HAL
open science

La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, côté patient. Étude qualitative par entretien semi-dirigés

Laëtitia Velly

To cite this version:

Laëtitia Velly. La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, côté patient. Étude qualitative par entretien semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01220552

HAL Id: dumas-01220552

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220552

Submitted on 26 Oct 2015

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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015 N° 66

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, coté patient. Etude qualitative par entretien semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement
le 23 juin 2015

Par

Laëtitia VELLY
Née le 2 décembre 1986 à Tours (37)

Dirigée par Mme Le Professeur Frédérique Noël

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury …….. Président
M. Le Professeur Jacques Pouchot
M. Le Docteur Philippe Prasteau

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

Remerciements

Au Professeur Philippe Jaury

Vous me faites l'honneur d'accepter cette présidence de jury de thèse, je vous en suis reconnaissante.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Merci également pour tout le temps et l'énergie que vous consacrez à la médecine générale.

Soyez assuré de ma considération et de mon profond respect.

Au Professeur Frédérique Noël

Vous avez accepté de superviser ce travail et vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous suis reconnaissante de m'avoir guidé pour la réalisation de cette thèse. Je vous remercie pour votre aide, vos nombreux conseils, votre disponibilité, votre gentillesse et votre soutient tout au long de ce travail.

Je vous remercie également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale et en particulier pour votre accompagnement, vos encouragements et votre dynamisme communicatif tout au long de mon internat.

Soyez assurée de ma gratitude et de ma plus grande estime.

Au Professeur Jacques Pouchot

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Je vous remercie de vous être intéressé à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon respect.

Au Docteur Philippe Prasteau

Vous avez très gentiment accepté de faire partie de ce jury.

Je ne pouvais imaginer la présentation de ce travail sans votre présence au sein de ce jury.

Vous avez été à l'initiative de ce projet.

Je vous remercie de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale. Vous m'en avez dévoilé toute sa spécificité et sa complexité. J'ai apprécié travailler à vos côtés.

Je vous remercie également pour votre entrain à la formation des internes de médecine générale et votre bienveillance.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de ma profonde estime.

Au Professeur Riou et au Professeur Hausfater,
Je vous remercie pour votre soutient et votre accompagnement durant ces années d'internat.
Je vous remercie également de me permettre de réaliser mes projets.
Soyez assurés de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Aux Professeurs Gendrel, Abadie, Chalumeau,
Aux Docteurs Burdin, Chaumette, Cervantes, Andronikof, Chary, Delerme, Josse, Chaloui, Priollet, Azria, Hubert, Briole,
A mes chefs de clinique et à mes assistants,
A tous les autres médecins,
Et aux équipes paramédicales que j'ai côtoyées durant mes études,
J'ai eu l'honneur de travailler avec vous et je vous remercie de m'avoir accompagné et de m'avoir permis d'évoluer tout au long de ma formation.

A mes parents,
Je vous remercie pour votre affection, votre présence et votre soutien sans faille durant ces longues années.
Merci de m'avoir permis de réaliser mes choix de vie.

A mes frères et à ma sœur,
Hélène, Guillaume et Damien je vous remercie pour votre soutient.
Merci pour ce que vous êtes, pour ces inoubliables moments partagés tous ensembles.
Merci de m'avoir supporté pendant ces longues et difficiles années d'études.

A Victor,
Je te remercie pour ton soutient, ton aide, ta patience et ton réconfort depuis plusieurs années.
Merci pour ton amour, tes attentions, ton sourire.
Merci pour tous ces moments déjà partagés ensemble et pour ceux à venir.
Merci d'être là.

A mon oncle, mes tantes, mes cousins et mes cousines,
Merci pour tous ces moments passés avec vous.

A Laëtitia, Sibylle, Alain, Clémentine, Audrey et aux autres amis rencontrés pendant ces années d'internat,
A Elodie, Stéphanie, Alice, et aux amis rencontrés pendant l'externat,
Merci pour votre bonne humeur, votre humour mais également votre aide et votre soutient.
Merci d'avoir partagés ensemble ces différents moments heureux, tristes ou parfois insolites.
Je garde également en souvenir nos nombreux éclats de rire…
Vous avez égayé par votre présence mes différents stages.

