit randomisé. L'enquête concerne un plus grand nombre d'individus que pour une enquête avec analyse qualitative. Les questionnaires sont standardisés avec des questions imposées et des réponses proposées identiques à l'ensemble de l'échantillon interrogé. L'avantage de l'analyse quantitative est de limiter et de contrôler les éventuels biais. [27]

Dans notre étude, la randomisation visait une population particulière qui n'était pas représentative de la population réunionnaise dans son ensemble.

B. FORME DE L'ENQUÊTE

Le choix du mode de collecte des données s'est porté sur un questionnaire par un enquêteur en face à face. Le questionnaire a été rempli par l'enquêteur qui posait les questions en personne et recueillait les réponses des individus se prêtant à l'étude.

L'avantage du questionnaire en face à face est une meilleure qualité et fiabilité des réponses que pour un questionnaire auto-administré. L'autre avantage concerne les personnes présentant une déficience. Par exemple, les individus malvoyants, illettrés ou analphabètes peuvent répondre au questionnaire grâce au face à face avec l'enquêteur qui leur lit les questions. Les personnes malentendantes peuvent quant à elles lire les questions sur papier.

L'inconvénient majeur est le risque de réponses influencées par la présence de l'enquêteur : les réponses peuvent manquer de sincérité. Cette forme d'enquête demande aussi une connaissance minimale de la langue de rédaction du questionnaire.

C. POPULATION CIBLE

Dans notre étude, la population cible était celle des patients de l'Île de La Réunion issus des cabinets médicaux de médecine générale.

1. Critères d'inclusion

Pour être inclus à l'étude, les patients devaient répondre à trois critères. Ces critères devaient être recherchés avant de débiter le questionnaire. Si un patient ne présentait pas les trois critères précisés ci-dessous, nous nous entretenions avec le patient suivant.

▪ Venir en consultation de médecine générale

L'objectif de notre étude était de décrire les perceptions et les attentes des patients sur la médecine générale. Il était donc cohérent de s'adresser aux patients consultant le médecin généraliste. Les personnes venant au cabinet pour une autre raison n'étaient donc pas incluses ; comme les prises de rendez-vous auprès de la secrétaire, les personnes accompagnantes ne venant pas consulter pour elles-mêmes, les visites de délégués médicaux, etc.

▪ Être âgé de plus de 16 ans au 1^{er} janvier 2014

Les consultations médicales de l'enfant, l'adolescent ou l'adulte ont leurs particularités propres. Les perceptions et les attentes pour les individus appartenant à chacune de ces périodes de la vie sont aussi différentes. L'OMS définit l'adolescence entre les âges de 10 à 19 ans. [28] Néanmoins, il paraît difficile d'établir un âge seuil standardisé entre l'adolescence et la vie adulte sans tenir compte des modifications physiques et psychiques. L'âge de la majorité légale en France fixé à 18 ans aurait pu être l'âge seuil choisi pour cette étude. En soins primaires, les personnes de plus de 16 ans sont concernées par le parcours de soins coordonnés et doivent déclarer un médecin traitant à l'Assurance Maladie. Les mineurs de moins de 16 ans, non concernés par ce dispositif, peuvent donc aussi bien être pris en charge par les pédiatres que par les médecins généralistes. [29] De ce fait, l'âge minimum requis des répondants a été établi à 16 ans. À noter qu'avant d'être inclus dans l'étude, les patients mineurs devaient être accompagnés par un de leur parent pour autoriser leur participation à ce travail de thèse.

▪ Être résident sur l'Île de La Réunion

Les répondants devaient être domiciliés à La Réunion. Les personnes de passage sur l'île comme les touristes n'ont donc pas été incluses dans l'étude. Un des objectifs de ce travail

était d'analyser les facteurs socio-culturels et géographiques propres à La Réunion. Une personne de passage n'a pas les mêmes perceptions et attentes qu'une personne résidant sur l'île. Les personnes de passage ont plutôt des attentes correspondantes aux besoins ressentis suite aux interactions avec leur système de soins habituel.

2. Critères d'exclusion

Les patients ne pouvaient pas participer à l'étude s'ils présentaient un des critères d'exclusion décrits ci-dessous.

▪ Être instable sur le plan clinique ou en situation d'urgence

Les patients consultant pour une urgence médicale ont été exclus de l'étude. Les patients instables cliniquement ont été définis comme étant des patients dans l'incapacité de répondre objectivement et correctement au questionnaire du fait de leur état de santé. Par exemple, une asthénie, des douleurs intenses, une dyspnée pouvaient troubler le déroulement du questionnaire. Dès l'arrivée d'un patient dans la salle d'attente, une urgence médicale peut paraître évidente. Or parfois, l'urgence est minimisée par l'attitude du patient. Il convenait donc de demander au préalable, si le patient se sentait en état de répondre au questionnaire.

▪ Ne pas parler ou ne pas maîtriser la langue française

L'interrogatoire des patients était impossible si les répondants ne parlaient pas la langue française. De même, les patients accompagnés d'un membre de la famille pour servir d'interprète n'étaient pas interrogés pour éviter les biais liés à la traduction par un proche. La traduction verbale des questions ne pouvait être vérifiée. Les réponses des patients pouvaient être influencées par une connotation subjective de la part du traducteur quant à sa manière de poser les questions. Par exemple, les patients d'origine mahoraise ne parlant que le shimaore⁹ ne pouvaient être inclus dans notre étude. À La Réunion, le créole réunionnais¹⁰ est très souvent employé parallèlement à la langue française. La langue créole n'a pas été retenue comme un critère d'exclusion dans les limites de compréhension des interlocuteurs.

▪ Présenter une altération des fonctions cognitives ou être atteint de démence

Une altération des fonctions cognitives et la démence, selon le degré des troubles, affectent la compréhension, le raisonnement et le jugement. Les patients présentant un de ses troubles sont le plus souvent accompagnés d'une tierce personne qui pouvait alors nous informer sur

⁹ Le shimaore est une des principales langues parlées à Mayotte.

¹⁰ Le créole réunionnais est une adaptation orale régionale de la langue française. Il existe de nombreuses variations locales du créole réunionnais (créole francisé, créole des Hauts ou des Bas, créoles des cirques, etc.).

cet état clinique. Dans le cas contraire, le dialogue préalable au questionnaire visant à se présenter et à expliquer l'étude pouvait permettre de juger des capacités de communication avec le patient et donc de sa participation à l'enquête.

▪ **Patient sortant de la consultation médicale**

Le questionnaire devait être réalisé auprès des patients en salle d'attente et avant la consultation avec le médecin généraliste ; celle-ci pouvant avoir une influence sur les réponses des patients.

3. Refus du questionnaire

Le patient était libre d'accepter ou de refuser de répondre au questionnaire.

D. SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON : ÉCHANTILLONNAGE

La taille de l'échantillon a été fixée à 200 patients, afin de pouvoir disposer d'un effectif suffisant pour réaliser des comparaisons statistiques tout en conservant une taille raisonnable pour une question de faisabilité.

Les patients interrogés sont issus des cabinets médicaux de l'Île de La Réunion. Nous avons choisi d'interroger ces patients dans une vingtaine de cabinets différents, afin d'obtenir un échantillon hétérogène se rapprochant autant que possible des caractéristiques de la population des réunionnais consultant en cabinet de médecine générale.

Afin de tenir compte des différences possibles en terme de perception et d'attente selon les territoires de santé, nous avons réalisé un sondage stratifié à allocation proportionnelle. Les 3 territoires de santé correspondant à nos 3 strates de sondage. Dans chaque strate, nous avons tiré au sort les médecins généralistes à inclure.

Rappelons qu'au 1^{er} janvier 2012, le territoire Nord-Est comptait 287 médecins généralistes libéraux, le territoire Ouest 221 et le territoire Sud 282. [14] Pour respecter ces proportions, nous avons donc tiré au sort:

- 7 médecins généralistes dans le territoire Nord-Est
- 6 médecins généralistes dans le territoire Ouest
- 7 médecins généralistes dans le territoire Sud

La liste aléatoire des médecins généralistes a été constituée en prenant les médecins libéraux en médecine générale inscrits dans l'Annuaire Santé Outre-Mer - Edition Océan Indien 2013-2014. Pour éviter les éventuelles influences liées à l'enquêteur, le cabinet médical où je remplace régulièrement a été exclu du tirage au sort. Les médecins libéraux de l'Annuaire répertoriés dans « Médecine Générale orientation Acupuncture », « Médecine Générale orientation Gériatrie - Gériatrie - Gériatrie », « Médecine Générale orientation Nutrition », « Médecine Générale orientation Homéopathie », « Médecine Générale orientation Médecine manuelle – Ostéopathie » et « Médecine Générale orientation Médecine et Biologie du sport » et les médecins généralistes des cabinets de garde ont aussi été exclus du tirage au sort.

Le tirage au sort des médecins généralistes a été effectué pour chaque territoire, le 04 juillet 2014, grâce à la fonction *Aléa* du logiciel Excel®.

Dans chaque cabinet médical, nous pensions interroger 10 patients en moyenne. Nous avons au préalable, estimé qu'une demi-journée était nécessaire pour interroger ces 10 patients, et nous avons donc décidé de passer une demi-journée dans chaque cabinet médical. Cependant, ce nombre de 10 patients ne représentait qu'une moyenne a priori, et il était prévisible que nous puissions interroger plus ou moins de patients en fonction de la fréquentation du cabinet. Nous avons choisi de ne pas adapter notre temps de recueil au flux des patients afin de tenir compte de ces différences de fréquentation.

Les médecins généralistes libéraux ont été joints par téléphone et dans l'ordre de tirage au sort afin de leur demander leur accord pour interroger les patients au sein de leur cabinet et de convenir d'un rendez-vous. Après m'être présentée et avoir brièvement exposé le sujet, les modalités du recueil de données étaient expliquées. L'envoi du questionnaire par fax ou par mail était systématiquement proposé au médecin généraliste. L'argumentaire téléphonique est retranscrit en annexe 3. En cas de refus de la part du médecin généraliste, les appels téléphoniques se sont poursuivis jusqu'à obtenir le nombre de médecins généralistes préalablement fixé pour chaque territoire de santé, à partir de la liste complémentaire aléatoire. La non réponse du médecin au bout de 3 appels téléphoniques sur 3 jours ouvrables ou l'absence du médecin en cas de congé pendant la période du recrutement étaient considérés comme un refus.

E. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Un questionnaire trop long peut amener à des abandons et à une lassitude auprès des répondants. Nous avons donc choisi une durée approximative limitée à une dizaine de minutes, d'autant plus que le questionnaire était destiné à des patients en salle d'attente d'un cabinet médical.

Avec les questionnaires, il faut tenir compte de l'ordre et de la formulation des questions qui peuvent avoir un impact sur les réponses, pouvant alors induire des biais. [27] Le questionnaire devait être compréhensible. Les questions étaient fermées ou semi-ouvertes ; de type dichotomique, à choix multiples ou avec échelle d'évaluation. Nous avons choisi de poser une question ouverte en fin de questionnaire afin de permettre au patient de formuler librement des propos non exprimés avec les questions fermées.

Grâce à une revue de la littérature et notamment à l'aide de thèses de médecine générale ayant abordé un sujet se rapprochant de notre étude, nous avons élaboré le questionnaire détaillé ci-dessous. [1, 2, 3, 4, 11]

Le questionnaire totalement anonyme se composait de 5 parties et comportait 24 questions.

La première partie du questionnaire décrivait le profil du répondant et comportait 11 questions. Les caractéristiques socio-démographiques abordées étaient les suivantes:

- Le genre (question n°1)
- L'âge (question n°2)
- Le lieu de naissance (question n°3)
- Le lieu de résidence (question n°4)
- Le nombre de personnes vivant dans le foyer du répondant dont le nombre d'enfants âgés de moins de 16 ans (questions n°5 et n°6)
- La situation professionnelle (question n°7)
- La fréquence des consultations chez le médecin généraliste (question n°8)
- La prise d'un traitement au long cours (question n°9)
- L'état de santé actuel (question n°10)
- Les pathologies de longue durée (question n°11)

L'âge du patient lui était demandé directement. Pour l'analyse des résultats, l'âge était ensuite classé dans la tranche d'âge correspondante : entre 16 et 30 ans, entre 31 et 45 ans, entre 46 et 60 ans, entre 61 et 75 ans ou plus de 75 ans.

La Réunion est une île de métissage où se mélangent différentes cultures. Le lieu de naissance permettait de prendre en compte le facteur culturel issu de ses origines. Pour l'analyse des résultats, les tranches d'années choisies étaient: moins de 5 ans, entre 5 et 9 ans, entre 10 et 14 ans, entre 15 et 19 ans, entre 20 et 24 ans, entre 25 et 29 ans et 30 ans et plus.

Les répondants devaient préciser le nom du quartier de leur domicile qui par la suite a été codé selon son code postal.

Dans notre étude, nous voulions déterminer si le répondant vivait dans les Bas ou dans les Hauts de l'île. Cette distinction géographique est le reflet d'un mode de vie antithétique intéressant pour notre étude : le stress du quotidien dans les Bas et le calme de la nature dans les Hauts. [30] Le territoire des Hauts de La Réunion s'est créé à l'époque du marronnage¹¹. [30] Suite au décret n°2007-296 du 5 mars 2007, le territoire des Hauts se compose aujourd'hui, du cœur du Parc National de La Réunion et des zones de communes ayant vocation à adhérer à la Charte du Parc National¹². [31] Des cartes issues du site internet officiel du Parc National de La Réunion ont ainsi aidé à déterminer la zone de résidence des répondants. Ces cartes ont été mises en annexes 4 et 5. En cas de difficulté pour déterminer la zone, l'adresse exacte du patient n'étant pas demandée, la zone de domiciliation des Bas était choisie par défaut.

La profession du répondant était demandée directement pour un gain de temps. Pour le codage des données, nous avons codé les professions des répondants selon les catégories socio-professionnelles proposées parmi les 8 groupes socio-professionnels issus de la nomenclature des Professions et Catégories Socio-professionnelles de l'INSEE (annexe 6).

En cas d'atteinte d'une ou plusieurs pathologies de longue durée, nous demandions au patient de préciser la ou les pathologies. Dans un souci de compréhension, des pathologies étaient citées pour expliciter la question avec pour exemple : le diabète, l'asthme, la maladie cancéreuse, etc. Le concept de maladies chroniques est difficile à définir et il n'existe pas de

¹¹ Le marronnage correspond à la fuite d'un esclave maltraité hors de la propriété de son maître. À La Réunion, la période de marronnage s'est étendue de 1729 à 1791.

¹² La Charte du Parc National de La Réunion est un document à visée juridique rappelant les missions politiques de protection, de développement rural durable et de gestion mais aussi d'éducation à la nature et de récréation.

liste définitive. [32] Pour le codage des données, ont donc été considérées comme des pathologies de longue durée celles inscrites à la liste des ALD exonérantes en France. Elles regroupent des affections graves et/ou chroniques nécessitant un traitement prolongé et coûteux. Il s'agit d'une liste officielle établie par décret (annexe 7).

Pour les trois parties suivantes, nous voulions confronter les attentes des patients face à leurs perceptions actuelles sur le recours à la médecine générale, la consultation médicale et le médecin généraliste. Dans chaque partie, une question sur les perceptions et une question sur les attentes ont été posées. Un des objectifs de l'étude étant l'évaluation des écarts entre les attentes et les perceptions, ces deux types de question comportaient des items similaires dont les formulations différaient (tableaux 2.a, 2.b et 2.c).

La deuxième partie du questionnaire concernait le recours à la médecine générale et comportait 3 questions sur:

- Les motifs de consultation chez le médecin généraliste (question n°12)
- Le cabinet médical (question n°13)
- Les attentes du patient sur les missions de la médecine générale (question n° 14)

Tableau 2.a

Lien entre les questions de perception et d'attente sur le recours à la médecine générale

Question de perception : items de la question n°12	Question d'attente : items de la question n°14
Des situations médicales urgentes	Savoir quand aller à l'hôpital
L'apparition d'un symptôme ou d'une maladie non urgents	Soigner des problèmes de santé sans gravité
Votre suivi médical	Suivre la santé des patients
La prescription d'un médicament - La prescription / l'interprétation d'un examen complémentaire	Obtenir une ordonnance de médicament / d'examen complémentaire
Obtenir un rendez-vous avec un autre médecin spécialiste	Être orienté vers le bon médecin spécialiste
Demander des conseils de santé	Faire de la prévention pour la santé
Obtenir un certificat / un arrêt de travail	Faire accéder les patients à leurs droits en santé

La troisième partie du questionnaire portait sur la consultation médicale et comportait 3 questions sur :

- Le ressenti du patient lors de la consultation médicale (question n°15)
- La durée de la consultation médicale (question n°16)
- Les attentes du patient à propos de la consultation médicale (question n°17)

Tableau 2.b

Lien entre les questions de perception et d'attente sur la consultation médicale

Question de perception : items de la question n°15	Question d'attente : items de la question n°17
De l'énervement à la suite de l'attente	Au temps d'attente*
De l'inquiétude par rapport à la maladie	À recevoir des conseils de santé - À la prescription d'un médicament efficace - A l'établissement d'un diagnostic médical
De l'intimidation face à votre médecin généraliste	À l'apparence générale et à l'attitude du médecin généraliste
Du plaisir car il vous comprend	À vous sentir écouté
De la gêne à vous déshabiller lors de l'examen physique	À un examen physique minutieux
Du soulagement car il vous rassure	À avoir des réponses à vos questions de santé

* Item appartenant à la question d'attente n°13 sur le cabinet médical

La quatrième partie du questionnaire concernait le médecin généraliste et comprenait 5 questions sur :

- Les perceptions du patient concernant son médecin généraliste (question n°18)
- La préférence du patient sur le genre du médecin généraliste (question n°19)
- La préférence du patient sur l'âge du médecin généraliste (question n°20)
- Les attentes du patient sur le médecin généraliste idéal (question n°21)
- Le positionnement du patient à propos de l'erreur médicale (question n°22)

Tableau 2.c

Lien entre les questions de perception et d'attente sur le médecin généraliste

Question de perception : items de la question n°18	Question d'attente : items de la question n°21
Il a toutes les compétences pour s'occuper de ma santé	Un savant
Il connaît votre histoire personnelle	Un ami / un confident
Il fait preuve de nombreuses qualités humaines	Un modèle humain
Il est à votre écoute	Un ami / un confident
Les informations que vous lui donnez restent confidentielles	Une personne de confiance
Il vous donne de bons conseils	Un conseiller
Il vous inclut dans la décision médicale	Un guide

Enfin, le questionnaire se concluait sur :

- La satisfaction globale du patient concernant sa prise en charge en médecine générale (question n°23)
- Une question ouverte pour permettre au répondant d'apporter librement des commentaires sur la pratique de la médecine générale (question n°24)

Une variable devant toujours être renseignée, le code « Ne Sait Pas » (NSP) était proposé au répondant. Ce code concernait les questions pour lesquelles le patient ne souhaitait pas se prononcer.

Avant de débiter le recueil de données, le questionnaire a été testé de manière informelle auprès de personnes de mon entourage familial et de collègues. Le cabinet médical où je remplace régulièrement étant exclu du tirage au sort, le questionnaire a pu être testé auprès de patients dans les conditions réelles de recueil. Ces tests ont permis de vérifier la réceptivité des répondants et la compréhension des questions.

Des corrections au questionnaire ont été apportées afin d'obtenir le questionnaire définitif disponible en annexe 8.

F. RECUEIL DE DONNÉES

Pour chaque cabinet médical, les patients ont été recrutés selon leur ordre d'arrivée dans la salle d'attente.

Dans les cabinets de groupe où plusieurs médecins associés travaillaient le même jour, l'enquêteur s'adressait uniquement aux patients qui consultaient le médecin généraliste recruté par le tirage au sort.

Avant de débiter le questionnaire, un argumentaire de présentation mis en annexe 9 était annoncé pour chaque patient. Il était bien précisé aux répondants que le questionnaire resterait anonyme et que leurs réponses ne seraient pas transmises à leur médecin généraliste.

Sur chaque feuille du questionnaire, étaient inscrites les données informatives non nominatives suivantes : le numéro d'ordre issu du tirage au sort du médecin généraliste, la

ville du cabinet médical, le numéro du répondant dans l'ordre d'entrevue, la date et l'heure du début de l'interview.

Pour préserver la confidentialité des données recueillies en salle d'attente, le questionnaire a été effectué de manière discrète et dans la mesure du possible, en se mettant à l'écart des autres patients présents dans la pièce. Les patients avaient aussi la possibilité de répondre en pointant du doigt leur réponse sur la feuille du questionnaire.

G. GESTION DES DONNÉES

Un masque de saisie a été créé avec le logiciel EpiData Manager®. Les données de chaque questionnaire ont été saisies avec le logiciel EpiData EntryClient®. Les données recueillies ont été rentrées au fur et à mesure de la collecte.

H. ANALYSE DES DONNÉES

Dans un premier temps, les données saisies sous EpiData® ont été importées dans le logiciel Excel®. Les données brutes y ont été analysées.

Dans un second temps, nous avons procédé aux analyses croisées. Lorsque cela était possible, les variables ont été transformées en variables binomiales. Les comparaisons croisées des variables qualitatives ont été effectuées par le test paramétrique du χ^2 ou le test exact de Fisher en cas d'effectif attendu inférieur à 5, à l'aide du logiciel R¹³ version 3.1.1.

¹³ *Référence* : R Core Team. R : A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche. 2014. Disponible sur <http://www.R-project.org/>

IV. RÉSULTATS

A. PÉRIODE DU RECUEIL DE DONNÉES

Le recueil de données s'est déroulé du 25 juillet 2014 au 26 août 2014 inclus.

B. PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Au total, 29 médecins généralistes ont été joints par téléphone et 2 médecins n'étaient pas joignables pour cause de congé se prolongeant au-delà de la période de recrutement (renseignement donné par la secrétaire médicale du cabinet).

Parmi les 29 médecins généralistes contactés par téléphone, 9 médecins généralistes n'ont pas été recrutés pour les raisons suivantes : 4 pour refus, 1 pour absence du médecin pendant la période souhaitée pour le recueil de données, 1 pour non réponse à la suite de l'envoi du questionnaire par mail, 1 pour défaut d'accord d'un des médecins associés (parti en congé pendant la période souhaitée pour le recueil de données), 1 pour non rappel téléphonique après message et 1 pour absence du médecin malgré la date de rendez-vous à son cabinet.

Parmi les 20 médecins généralistes recrutés pour l'étude, 1 médecin a donné son accord sachant qu'il débutait un congé le jour fixé pour les entrevues ; son médecin remplaçant était présent au cabinet.

Les cabinets médicaux des 20 médecins généralistes recrutés pour l'étude ont été localisés sur une carte pour une meilleure appréciation de leur répartition géographique sur l'île (carte 1). Seul le nom des agglomérations postales a été notifié afin de préserver la confidentialité du médecin généraliste. Nous constatons que le tirage au sort a épargné les cabinets médicaux de la région Est de La Réunion et les cabinets médicaux dans les Hauts de l'île. D'après la carte détaillée des limites du Parc National de La Réunion mise en annexe 4, seulement 2 cabinets médicaux étaient situés dans les Hauts de l'île.

Carte 1

Localisation des cabinets médicaux des médecins généralistes recrutés - Île de La Réunion (n=20)



() Nombre de médecin généraliste

Source : Google Earth

C. CONDITIONS DE COLLECTE DES DONNÉES

Les données ont été collectées au cours de 15 matinées et de 5 après-midis. Les plages horaires des demi-journées pouvaient varier d'un cabinet à un autre, en fonction des horaires habituels d'ouverture et de fermeture du cabinet et des contraintes de recueil liées à l'enquêteur. Une durée moyenne de 3 heures 30 dans les cabinets était en général respectée.

Le recueil de données s'est déroulé dans les salles d'attente des cabinets médicaux. Dans la mesure du possible, les interlocuteurs se sont mis à l'écart des personnes présentes dans la salle d'attente. Deux médecins généralistes ont proposé une pièce libre au sein de leur cabinet pour préserver la confidentialité des propos recueillis et s'assurer d'une atmosphère calme lors de l'entrevue. La collecte de données en salle d'attente n'a pas semblé occasionner de gêne chez les répondants.

Avant de débuter leur demi-journée de consultation, des médecins généralistes ont pris l'initiative d'expliquer aux patients présents dans la salle d'attente, l'enjeu de l'étude. Les entrevues étaient alors plus facilement acceptées par les patients. Les explications par la secrétaire médicale pouvaient aussi encourager les patients à répondre au questionnaire.

La durée d'entrevue pour un questionnaire était en moyenne d'une dizaine de minutes. Les patients répondaient au questionnaire en attendant leur tour de consultation.

Les mineurs inclus dans l'étude étaient accompagnés par un de leur parent.

Cent soixante-trois questionnaires (n=163) ont été lus aux patients et remplis par l'enquêteur. Quatre questionnaires (n=4) ont été remplis par le patient, seul, à sa demande. A noter qu'une personne parmi les répondants ne savait pas lire.

Malgré le tour du répondant pour sa consultation, certains médecins généralistes attendaient la fin du questionnaire, sans prendre le patient suivant. Cette bienveillance a ainsi contribué à augmenter le taux de participation des répondants.

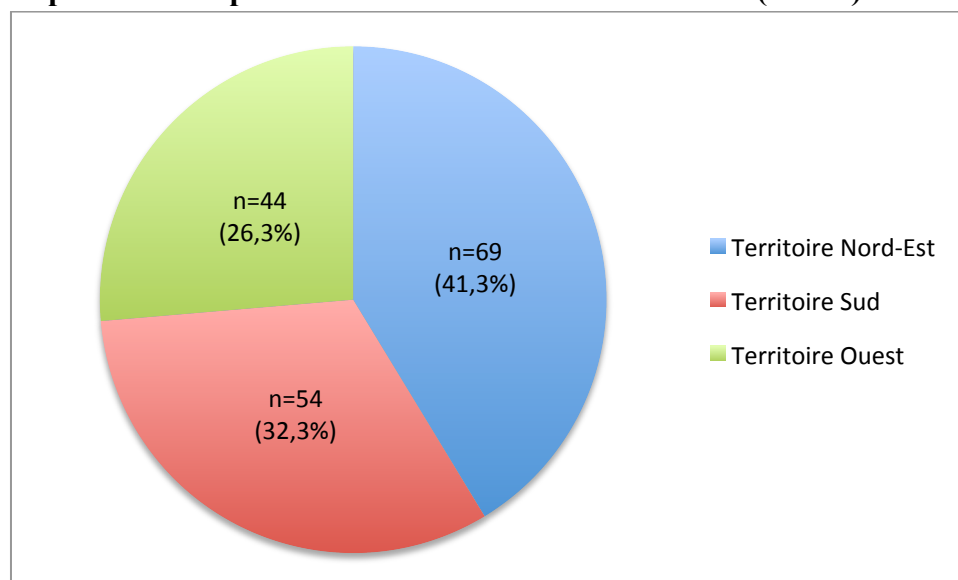
D. PARTICIPATION DES PATIENTS

Au total, 167 patients ont répondu au questionnaire.