A tous mes co-internes, co-externes rencontrés pendant ces années d'études.

A Emilie, Pauline, Marie,
Merci pour ces longues années d'amitiés, malgré la distance. Je vous souhaite de réaliser tous vos rêves, même si je sais que plusieurs d'entre nous en ont déjà réalisé certains…

A Alice,
Je te remercie pour ta relecture assidue.

Je remercie à nouveau Sibylle,
Nous avons partagé ensemble cette aventure, renforçant encore un peu plus nos liens d'amitié.

Je remercie également tous les patients et les médecins ayant acceptés de participer à cette étude.

Et à tous ceux que j'oublie…

Sommaire

1- Introduction : 8

1.1- Avant-propos : 8

1.2- Contexte 9

2- Matériel et Méthode 12

2.1- La méthode : 12

2.1.1- Choix de la méthode qualitative : 12

2.1.2- La « Grounded Theory » : 13

2.1.3- Méthode adoptée : 13

2.1.4- Les entretiens : 14

2.1.5- Retranscription des données : 15

2.1.6- Le codage : 16

2.1.7- Analyse des données qualitatives : 17

2.2- Le matériel : 17

2.2.1- Recrutement des patients : 17

2.2.2- Réalisation de la grille d'entretien : 18

3- Résultats 21

3.1- Caractéristiques de la population : 21

3.2- Analyse des réponses au questionnaire : 22

3.3- Analyse thématique : 23

3.3.1- Les attentes des patients : 23

3.3.2- Un médecin qui se livre lors des consultations : 29

3.3.3- La relation médecin-patient, une relation complexe à multiples facettes 33

3.3.4- Le professionnel de santé 41

3.3.5- Le médecin « imaginaire » 45

3.3.6- Vécu, expériences et convictions : 47

3.4- Analyse transversale : 48

L'annexe 1 présente un résumé de l'analyse thématique. 48

4- Discussion : 49

4.1- La méthode : 49

4.2- Les attentes des patients : 50

4.2.1- Le bon médecin : 50

4.2.2- Les critères de satisfaction : 54

4.3- L'échange social : 55

4.3.1- Temps dédié à l'échange social : 55

4.3.2- Consultation centrée sur le patient : 57

4.3.3- L'échange social, base d'une relation de confiance : 59

4.4- La relation médecin-patient, une relation particulière : 59

4.4.1- relation amicale versus relation professionnelle : la bonne distance : 59

4.4.2- Relation client-prestataire de service : 61

4.5- Le médecin imaginaire : 62

4.5.1- Idéalisation du médecin et imaginaire du patient : 62

4.5.2- Un médecin désacralisé et humanisé : 63

4.6- Les compétences attendues : 64

4.6.1- Définition du médecin généraliste : 64

4.6.2- Les différentes compétences : 65

5- Conclusion : 68

6- Bibliographie : 71

7- Annexes : 77

1- Introduction :

1.1- Avant-propos :

Lors de mon semestre en stage ambulatoire de niveau 1 chez le praticien, j'ai découvert la prise en charge de patients, en dehors du contexte hospitalier.

Sortant du cadre habituel de ma formation initiale, j'ai dû m'exercer à cette pratique singulière et m'habituer à cette rencontre face à face initialement à 3, patient-médecin-interne, puis à 2, patient-interne, au sein d'un cabinet de médecine générale.

Lors des phases d'observation active et de supervision directe, j'ai constaté que la consultation médicale ne se réduisait pas à une prise en charge purement médicale, purement scientifique, mais qu'un certain nombre d'échanges non médicaux et parfois de nature privée avaient lieu entre le médecin et son patient, construisant la relation médecin-patient. Ces échanges acceptés et déclenchés de façon consciente ou inconsciente par le médecin, semblent être également désirés, attendus et parfois provoqués de façon volontaire ou non par le patient, espérant probablement percevoir ou découvrir des éléments de la vie privée de son médecin.