La distribution des répondants dans les 3 territoires de santé était de 41,3% (n=69) dans le territoire de santé Nord-Est, de 26,3% (n=44) dans le territoire de santé Ouest et de 32,3% (n=54) dans le territoire de santé Sud (figure 3).

Figure 3

Répartition des patients selon les 3 territoires de santé (n=167)



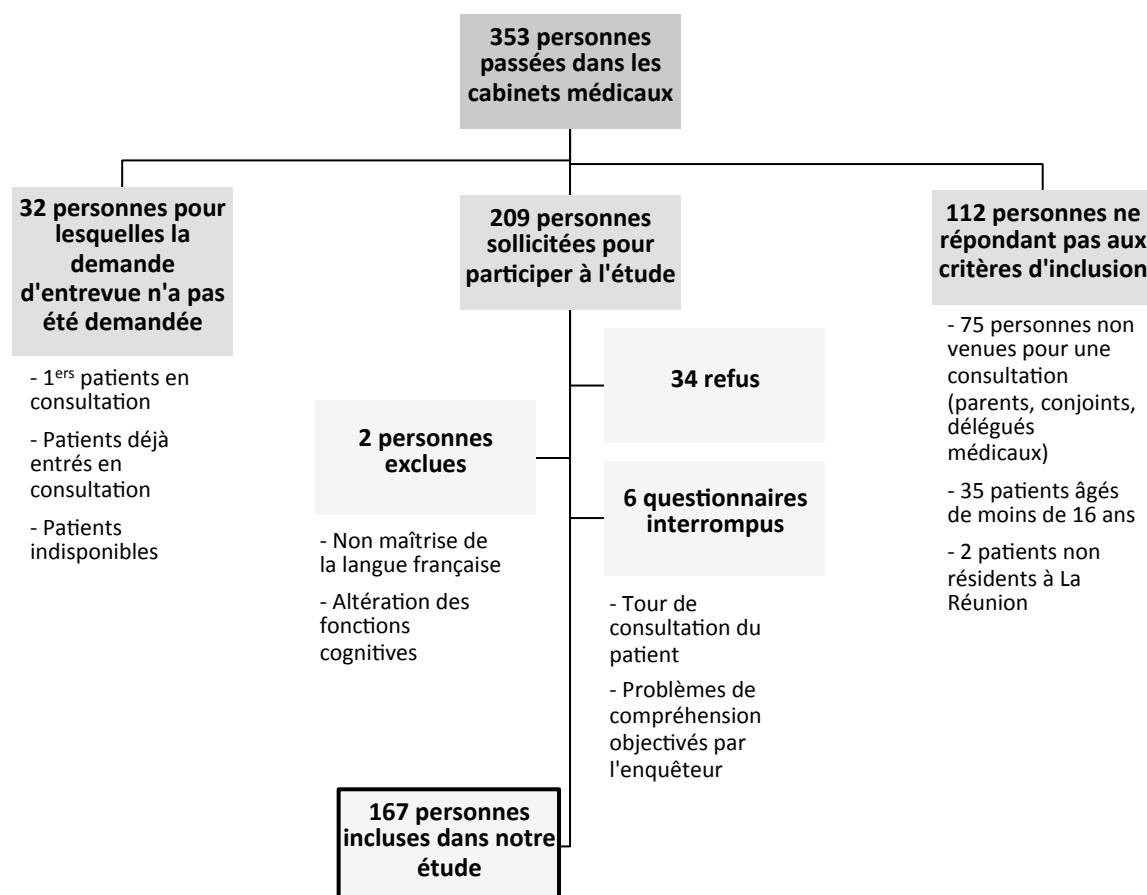
Le taux de répondants moyen était de 8,6 patients par cabinet médical avec un effectif minimal de 3 répondants dans un cabinet et un effectif maximal de 14 répondants dans un autre cabinet.

Pour chaque cabinet médical, l'enquêteur a tenté d'établir un décompte de toutes les personnes passées dans le cabinet. Il se pouvait que des personnes aient été dans le cabinet médical en dehors des plages horaires du recueil ou que d'autres personnes étaient passées inaperçues. Ces personnes là n'ont donc pas été prises en compte. La figure 4 schématise les personnes passées dans l'ensemble des cabinets médicaux. Les effectifs précis par cabinet médical et par territoire de santé ont été regroupés sous forme d'un tableau mis en annexe 10.

Le taux de participation était de 79,9%.

Figure 4

Récapitulatif des effectifs des personnes passées dans les cabinets des 20 médecins généralistes recrutés



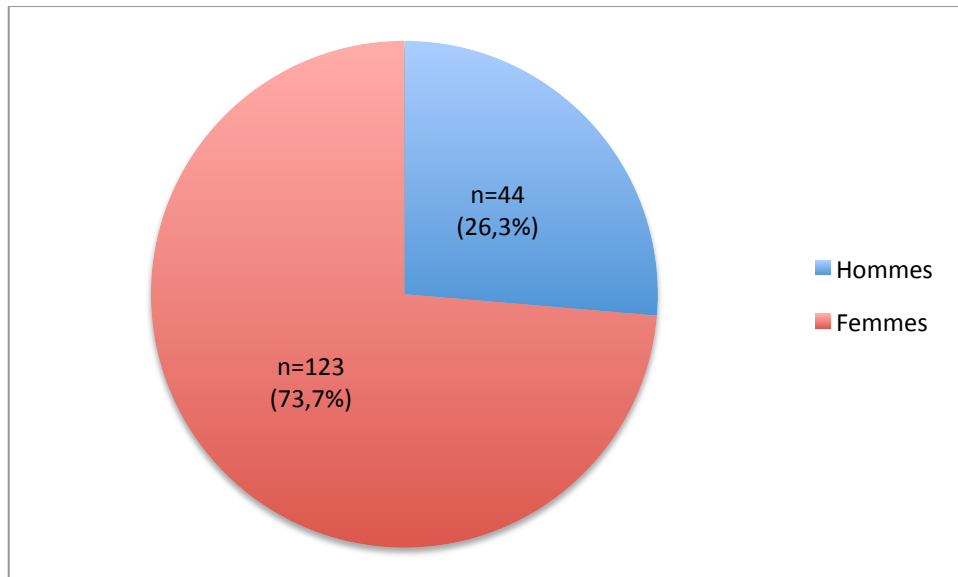
E. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

1. Le sexe

Les femmes représentaient 73,7% (n=123) des répondants contre 26,3% (n=44) d'hommes (figure 5). Le sex-ratio était de 0,36.

Figure 5

Répartition du sexe des patients (n=167)

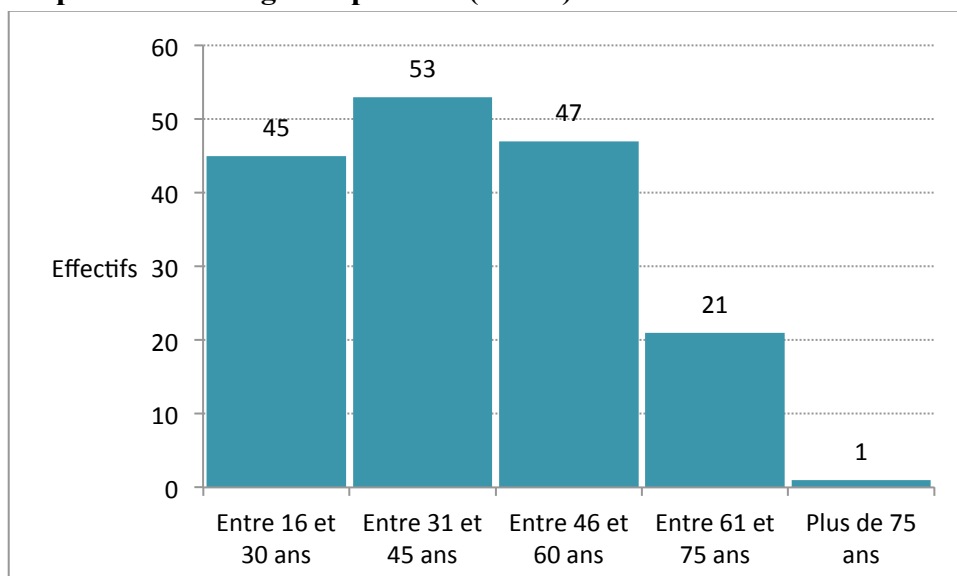


2. L'âge

L'âge des répondants était de 16 ans pour le plus jeune et de 78 ans pour le plus âgé. L'âge moyen était de 41,7 ans. L'âge médian était de 42 ans (figure 6.a).

Figure 6.a

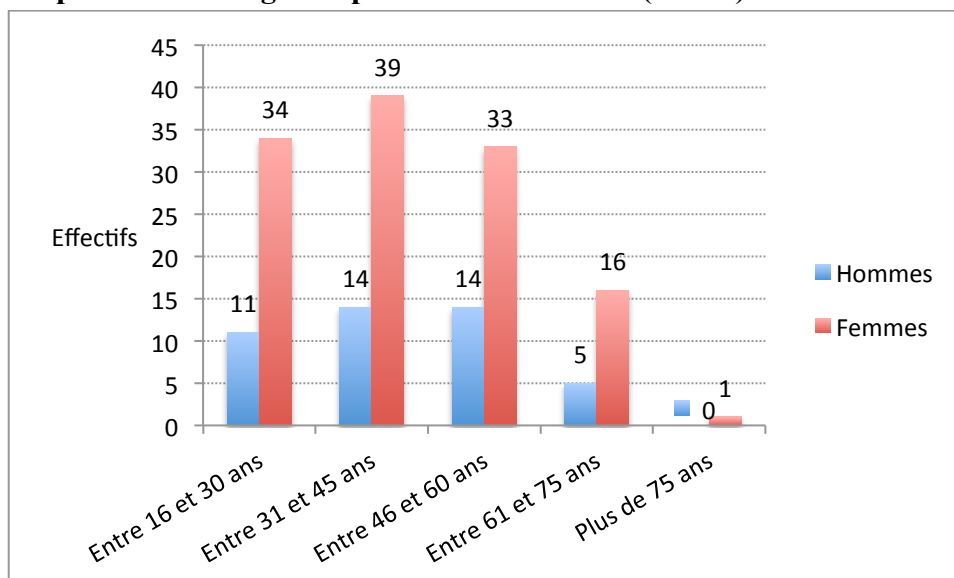
Répartition de l'âge des patients (n=167)



La moyenne d'âge des femmes a été comparée à celle des hommes. Aucune différence significative n'a été mise en évidence ($p=0,426$ selon le test de Student). La répartition de l'âge des répondants en fonction du sexe est illustrée par la figure 6.b.

Figure 6.b

Répartition de l'âge des patients selon le sexe (n=167)



3. Le lieu de naissance

Les répondants étaient majoritairement natifs de La Réunion et représentaient 82,6% (n=138) des répondants. Puis, suivaient les répondants nés en France métropolitaine qui représentaient 12,6% (n=21) des répondants. Six (n=6) patients étaient nés dans la zone Océan Indien¹⁴ (tableau 3).

Tableau 3

Répartition du lieu de naissance des patients (n=167)

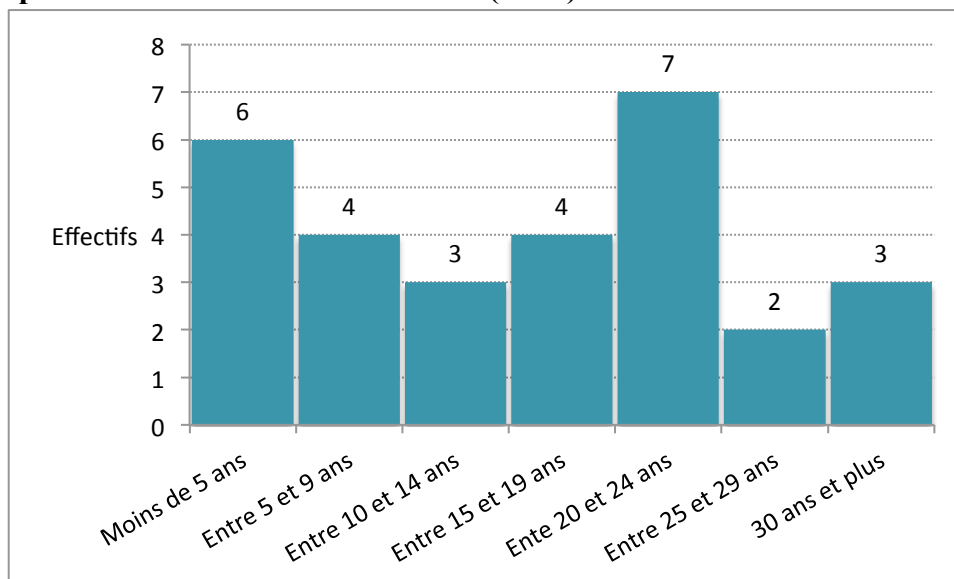
Lieu de naissance	Effectif (n=167)	
	n	(%)
La Réunion	138	(82,6)
France métropolitaine	21	(12,6)
Madagascar	4	(2,4)
Mayotte	1	(0,6)
Maurice	1	(0,6)
Djibouti	1	(0,6)
Allemagne	1	(0,6)

¹⁴ Les pays appartenant à la zone Océan Indien sont la France (La Réunion et Mayotte), l'Afrique du Sud, la République d'Angola, le Botswana, les Comores, l'Inde, Madagascar, Maurice, la Namibie, les Seychelles, le Zimbabwe et la Zambie.

Parmi les 29 répondants non natifs de La Réunion, 20,7% (n=6) étaient arrivés sur l'île depuis moins de 5 ans et plus de la moitié (55,2% soit n=16) vivait sur l'île depuis plus de 15 ans (figure 7).

Figure 7

Répartition du nombre d'années de résidence sur l'île pour les patients non natifs de La Réunion (n=29)



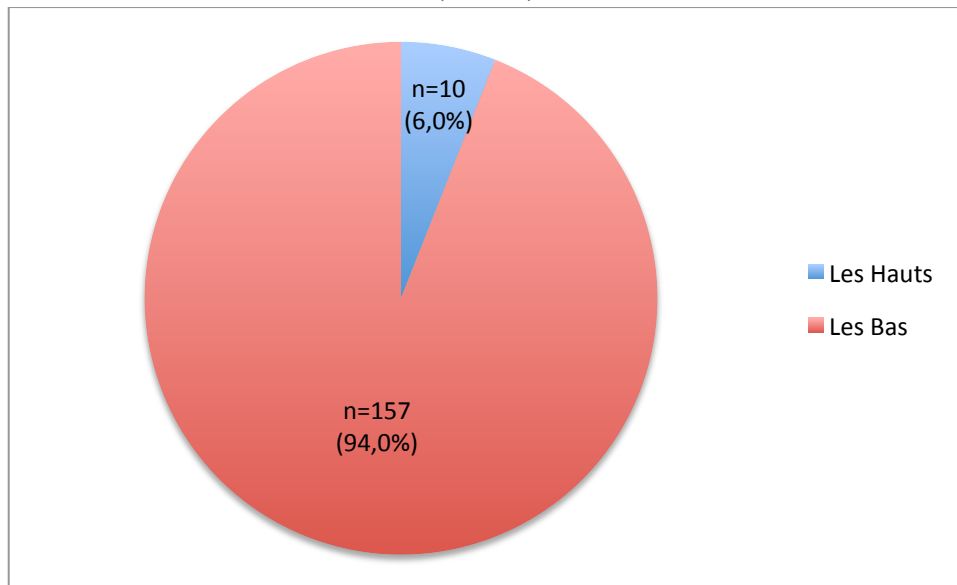
4. Le quartier et la zone de résidence

Le quartier de résidence du répondant se situait à proximité du cabinet médical du médecin généraliste ; dans le même quartier ou dans la même agglomération postale. Cent quarante et un (n=141) patients étaient domiciliés dans la même agglomération postale que celle du cabinet. Pour 7 répondants, leur domicile se situait dans un territoire de santé différent de celui du cabinet médical. À noter que pour 2 répondants, leur domicile et le cabinet étaient dans des communes limitrophes de 2 territoires de santé.

Concernant la zone de domiciliation du répondant, 94% (n=157) des répondants vivaient dans les Bas de l'île et 6% (n=10) dans les Hauts (figure 8).

Figure 8

Répartition de la zone de résidence des patients : dans les Bas ou dans les Hauts de La Réunion (n=167)



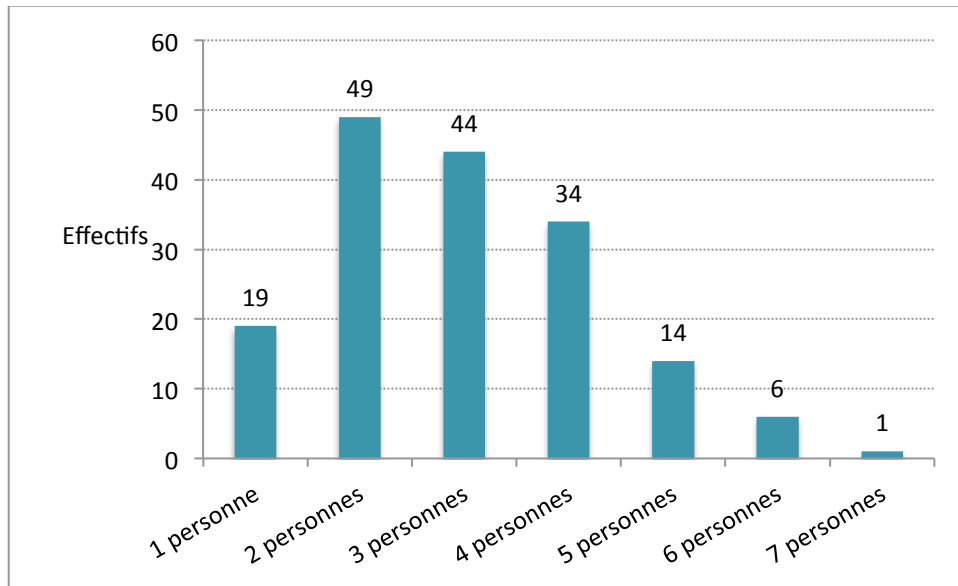
Pour les 10 patients résidant dans les Hauts, 7 étaient des femmes et 3 étaient des hommes soit un sex-ratio de 0,43, non significativement différent de l'ensemble des répondants ($p=0,724$ selon le test exact de Fisher).

5. La taille du foyer et le nombre d'enfants âgés de moins de 16 ans dans le foyer

Onze pour cent des répondants (11,4% soit $n=19$) vivaient seuls. Près de trente pour cent des répondants (29,3% soit $n=49$) habitaient dans un foyer de 2 personnes. Près de la moitié des répondants (46,7% soit $n=78$) vivait dans un foyer de 3 ou 4 personnes et 12,6% ($n=21$) des répondants logeaient dans un foyer de 5 personnes ou plus (figure 9).

Figure 9

Répartition de la taille des foyers des patients (n=167)

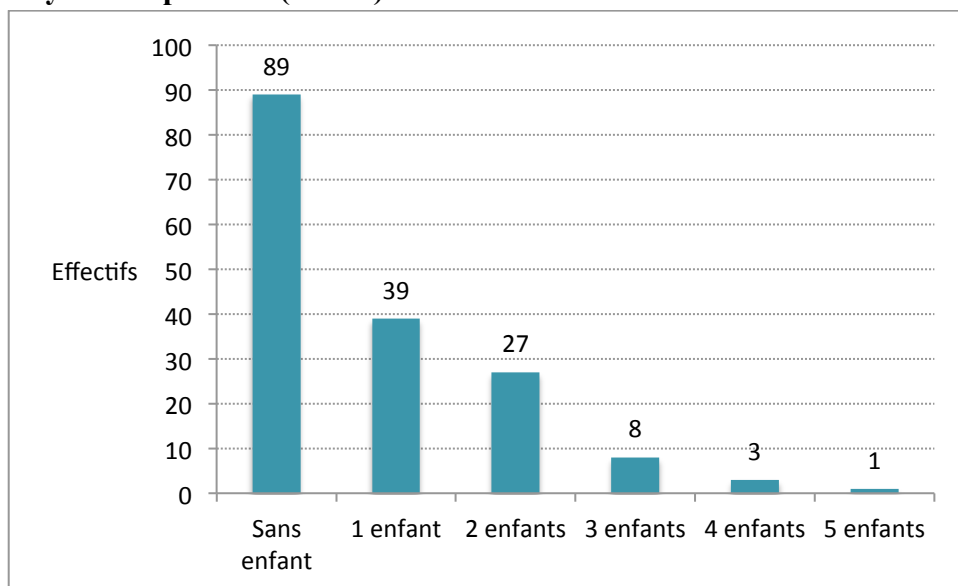


Le nombre moyen de personnes dans le foyer des patients était de 3,0.

Plus de la moitié des répondants (53,3% soit n=89) vivaient dans un foyer sans enfant âgé de moins de 16 ans. Les foyers avec 1 enfant âgé de moins de 16 ans concernaient 23,4% (n=39) des patients et ceux avec 2 enfants âgés de moins de 16 ans concernaient 16,2% (n=27) des patients. Seuls 12 répondants vivaient avec 3 ou plus de 3 enfants âgés de moins de 16 ans dans leur foyer (figure 10).

Figure 10

Répartition du nombre d'enfants âgés de moins de 16 ans dans les foyers des patients (n=167)

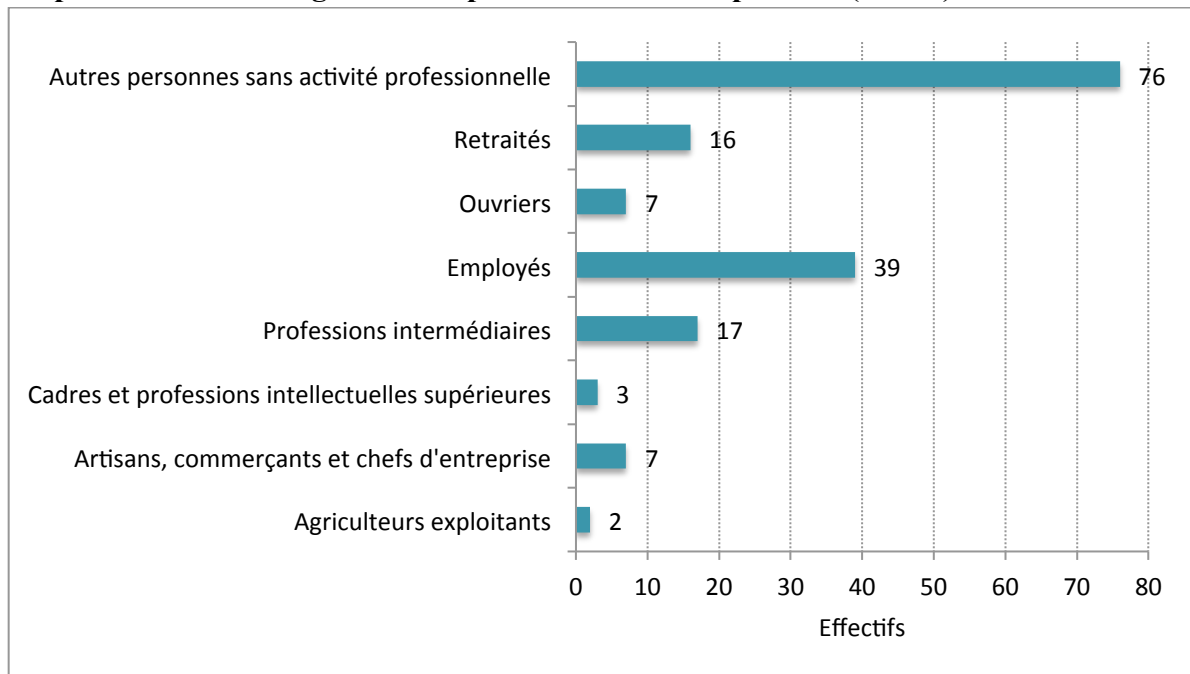


6. La catégorie socio-professionnelle

Près de la moitié des patients interrogés (45,5% soit n=76) était sans activité professionnelle et près du quart des répondants (23,4% soit n=39) était des « employés » (figure 11).

Figure 11

Répartition de la catégorie socio-professionnelle des patients (n=167)



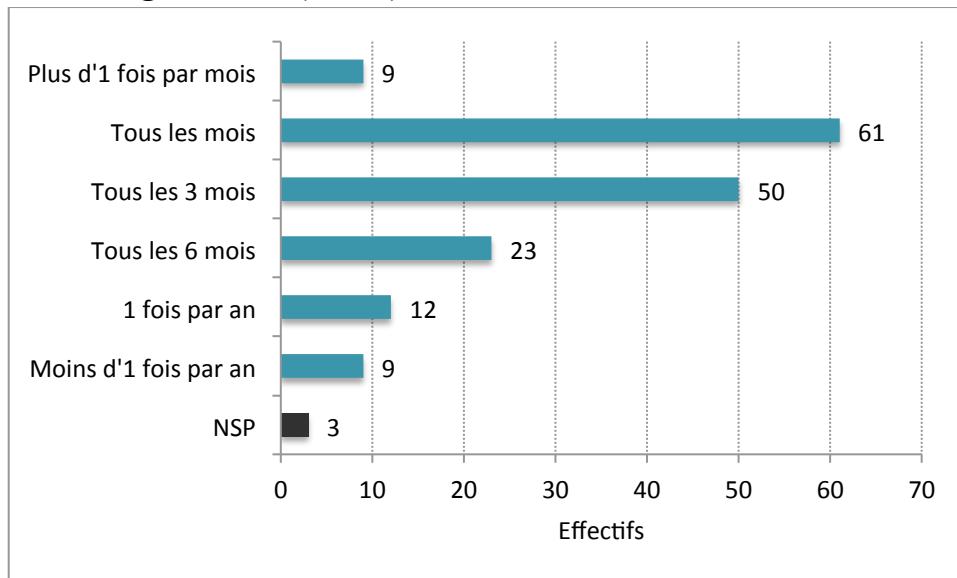
La répartition des catégories socio-professionnelles variait avec le sexe ($p=3,45 \times 10^{-4}$ selon le test exact de Fisher), mais les femmes n'étaient pas statistiquement plus représentées dans la catégorie des « autres personnes sans activité professionnelle » ($p=0,078$ selon le test du χ^2 non corrigé).

7. La fréquence des consultations chez le médecin généraliste

Près de soixante douze pour cent des répondants (71,9% soit n=120) consultaient à une fréquence de « tous les 3 mois » ou plus (figure 12).

Figure 12

Répartition de la fréquence des consultations des patients chez le médecin généraliste (n=167)

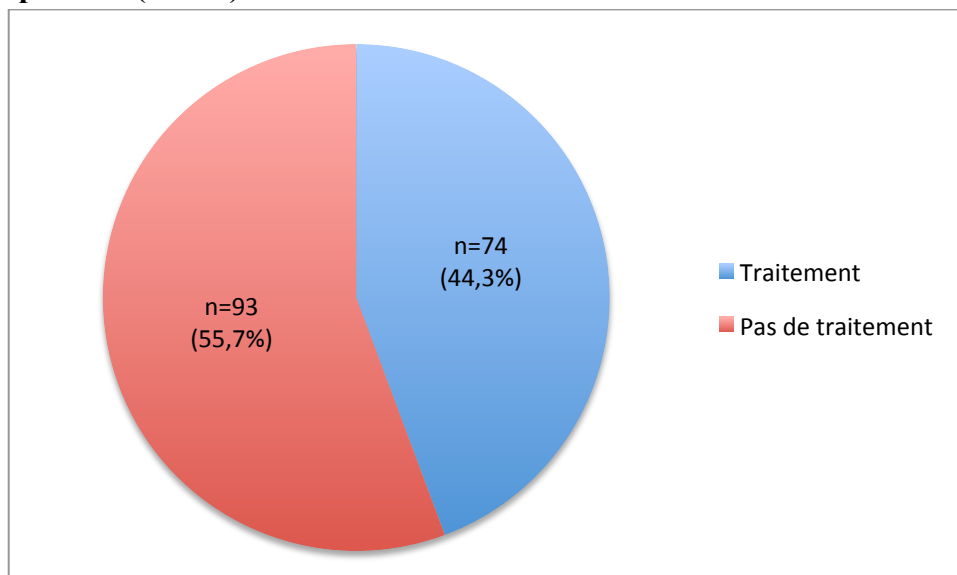


8. La prise d'un traitement au long cours

Les personnes prenant un traitement au long cours représentaient moins de la moitié des répondants (44,3% soit n=74), contre 55,7% (n=93) des répondants non traités au long cours (figure 13.a).

Figure 13.a

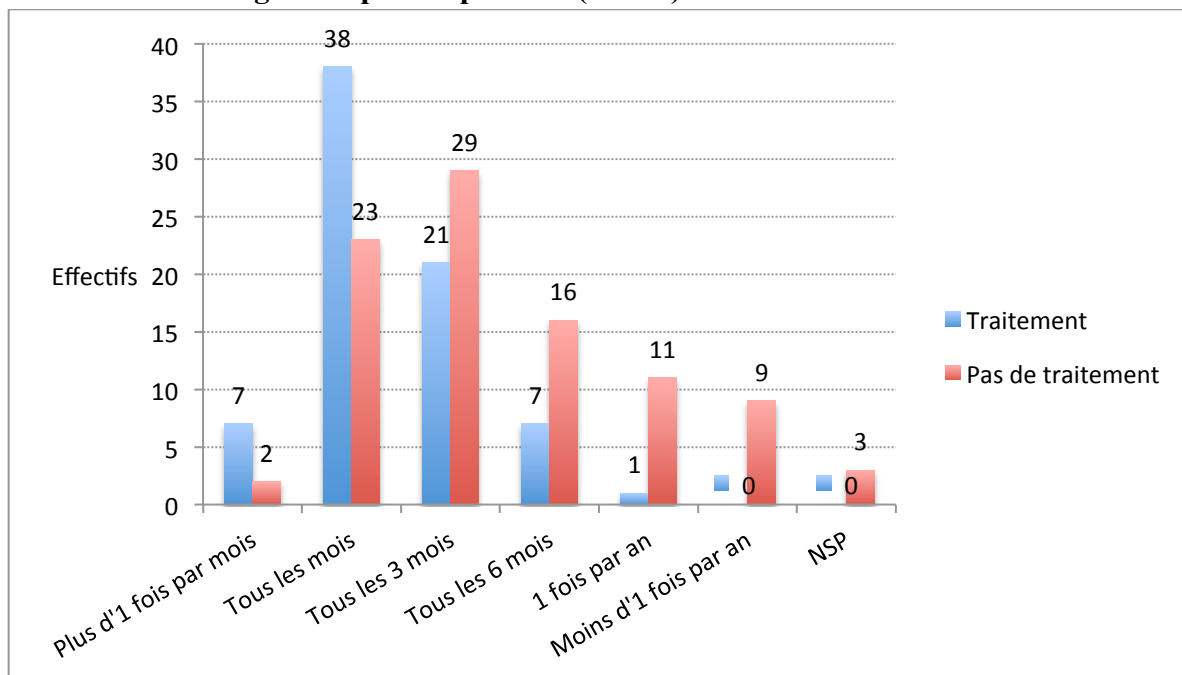
Répartition de la prise ou non d'un traitement au long cours par les patients (n=167)



La fréquence de consultation variait très significativement avec la prise d'un traitement au long cours ($p=5,79 \times 10^{-5}$ selon le test du χ^2) ; les patients avec un traitement de longue durée consultaient plus fréquemment leur médecin généraliste (« plus d'1 fois par mois », « tous les mois » ou « tous les 3 mois ») que les patients non traités au long cours (figure 13.b).

Figure 13.b

Répartition de la fréquence des consultations selon la prise ou non d'un traitement au long cours par les patients (n=167)

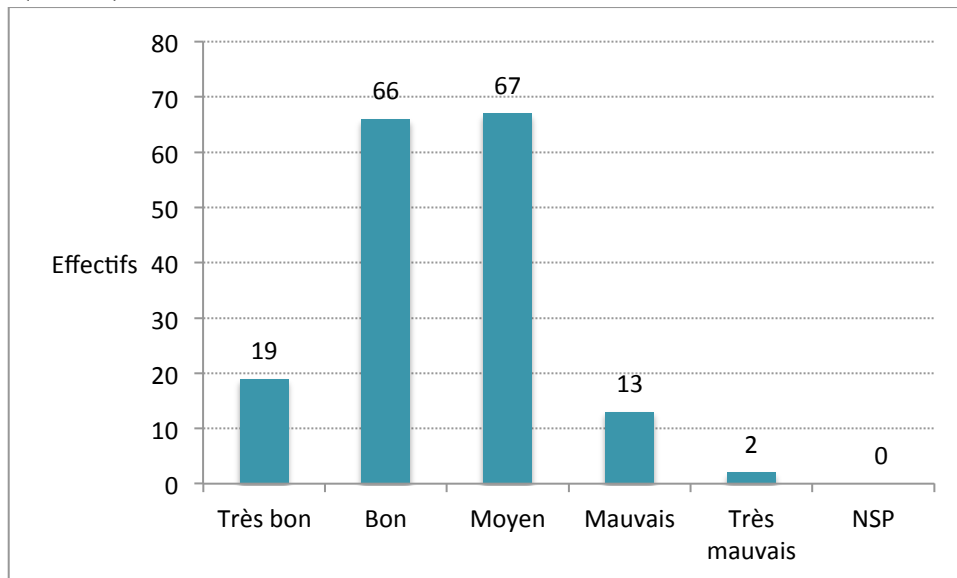


9. La perception de l'état de santé actuel

La moitié des répondants (50,9% soit $n=85$) se déclarait en « très bon » ou en « bon » état de santé, 40,1% ($n=67$) des répondants qualifiaient leur état de santé comme « moyen » et 9% des répondants ($n=15$) décrivaient leur état de santé comme « mauvais » ou « très mauvais » (figure 14).

Figure 14

Répartition de la perception de l'état de santé actuel des patients (n=167)

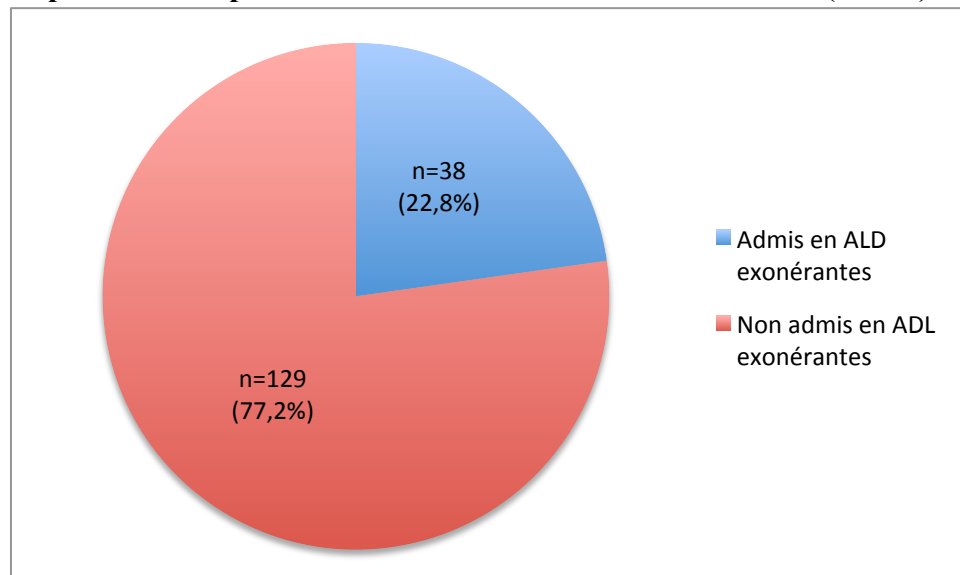


10. Les patients inscrits en ALD exonérantes

Pour rappel, les pathologies de longue durée dans cette étude étaient l'ensemble des affections inscrites dans la liste des ALD exonérantes. Les ALD exonérantes ne concernaient que 22,8% (n=38) des patients contre 77,2% (n=129) non admis en ALD exonérantes (figure 15).

Figure 15

Répartition des patients admis ou non en ALD exonérantes (n=167)



Les patients admis en ALD, en terme de fréquence de consultation, consultaient moins souvent leur médecin généraliste ($p=0,017$) et étaient plus nombreux à prendre un traitement au long cours ($p=6 \times 10^{-9}$) que les patients non admis en ALD

F. PERCEPTIONS ET ATTENTES CONCERNANT LE RECOURS À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

1. Les motifs de consultation

La majorité des patients déclarait être d'accord (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ») de consulter leur médecin généraliste avec les motifs de consultation proposés et plus particulièrement pour :

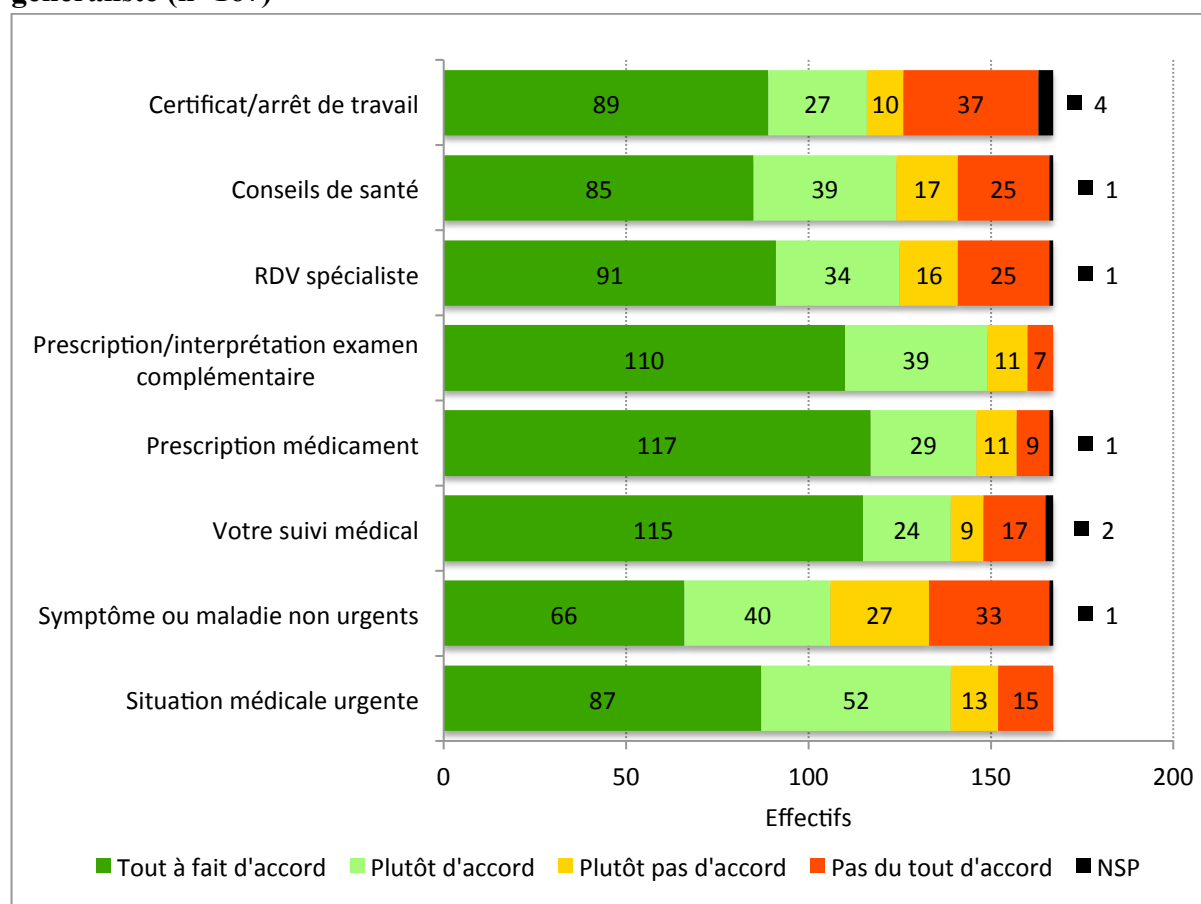
- La prescription ou l'interprétation d'un examen complémentaire (89,2% soit n=149)
- La prescription d'un médicament (87,4% soit n=146)
- Le suivi médical (83,2% soit n=139)

À noter que 35,9% (n=60) des patients n'étaient pas d'accord (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ») de consulter leur médecin généraliste en cas de symptôme ou de maladie non urgents.

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 16.

Figure 16

Perceptions des patients concernant leurs motifs de consultation chez leur médecin généraliste (n=167)



2. Le cabinet médical

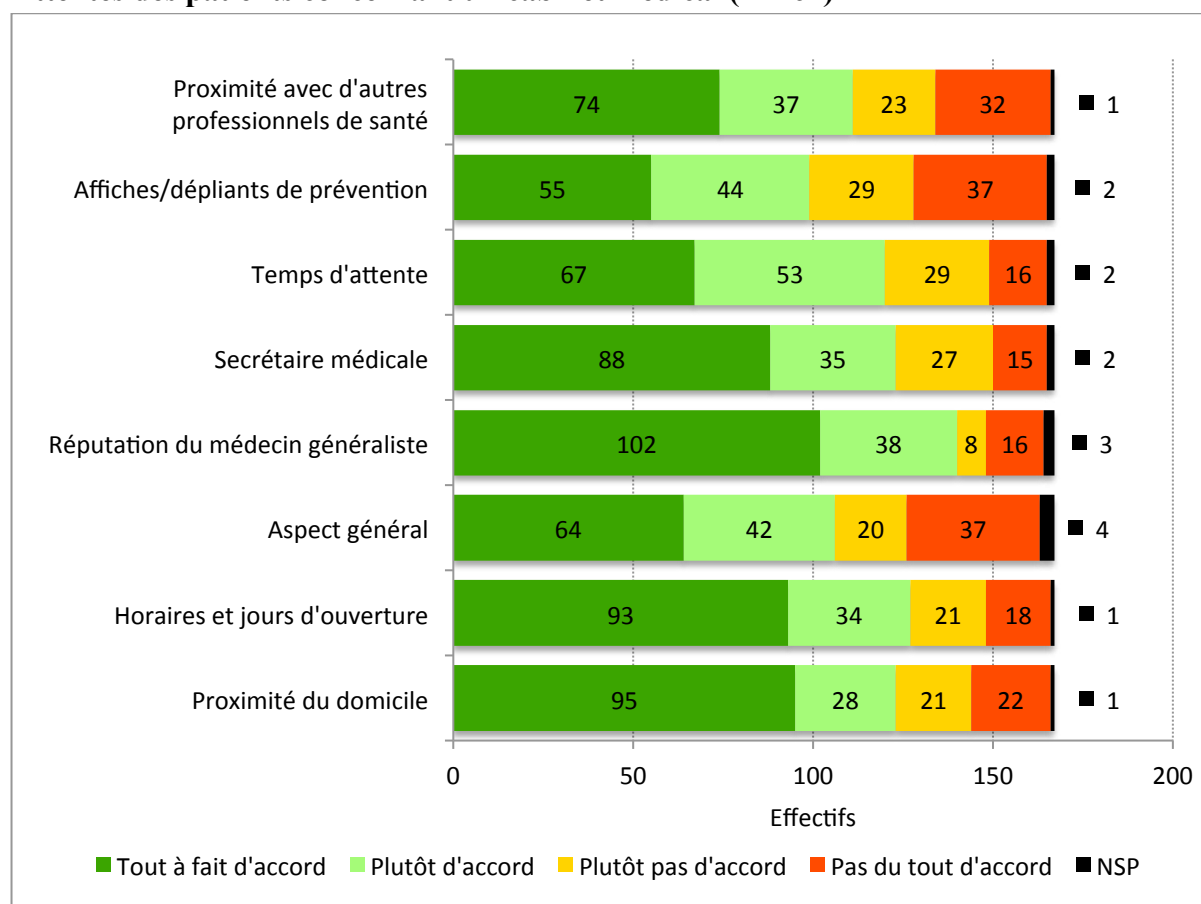
La majorité des patients déclarait accorder (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ») de l'importance à l'ensemble des items proposés et notamment à la réputation du médecin généraliste (83,8% soit n=140).

Près de quarante pour cent des patients (39,5% soit n=66) n'accordaient pas d'importance aux affichages de prévention et 34,1% (n=57) n'accordaient pas d'importance à l'aspect général du cabinet (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »).

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 17.

Figure 17

Attentes des patients concernant un cabinet médical (n=167)



3. Les missions de la médecine générale

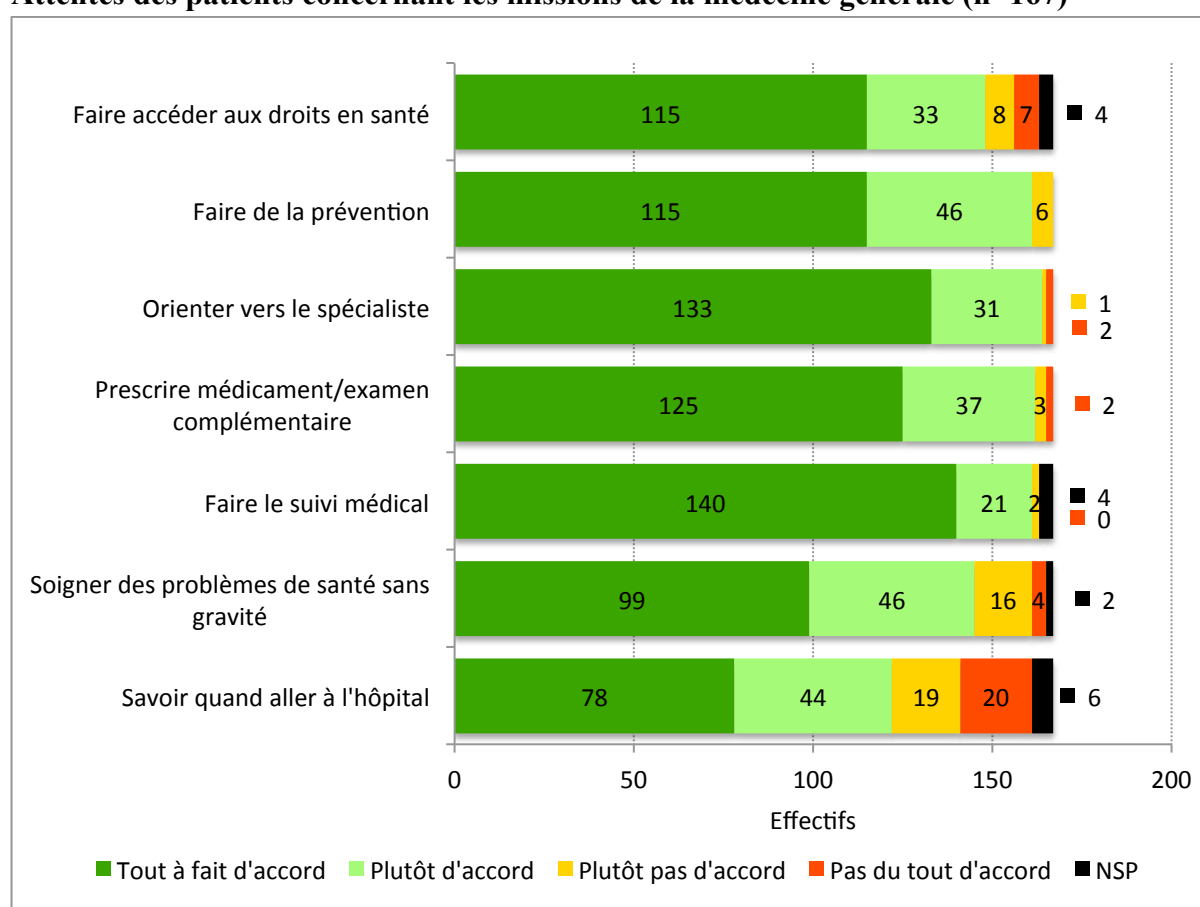
Les missions de la médecine générale proposées dans cette question étaient globalement en accord avec celles attendues par les patients.

Cependant, près d'un quart des répondants (23,4% soit n=39) n'était pas d'accord (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ») de consulter en médecine générale pour savoir quand aller à l'hôpital.

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 18.

Figure 18

Attentes des patients concernant les missions de la médecine générale (n=167)



G. PERCEPTIONS ET ATTENTES CONCERNANT LA CONSULTATION MÉDICALE

1. Le ressenti lors de la consultation

Lors de la consultation médicale avec leur médecin généraliste, les patients étaient plus nombreux à ressentir « souvent » ou « très souvent » :

- Du soulagement car le médecin généraliste les rassure (71,9% soit n=120)
- Du plaisir car le médecin généraliste les comprend (65,9% soit n=110)

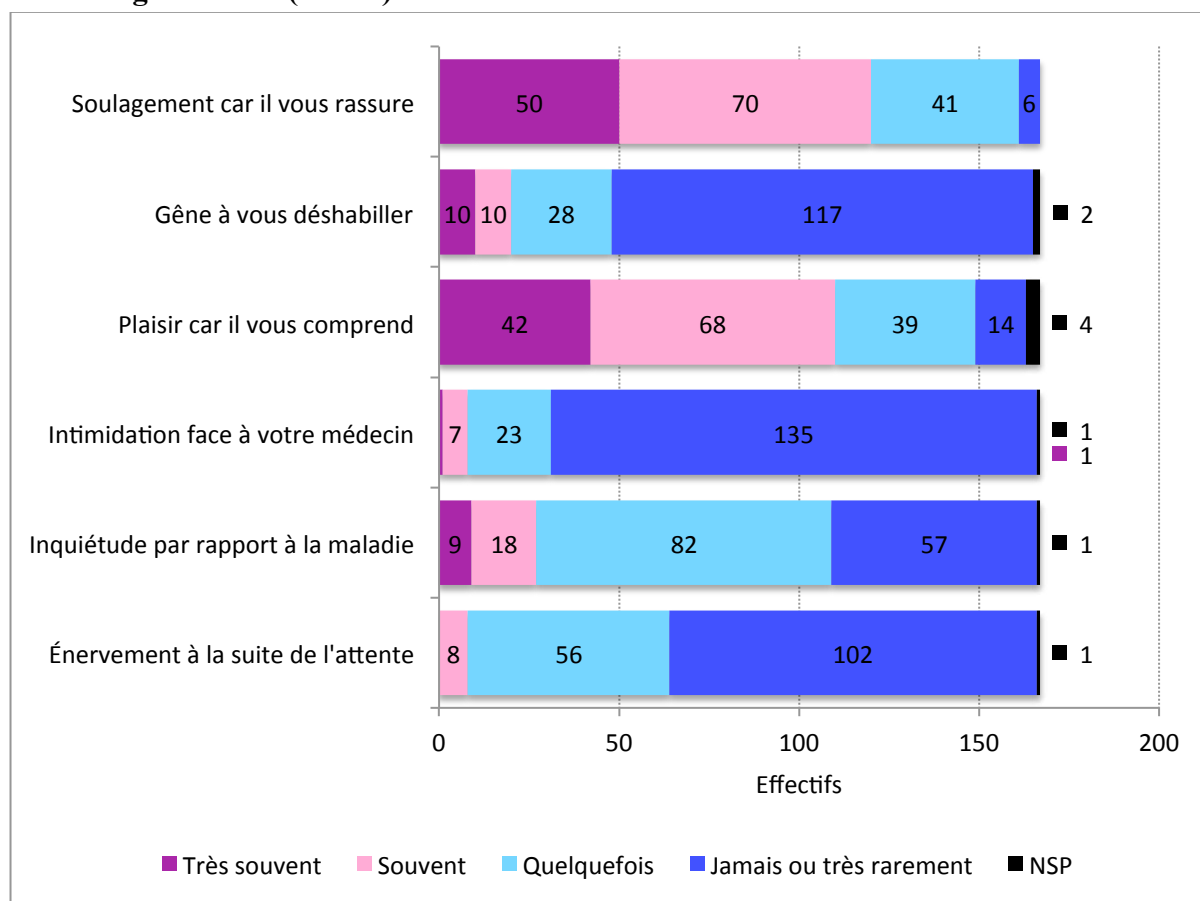
En revanche, davantage de patients disaient ne « jamais ou très rarement » ressentir :

- De l'intimidation face à leur médecin généraliste (80,8% soit n=135)
- De la gêne à se déshabiller (70,1% n=117)
- De l'énervement à la suite de l'attente (61,1% soit n=102)
- De l'inquiétude par rapport à la maladie (34,1% soit n=57)

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 19.