Cette observation s'accentuait lors des rencontres entre mon maître de stage et des patients qu'il suivait depuis de nombreuses années. Dès les premiers mots, dès les premières phrases, patient et médecin avaient l'air de bien se connaître, presque autant sur le plan médical que privé, provoquant parfois pour moi un sentiment d'exclusion, d'isolement pendant la consultation, me donnant l'impression de m'immiscer dans leur relation.

De cette constatation, plusieurs échanges et débats ont eu lieu avec mon maître de stage, soulevant plusieurs questions à ce sujet. Ainsi, nous est venue l'idée de réaliser un travail de thèse sur la survenue et la place des éléments de la vie privée du médecin généraliste pendant ses consultations, explorés et étudiés du point de vue des médecins ainsi que de celui des patients.

Cette étude, réalisée en coordination et collaboration avec Sibylle Jammal, a été divisée en 2 parties distinctes : côté patient et côté médecin.

Nous allons vous présenter, dans la suite de ce travail, les observations, résultats et analyses concernant la partie « patient ».

1.2- Contexte

Ce colloque singulier que constitue la rencontre du médecin et de son patient dans un cabinet de médecine générale fournit un cadre de relation remarquable, dédié à l'écoute singulière du patient, à la compréhension du contexte de vie. Il est à la base de la construction de la relation médecin-patient, construction nécessaire à l'élaboration d'une relation de confiance, indispensable à la qualité des soins (1).

Cette relation médecin-patient, très couramment décrite dans la littérature médicale, est un terme complexe caractérisant toute la particularité et la spécificité de la médecine générale. Elle a fait l'objet de nombreux travaux à ce sujet.

En 1927, un médecin américain, Dr Francis Peabody a émis l'hypothèse qu'un certain nombre de patients souffraient de troubles dont les causes organiques sont difficilement déterminables (2). Selon lui, seule une relation privilégiée du médecin avec son patient et une écoute attentive, peuvent permettre de déterminer les troubles émotionnels qui sont à l'origine du mal.

Plusieurs années après, Michael Balint a développé le concept du remède-médecin : « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même » (3). Selon lui, le médecin généraliste intervient directement par sa personnalité, son comportement et son ouverture au malade dans le processus thérapeutique.

En effet, même lorsque le médecin généraliste se sent dépourvu de toute ressource diagnostique ou thérapeutique, l'effet « remède-médecin » joue encore un rôle important dans les attentes et les demandes de leurs patients (4). Les paroles échangées, les questions posées, les différentes réponses apportées, ainsi que les divers gestes pratiqués sur le corps du malade démontrent et confirment l'attention que le médecin porte à son patient, pouvant parfois changer le cours ultérieur de la maladie.

Evidemment, la preuve de cette efficacité est difficile à mettre en évidence. Cependant, ces différentes attentions portées par le médecin généraliste dans le but de proposer une prise en charge optimale à ses patients, peuvent modifier le cours de la relation thérapeutique, en

apportant une aide relationnelle, parfois seule attente, seule demande du patient à son médecin.

De plus, comme l'a souligné E. Galam (5), le médecin généraliste est également le spécialiste des « maladies de la vie » liées aux difficultés familiales, affectives ou sociales, maladies non reconnues comme telles, mais ressenties et surmontées difficilement par certains patients, venu chercher aide, réconfort et empathie chez leur médecin.

Cette relation d'aide, caractérisant la relation médecin-patient a été explicitée par Carl Rogers (6). Elle se définie par une approche centrée sur la personne, où le médecin encourage et facilite l'expression des sentiments et des attitudes du patient, afin de mobiliser ses ressources intérieures plutôt que de lui soumettre immédiatement des solutions de l'extérieur.