Figure 19

Perceptions des patients concernant leurs ressentis lors de la consultation avec leur médecin généraliste (n=167)

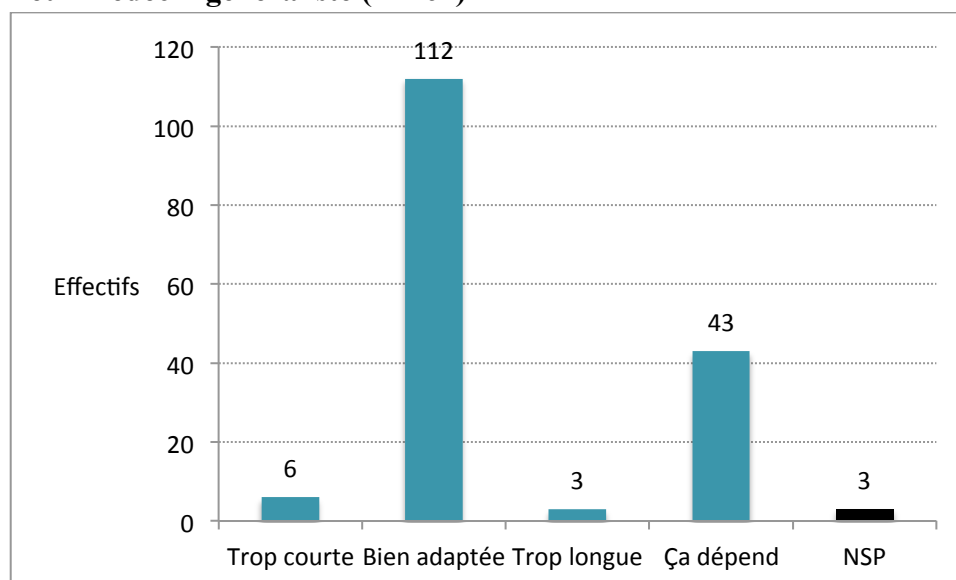


2. La durée des consultations avec le médecin généraliste

Pour 67,1% (n=112) des patients, la durée des consultations avec leur médecin généraliste était « bien adaptée ». Un peu plus du quart des répondants (25,7% soit n=43) trouvait que la durée dépendait des consultations. Enfin, 6 répondants disaient les consultations trop courtes et 3 trop longues (figure 20).

Figure 20

Perceptions des patients concernant la durée des consultations avec leur médecin généraliste (n=167)



3. La consultation médicale

Lors de la consultation avec un médecin généraliste, la majorité des patients déclarait accorder (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ») de l'importance à l'ensemble des items proposés.

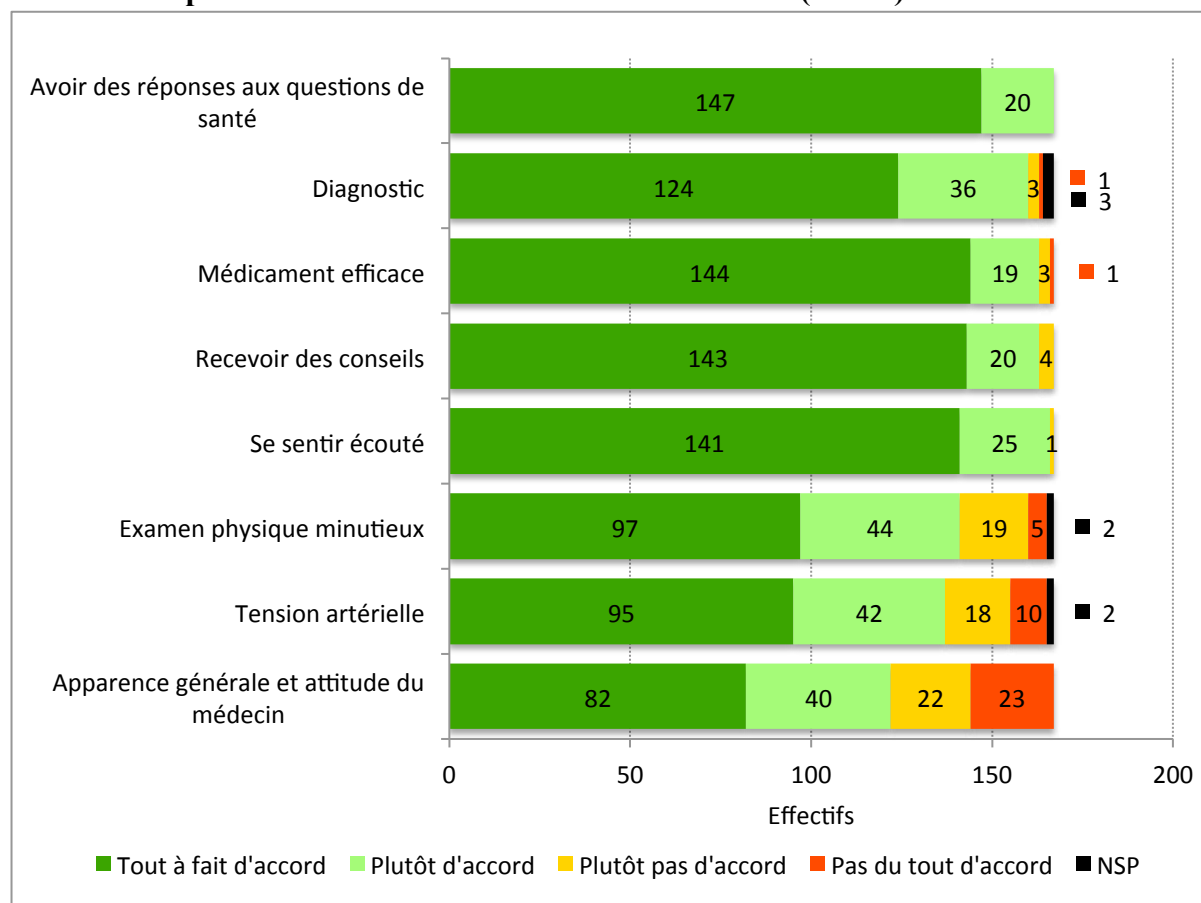
Avoir des réponses aux questions de santé, l'écoute et les conseils de la part du médecin généraliste avaient plus d'importance que l'aspect technique de l'examen physique.

À noter que 26,9% (n=45) des patients déclaraient ne pas accorder de l'importance à l'apparence générale et à l'attitude du médecin (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »).

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 21.

Figure 21

Attentes des patients concernant la consultation médicale (n=167)



H. PERCEPTIONS ET ATTENTES CONCERNANT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

1. Votre médecin généraliste

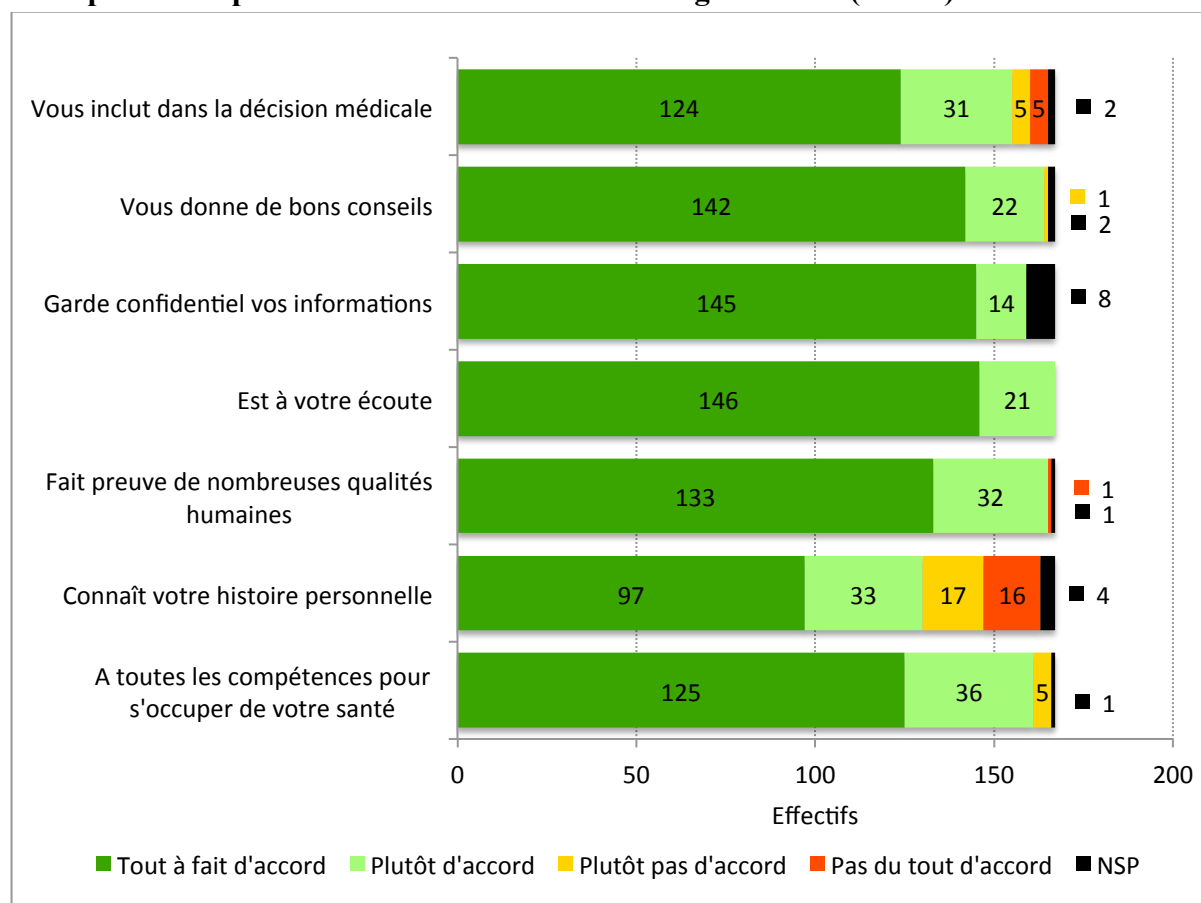
Concernant leur médecin généraliste, la majorité des patients déclarait être d'accord (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ») avec l'ensemble des items proposés et plus particulièrement pour dire que :

- Leur médecin est à leur écoute (100% soit n=167)
- Leur médecin fait preuve de nombreuses qualités humaines (98,8% soit n=165)
- Leur médecin leur donne de bons conseils (98,2% soit n= 164)

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 22.

Figure 22

Perceptions des patients concernant leur médecin généraliste (n=167)

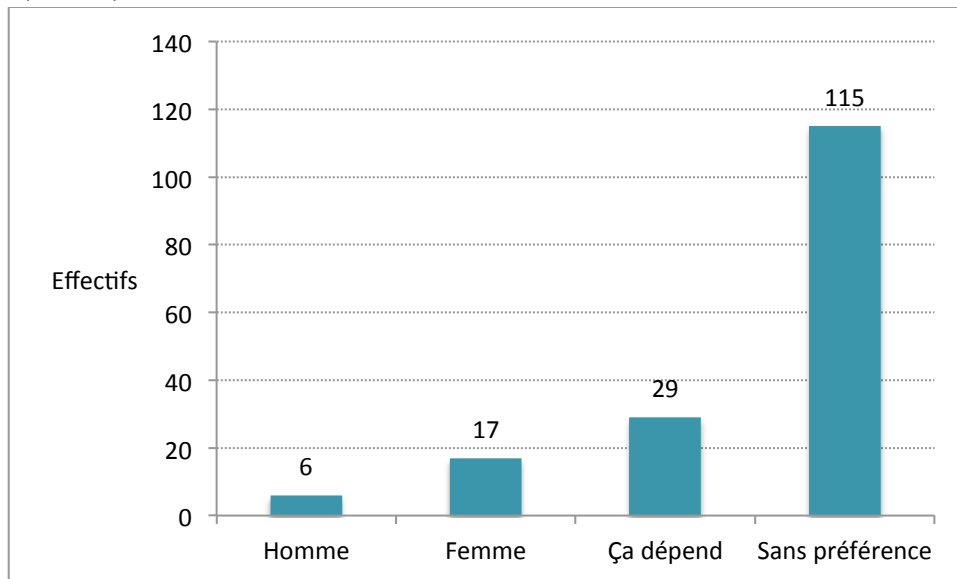


2. Préférence sur le sexe du médecin généraliste

Près de soixante-neuf pour cent des répondants (68,9% soit n=115) n'avaient pas de préférence sur le sexe du médecin généraliste. Pour 17,4% (n=29) des répondants, le sexe du médecin généraliste dépendait de la situation. Enfin, 17 répondants préféraient consulter un médecin de sexe féminin et 6 un médecin de sexe masculin (figure 23).

Figure 23

**Préférence des patients concernant le sexe du médecin généraliste
(n=167)**

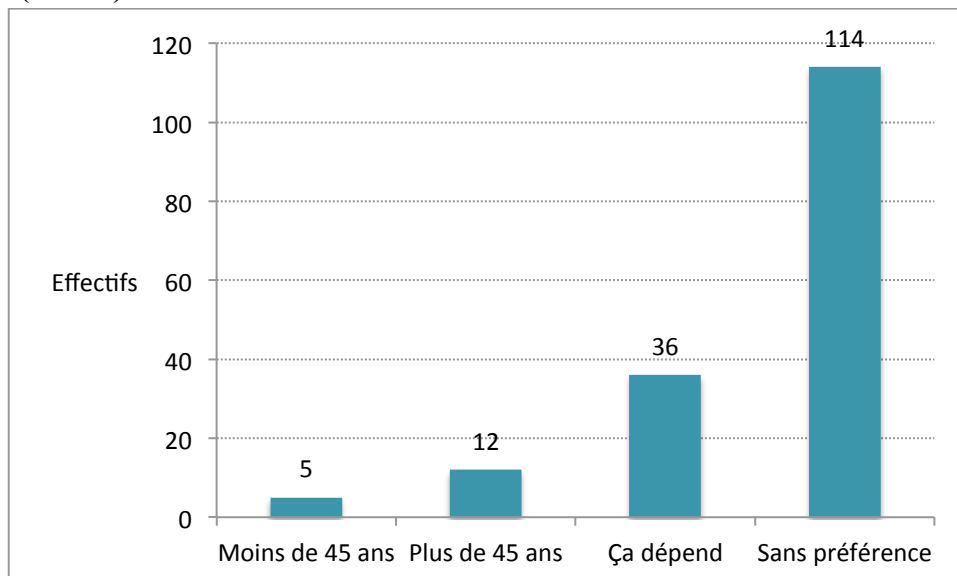


3. Préférence sur l'âge du médecin généraliste

Soixante-huit pour cent des répondants (68,3% soit n=114) n'avaient pas de préférence sur l'âge du médecin généraliste. Pour 21,6% (n=36) des répondants, l'âge du médecin généraliste dépendait de la situation. Enfin, 12 répondants préféraient consulter un médecin âgé de plus de 45 ans et 5 un médecin âgé de moins de 45 ans (figure 24).

Figure 24

**Préférence des patients concernant l'âge du médecin généraliste
(n=167)**



4. Le médecin généraliste idéal

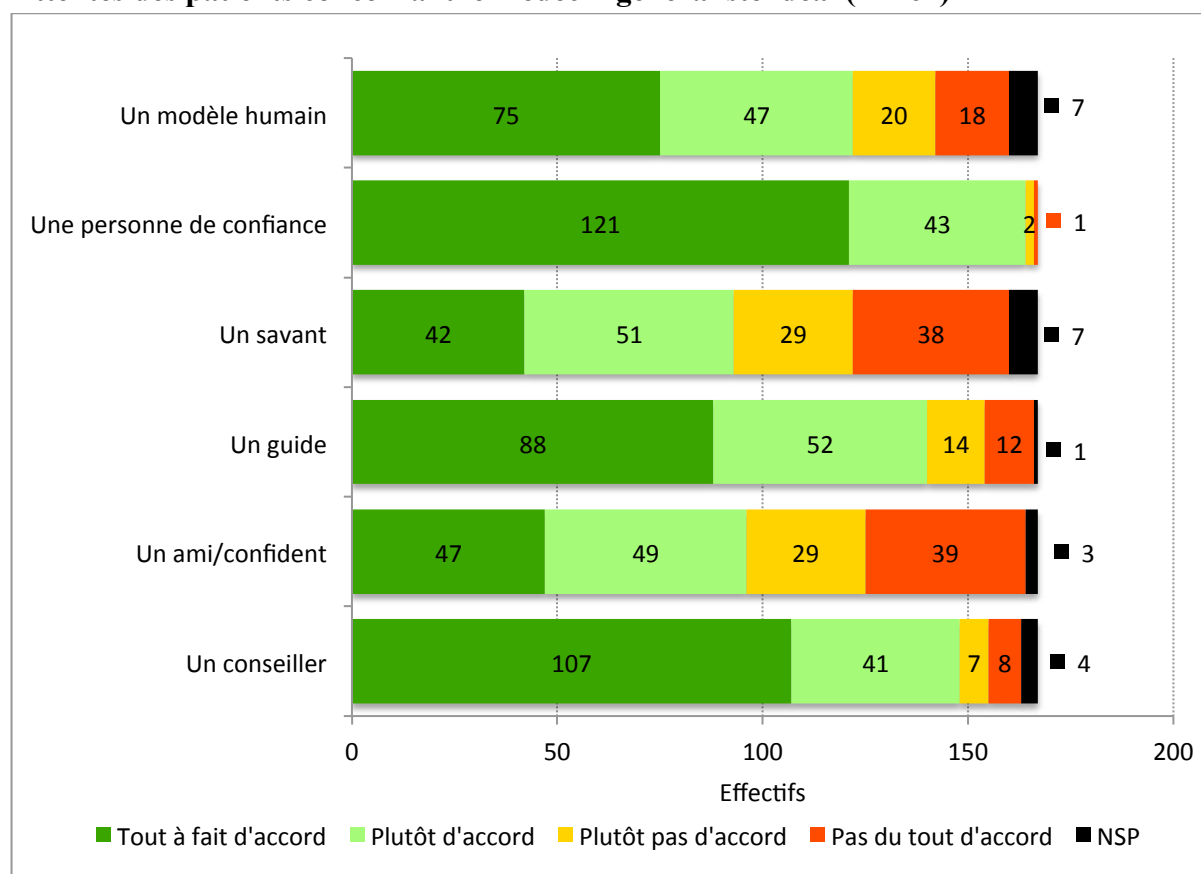
Le médecin généraliste idéal était principalement considéré (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord ») comme une personne de confiance (98,2% soit n=164) et un conseiller (88,6% soit 148) et un peu moins comme un guide ou un modèle humain.

En revanche, 40,7% (n=68) des patients ne considéraient pas le médecin généraliste idéal comme un ami ou un confident et 40,1% (n=67) des patients n'étaient pas d'accord pour l'assimiler à un savant (« plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord »).

Les réponses des patients sont illustrées dans la figure 25.

Figure 25

Attentes des patients concernant le médecin généraliste idéal (n=167)

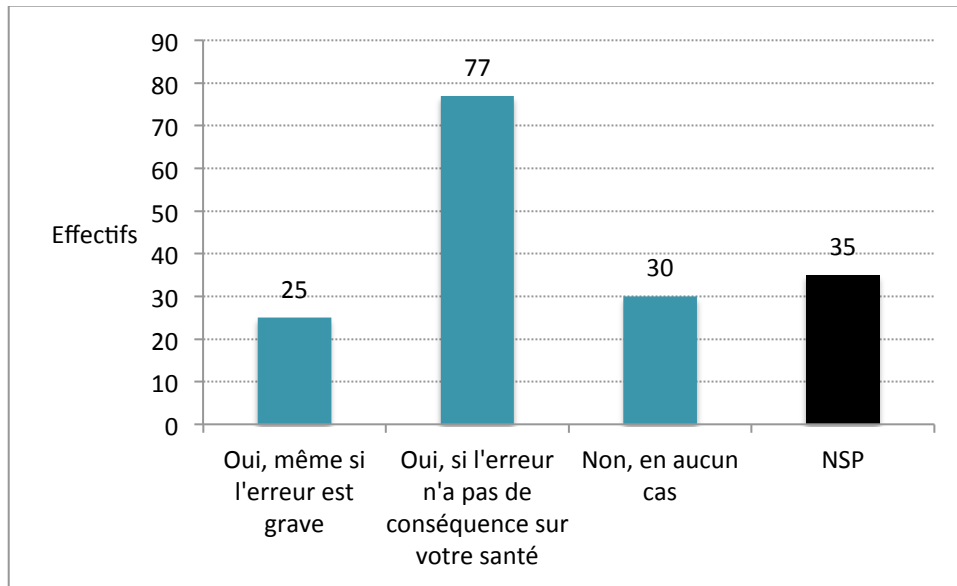


5. L'erreur médicale

Un peu moins de la moitié des patients (46,1% soit n=77) déclarait accepter qu'un médecin généraliste se trompe si l'erreur n'avait pas de conséquence sur leur santé. Quinze pour cent des patients (15% soit n=25) disaient accepter une erreur médicale même si l'erreur était grave. Au contraire, dix-huit pour cent des patients (18% soit n=30) n'auraient en aucun cas accepté une erreur médicale. À noter que 21% (n=35) des patients ne s'étaient pas prononcés sur cette question (figure 26).

Figure 26

Positionnement des patients sur l'erreur médicale (n=167)



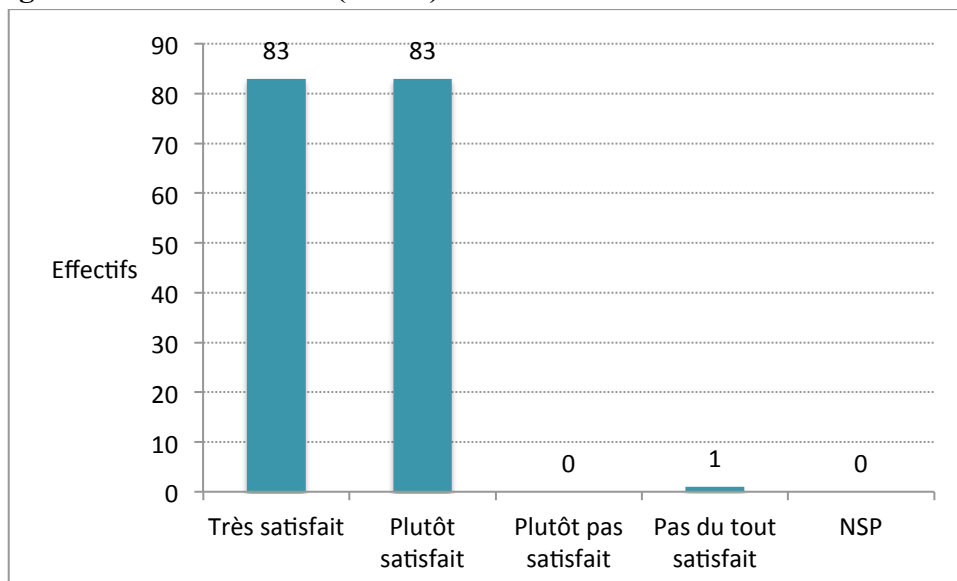
Pour toutes ces questions, aucune personne interrogée n'a répondu à l'item « autre, précisez ».

I. SATISFACTION DES PATIENTS

L'ensemble des patients interrogés déclarait être satisfait (« très satisfait » ou « plutôt satisfait ») de leur prise en charge en médecine générale à La Réunion. À noter qu'un seul répondant n'était « pas du tout satisfait » (figure 27).

Figure 27

Satisfaction des patients de leur prise en charge en médecine générale à La Réunion (n=167)



J. ANALYSES CROISÉES

1. En fonction du territoire de santé

Pour l'échantillonnage, nous avons choisi de stratifier le tirage au sort des cabinets médicaux selon les 3 territoires de santé de La Réunion pour tenir compte des possibles différences de perception et d'attente concernant la médecine générale. Nous avons donc analysé statistiquement les réponses en fonction de chacun de ces territoires.

Pour trois réponses, une différence significative a été mise en évidence entre les 3 territoires de santé avec un risque inférieur à 0,05 (tableau 4) et concernait:

- La réputation du médecin généraliste dans un cabinet médical ; les patients des cabinets du territoire Nord-Est accordaient plus d'importance à la réputation du médecin généraliste que ceux du territoire Ouest qui y accordaient le moins d'importance.
- Recevoir des conseils de santé lors de la consultation ; les patients des cabinets du territoire Nord-Est accordaient plus d'importance à recevoir des conseils de santé que ceux du territoire Ouest qui y accordaient le moins d'importance.
- La prescription d'un médicament efficace lors de la consultation ; les patients des cabinets des territoires Nord-Est et Ouest accordaient plus d'importance à la prescription d'un médicament efficace que ceux du territoire Sud qui y accordaient le moins d'importance.

Les autres réponses ne différaient pas significativement selon les territoires de santé.

Tableau 4

Étude des réponses associées aux territoires de santé

Réponses	Territoire Nord-Est		Territoire Ouest		Territoire Sud		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?							
À la réputation du médecin (n=164)							
D'accord	61	(92,4)	33	(75,0)	46	(85,2)	0,040
Pas d'accord	5	(7,6)	11	(25,0)	8	(14,8)	
Lors de la consultation avec un médecin généraliste, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?							
À recevoir des conseils de santé (n=167)							
D'accord	69	(100,0)	41	(93,2)	53	(98,1)	0,037*
Pas d'accord	0	(0,0)	3	(6,8)	1	(1,9)	
À la prescription d'un médicament efficace (n=167)							
D'accord	69	(100,0)	44	(100,0)	50	(92,6)	0,014*
Pas d'accord	0	(0,0)	0	(0,0)	4	(7,4)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

2. En fonction des caractéristiques du patient

a. En fonction du sexe

Sept réponses étaient significativement associées au sexe des patients ($p < 0,05$) (tableau 5) et plus particulièrement ($p \leq 0,005$) :

- L'aspect général du cabinet ; les femmes accordaient plus d'importance à l'aspect général du cabinet que les hommes ($p = 0,005$).
- Le sentiment de soulagement car le médecin généraliste rassure lors de la consultation ; les femmes se sentaient plus souvent soulagées par leur médecin que les hommes ($p = 0,002$).
- Le sexe du médecin généraliste ; les femmes étaient plus nombreuses à répondre « ça dépend » par rapport aux hommes ($p = 0,002$).

Les autres réponses n'étaient pas statistiquement différentes selon le sexe du répondant.

Tableau 5
Étude des réponses associées au sexe

Réponses	Hommes		Femmes		p-value
	n	(%)	n	(%)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
À l'aspect général du cabinet (n=163)					
D'accord	20	(46,5)	86	(71,7)	0,005
Pas d'accord	23	(53,5)	34	(28,3)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez :					
De l'intimidation face à votre médecin généraliste (n=166)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	38	(88,4)	120	(97,6)	0,028*
« Très souvent » ou « souvent »	5	(11,6)	3	(2,4)	
Du soulagement car il vous rassure (n=167)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	21	(47,7)	26	(21,1)	0,002
« Très souvent » ou « souvent »	23	(52,3)	97	(78,9)	
En général, vous trouvez que la durée des consultations avec votre médecin généraliste est (n=164)					
Trop courte	4	(9,8)	2	(1,6)	0,047*
Bien adaptée	30	(73,2)	82	(66,7)	
Trop longue	0	(0,0)	3	(2,4)	
Ça dépend	7	(17,1)	36	(29,3)	
Vous préférez consulter un médecin généraliste (n=167)					
Homme	2	(4,5)	4	(3,3)	0,002*
Femme	1	(2,3)	16	(13,0)	
Ça dépend	2	(4,5)	27	(22,0)	
Sans préférence	39	(88,6)	76	(61,8)	
Vous préférez consulter un médecin généraliste (n=167)					
Moins de 45 ans	1	(2,3)	4	(3,3)	0,030*
Plus de 45 ans	6	(13,6)	6	(4,9)	
Ça dépend	4	(9,1)	32	(26,0)	
Sans préférence	33	(75,0)	81	(65,9)	
Accepteriez-vous qu'un médecin généraliste puisse se tromper (n=132)					
Oui, même si l'erreur est grave	5	(13,9)	20	(20,8)	0,025
Oui, si l'erreur n'a pas de conséquences sur la santé	17	(47,2)	60	(62,5)	
Non, en aucun cas	14	(38,9)	16	(16,7)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

b. En fonction de l'âge

Pour l'analyse, nous avons classé les patients en deux groupes d'âge : « moins de 45 ans » et « plus de 45 ans ». Les « moins de 45 ans » concernaient les patients dont l'âge était compris entre 16 et 45 ans inclus.

Onze réponses étaient significativement liées à l'âge des patients ($p < 0,05$) (tableau 6) et de manière statistiquement très forte pour :

- Le motif de consultation concernant le suivi médical ; les patients âgés de plus de 45 ans consultaient davantage pour leur suivi médical que les moins de 45 ans ($p = 4 \times 10^{-4}$).
- Le motif de consultation concernant la demande de certificat ou d'arrêt de travail ; les patients âgés de moins de 45 ans consultaient plus pour demander un certificat ou un arrêt de travail que les plus de 45 ans ($p = 9 \times 10^{-5}$).

Les résultats montraient aussi que les patients âgés de plus de 45 ans consultaient davantage pour obtenir un rendez-vous avec un autre médecin spécialiste et accordaient plus l'importance à la prise de leur tension artérielle pendant la consultation que les moins de 45 ans (avec respectivement $p = 0,006$ et $p = 0,009$).

Pour les autres réponses, nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon l'âge des patients.

Tableau 6
Étude des réponses associées à l'âge

Réponses	Moins de 45 ans		Plus de 45 ans		p-value
	n	(%)	n	(%)	
En général, vous consultez votre médecin généraliste pour :					
Votre suivi médical (n=165)					
D'accord	73	(75,3)	66	(97,1)	4x10 ⁻⁴
Pas d'accord	24	(24,7)	2	(2,9)	
Obtenir un rendez-vous avec un autre médecin spécialiste (n=166)					
D'accord	65	(67,0)	60	(87,0)	0,006
Pas d'accord	32	(33,0)	9	(13,0)	
Demander des conseils de santé (n=166)					
D'accord	66	(68,0)	58	(84,1)	0,031
Pas d'accord	31	(32,0)	11	(15,9)	
Obtenir un certificat ou un arrêt de travail (n=163)					
D'accord	80	(83,3)	36	(53,7)	9x10 ⁻⁵
Pas d'accord	16	(16,7)	31	(46,3)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
Aux horaires et aux jours d'ouverture (n=166)					
D'accord	69	(70,4)	58	(85,3)	0,042
Pas d'accord	29	(29,6)	10	(14,7)	
À l'aspect général du cabinet (n=163)					
D'accord	56	(58,3)	50	(74,6)	0,048
Pas d'accord	40	(41,7)	17	(25,4)	
Aux affiches ou aux dépliants de prévention pour la santé (n=165)					
D'accord	51	(52,0)	48	(71,6)	0,018
Pas d'accord	47	(48,0)	19	(28,4)	
À la proximité avec d'autres professionnels de santé (n=166)					
D'accord	58	(59,2)	53	(77,9)	0,018
Pas d'accord	40	(40,8)	15	(22,1)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez :					
Du soulagement car il vous rassure (n=167)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	20	(20,4)	27	(39,1)	0,013
« Très souvent » ou « souvent »	78	(79,6)	42	(60,9)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
À la prise de la tension artérielle (n=165)					
D'accord	73	(76,0)	64	(92,8)	0,009
Pas d'accord	23	(24,0)	5	(7,2)	
Accepteriez-vous qu'un médecin généraliste puisse se tromper (n=132)					
Oui, même si l'erreur est grave	13	(15,7)	12	(24,5)	0,020
Oui, si l'erreur n'a pas de conséquences sur la santé	56	(67,5)	21	(42,9)	
Non, en aucun cas	14	(16,9)	16	(32,7)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

c. En fonction du lieu de naissance

Pour l'analyse, nous avons classé les patients en deux groupes : « La Réunion » et « autres » où étaient regroupés les patients nés en France métropolitaine, à Madagascar, à Mayotte, à l'île Maurice, à Djibouti et en Allemagne.

Trois réponses étaient significativement différentes selon les deux groupes ($p < 0,05$) (tableau 7) et étaient :

- Le motif de consultation concernant la demande de conseils de santé ; les patients natifs réunionnais consultaient davantage pour la demande de conseils de santé que les non natifs de La Réunion ($p = 0,004$).
- L'importance des affichages de prévention dans un cabinet médical ; les patients nés sur l'île accordaient plus d'importance aux affiches ou aux dépliants de prévention dans un cabinet que ceux nés hors Réunion ($p = 0,014$).
- Le médecin généraliste idéal attendu comme un modèle humain ; les patients nés à La Réunion considéraient plus le médecin généraliste idéal comme un exemple humain que ceux non nés à La Réunion ($p = 0,043$).

Toutes les autres réponses n'étaient pas différentes significativement selon le lieu de naissance des patients.

Tableau 7
Étude des réponses associées au lieu de naissance

Réponses	La Réunion		Autres		p-value
	n	(%)	n	(%)	
En général, vous consultez votre médecin généraliste pour :					
Demander des conseils de santé (n=166)					
D'accord	109	(79,6)	15	(51,7)	0,004
Pas d'accord	28	(20,4)	14	(48,3)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
Aux affiches ou aux dépliants de prévention pour la santé (n=165)					
D'accord	88	(64,7)	11	(37,9)	0,014
Pas d'accord	48	(35,3)	18	(62,1)	
Considérez-vous le médecin généraliste idéal comme :					
Un modèle humain (n=160)					
D'accord	106	(79,7)	16	(59,3)	0,043
Pas d'accord	27	(20,3)	11	(40,7)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

d. En fonction de la zone de résidence

Les réponses en fonction de la zone de résidence (les Bas ou les Hauts) du patient n'ont pas été analysées compte-tenu de l'effectif trop petit des patients vivant dans les Hauts de l'île (n=10).

e. En fonction de la taille du foyer

Pour l'analyse des réponses en fonction de la taille du foyer, nous avons trouvé plus pertinent de faire deux groupes : « personne isolée » et « personne non isolée ». Le groupe « personne isolée » concernait les personnes âgées de 16 ans et plus vivant dans un foyer qui ne comportait pas d'autre personne âgée de 16 ans et plus, indépendamment du nombre d'enfants de moins de 16 ans¹⁵. A contrario, le groupe « personne non isolée » concernait les personnes vivant avec d'autres personnes âgées de 16 ans et plus. Dans notre échantillon, 37 personnes étaient « isolées ».

Une seule réponse variait significativement selon les deux groupes et concernait le motif de consultation pour l'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste (tableau 8). Les personnes isolées venaient davantage consulter pour demander un rendez-vous avec un spécialiste que les personnes non isolées (p=0,045).

Tableau 8

Étude des réponses associées au fait d'être une personne isolée / une personne non isolée

Réponses	Personne isolée		Personne non isolée		p-value
	n	(%)	n	(%)	
En général, vous consultez votre médecin généraliste pour :					
Pour obtenir un rendez-vous avec un autre médecin spécialiste (n=166)					
D'accord	33	(89,2)	92	(71,3)	0,045
Pas d'accord	4	(10,8)	37	(28,7)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

¹⁵ Si nombre de personne dans le foyer – nombre d'enfant de moins de 16 ans =1, alors la personne était considérée comme isolée.

f. En fonction de la catégorie socio-professionnelle

Pour simplifier l'analyse des perceptions et des attentes des patients en fonction de la catégorie socio-professionnelle, nous avons choisi de faire deux groupes : « sans emploi » et « avec emploi ». Le groupe « sans emploi » (n=92) concernait les personnes appartenant aux catégories 7 et 8 de l'INSEE (« Retraités » et « Autres personnes sans activité professionnelle »). Le groupe « avec emploi » (n=75) regroupait les personnes des autres catégories.

Deux réponses étaient significativement différentes selon les deux groupes ($p < 0,05$) (tableau 9):

- Le motif de consultation concernant la prescription d'un médicament ; les patients « Sans emploi » consultaient plus leur médecin pour la prescription d'un médicament que ceux qui travaillaient ($p = 0,028$).
- La préférence ou pas du sexe du médecin généraliste ; les patients « Avec emploi » répondaient davantage « ça dépend » quand à leur préférence sur le sexe du médecin que les ceux qui ne travaillaient pas ($p = 0,019$).

Les autres analyses n'ont pas montré de différences statistiques entre les patients « sans emploi » et les patients « avec emploi ».

Tableau 9

Étude des réponses associées au fait d'être sans emploi / avec emploi

Réponses	Sans emploi		Avec emploi		p-value
	n	(%)	n	(%)	
En général, vous consultez votre médecin généraliste pour :					
La prescription d'un médicament (n=166)					
D'accord	86	(93,5)	60	(81,1)	0,028
Pas d'accord	6	(6,5)	14	(18,9)	
Vous préférez consulter un médecin généraliste (n=167)					
Homme	5	(5,4)	1	(1,3)	0,019*
Femme	11	(12,0)	6	(8,0)	
Ça dépend	9	(9,8)	20	(26,7)	
Sans préférence	67	(72,8)	48	(64,0)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

g. En fonction de la fréquence des consultations

Pour l'étude croisée des réponses en fonction de la fréquence des consultations, nous avons fait de deux groupes : « pas souvent » concernant les patients ayant répondu « plus d'1 fois par mois », « tous les mois » ou « tous les 3 mois » et « souvent » concernant les patients ayant répondu « tous les 6 mois », « 1 fois par an » ou « moins d'1 fois par an ».

Seulement deux réponses étaient significativement différentes selon les deux groupes ($p < 0,05$) (tableau 10) :

- La proximité avec d'autres professionnels de santé ; les patients qui consultaient souvent leur médecin généraliste accordaient davantage d'importance à cette proximité que les patients qui consultaient moins souvent ($p = 0,026$).
- Le sentiment de soulagement car le médecin les rassure ; les patients qui consultaient souvent leur médecin étaient davantage soulagés que les patients qui ne consultaient pas souvent ($p = 5 \times 10^{-4}$).

Les autres réponses n'étaient pas statistiquement différentes selon la fréquence des consultations chez le médecin généraliste.

Tableau 10

Étude des réponses associées à la fréquence des consultations

Réponses	Pas souvent		Souvent		p-value
	n	(%)	n	(%)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
À la proximité avec d'autres professionnels de santé (n=163)					
D'accord	23	(52,3)	86	(72,3)	0,026
Pas d'accord	21	(47,7)	33	(27,7)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez :					
Du soulagement car il vous rassure (n=164)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	22	(50,0)	25	(20,8)	5x10 ⁻⁴
« Très souvent » ou « souvent »	22	(50,0)	95	(79,2)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

h. En fonction de la prise d'un traitement au long cours

Six réponses différaient significativement en fonction de la prise ou non d'un traitement au long cours par les patients ($p < 0,05$) (tableau 11) et plus particulièrement :

- Le motif de consultation concernant le suivi médical ; les patients traités au long cours consultaient davantage pour leur suivi médical que les patients sans traitement ($p = 0,002$).
- Le motif de consultation concernant la prescription d'un médicament ; les patients traités au long cours consultaient davantage pour une prescription médicamenteuse que les patients sans traitement ($p = 0,002$).

L'analyse des autres réponses en fonction de la prise ou non d'un traitement de longue durée n'avait pas montré de différence statistique.

Tableau 11

Étude des réponses associées à la prise ou non d'un traitement au long cours

Réponses	Pas de traitement		Traitement		p-value
	n	(%)	n	(%)	
En général, vous consultez votre médecin généraliste pour :					
Votre suivi médical (n=165)					
D'accord	69	(75,8)	70	(94,6)	0,002
Pas d'accord	22	(24,2)	4	(5,4)	
La prescription d'un médicament (n=166)					
D'accord	74	(80,4)	72	(97,3)	0,002
Pas d'accord	18	(19,6)	2	(2,7)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
Aux affiches ou aux dépliants de prévention pour la santé (n=165)					
D'accord	47	(50,5)	52	(72,2)	0,009
Pas d'accord	46	(49,5)	20	(27,8)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez :					
De l'énervement à la suite de l'attente (n=167)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	84	(91,3)	74	(100,0)	0,009*
« Très souvent » ou « souvent »	8	(8,7)	0	(0,0)	
De l'inquiétude par rapport à la maladie (n=166)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	84	(90,3)	55	(75,3)	0,017
« Très souvent » ou « souvent »	9	(9,7)	18	(24,7)	
Concernant votre médecin généraliste, diriez-vous que :					
Il connaît votre histoire personnelle (n=163)					
D'accord	67	(73,6)	63	(87,5)	0,046
Pas d'accord	24	(26,4)	9	(12,5)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

i. En fonction de l'état de santé actuel

Deux groupes ont été réalisés : « bonne santé » concernant les patients ayant répondu « très bon » ou « bon » et « mauvaise santé » concernant les patients ayant répondu « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Quatre réponses étaient significativement liées à l'état de santé ($p < 0,05$) (tableau 12) :

- Les affiches ou les dépliants de prévention pour la santé ; les patients en mauvaise santé accordaient plus d'importance aux affiches ou aux dépliants de prévention que les patients en bonne santé ($p=0,012$).
- Le sentiment d'inquiétude par rapport à la maladie ; les patients en mauvaise santé étaient plus souvent inquiets que les patients en bonne santé ($p=0,030$).
- L'apparence générale et l'attitude du médecin généraliste ; les patients en bonne santé accordaient plus d'importance à l'apparence du médecin que les patients en mauvaise santé ($p=0,025$).
- Le médecin généraliste idéal attendu comme un guide ; les patients en mauvaise santé considéraient davantage le médecin généraliste idéal comme un guide que les patients en bonne santé ($p=0,027$).

Les autres réponses n'étaient pas significativement différentes selon l'état de santé actuel.

Tableau 12

Étude des réponses associées à l'état de santé actuel

Réponses	Bonne santé		Mauvaise santé		p-value
	n	(%)	n	(%)	
Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
Aux affiches ou aux dépliants de prévention pour la santé (n=165)					
D'accord	42	(50,0)	57	(70,4)	0,012
Pas d'accord	42	(50,0)	24	(29,6)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez :					
De l'inquiétude par rapport à la maladie (n=166)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	76	(90,5)	63	(76,8)	0,030
« Très souvent » ou « souvent »	8	(9,5)	19	(23,2)	
Lors de la consultation avec un médecin généraliste, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?					
À l'apparence générale et à l'attitude du médecin généraliste (n=167)					
D'accord	69	(81,2)	53	(64,6)	0,025
Pas d'accord	16	(18,8)	29	(35,4)	
Considérez-vous le médecin généraliste comme :					
Un guide (n=166)					
D'accord	66	(77,6)	74	(91,4)	0,027
Pas d'accord	19	(22,4)	7	(8,6)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

j. En fonction de l'admission en ALD exonérantes

Trois réponses différaient significativement selon que le patient était en ALD ou non ($p < 0,05$) (tableau 13) et plus particulièrement :

- Le motif de consultation concernant le suivi médical ; les patients en ALD consultaient plus pour leur suivi médical que les patients non en ALD ($p = 0,005$).
- La sensation de plaisir car le médecin les comprend ; les patients en ALD ressentaient plus souvent du plaisir car leur médecin les comprenait que les patients non en ALD ($p = 9 \times 10^{-4}$).

Les autres réponses ne différaient pas significativement en fonction d'une admission en ALD ou non.

Tableau 13

Étude des réponses associées au fait d'être admis ou non en ALD

Réponses	Non admis en ALD		Admis en ALD		p-value
	n	(%)	n	(%)	
En général, vous consultez votre médecin généraliste pour :					
Votre suivi médical (n=165)					
D'accord	101	(79,5)	38	(100,0)	0,005
Pas d'accord	26	(20,5)	0	(0,0)	
Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez :					
Du plaisir car il vous comprend (n=163)					
« Jamais ou très rarement » ou « quelquefois »	50	(39,4)	3	(8,3)	9x10 ⁻⁴
« Très souvent » ou « souvent »	77	(60,6)	33	(91,7)	
Concernant votre médecin généraliste, diriez-vous:					
Il connaît votre histoire personnelle (n=163)					
D'accord	111	(88,1)	37	(100,0)	0,024*
Pas d'accord	15	(11,9)	0	(0,0)	

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

3. Lien entre les perceptions et les attentes des patients

a. Le recours à la médecine générale

Globalement, les attentes sur les principales missions de la médecine générale des patients ne différaient pas de façon significative selon leurs perceptions vis-à-vis de leurs motifs de consultation chez leur médecin généraliste, à l'exception du recours concernant la prévention en médecine générale. Les patients qui consultaient pour demander un conseil de santé attendaient de manière significative que la médecine générale serve à faire de la prévention pour la santé ($p=0,036$) (tableau 14).

Pour toutes les autres réponses, nous n'avons pas trouvé de différence significative de perceptions selon les attentes correspondantes.

b. La consultation médicale

Aucun lien significatif n'a été trouvé entre les perceptions des patients sur leur ressenti au cours de la consultation et leurs attentes concernant la consultation médicale (tableau 15).

Pour toutes les autres réponses, nous n'avons pas trouvé de différence statistique de perceptions selon les attentes correspondantes.

c. Le médecin généraliste

Les attentes des patients sur le médecin généraliste idéal étaient globalement indépendantes statistiquement de leurs perceptions concernant leur médecin généraliste ($p>0,05$), à l'exception des aspects du médecin en rapport avec la connaissance de l'histoire personnelle du patient. Les patients qui attendaient que le médecin généraliste idéal soit comme un ami/un confident pensaient davantage que leur médecin connaissait leur histoire personnelle ($p=0,002$) (tableau 16).

Pour toutes les autres réponses, nous n'avons pas trouvé de différence statistique de perceptions selon les attentes correspondantes.

Tableau 14

Étude des liens entre les réponses de perception et d'attente concernant le recours à la médecine générale

Question de perception : « En général, vous consultez votre médecin généraliste pour »	Question d'attente : « Selon vous la médecine général devrait servir à »				p-value
	D'accord		Pas d'accord		
	n	(%)	n	(%)	
Des situations médicales urgentes	Savoir quand aller à l'hôpital				
D'accord	103	(84,4)	30	(76,9)	0,405
L'apparition d'un symptôme ou d'une maladie non urgents	Soigner des problèmes de santé sans gravité				
D'accord	96	(66,7)	9	(45,0)	0,100
Votre suivi médical	Suivre la santé des patients				
D'accord	134	(84,3)	2	(100,0)	1,000*
La prescription d'un médicament	Obtenir une ordonnance de médicament ou d'examen complémentaire				
D'accord	143	(88,8)	3	(60,0)	0,111*
La prescription ou l'interprétation d'un examen complémentaire	Obtenir une ordonnance de médicament ou d'examen complémentaire				
D'accord	146	(90,1)	3	(60,0)	0,090*
Obtenir un rendez-vous avec un autre médecin spécialiste	Être orienté vers le bon médecin spécialiste				
D'accord	124	(76,1)	1	(33,3)	0,151*
Demander des conseils de santé	Faire de la prévention pour la santé				
D'accord	122	(76,3)	2	(33,3)	0,036*
Obtenir un certificat ou un arrêt de travail	Faire accéder les patients à leurs droits en santé				
D'accord	105	(72,4)	9	(60,0)	0,370*

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé

Tableau 15

Étude des liens entre les réponses de perception et d'attente concernant la consultation médicale

Question de perception : « Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez »	Question d'attente : « Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, à quoi accordez-vous surtout de l'importance »				p-value
	D'accord		Pas d'accord		
	n	(%)	n	(%)	
De l'énerverment à la suite de l'attente	Au temps d'attente*				
« Jamais ou très rarement » ou « Quelquefois »	113	(94,2)	44	(97,7)	0,449+
De l'inquiétude par rapport à la maladie	À recevoir des conseils de santé				
« Jamais ou très rarement » ou « Quelquefois »	135	(83,3)	4	(100,0)	1,000+
De l'inquiétude par rapport à la maladie	À la prescription d'un médicament efficace				
« Jamais ou très rarement » ou « Quelquefois »	136	(84,0)	3	(75,0)	0,512+
De l'inquiétude par rapport à la maladie	À l'établissement d'un diagnostic médical				
« Jamais ou très rarement » ou « Quelquefois »	132	(83,0)	4	(100,0)	1,000+
De l'intimidation face à votre médecin généraliste	À l'apparence générale et à l'attitude du médecin généraliste				
« Jamais ou très rarement » ou « Quelquefois »	117	(96,7)	41	(91,1)	0,214+
Du plaisir car il vous comprend	À vous sentir écouté				
« Très souvent » ou « Souvent »	110	(67,9)	0	(0,0)	0,325+
De la gêne à vous déshabiller lors de l'examen physique	À un examen physique minutieux				
« Jamais ou très rarement » ou « Quelquefois »	124	(88,6)	21	(87,5)	1,000+
Du soulagement car il vous rassure	À avoir des réponses à vos questions de santé				
« Très souvent » ou « Souvent »	120	(71,9)	0	-	1,000+

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Item de la question d'attente sur le cabinet médical: « Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ? ».

† Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

Tableau 16

Étude des liens entre les réponses de perception et d'attente concernant le médecin généraliste

Question de perception : « Concernant votre médecin généraliste, diriez-vous que »	Question d'attente : « Considérez-vous le médecin généraliste idéal comme »				p-value
	D'accord		Pas d'accord		
	n	(%)	n	(%)	
Il a toutes les compétences pour s'occuper de votre santé	Un savant				
D'accord	90	(96,8)	65	(97,0)	1,000*
Il connaît votre histoire personnelle	Un ami ou un confident				
D'accord	82	(89,1)	46	(67,6)	0,002
Il fait preuve de nombreuses qualités humaines	Un modèle humain				
D'accord	121	(99,2)	38	(100,0)	1,000*
Il est à votre écoute	Un ami ou un confident				
D'accord	96	(100,0)	68	(100,0)	1,000*
Les informations que vous lui donnez restent confidentielles	Une personne de confiance				
D'accord	156	(100,0)	3	(100,0)	1,000*
Il vous donne de bons conseils	Un conseiller				
D'accord	147	(100,0)	13	(92,9)	0,087*
Il vous inclut dans la décision médicale	Un guide				
D'accord	131	(94,2)	23	(92,0)	0,651*

Notes de lecture : pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en : d'accord pour « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » et en pas d'accord pour « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les réponses « NSP » n'ont pas été prises en compte dans le tableau.

* Lorsque les effectifs théoriques étaient insuffisants, le test exact de Fisher a été utilisé.

K. COMMENTAIRES SUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE À LA RÉUNION

Sur 167 patients interrogés, 53 patients ont ajouté un ou plusieurs commentaires à la question n°24 du questionnaire. Les commentaires étaient majoritairement des critiques négatives. Des remarques positives et d'autres remarques sans connotation subjective ont néanmoins été relevées. Plusieurs thèmes ont été dégagés et concernaient majoritairement: l'aspect relationnel du médecin et notamment son manque d'écoute, les médicaments génériques et l'attente dans les cabinets médicaux. Un résumé des commentaires a été retranscrit dans le tableau 17 ci-dessous. Le verbatim des commentaires recueillis a été mis en annexe 11.

Tableau 17

Abrégé des commentaires de la question n°24 concernant la médecine générale à La Réunion

Critiques positives	Critiques négatives	Autres remarques
La médecine générale		
– Présence des cabinets de garde [1] – Discipline indispensable [1]	– Aspect économique au détriment des usagers, regret sur la mise en place du parcours de soins coordonnés [3] – Manque de cabinet dans les zones isolées [2] – Manque de cabinet de garde [1] – Pas assez de responsabilisation des patients [1] – Manque de prise en charge globale avec accompagnement des patients [1] – Manque de suivi médical [1]	– Permet l'orientation vers les autres médecins spécialistes [3] – Permet l'obtention de médicaments [1] – Permet de faire de la prévention [1]
Le médecin généraliste		
– Donne des explications [1] – Fait preuve de qualités humaines [1] – Bon relationnel avec son médecin [1] – Satisfaction de son médecin [1] – Autant de compétences professionnelles qu'un autre spécialiste [1] – Oriente correctement vers les autres spécialistes [1]	– Manque du relationnel (écoute, confiance, qualités humaines, dialogue) [9] notamment avec le temps : la relation devient routinière [2] – Manque d'explication claire [2] – Trop sûrs d'eux, veulent tout gérer [2] – Manque de disponibilité [1] – Manque communication avec les autres professionnels de santé [1] – Manque de médecin homéopathe [1]	– Importance de la relation médecin-patient [2] – Doit faire preuve de nombreuses qualités humaines [2] – Doit être compétent au niveau professionnel [2] – Rôle de médecin de famille [1] – Rôle de coordonnateur pour les accidents de travail et les maladies professionnelles [1]
Le cabinet médical		
– Bonne accessibilité [1]	– Trop d'attente [4] – Manque de consultation sur rendez-vous [2] – Durée trop courte des consultations [1] – Pas assez de visites à domicile [1]	– Importance de la présence d'une secrétaire médicale [2] – Importance de la propreté [1]
Les médicaments		
	– Contre les médicaments génériques (inefficaces, effets secondaires) [6] – Pas assez d'efficacité des médicaments prescrits [1] – Prescription médicamenteuse en fonction de la maladie mais non adaptée à la « personne » [1] – Trop de médicaments non remboursés [1] – Trop d'essais des médicaments sur le patient [1]	– La prescription médicamenteuse doit être ciblée et justifiée [1]
Autres thèmes		
	– Les médecins remplaçants [2] – Améliorer la prise en charge hospitalière [1] – Manque d'information sur la santé [1] – Manque d'accompagnement lors de l'épidémie du Chikungunya [1]	– Formation obligatoire aux gestes de 1^{ers} secours [1] – Souhait d'une association de malades atteints de la polyarthrite rhumatoïde à La Réunion [1] – Obtenir les renouvellements d'ordonnance ou les certificats par mail [1]

Note de lecture : au total, plus de 53 commentaires ont été retranscrits car le répondant pouvait discuter d'un ou plusieurs thèmes.

[] Nombre de commentaires recueillis sur le même thème.

V. DISCUSSION

A. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Dans le descriptif des patients venant en consultation de médecine générale à La Réunion, les caractéristiques les plus fréquentes étaient : le sexe féminin, l'âge jeune, l'habitat à proximité du cabinet, l'absence d'activité professionnelle, la fréquence élevée des consultations, l'absence de traitement au long cours et l'absence de pathologie de longue durée.

Concernant le recours à la médecine générale, les missions classiques de la médecine générale étaient bien connues par les patients sans qu'ils y aient forcément recours pour eux-mêmes. Les premiers motifs de consultation étaient les prescriptions de médicaments ou d'examens complémentaires et le suivi médical. Les symptômes jugés bénins étaient le motif de consultation le moins fréquent. Les patients accordaient plus souvent de l'importance à la réputation du médecin généraliste puis à son accessibilité qu'à l'aspect général du cabinet et aux affichages de prévention pour la santé.

Lors de la consultation, les patients avaient habituellement un vécu positif et en général étaient satisfaits de la durée des consultations avec leur médecin. Ils attendaient le plus souvent une réponse à leur problème et un échange de qualité mais portaient moins d'attention à l'aspect technique de la consultation.

Globalement, les patients avaient une très bonne image de leur médecin généraliste. Ils attendaient surtout du médecin qu'il soit digne de confiance et de bon conseil dans le cadre professionnel, quelque soit son sexe ou son âge et sans forcément rechercher une perfection humaine. D'ailleurs, la majorité des patients admettait que le médecin puisse commettre une erreur médicale.

Les réponses des patients étaient homogènes et variaient peu quelques soient les caractéristiques des patients ou leurs attentes, à l'exception des perceptions des patients vis-à-vis des motifs de consultation et du vécu de la consultation en médecine générale.

D'une façon générale, les patients se disaient satisfaits de leur prise en charge en médecine générale.

B. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

1. Intérêt de la question d'étude

Les préoccupations des patients dans le système de soins primaires sont un sujet d'actualité en médecine générale. De ce fait, la majorité des médecins généralistes recrutés ont manifesté un véritable enthousiasme concernant cette question de recherche et un réel intérêt vis-à-vis des réponses recueillies auprès des patients de leurs cabinets. Les médecins souhaitaient mieux comprendre les besoins des patients en médecine générale dans le but d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Les patients inclus dans notre échantillon ont accueilli avec enthousiasme le questionnaire leur permettant de mettre en avant leur point de vue.

2. Participation

L'objectif des 200 répondants n'a pas été réalisé du fait d'une fréquentation des cabinets médicaux que nous supposons plus faible en raison de la période du recueil de données correspondant aux vacances scolaires d'hiver austral à La Réunion.

Nous avons obtenu un très bon taux de participation puisque celui-ci s'élevait à 79,9%. Sur 209 personnes sollicitées pour participer à l'étude : 2 personnes ont été exclues, 6 questionnaires ont été interrompus et 34 personnes ont refusé de répondre. Certains patients ont pu choisir de ne pas répondre au questionnaire en raison de craintes concernant la durée du questionnaire, la confidentialité, les difficultés de compréhension ou par timidité. La méthode de notre étude a permis un taux de participation élevé par rapport à d'autres enquêtes comme celle de l'URML qui a eu un taux de réponse de 29%. [4]

3. Limites de l'étude

▪ Le type de l'étude

Notre étude était de type quantitative comme dans le travail de thèse de C. Mousel qui a réactualisé un questionnaire de A. d'Houtaud datant de 1981. [1] L'enquête de l'URML a divisé son étude en 2 phases : une phase qualitative par la méthode du *focus group* (cf ci-après) et une phase quantitative s'appuyant sur l'analyse et la compréhension de la première phase. [4] Dans leur travail de thèse, JB. Bonnet et MC. Dedienne ont utilisé la méthode du *focus-group*. [2, 3] La méthode du *focus group* est une technique d'entretien avec un « groupe d'expression » où chaque participant peut émettre librement son opinion sur un sujet donné. Le *focus group* nécessite la présence d'un modérateur et d'un observateur demandant une certaine maîtrise des entretiens semi-dirigés. Par cette méthode, les perceptions et les attentes

des patients permettent d'être mieux cernées et mieux comprises que par un questionnaire standardisé comme le nôtre. [33] Cependant, notre étude a permis d'inclure un plus grand nombre de patients et donc de gagner en représentativité.

▪ **Limites des tests statistiques**

Dans l'interprétation des tests statistiques, il faut être prudent lorsque p est proche de 0,05. En effet, le risque de conclure à une différence due au hasard est de 5% lorsque $p=0,05$ et compte tenu du grand nombre de tests effectués dans notre étude, il est probable que certains tests montrent une différence significative mais que celle-ci soit en fait due au hasard.

▪ **Le thème des croyances et de la religion**

À La Réunion, les croyances et la religion sont très présentes dans certaines populations. Ce facteur religieux aurait pu être intéressant à prendre en compte dans les représentations de la pratique de la médecine générale. Cependant, l'aspect éthique de cette demande était discutable. D'après un dossier rédigé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), les croyances et les pratiques religieuses ont une influence sur les représentations et les pratiques de la santé. [34] La loi française depuis 1978 interdit de collecter et de traiter des données à caractère racial, ethnique ou religieux. Aujourd'hui, seules l'Institut National d'Études Démographiques (INED) et l'INSEE bénéficient de l'autorisation contrôlée de connaître l'appartenance religieuse d'un individu. [35] Par conséquent, aucune question en rapport avec les croyances et la religion à La Réunion n'a été posée.

▪ **L'isolement géographique**

La Réunion est une île connue pour ses cirques¹⁶. Par exemple, le cirque de Mafate, cirque le plus isolé de l'île, ne dispose pas de médecin généraliste permanent. Aucun médecin, ne s'est jamais installé. [36] Seules des visites régulières sont effectuées par un médecin et des infirmières dans chaque ilet¹⁷ et depuis 2010 la télémédecine y est opérationnelle. [37] Nous n'avons que peu de chance d'interroger un patient habitant à Mafate ou dans une autre zone isolée sur l'île et consultant dans un cabinet libéral.

¹⁶ Un cirque est une enceinte naturelle à parois abruptes, de forme circulaire ou semi-circulaire, formée par une dépression d'origine glaciaire ou volcanique. A La Réunion, il existe 3 cirques issus de l'effondrement et de l'érosion d'un ancien volcan, le Piton des Neiges: le cirque de Cilaos, le cirque de Mafate et le cirque de Salazie.

¹⁷ Un ilet est un petit hameau ou village isolés, installés sur un plateau. Se prononce « ilette ».

4. Biais

a. Biais de sélection

- **Liés au recrutement des médecins généralistes**

Les médecins généralistes ont été recrutés à partir de l'Annuaire de Santé Outre-Mer – Edition Océan Indien 2013-2014. Les médecins généralistes, non répertoriés dans cet annuaire n'ont donc pas été pris en compte lors du tirage au sort. L'exercice non libéral de la médecine générale n'a pas été pris en compte, comme par exemple la visite mensuelle d'un médecin généraliste dans le cirque de Mafate.

- **Liés au recrutement des patients**

La population cible était celle des patients issus des cabinets de médecine générale. Les personnes dans l'impossibilité de se déplacer et ayant recours au médecin par les visites à domicile n'ont pas pu être incluses dans l'échantillon.

b. Biais d'information

- **Liés au face à face avec l'enquêteur**

Le questionnaire réalisé en face à face par un enquêteur pouvait influencer les réponses par manque de sincérité. Le statut de médecin généraliste de l'enquêteur pouvait aussi induire certaines réponses par peur de se sentir jugé ou de vexer l'enquêteur. Le sexe de l'enquêteur pouvait aussi avoir une influence.

- **Lié au lieu de collecte**

Répondre à un questionnaire sur la pratique de la médecine générale dans le cabinet de son médecin généraliste pouvait influencer les réponses du patient. En effet, il peut paraître indélicat d'émettre des critiques envers le médecin chez qui on consulte à ce moment-là.

5. Difficultés liées au questionnaire

Des difficultés de compréhension ont été rencontrées, notamment pour les questions avec échelle d'évaluation. Malgré des explications données par l'enquêteur, les nuances de réponse entre « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » de même qu'entre « pas du tout d'accord » et « plutôt pas d'accord » n'étaient pas bien distinguées par certains répondants. L'intonation, les qualificatifs ou les explications formulés par les répondants permettaient alors de faire

cette distinction. Cette interprétation de la part de l'enquêteur a pu induire des biais dans les informations recueillies. Néanmoins, la présence d'un seul enquêteur limite ce biais.

Un des objectifs de notre étude était de confronter les perceptions et les attentes des patients vis-à-vis de la médecine générale. Pour certaines questions, la correspondance entre les perceptions et les attentes était médiocre et dépendait beaucoup de l'interprétation individuelle de chaque répondant.

C. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

▪ Le sexe

Notre échantillon était très majoritairement représenté par les femmes (73,7% soit n=123). Au 1^{er} janvier 2013, les femmes représentaient 51,7% de la population réunionnaise d'après une estimation de l'INSEE. [38] Dans une enquête de la DREES en juin 2002 en France métropolitaine, 55% des consultations et visites des médecins généralistes concernaient des femmes. [39] Cette féminisation des consultations de médecine générale peut s'expliquer par une large préoccupation des femmes de leur santé [40] et par le recours des femmes au médecin généraliste pour des motifs gynécologiques à une fréquence moyenne de 3,6 consultations par an. [41] À noter que dans notre étude, les femmes avaient plus tendance à être sans emploi et étaient de ce fait peut-être plus disponibles pour consulter en médecine générale. Or nous ne pouvons pas déterminer lequel de ces facteurs était responsable de cette sur-représentativité féminine.

▪ L'âge

Notre échantillon était relativement jeune d'autant plus les enfants âgés de moins de 16 ans n'étaient pas inclus (n=35). Or d'après l'enquête de la DREES réalisée en 2002 en France métropolitaine, près d'un tiers des consultations et visites des médecins généralistes concernaient des patients âgés de plus de 70 ans. [39] Nous pouvons expliquer cet écart d'âge observé par le nombre de refus (n=34), par le recours aux visites à domicile des personnes les plus âgées non incluses dans notre étude et la jeunesse de la population réunionnaise. [19]

- **Le lieu de naissance**

Les proportions des personnes natives ou non de La Réunion au sein de notre échantillon et de la population réunionnaise dans son ensemble étaient superposables (tableau en annexe 12). [42]

- **La zone de résidence**

Le faible effectif de patients habitant dans Les Hauts au sein de notre échantillon s'explique par deux raisons : la faible population vivant dans les Hauts et la concentration de l'offre de soins de premier recours dans les Bas. [14]

- **La taille du foyer**

Les proportions des tailles des foyers au sein de notre échantillon et de la population réunionnaise étaient globalement similaires (tableau en annexe 12). [43]

- **La catégorie socio-professionnelle**

Dans notre étude, près de la moitié des répondants (45,5% soit n=76) était des personnes sans activité professionnelle. Cette importante proportion peut s'expliquer par un taux de chômage élevé à La Réunion, atteignant 29% en 2013 [21] et par la catégorisation socio-professionnelle de l'INSEE des « élèves et étudiants » dans le groupe des « autres personnes sans activité professionnelle ». D'après les fiches de données papiers, 16 répondants étaient des élèves ou étudiants.

- **L'état de santé actuel**

La perception de l'état de santé de notre échantillon différait de celle de la population métropolitaine. D'après l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2012 réalisée en France métropolitaine par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), les métropolitains se jugeaient en meilleure santé que les patients de notre échantillon (tableau en annexe 12). [44]

- **Les ALD exonérantes**

Notre échantillon comprenait 22,8% (n=38) de patients admis en ALD, taux similaire à celui de la population réunionnaise (23%) d'après l'ORS fin 2011 à La Réunion. [45] Cependant, le taux de répondants en ALD exonérantes était surestimé par les patients asthmatiques. À La Réunion, au 31 décembre 2011, près de 1 700 personnes étaient admises en ALD 30 pour asthme sévère. [46] Nous avons considéré l'asthme quelque soit sa sévérité comme une

maladie inscrite dans les ALD 30. Or, seuls les patients présentant un asthme sévère¹⁸ bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 14 (insuffisance respiratoire chronique grave).

Pour la fréquence des consultations en médecine générale et la prise d'un traitement au long cours, nous n'avons pas trouvé de référence par rapport à l'ensemble de la population réunionnaise ou de France métropolitaine.

2. Perceptions et attentes concernant le recours à la médecine générale

Les missions inhérentes à la médecine générale nous semblent bien connues et admises par les patients reflétant une certaine cohérence avec le système de soins de premier recours sur l'île.

Notre étude ne concernant que ceux qui consultent, nous ne pouvons pas généraliser à l'ensemble de la population réunionnaise. Les personnes en désaccord avec le système de soins de premier recours à La Réunion sont probablement sous-représentées car elles consultent moins.

Concernant les motifs de consultation, dans l'enquête de l'URML en Rhône-Alpes, les principaux motifs de consultation étaient les problèmes de santé ponctuels et chroniques, la visite de contrôle et la demande de certificat. [4]

Étonnamment dans notre étude, les problèmes de santé n'étaient pas les premiers motifs de recours au médecin généraliste. Les affections jugées bénignes étaient d'ailleurs le motif qui justifiait le moins une consultation chez le médecin généraliste. À La Réunion, nous avons vu que l'usage des plantes médicinales était très courant. Les patients se soignent donc probablement seuls et/ou sont dans une attitude expectative ; attendant une éventuelle aggravation pour consulter en cabinet de médecine générale ou aux urgences hospitalières pour ceux jugeant que la médecine générale ne servait pas à savoir quand aller à l'hôpital.

La prescription de médicaments et la prescription d'examens complémentaires étaient les motifs de consultation les plus évoqués, surtout pour les patients traités au long cours. Néanmoins, parmi les patients ne prenant pas de traitement au long cours, 80,4% (n=74) consultaient en général pour la prescription de médicaments.

¹⁸ L'asthme persistant sévère est défini selon des critères spécifiques définis par la *Global Initiative for Asthma*. Source : *Guide ALD sur l'insuffisance respiratoire chronique grave secondaire à un asthme* – HAS Octobre 2005.

Il est possible que certains patients aient une idée préconçue de la thérapeutique à leur problème de santé et consultent dans le but de confirmer cette solution avec leur médecin et/ou d'en obtenir le remboursement auprès de la pharmacie. Leur démarche fait preuve d'une certaine autonomie tout comme ils peuvent avoir recours aux plantes médicinales. D'après C. Desprès, « *la consommation des plantes médicinales renvoie à une logique d'autonomie du sujet relative à sa gestion de la santé, qui décide de consommer ce produit à finalité thérapeutique, en fixe lui-même le cadre d'usage, les quantités, le rythme de consommation. Elle s'apparente à l'automédication qui constitue une rupture de dépendance à l'égard de l'autorité médicale mais le statut de la plante confère à cet usage une autre signification* ». [26] Dans le domaine de la thérapeutique, le médecin a les compétences professionnelles pour juger l'utilité ou non d'un médicament par conséquent du point de vue du patient, la prescription médicamenteuse est une de leur principale motivation pour consulter. En effet, dans l'enquête de la DREES, des médicaments étaient prescrits à l'issue de près de trois séances sur quatre en médecine générale. [39] Quelque soit l'interprétation des patients et d'une façon générale, le médecin généraliste est facilement associé à la prescription de médicaments ou d'examens complémentaires. Même si les patients consultent surtout pour une prescription, ils reconnaissent que la médecine générale a d'autres missions.

Les différences observées dans les sous-populations de notre échantillon concernant les motifs de consultation sont facilement expliquées par des différences d'états et de préoccupations de santé. A contrario, les attentes concernant les missions de médecine générale semblent constantes.

3. Attentes concernant le cabinet médical

Contrairement aux missions de la médecine générale, les attentes dans le choix d'un cabinet médical ne sont pas toutes les mêmes.

Les patients semblent privilégier la qualité des soins et leur accessibilité plus que le confort du lieu et le temps d'attente.

Leur souci pour la réputation du médecin peut traduire leur croyance dans les compétences médicales. Néanmoins, tous ne tiennent pas compte de la réputation d'un médecin et préfèrent se faire leur propre opinion.

Par ailleurs, plus de la moitié des patients (52,7% soit n=88) était « tout à fait d'accord » de l'importance de l'accueil par une secrétaire médicale dans un cabinet. Dans l'enquête de l'URML, 41% des patients déclaraient « nécessaire » un accueil physique par une autre personne que le médecin. [4] En effet, la secrétaire médicale participe au fonctionnement du cabinet en particulier pour la prise de rendez-vous, la gérance de la salle d'attente et les transmissions d'informations au médecin. Cette présence humaine peut ainsi rendre plus chaleureuse l'attente en salle d'attente.

Le temps d'attente n'était pas l'aspect le plus important dans un cabinet médical, contrairement à ce que nous aurions pensé. La majorité des patients y accordait malgré tout de l'importance mais était une minorité à ressentir lors de la consultation de l'énervement à la suite de l'attente. Le temps d'attente est aléatoire dans un cabinet médical variant selon le nombre de patients et leurs motifs de consultation. Une salle d'attente bien remplie peut aussi refléter une certaine popularité du médecin généraliste.

Les attentes concernant le cabinet semblent varier selon les préoccupations individuelles. Ainsi, les femmes portaient plus d'attention à l'aspect général du cabinet et les patients prenant un traitement au long cours aux affiches ou aux dépliants de prévention pour la santé.

4. Perceptions et attentes concernant la consultation médicale

Notre questionnaire ne nous permettait pas de savoir quand et pourquoi les sentiments étaient ressentis. Certaines questions de perception pouvaient prêter à confusion. Les patients ont exprimé soit des sentiments liés au déroulement de la consultation, soit des sentiments précédant la consultation.

Globalement, les sentiments des patients au cours de la consultation étaient majoritairement des sentiments positifs. Le vécu de la consultation médicale était donc plutôt positif avec un médecin généraliste qui semblait répondre aux besoins des patients.

Les patients étaient rarement inquiets par rapport à la maladie mais plus souvent soulagés, rassurés et contents de se sentir compris. Ceci nous laisse supposer que le médecin avait les compétences professionnelles pour soigner la maladie ainsi que les compétences humaines pour rassurer. Durant la consultation, le médecin tient un double rôle. Le médecin soigne les maladies en appliquant une logique scientifique (pratique du médecin selon le modèle biomédical) : il pose un diagnostic ou du moins l'évoque et prescrit la thérapeutique adéquate.

Et, le médecin soigne les malades par le dialogue et l'écoute. Pour Balint¹⁹, le médicament le plus souvent utilisé par le médecin est le médecin lui-même (pratique du médecin selon le modèle balintien). [24]

Les patients ressentaient manifestement peu de gêne à se déshabiller et ne semblaient pas être intimidés par leur médecin, sous-entendant que le médecin mettait à l'aise les patients. Le patient sait que le médecin est avant tout un professionnel de santé qui pour soigner doit examiner le patient. La pudeur et la gêne sont ressenties par la peur du regard de l'autre en tant que personne et non en tant que praticien de santé.

Globalement, des sentiments positifs étaient les plus fréquents chez les patients consultant fréquemment ou prenant un traitement au long cours ou ayant une pathologie de longue durée. Cette observation suggère qu'une partie de la relation médecin-patient se consolide dans la durée.

Les attentes concernant la consultation médicale étaient toutes semblables d'un patient à un autre. Elles semblaient plus centrées sur l'aspect relationnel comme le dialogue, la communication et l'écoute, et moins sur l'apparence générale du médecin, son attitude et l'aspect technique de l'examen physique. À noter, que dans le travail de thèse de MC. Dedienne, les patients accordaient une place importante à un examen clinique complet. [3] Lors de la consultation, la qualité de la relation médecin-patient apparaît donc primordiale aux yeux des patients.

5. Perceptions concernant la durée des consultations

Dans notre étude, 67,1% (n=112) des patients considéraient la durée des consultations avec leur médecin généraliste comme « bien adaptée » et pour 25,7% (n=43) des patients, la durée des consultations dépendait des situations et plus particulièrement pour les femmes.

Dans l'enquête de l'URML, 91% des patients déclaraient la durée des consultations comme « suffisante ». [4] Cette différence s'expliquait par le choix des réponses proposées dans le questionnaire de l'URML ne donnant pas de choix pour dire que la durée pouvait dépendre du contexte de la consultation.

¹⁹ Michael Balint est un médecin psychiatre et psychanalyste qui a œuvré dans les relations entre les médecins et les malades et qui a enseigné deux grandes idées : l'expérience de chaque soignant peut profiter aux autres et la seule façon de transmettre une expérience est de donner la parole et que les autres écoutent. *Source : Société médicale Balint France.*

Dans la thèse de MC. Dedienne, la durée des consultations semblait trop courte pour certains patients regrettant le manque de temps pour s'exprimer pendant la consultation. [3]

6. Perceptions et attentes concernant le médecin généraliste

Les patients avaient une très bonne image de leur médecin généraliste, lui attribuant des qualités d'écoute et d'humanité, le décrivant comme une personne dans le respect du secret médical et donnant de bons conseils. Sa compétence professionnelle était aussi largement approuvée par les patients.

Cette image positive du médecin généraliste se retrouve également dans les thèses de JB. Bonnet et de C. Mousel [2,1], de même que dans l'enquête de l'URML. [4] Ces résultats sont aussi en accord avec un sondage réalisé à l'échelle nationale par l'institut BVA en 2008. [47] Le médecin généraliste est donc largement plébiscité par les patients.

La seule perception pour laquelle les patients n'étaient pas tous d'accord est la connaissance par le médecin de leur histoire personnelle. Certains patients ont pu comprendre « histoire personnelle » comme histoire intime ou histoire médicale. D'ailleurs, cette différenciation est subtile, rappelons aussi que, d'après la WONCA Europe, la médecine générale *« développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et, communautaires »*. [5]

Cette connaissance ne peut se faire que sur du long terme, d'ailleurs dans notre étude, les patients avec un traitement au long cours et ceux admis en ALD étaient davantage d'accord pour dire que leur médecin connaissait leur histoire personnelle.

De plus, les patients ayant comme attente que le médecin soit un ami ou un confident déclaraient plus fréquemment que celui-ci connaissait leur histoire personnelle.

En comparaison avec la perception positive de l'image de leur médecin généraliste, celle du médecin généraliste idéal était un peu plus contrastée sur certains aspects. Lors de la phase qualitative de l'enquête de l'URML, avait été mis en évidence un écart entre un modèle idéalisé du médecin de famille ou du médecin de campagne et la réalité, donc en défaveur de leur médecin actuel. [4] Dans notre étude, le modèle idéal du médecin semble pragmatique et adapté aux missions du médecin, se concentrant sur les qualités professionnelles et apportant moins d'intérêt à sa personnalité. Ainsi dans notre étude, l'écart semble dans l'autre sens avec

des patients qui ont une perception plus favorable de leur médecin qui fait aussi preuve de nombreuses qualités humaines.

7. Âge et sexe du médecin généraliste

Dans notre étude, la majorité des patients n'affichait pas de préférence pour l'âge et le sexe du médecin.

Dans la thèse de C. Mousel, le même résultat était retrouvé pour le sexe ; l'âge n'avait pas été analysé. [1]

Cependant, les femmes semblaient davantage répondre que le choix du sexe dépendait de la situation avec une tendance à préférer consulter un médecin femme par rapport aux hommes. Selon l'enquête de la DREES de 2002, les médecins femmes recevaient davantage de patientes en consultation que de patients. [39] Nous supposons que certaines femmes peuvent avoir des préférences dans certaines situations comme le recours au médecin généraliste pour des motifs de gynécologie.

8. L'erreur médicale

Parmi toutes les questions, il m'a semblé lors du recueil que cette question ait suscité le plus d'hésitations. D'ailleurs, 21% (n=35) des patients ne s'étaient pas prononcés. Sans y avoir été confronté, il paraît difficile d'anticiper sa propre réaction.

Dans la thèse de C. Mousel, 30,5% des patients acceptaient qu'un médecin se trompe sous condition, 59,3% acceptaient sans condition et 10,2% ne m'acceptaient en aucun cas. [1] Dans notre étude, les patients semblaient moins tolérants. Il faut noter que dans sa thèse la question était posée différemment, ne laissant pas de possibilité de répondre « ne sait pas » et avec le commentaire « tout le monde peut se tromper » associé à la réponse « oui, sans condition ». Nous avons choisi de retirer ce commentaire nous semblant pouvoir influencer la réponse des patients.

9. Satisfaction en médecine générale nuancée par quelques commentaires

La question de satisfaction a montré que les patients issus des cabinets de médecine générale étaient satisfaits de leur prise en charge en médecine générale.

Toutefois des critiques plutôt négatives sur la médecine générale ont été émises dans la question ouverte en fin de questionnaire. Les principaux points à améliorer concernaient : la

relation médecin-patient et notamment l'aspect concernant l'écoute, les médicaments génériques et le temps d'attente dans les cabinets médicaux.

▪ **La relation médecin-patient**

D'une façon générale et d'après les commentaires libres, les patients portaient une attention plus particulière à la relation médecin-patient comme la WONCA Europe dans sa définition de la médecine générale mettant en avant « *une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* ». [5] Quelques patients regrettaient le manque d'écoute du médecin généraliste. Or concernant la question de perception sur leur médecin généraliste, la totalité des patients était d'accord pour dire que leur médecin était à leur écoute dont une très large majorité était « tout à fait d'accord ». Cette contradiction était donc plus à percevoir comme un désir d'être davantage écouté par leur médecin généraliste.

▪ **Les médicaments génériques**

Quelques patients n'acceptaient pas la mise sur le marché des médicaments génériques pour des raisons d'inefficacité et d'effets secondaires par rapport au médicament princeps. Dans le travail de thèse de C. Meunier portant sur l'opinion des patients vis-à-vis des médicaments génériques, des sentiments mitigés voire hostiles ont été mis en évidence par manque d'information sur les génériques. Un quart des patients les jugeait moins efficaces et pour 17% des patients, les génériques avaient plus d'effets secondaires que leurs princeps. [48] Cette question sur les médicaments génériques ne faisait pas partie des objectifs de notre travail et le questionnaire n'y faisait pas référence mais certains patients ont voulu faire part de leur point de vue.

▪ **Le temps d'attente chez le médecin généraliste**

Dans certains commentaires, des patients auraient souhaité réduire le temps d'attente comme nous l'avons vu dans la question du cabinet médical. Dans la plupart des cabinets enquêtés, les consultations étaient sans rendez-vous. Dans les cabinets médicaux sans rendez-vous, l'attente est plus aléatoire. La médecine générale est une discipline qui prend en charge une diversité de problèmes de santé et les médecins ne savent généralement pas les motifs de consultation à l'avance. Comme l'ont souligné certains patients, l'augmentation du nombre de médecins généralistes ou la mise en place de rendez-vous pourrait diminuer le temps d'attente dans les cabinets médicaux.

Au terme de notre discussion, nous avons observé une satisfaction globale des patients traduisant une bonne adaptation de leur prise en charge en médecine générale à leurs demandes et une image très positive du médecin généraliste. Ce constat contraste tout de même avec les mauvais indicateurs de santé que nous avons exposés au début de notre travail. Une explication pourrait être que, actuellement, les patients observent une amélioration de la qualité et de l'offre de soins en médecine générale à La Réunion.

D. PROPOSITIONS

▪ Poursuivre notre réflexion par une enquête qualitative

L'étude des perceptions et des attentes des patients en médecine générale est un vaste sujet où il est difficile de poser un cadre de réflexion identique à tous les répondants, tellement les interprétations peuvent être multiples. Nos recherches bibliographiques n'ont pas retrouvé de questionnaire validé en France portant sur ce sujet. Une enquête qualitative auprès des patients de La Réunion par des entretiens semi-dirigés pourrait compléter notre étude. Les patients pourraient ainsi s'exprimer librement et justifier clairement leur point de vue. Les nombreux commentaires recueillis à la question ouverte nous prouvent que les patients avaient manifestement d'autres remarques à notifier sur la médecine générale et sur d'autres aspects non abordés avec les questions fermées.

▪ Élargir notre réflexion auprès d'autres populations ayant recours à la médecine générale à La Réunion

Différents types de population viennent consulter en médecine générale. Notre étude avait des limites et devait répondre aux critères d'inclusion fixés au début de notre travail. Toujours dans le cadre de la médecine générale à La Réunion, il serait ainsi intéressant d'étudier les perceptions et les attentes de populations particulières comme les enfants et les adolescents. En effet, leurs représentations sont différentes de celles d'un adulte et il est tout aussi légitime de vouloir répondre au mieux à leurs attentes. Le travail récent de thèse de A. Beduneau-Geneslay portant sur les représentations de l'enfant de 5-6 ans sur ses consultations auprès du médecin généraliste a ainsi donné la parole à des enfants de la région Pays de La Loire sur leurs perceptions et leurs attentes en médecine générale et a montré tout l'intérêt de tenir compte de leur développement psycho-affectif pour que la consultation soit la plus agréable possible. [49] Enfin, il serait intéressant de porter notre attention sur les personnes les plus à l'écart des soins de premier recours sur l'île, les habitants des Hauts, les habitants du cirque de Mafate et ceux dans la grande précarité.

- **Développer une approche pluridisciplinaire avec les sciences humaines**

Les sciences humaines portent un regard sur l'humain dans sa complexité intérieure et ses interactions environnementales. L'approche pluridisciplinaire avec les sciences humaines serait une véritable aide pour l'analyse et la compréhension des réponses recueillies auprès des patients, de même que dans la conception des questions posées lors d'une enquête qu'elle soit quantitative ou qualitative. De nouvelles recherches pourraient ainsi compléter notre sujet d'étude, d'autant plus que le contexte culturel réunionnais est d'un intérêt certain pour des disciplines telles que l'anthropologie.

- **Renouveler les enquêtes de satisfaction en médecine générale**

Le point de vue des patients a aujourd'hui une place privilégiée dans l'organisation du système des soins médicaux de premier recours. En effet, les enquêtes de satisfaction se développent en médecine générale et sont plutôt appréciées par les patients. Le but premier de notre travail n'était pas de mesurer la satisfaction des patients en médecine générale, bien que notre étude ait montré une satisfaction globale des patients qui semble être un critère de qualité pour les soins de médecine générale. [50] Or, le système de soins est en perpétuelle mutation et les besoins des patients évoluent dans le temps. Renouveler des enquêtes de satisfaction à La Réunion permettrait donc de mieux suivre les attentes des patients et d'améliorer les compétences professionnelles et relationnelles des praticiens pour mieux y répondre.

VI. CONCLUSION

Notre étude a permis la description des perceptions et des attentes des patients vis-à-vis de la pratique de la médecine générale à La Réunion et, plus particulièrement concernant le recours à la médecine générale, la consultation médicale et le médecin généraliste et a montré une satisfaction globale des patients par rapport aux soins primaires en cabinet libéral à La Réunion.

Les missions de la médecine générale répondent amplement aux besoins des patients en terme de mode de recours au médecin généraliste. Dans un même temps, le médecin généraliste est très apprécié des patients, notamment sur l'aspect de la relation médecin-patient, véritable alliance thérapeutique et authentique relation humaine au cours de la consultation.

Actuellement, l'offre de soins en médecine générale à La Réunion semble répondre aux attentes actuelles des patients consultant en médecine générale, en terme de qualité de soins. Pour faire progresser l'état de santé à la Réunion, il serait intéressant de poursuivre cette réflexion, en s'interrogeant sur les attentes de ceux qui utilisent le moins le système de soins et en aidant les médecins à mieux comprendre les besoins réels au-delà des attentes exprimées.

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 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. 209 p. Th. d'exercice : médecine générale : Nancy : 2009 ; n°7.

2. BONNET JB. Image du médecin généraliste par les patients: étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group. 105 p. Th. d'exercice : médecine générale : Nantes : 2008 ; n°33.

3. DEDIANNE MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. 119 p. Th. d'exercice : médecine générale : Grenoble : 2001 ; n°5095.

4. URML de Rhône-Alpes. Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale: enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. CRAES-CRIPS, Juillet 2005, 123 p.

Disponible sur :

http://education-sante-ra.org/publications/2005/mutations_med_gen.pdf

5. WONCA Europe. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille. WONCA Europe. 2002, 52 p.

Disponible sur :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

6. WONCA Europe. The european definition of general practice/family medicine. WONCA Europe. 2011, 33 p.

Disponible sur :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

7. ROBINE JM, CAMBOIS E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. INED, *Population et Sociétés*, Avril 2013, N°499, 4 p.

Disponible sur :

http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19167/population_societes_2013_499_esperances_vie.fr.pdf

8. IBANEZ G, LE MASNE A, HERR J. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. INPES, *Coll. Repères pour votre pratique*, Mai 2014, 6 p.

Disponible sur :

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1538.pdf>

9. COUFFINHAL A, DOURGNON P, GEOFFARD PY et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen. Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. IRDES, *Questions d'économie de la santé*, Février 2005, N°92, p. 4.

Disponible sur :

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf>

10. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon de 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. DREES, *Études et Résultats*, Février 2009, N° 679, 8 p.

Disponible sur :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

11. KRUCIEN N, LE VAILLANT M, PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? IRDES, *Questions d'économie de la Santé*, Mars 2011, N°163, 6 p.

Disponible sur :

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>

12. COLDEFY M, LUCAS-GABRIELLI V. Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé? Evolution de 2003 à 2011. IRDES, *Questions d'économie de la Santé*, Avril 2012, N°175, 8 p.

Disponible sur :

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

13. CELLIER M. Territoires de santé Réunion - Mayotte. ARS Agence de Santé Océan Indien, *Dossier Statistiques*, Février 2012, N°5, 30 p.

Disponible sur :

http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARSEtudes_et_publications/ARSOI_COM_Dossier_statistique_territoire_sante-VD.pdf

14. CELLIER M. Les professions de santé à Mayotte et à La Réunion au 1er janvier 2012. ARS, *Dossier Statistiques*, Juillet 2012, N°6, pp. 17-21.

Disponible sur :

http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARSEtudes_et_publications/ETUDES_ET_STAT/Dossier_Stat/dossier-statistiques_web.pdf

15. Schéma d'organisation des soins (SOS-PRS). ARS Agence de Santé Océan Indien, PrS Projet de Santé Réunion-Mayotte, p. 18.

Disponible sur :

http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARSPRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_schemas_org_des_soins_24_07.pdf

16. BERNÈDE-BAUDUIN C, RIQUEBOURG M. Indicateurs Santé-Social à La Réunion. ORS La Réunion, Synthèse régionale, Septembre 2013, 24 p.

Disponible sur :

http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/synthese_IndicSanteSocial_2013.pdf

17. Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle en 2012. INSEE, *La région et ses départements* [en ligne].

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=24&ref_id=revtc04605

18. GRANGÉ C, THIBAUT P. Recensement de la population: populations légales. 828 600 habitants au 1er janvier 2011. INSEE, *Informations Rapides Réunion*, Décembre 2013, N°289, 2 p.

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/population/irpop289/irpop289.pdf

19. GRANGÉ C. Bilan démographique 2011. Le rattrapage de l'espérance de vie freiné par la mortalité infantile. INSEE, *Informations Rapides Réunion*, Mars 2013, N°258, 4 p.

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/population/irpop258/irpop258.pdf

20. BERNÈDE-BAUDUIN C, CELLIER M. La mortalité à La Réunion du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009. ORS La Réunion et ARS Agence de Santé Océan Indien, *In Extenso*, Février 2013, N°1, 11 p.

Disponible sur :

http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/PIES/In_extenso_1_Mortalite/PIES_AR_S_mortalite_def.pdf

21. RIVIÈRE J, DAUDIN V. Enquête emploi 2013 à La Réunion. Un taux de chômage autour de 29% depuis quatre ans. INSEE, *Informations Rapides Réunion*, Avril 2014, N°300, 4 p.

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/infos_rapides/emploi/iremp300/iremp300.pdf

22. ACTIF N, AH-WOANE M, HOARAU S et al. Une situation sociale hors norme. Conseil Général de La Réunion et INSEE, *INSEE Partenaires*, Août 2013, N°25, 4 p.

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee_partenaires/ip25/ip25.pdf

23. Profils de santé des territoires de santé. FNORS et ORS La Réunion, Juillet 2013, 12 p.

Disponible sur :

http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/Profils_Territoire_sante_Reunion.pdf

24. CLERC P, DUHOT D, DURAND R et al. Sociologie et anthropologie: quels apports pour la médecine générale? SFMG, *Documents de Recherches en Médecine Générale*, Novembre 2007, N°64, 54 p.

Disponible sur :

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_lutsman-bourgeoisa95d9.pdf et

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_vega3f210.pdf

25. BENOIST J. Anthropologie médicale en société créole. Paris : *Presse Universitaire de France*, 1993, 285 p. *Coll. Les champs de la santé*.

26. DESPRÈS C. Soigner par la nature à La Réunion: l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer. *Anthropologie et Santé*, 2011, N°2.

Disponible sur :

<http://anthropologiesante.revues.org/710>

27. TEMPORAL F, LARMARANGE J. Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives. Laboratoire PopInter, Département de Sciences sociales - Faculté de Sciences Humaines et Sociales - Université Paris 5 Descartes, Novembre 2006, 16 p.

Disponible sur :

http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf

28. OMS. Les jeunes et la santé: défi pour la société. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, 1986, p. 11.

Disponible sur :

http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_fre.pdf

29. Le parcours de soins coordonnées. AMELI.fr [en ligne], [dossier mis à jour le 17 janvier 2014].

Disponible sur:

<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-et-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>.

30. DALAMA MG. L'Île de La Réunion et le tourisme: d'une île de la désunion à La Réunion des Hauts et Bas. *L'espace géographique*, 2005, tome 344, N°4, pp. 342-349.

Disponible sur :

<http://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2005-4-page-342.htm>

31. Le territoire d'intervention. AD2R Association Développement Rural Réunion [en ligne].

Disponible sur :

<http://www.ad2r.re/index.php/presentation-4/lad2r/le-territoire-dintervention>

32. GRANDJEAN H. La prise en charge des maladies chroniques. *ADSP Actualité et dossier en santé publique*, Septembre 2010, N°72, p. 2.

33. MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L et al. Méthode de recherche: s'approprier la méthode du focus group. *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, Mars 2004, Tome 18, N°645, pp. 382-384.

34. LE GRAND E, TESSIER S, KOTOBI L et al. Quels liens entre religieux et santé? INPES, *La Santé et l'homme* N°406, Mars-avril 2010, pp. 11-12.

35. RÉGNIER-LOILIER A, PRIOUX F. La pratique religieuse influence-t-elle les comportements familiaux? INED, *Populations et Sociétés*, Juillet-août 2008, N°447, p. 4.

Disponible sur :

http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19115/447.fr.pdf

36. SANDRON F. Facteurs cumulatifs de vulnérabilité dans une population isolée: Mafate (La Réunion). XVI^{ème} Colloque National de Démographie ; 2013 ; Aix-en-Provence. Les populations vulnérables. 19 p.

Disponible sur :

http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-11/010059301.pdf

37. Programme des systèmes d'information et de télémédecine de La Réunion et de Mayotte (PSIT). ARS Agence de Santé Océan Indien, PrS Projet de Santé Réunion-Mayotte, p. 38.

Disponible sur :

http://ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/PRS/PRS2012/VDEF_24_juillet/PRS_prog_PSIT_24_07.pdf

38. Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2013. INSEE, *La région et ses départements* [en ligne].

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=24&ref_id=poptc02104

39. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES, *Études et Résultats*, Juin 2004, N°315, 12 p.

Disponible sur :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>

40. ALIAGA C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE, *Insee Première*, Octobre 2002, N°869, 4 p.

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip869.pdf

41. COHEN J, MADELENAT P, LEVY-TOLEDANO R. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France? CNGOF [en ligne], le 30 mai 2000.

Disponible sur :

http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

42. MARIE CV, TEMPORAL F. Les DOM: terres de migrations. *Espaces populations sociétés*, 2011, N°3, pp. 475-491.

Disponible sur :

<http://eps.revues.org/4652>

43. Ménages selon la taille au 1^{er} Janvier 2011. INSEE, *La région et ses départements* [en ligne].

Disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=24&ref_id=poptc02303

44. CÉLANT N, GUILLAUME S, ROCHEREAU T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. IRDES, *Les rapports de l'IRDES*, Juin 2014, n°556, pp. 35-37.

Disponible sur :

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

45. DUCHEMANN C, RICQUEBOURG M. Indicateurs sur les Affections de Longue Durée à La Réunion. ORS La Réunion, *La Lettre*, n°19, le 23 août 2013, 2 p.

Disponible sur :

http://www.ors-reunion.org/IMG/file/newsletter/19_23082013.pdf

46. RICQUEBOURG M. L'asthme à La Réunion. ORS La Réunion, *Tableau de bord*, Mai 2013, 4 p.

Disponible sur :

http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_asthme_2013.pdf

47. Institut BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Sondage réalisée pour l'Académie Nationale de Médecine et le Sénat, Février 2008.

Disponible sur :

http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf

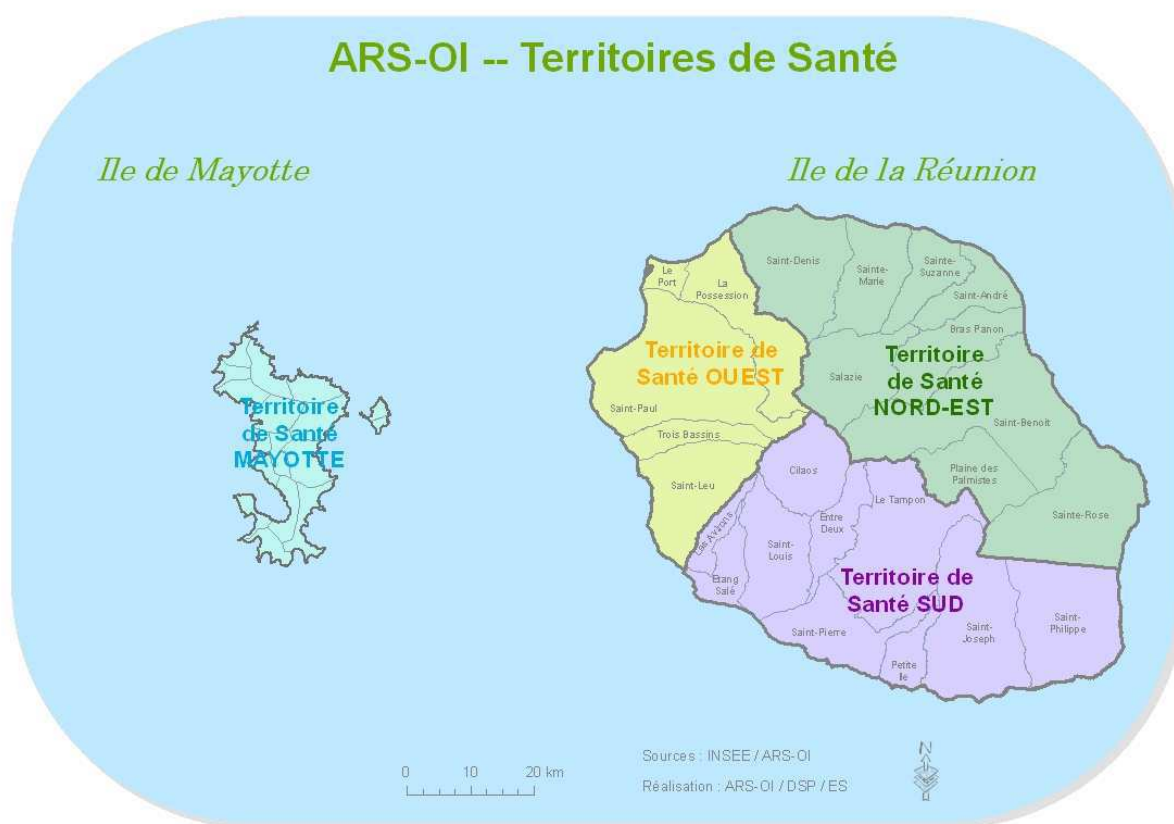
48. MEUNIER C. Opinion vis-à-vis des médicaments génériques: enquête auprès de 300 patients de pharmacies seinomarines; mise en évidence du rôle joué par le médecin traitant. 116 p. Th. d'exercice : médecine générale : Rouen : 2013 ; n°-.

49. BEDUNEAU-GENESLAY A. Représentations de l'enfant de 5-6 ans sur ses consultations auprès du médecin généraliste. 68 p. Th. d'exercice : médecine générale : Angers : 2013 ; n°-.

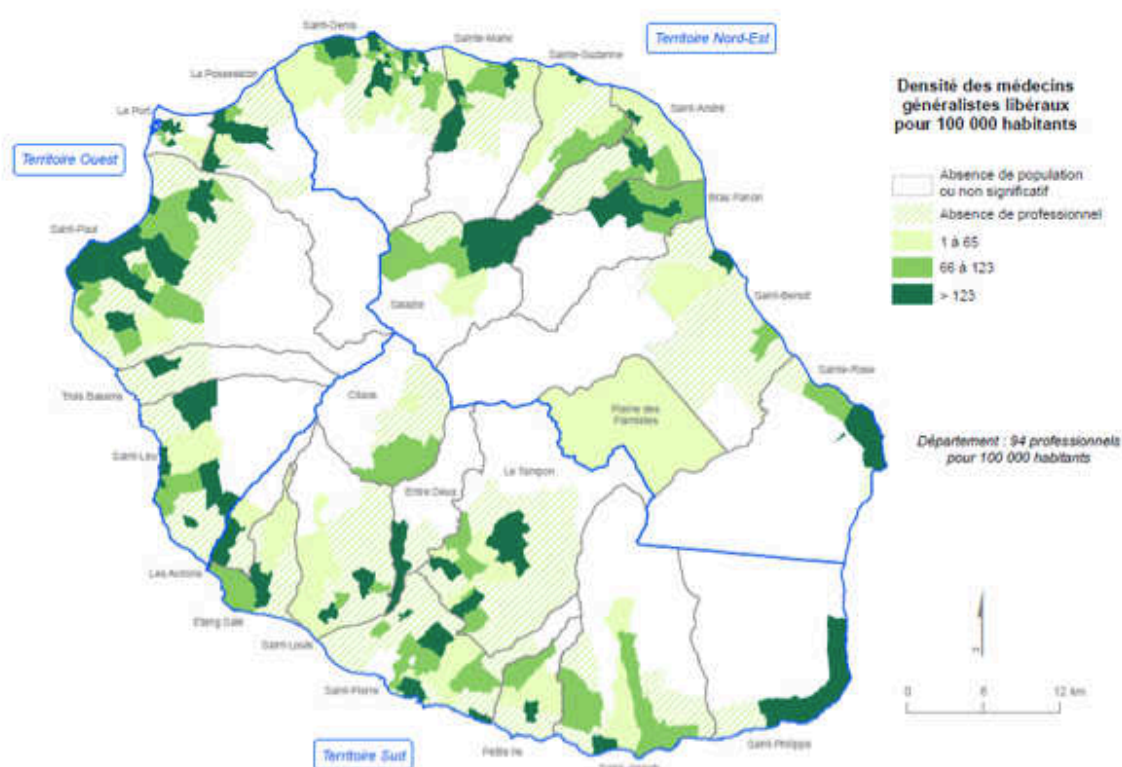
50. BURDET D. Enquête de satisfaction des patients au sortir des consultations de médecine générale. *Santé conjugulée*, N°39, janvier 2007, pp. 7-15.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : CARTE DES TERRITOIRES DE SANTÉ À LA RÉUNION - *Source : ARS-OI*



ANNEXE 2 : CARTE DE LA DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX À LA RÉUNION - Source : ARS-OI, d'après des données de population 2008 publiées par l'INSEE



ANNEXE 3 : ARGUMENTAIRE TÉLÉPHONIQUE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

« Bonjour, FORIN Célia, je suis médecin généraliste remplaçante.

Actuellement, je réalise ma thèse. L'étude porte sur les perceptions et les attentes des patients concernant la pratique de la médecine générale, à La Réunion. L'enquête est sous la forme d'un questionnaire effectué en face à face auprès de patients.

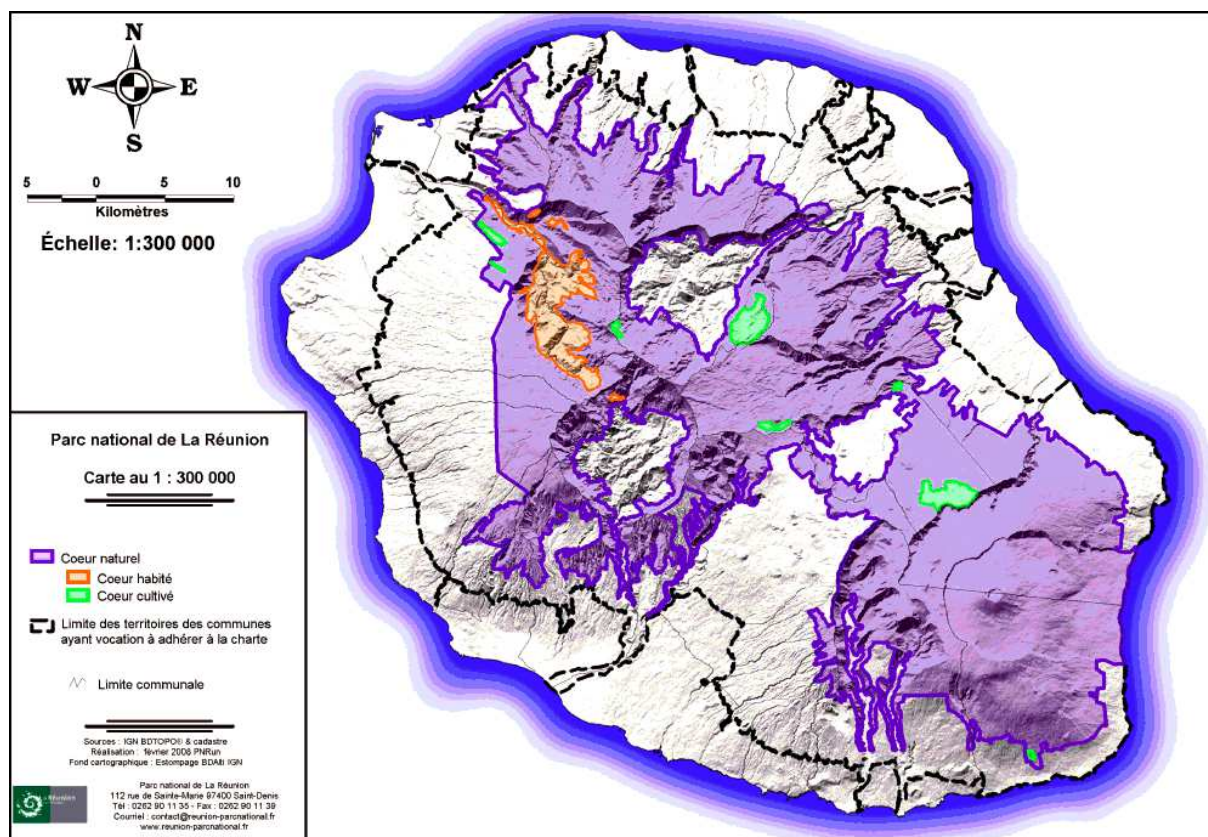
Accepteriez-vous que je vienne en salle d'attente interroger vos patients au cours d'une demi-journée?

Pourrions-nous convenir d'une date pour ma présence ?

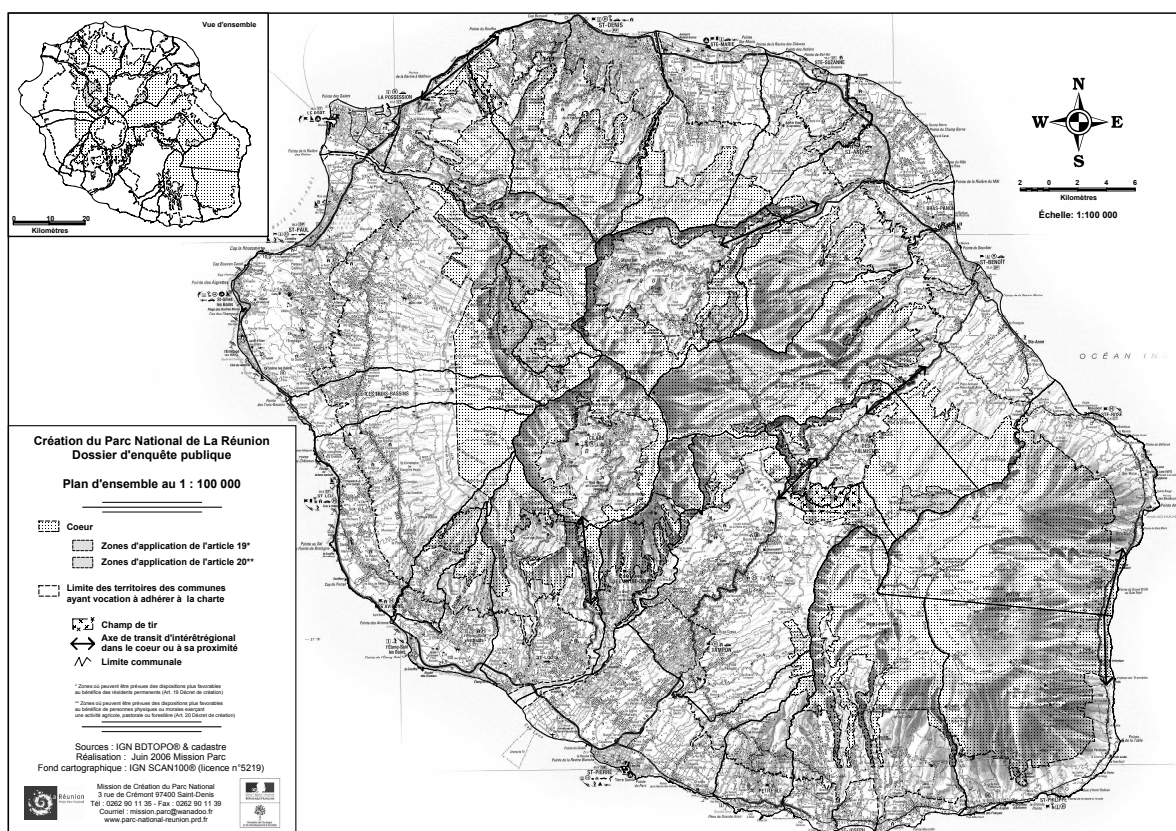
Si vous le désirez, je peux vous envoyer le questionnaire par mail ou par fax afin que vous en preniez connaissance. »

ANNEXE 4 : CARTE DES LIMITES DU PARC NATIONAL DE LA RÉUNION –

Source : site officiel internet du Parc National de La Réunion disponible sur <http://www.reunion-parcnational.fr/Le-territoire-du-Parc.html>



ANNEXE 5 : CARTE DETAILLÉE DES LIMITES DU PARC NATIONAL DE LA RÉUNION - *Source : site officiel internet du Parc National de La Réunion disponible sur <http://www.reunion-parcnational.fr/Le-territoire-du-Parc.html>*



ANNEXE 6 : CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATÉGORIES

SOCIO-PROFESSIONNELLES - Source : **INSEE** disponible sur

[http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Guide_PCS-](http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Guide_PCS-2003.pdf)

[2003.pdf](http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Guide_PCS-2003.pdf)

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entre- prise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseigne- ment, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions interméd- iaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants
		85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité profes- sionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE 7 : LES ALD EXONERANTES - Source : AMELI disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php>

Les affections inscrites sur la liste des ALD 30 - Source : article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par les décrets n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 publié au Journal Officiel (JO) du 5 octobre 2004 et n° 2011-77 du 19 janvier 2011 publié au JO du 21 janvier 2011 :

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
- Bilharziose compliquée
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine
- Diabète de type 1 et diabète de type 2
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
- Maladie coronaire
- Insuffisance respiratoire chronique grave
- Maladie d'Alzheimer et autres démences
- Maladie de Parkinson
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Mucoviscidose
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- Paraplégie
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Affections psychiatriques de longue durée
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Sclérose en plaques
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
- Spondylarthrite grave
- Suites de transplantation d'organe
- Tuberculose active, lèpre
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Les affections dites « hors liste » (ALD 31) - *Source : article R. 322-6 du code de la sécurité sociale, créé par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008 :*

Elles concernent les patients atteints d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Les affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD 32) - *Source : article R. 322-6 du code de la sécurité sociale, créé par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008 :*

Elles concernent les patients atteints de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE

DONNÉES INFORMATIVES

Médecin généraliste n° :

Ville :

Patient n° :

Date et heure :

PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE : PERCEPTIONS ET ATTENTES DES PATIENTS DE L'ÎLE DE LA RÉUNION

QUESTIONNAIRE ANONYME

VOTRE PROFIL

1. Vous êtes :

Un homme ☐

Une femme ☐

2. Quel âge avez-vous ? ans

3. Quel est votre lieu de naissance ?

L'Île de La Réunion ☐

Autre ☐ Précisez :

Depuis combien d'années vivez-vous à La Réunion ? an(s)

4. Dans quel quartier habitez-vous ?

5. Y compris vous, combien de personnes vivent dans votre foyer ?

6. Dont combien d'enfants ont moins de 16 ans ?

7. Quelle est votre profession ?

8. Avec quelle fréquence, en moyenne, consultez-vous un médecin généraliste ?

Plus d'1 fois par mois ☐

Tous les mois ☐

Tous les 3 mois ☐

Tous les 6 mois ☐

1 fois par an ☐

Moins d'1 fois par an ☐

NSP (= Ne Sait Pas) ☐

9. Prenez-vous un traitement au long cours ?

Oui ☐

Non ☐

10. Comment qualifieriez-vous votre état de santé actuel ?

Très bon ☐

Bon ☐

Moyen ☐

Mauvais ☐

Très mauvais ☐

NSP ☐

**11. Souffrez-vous d'une ou plusieurs pathologies de longue durée (ex : diabète, asthme, maladie
cancéreuse, etc.) ?**

Oui ☐ Précisez :

Non ☐

NSP ☐

LE RECOURS À LA MÉDECINE GÉNÉRALE

12. En général, vous consultez votre médecin généraliste pour : *(Cochez 1 case par item)*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
Des situations médicales urgentes	☐	☐	☐	☐	☐
L'apparition d'un symptôme ou d'une maladie non urgents	☐	☐	☐	☐	☐
Votre suivi médical	☐	☐	☐	☐	☐
La prescription d'un médicament	☐	☐	☐	☐	☐
La prescription / l'interprétation d'un examen complémentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Obtenir un rendez-vous avec un autre médecin spécialiste	☐	☐	☐	☐	☐
Demander des conseils de santé	☐	☐	☐	☐	☐
Obtenir un certificat / un arrêt de travail	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, **précisez** :

13. Quand vous allez dans un cabinet médical, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ?
(Cochez 1 case par item)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
À la proximité avec votre domicile	☐	☐	☐	☐	☐
Aux horaires et aux jours d'ouverture	☐	☐	☐	☐	☐
À l'aspect général du cabinet	☐	☐	☐	☐	☐
À la réputation du médecin généraliste	☐	☐	☐	☐	☐
À l'accueil par une secrétaire médicale	☐	☐	☐	☐	☐
Au temps d'attente	☐	☐	☐	☐	☐
Aux affiches / aux dépliants de prévention pour la santé	☐	☐	☐	☐	☐
À la proximité avec d'autres professionnels de santé	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, **précisez** :

14. Selon vous, la médecine générale devrait servir à : (Cochez 1 case par item)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
Savoir quand aller à l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
Soigner des problèmes de santé sans gravité	☐	☐	☐	☐	☐
Suivre la santé des patients	☐	☐	☐	☐	☐
Obtenir une ordonnance de médicament / d'examen complémentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Être orienté vers le bon médecin spécialiste	☐	☐	☐	☐	☐
Faire de la prévention pour la santé	☐	☐	☐	☐	☐
Faire accéder les patients à leurs droits en santé (ex : la rédaction de certificats)	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, **précisez** :

LA CONSULTATION MÉDICALE

15. Lors de la consultation avec votre médecin généraliste, vous ressentez : (Cochez 1 case par item)

	Jamais ou très rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent	NSP
De l'énervement à la suite de l'attente	☐	☐	☐	☐	☐
De l'inquiétude par rapport à la maladie	☐	☐	☐	☐	☐
De l'intimidation face à votre médecin généraliste	☐	☐	☐	☐	☐
Du plaisir car il vous comprend	☐	☐	☐	☐	☐
De la gêne à vous déshabiller lors de l'examen physique	☐	☐	☐	☐	☐
Du soulagement car il vous rassure	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, **précisez** :

16. En général, vous trouvez que la durée des consultations avec votre médecin généraliste est :

- Trop courte ☐
- Bien adaptée ☐
- Trop longue ☐
- Ça dépend ☐
- NSP ☐

17. Lors de la consultation avec un médecin généraliste, à quoi accordez-vous surtout de l'importance ? (Cochez 1 case par item)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
À l'apparence générale et à l'attitude du médecin généraliste	☐	☐	☐	☐	☐
À la prise de la tension artérielle	☐	☐	☐	☐	☐
À un examen physique minutieux	☐	☐	☐	☐	☐
À vous sentir écouté	☐	☐	☐	☐	☐
À recevoir des conseils de santé	☐	☐	☐	☐	☐
À la prescription d'un médicament efficace	☐	☐	☐	☐	☐
À l'établissement d'un diagnostic médical	☐	☐	☐	☐	☐
À avoir des réponses à vos questions de santé	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, **précisez** :

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

18. Concernant votre médecin généraliste, diriez-vous que : (Cochez 1 case par item)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
Il a toutes les compétences pour s'occuper de votre santé	☐	☐	☐	☐	☐
Il connaît votre histoire personnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Il fait preuve de nombreuses qualités humaines	☐	☐	☐	☐	☐
Il est à votre écoute	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations que vous lui donnez restent confidentielles	☐	☐	☐	☐	☐
Il vous donne de bons conseils	☐	☐	☐	☐	☐
Il vous inclut dans la décision médicale	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, **précisez** :

19. Vous préférez consulter un médecin généraliste :

- Homme ☐
- Femme ☐
- Ça dépend ☐
- Sans préférence ☐

20. Vous préférez consulter un médecin généraliste :

- Âgé de moins de 45 ans ☐
Âgé de plus de 45 ans ☐
Ça dépend ☐
Sans préférence ☐

21. Considérez-vous le médecin généraliste idéal comme : (Cochez 1 case par item)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP
Un conseiller	☐	☐	☐	☐	☐
Un ami / un confident	☐	☐	☐	☐	☐
Un guide	☐	☐	☐	☐	☐
Un savant	☐	☐	☐	☐	☐
Une personne de confiance	☐	☐	☐	☐	☐
Un modèle humain	☐	☐	☐	☐	☐

Autre, précisez :

22. Accepteriez-vous qu'un médecin généraliste puisse se tromper?

- Oui, même si l'erreur est grave ☐
Oui, si l'erreur n'a pas de conséquence sur votre santé ☐
Non, en aucun cas ☐
NSP ☐

EN CONCLUSION

23. Êtes-vous satisfait de votre prise en charge en médecine générale ?

- Très satisfait ☐
Plutôt satisfait ☐
Plutôt pas satisfait ☐
Pas du tout satisfait ☐
NSP ☐

24. En quelques mots, avez-vous des commentaires à apporter au questionnaire sur la pratique de la médecine générale à La Réunion ?

ANNEXE 9 : ARGUMENTAIRE DE PRÉSENTATION AUX PATIENTS

« Bonjour, FORIN Célia, je suis médecin généraliste.

Pourriez-vous me dire si vous venez consulter le médecin ? Êtes-vous âgé de plus de 16 ans et résidez-vous à La Réunion ? (Si les critères d'inclusion étaient remplis, je continuais l'argumentaire).

Actuellement, je prépare ma thèse. L'étude porte sur les perceptions et les attentes des patients concernant la pratique de la Médecine Générale, à La Réunion. Votre médecin généraliste a donné son accord pour que je soumette un questionnaire à ses patients. Le questionnaire est anonyme et dure une dizaine de minutes.

Êtes-vous d'accord pour y participer?

Allons-nous installer pour y répondre. »

ANNEXE 10 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES EFFECTIFS DES PERSONNES PASSÉES DANS LES CABINETS MÉDICAUX DES 20 MÉDECINS GÉNÉRALISTES RECRUTÉS

Mg *	Dans le cabinet †	Non demandé ‡	Critères d'inclusion non remplis			Refus **	Critères d'exclusion ††	Interruption ‡‡	Inclus §§
			Pas de cs §	<16 ans 	Non résident ¶				
Territoire de santé Nord-Est									
n°1	37	4	11	5	1	0	2	0	14
n°3	11	1	1	0	0	1	0	0	8
n°4	12	1	1	0	0	5	0	0	5
n°5	18	0	1	2	0	1	0	1	13
n°6	27	5	7	3	0	3	0	0	9
n°7	21	1	4	3	0	4	0	0	9
n°8	20	5	2	0	0	2	0	0	11
n=146		n=17	n=27	n=13	n=1	n=16	n=2	n=1	n=69
Territoire de santé Ouest									
n°1	18	0	5	2	0	3	0	1	7
n°3	9	0	5	1	0	0	0	0	3
n°4	18	0	5	0	0	4	0	0	9
n°6	16	1	2	4	0	4	0	0	5
n°9	14	1	3	1	0	0	0	0	9
n°10	29	1	9	3	0	3	0	2	11
n=104		n=3	n=29	n=11	n=0	n=14	n=0	n=3	n=44
Territoire de santé Sud									
n°1	9	2	1	0	0	1	0	0	5
n°3	11	0	3	0	0	0	0	0	8
n°6	9	1	2	1	0	0	0	0	5
n°8	13	0	1	2	0	1	0	0	9
n°10	19	6	4	3	0	0	0	0	6
n°12	21	2	2	2	0	1	0	1	13
n°13	21	1	6	3	1	1	0	1	8
n=103		n=12	n=19	n=11	n=1	n=4	n=0	n=2	n=54
Total									
n=353		n=32	n=75	n=35	n=2	n=34	n=2	n=6	n=167

* Médecin généraliste par numéro de tirage au sort au sein de chaque territoire de santé

† Effectif des personnes passées dans les cabinets médicaux

‡ Effectif des patients pour lesquels la demande d'entrevue n'a pas été demandée

§ Effectif des personnes non venues pour une consultation

|| Effectif des patients âgés de moins de 16 ans

¶ Effectif des patients non résidents à La Réunion

** Effectif des patients ayant exprimé un refus de répondre au questionnaire

†† Effectif des patients exclus

‡‡ Effectif des patients pour lesquels le questionnaire a été interrompu

§§ Effectif des patients inclus dans notre étude

ANNEXE 11 : VERBATIM DES COMMENTAIRES À LA QUESTION N°24 DU QUESTIONNAIRE

- « Ne veut pas qu'on lui impose les génériques »
- « Satisfaite de son médecin généraliste »
- « Amélioration concernant la prise en charge hospitalière »
- « Regrette le médecin de "famille" car actuellement c'est le médecin traitant référent qui a pris la place (aspect financier) »
- « Contente de son médecin car lui donne des explications »
- « Les médicaments prescrits ne sont pas assez efficaces »
- « Profits économiques auprès des usagers ; le médecin devrait responsabiliser les patients car manquent de responsabilité ; pas d'accord avec les médicaments génériques »
- « Bonne relation avec son médecin ; son médecin est un modèle humain »
- « Davantage de disponibilité du médecin »
- « Médecine générale est la 1ère voie pour nous orienter ; le médecin généraliste est le médecin de famille »
- « Bonne accessibilité du cabinet de son médecin et avantage des cabinets de garde qui prennent le relais »
- « Il faudrait moins d'attente chez le médecin »
- « Davantage de médecins de garde proches du domicile pour éviter les urgences hospitalières »
- « Gênée quand c'est le remplaçant »
- « Chez certains médecins, il manque le relationnel (écoute) »
- « La médecine générale permet d'adresser les patients vers les spécialistes »
- « Prescription médicamenteuse pour la maladie mais parfois non adaptée à la personne ; manque de relationnel (confiance) »
- « Manque d'informations sur la santé en général ; manque d'accompagnement lors de l'épidémie de Chikungunya ; souhait d'une association pour la polyarthrite rhumatoïde à La Réunion »
- « Faire des visites à domicile (temps d'écoute plus important, médecin de famille et donc moins commercial, fera attention à l'environnement du patient) ; formation au secourisme obligatoire pour la population »
- « Médecin généraliste = coordonnateur pour accident de travail et maladie professionnelle »
- « Insatisfait avec les génériques car moins efficaces »
- « On ne peut pas se passer de la médecine générale »
- « Importance de la relation de confiance avec le médecin » »

- « Vient en consultation pour avoir des médicaments »
- « La propreté du cabinet est importante ; prescription médicamenteuse ciblée et justifiée »
- « Avoir de l'écoute mais sans trop s'impliquer »
- « Bonne qualité relationnelle avec son médecin ; pas d'accord avec les génériques car effets secondaires »
- « Manque de médecins généralistes dans les zones retirées ; importance d'une secrétaire pour gérer la salle d'attente »
- « Les médecins ne formulent pas clairement le diagnostic »
- « Beaucoup de médicaments non remboursés, pas d'accord avec les génériques (on nous les a imposés, pas d'explication) ; n'aime pas trop les remplaçants »
- « Souhaiterait que le médecin pose davantage de questions sur le suivi médical »
- « Les médecins devraient être plus à l'écoute avec des consultations plus longues ; les médecins veulent tout gérer mais il faut passer la main à un moment donné »
- « Trop de médicaments non remboursés ; le médecin généraliste doit orienter vers le bon spécialiste »
- « Pas d'accord avec les génériques, moins efficaces, sont recyclés »
- « Le médecin généraliste doit avoir conscience de ce qu'il fait avec les patients, doit être au contact des gens et aimer soigner les malades »
- « Préférerait les consultations avec son médecin généraliste sur rendez-vous »
- « Les médecins généralistes orientent correctement vers les spécialistes »
- « Souhaiterait obtenir les renouvellements d'ordonnance ou les certificats par mail (internet) pour ne pas avoir à se déplacer et attendre chez le médecin »
- « La relation avec le médecin généraliste peut devenir routinière et il peut alors passer à côté de certaines choses ou faire moins d'examens complémentaires »
- « Parfois, le médecin généraliste essaie trop les médicaments sur le patient »
- « Pas assez de temps d'écoute avec le médecin généraliste »
- « Quand on consulte un médecin généraliste depuis plusieurs années, une habitude s'installe donc moins d'écoute »
- « Souhaiterait une meilleure prise en charge globale avec un accompagnement des malades »
- « Certains médecins généralistes ne font pas assez attention à "la personne" et se croient tout permis »
- « Il devrait y avoir plus de médecins généralistes dans les quartiers retirés pour limiter l'attente »
- « Le médecin généraliste est là pour faire passer des messages de santé (faire de la prévention) »

- « Trop d'attente dans les cabinets ; importance d'une secrétaire médicale ; consultations sur rendez-vous avec respect des heures de rendez-vous »
- « Les médecins généralistes doivent être compétents, faire preuve de patience, être à l'écoute et accueillants »
- « En général, les médecins généralistes manquent de dialogue et d'écoute ; manque de médecins généralistes homéopathes »
- « Certains médecins généralistes sont autant compétents que les autres médecins spécialistes »
- « Trop d'attente chez le médecin généraliste ; les médecins généralistes devraient plus être à l'écoute des patients (plaintes fonctionnelles et les symptômes) »
- « Certains médecins généralistes manquent de relationnel ; pas assez clairs dans leurs explications ; manque de communication avec les autres professionnels de santé »
- « Pas d'accord avec les génériques car inefficaces »

ANNEXE 12 : TABLEAUX RÉFÉRENCÉS DANS LE CHAPITRE DISCUSSION

Patients inclus dans notre étude et population de La Réunion en 2006 selon leur lieu de naissance

	Patients inclus dans notre étude (%)	Population de La Réunion en 2006 (%) - Source : Recensement de la population 2006- INSEE
Nés à La Réunion	82,6	84,7
Non natifs de La Réunion	17,4	15,3
Dont :		
Nés en France métropolitaine	12,6	10,2
Nés à l'étranger	4,2	4,1†
Nés dans un autre DOM-TOM*	0,6‡	1,0

* DOM-TOM : Département d'Outre-Mer et Territoire d'Outre-Mer

Notes de lecture : Mayotte était encore une Collectivité Départementale en 2006 (†). Or depuis le 31 mars 2011, Mayotte est devenue un DOM (§).

Ménages* des patients inclus dans notre étude et de la population à La Réunion au 1^{er} Janvier 2011 selon leur taille

Nombre de personnes composant le ménage	Dans notre étude (%)	À La Réunion au 1 ^{er} Janvier 2011 (%) - Source : Ménage selon la taille au 1 ^{er} Janvier 2011 - INSEE
1 personne	11,4	24,0
2 personnes	29,3	26,1
3 ou 4 personnes	46,7	37,4
5 personnes ou plus	12,6	12,5
Nombre moyen de personnes par ménage	n=3,0	n=2,8

* Un ménage, au sens statistique du terme, désigne l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être composé d'une seule personne. Dans notre étude, nous avons substitué le terme de « ménage » par celui de « foyer ».

Répartition des patients inclus dans notre étude et de la population de France métropolitaine en 2012 selon leur perception de leur état de santé

État de santé	Patients inclus dans notre étude *	Population de France métropolitaine en 2012† (%) - Source : IRDES, ESPS 2012
Très bon	11,4	21,4
Bon	39,5	44,4
Moyen ou assez bon	40,1	26,0
Mauvais	7,8	7,3
Très mauvais	1,2	1,0

* Les personnes âgées de 16 ans ou plus étaient incluses

† Les personnes âgées de 15 ans ou plus étaient incluses

IX. LE SERMENT MÉDICAL

LE SERMENT MÉDICAL D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ en français

Introduction : L'offre de soins primaires en médecine générale est en perpétuelle évolution pour répondre et s'adapter aux demandes des patients comme à La Réunion où les représentations de la médecine se trouvent influencées par la richesse de son héritage culturel. L'objectif de cette étude était de décrire les perceptions et les attentes des patients concernant la pratique de la médecine générale à La Réunion et plus particulièrement sur le recours à la médecine générale, la consultation médicale et le médecin généraliste.

Matériels et Méthodes : Cette étude quantitative a été effectuée auprès de patients issus de 20 cabinets de médecine générale répartis sur les trois territoires de santé de l'île. Un questionnaire en face à face avec l'enquêteur a été réalisé dans les salles d'attente. Le fort taux de participation de 79,9% a permis d'inclure 167 patients à l'étude.

Résultats : Les missions classiques de médecine générale étaient bien connues par les patients sans pour autant y avoir recours pour eux-mêmes. Les patients consultaient le plus souvent pour la prescription de médicaments ou d'examen complémentaires et le suivi médical. Les symptômes jugés bénins étaient le motif de consultation le moins fréquent. Dans le choix d'un cabinet, les patients accordaient davantage d'importance à la réputation du médecin puis à son accessibilité qu'à l'aspect général du cabinet et aux affichages de prévention. Lors de la consultation, les patients avaient habituellement un vécu positif et en général étaient satisfaits de la durée des consultations. Ils attendaient le plus souvent une réponse à leur problème et un échange de qualité mais portaient moins d'attention à l'aspect technique de la consultation. Globalement, les patients avaient une très bonne image de leur médecin généraliste. Ils attendaient surtout du médecin qu'il soit digne de confiance et de bon conseil dans le cadre professionnel, quelque soit son sexe ou son âge et sans forcément rechercher une perfection humaine. D'ailleurs, la majorité des patients acceptait que le médecin puisse commettre une erreur médicale.

Conclusion : Cette étude a montré une satisfaction globale des patients concernant leur prise en charge en médecine générale à La Réunion. Les attentes actuelles des patients consultant en médecine générale semblaient donc en adéquation avec l'offre de soins actuelle proposée en médecine générale à La Réunion. Pour faire progresser l'état de santé de l'île, il serait intéressant de poursuivre cette réflexion, en s'interrogeant sur les attentes de ceux qui utilisent le moins le système de soins et en aidant les médecins à mieux comprendre les besoins réels au-delà des attentes exprimées.

TITRE en anglais

General practice : perceptions and expectations of patients in Reunion Island.

DISCIPLINE

Médecine générale.

MOTS-CLÉS

Médecine générale, perceptions, attentes, patients, médecin généraliste, satisfaction, Île de La Réunion.

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen, 146 rue Léo Saignat – 33 076 BORDEAUX CEDEX