Selon Porter (7), six attitudes permettent d'aider à construire cette relation. Il existe cinq attitudes négatives qui ne doivent pas interférer dans le discours du médecin, pouvant engendrer une perte de la liberté dans la communication, l'expression du patient : le conseil, le jugement, le support, l'enquête, l'interprétation. La dernière attitude, positive, améliorant la qualité de la relation médecin-patient est l'empathie.

Chaque médecin, en fonction de ses connaissances médicales, de son vécu, de ses expériences, de ses convictions, de sa personnalité façonne ses qualités d'empathie, ses attitudes et le type de relation qu'il souhaite développer et construire avec chacun de ses patients, s'adaptant également à la personnalité et aux attentes de chaque patient. Aussi, le médecin doit chercher à adapter le type de relation en fonction des circonstances.
Le médecin généraliste se différencie ainsi des autres médecins par cette personnalisation des soins. Ainsi, la World Organization of National Colleges of Family Doctors ou WONCA a utilisé le terme « personnalisation » en définissant, en 2002, la médecine générale comme un mode de consultation personnalisée via une relation médecin-patient privilégiée (8).

Mais pourquoi s'intéresser aux attributs de la vie privée du médecin généraliste ?
En effet, la personnalité, le vécu, les convictions du médecin façonnent son comportement, ses attitudes, son empathie pendant les consultations, influençant la relation médecin-patient, se répercutant ainsi sur la prise en charge de ses patients. De surcroît, les patients semblent être attentifs aux détails concernant la vie privée de leur médecin et désireux de les découvrir.

De nombreuses études s’intéressent à la relation médecin-patient mais peu abordent l’influence de la vie privée du médecin dans cette relation, particulièrement du côté des patients.

Cependant, une étude récente a abordé ce sujet en étudiant l’impact des profils Facebook sur la relation médecin-patient (9). Elle a observé que certains patients accédaient aux profils Facebook de leur médecin. Les profils manquant de protection sur les données personnelles et dévoilant des informations privées, divulguant ainsi des éléments de la vie privée du médecin modifiaient les rapports et par conséquent la relation médecin-patient.

L’objet de notre travail est d’analyser, du point de vue des patients, comment les attributs de la vie privée du médecin surviennent pendant la consultation, dans quels buts ils interviennent, quelle importance les patients y accordent, et comment ces éléments de vie privée peuvent modifier la relation médecin-patient.

2- Matériel et Méthode

2.1- La méthode :

2.1.1- Choix de la méthode qualitative :

Les méthodes d'analyses classiques, quantitatives, qu'elles soient statistiques, épidémiologiques ou encore faisant partie des sciences expérimentales, permettent de quantifier des données mais sont peu en mesure de les expliquer.

Les études qualitatives cherchent à comprendre les phénomènes sociaux, comment les hommes pensent, parlent et agissent, dans un contexte ou une situation. Elles permettent d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements, les expériences personnelles des sujets. Elles n'analysent pas les corrélations statistiques, mais les mécanismes sous-jacents aux comportements et l'interprétation que les acteurs fonts de leurs propres comportements (10). Elles ne cherchent pas la représentativité mais la diversité des mécanismes. Elles contribuent donc à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets, et des interactions entre eux (11).

Les études quantitatives et qualitatives sont complémentaires. La recherche qualitative fournit un certain nombre de catégories et d'hypothèses à la recherche quantitative. Cette dernière prend le relai pour approfondir, découvrir les faits et les tester (12).

La recherche qualitative est donc particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet une compréhension de la santé, des comportements des acteurs du système de santé ainsi que des déterminants des soins.

Elle est également très utilisée dans le domaine des sciences sociales et du marketing, où elle a été très largement développée.

2.1.2- La « Grounded Theory » :

La théorie ancrée ou « Grounded Theory » est une méthode de recherche issue des sciences humaines et sociales. Elle a été développée par deux sociologues américains : Barney G. Glaser et Anselm A. Strauss.

Elle vise à construire des théories à partir des données du terrain que le chercheur a collecté, et non pas à partir d'hypothèses prédéterminées (12). Cette méthode renverse les relations entre données, hypothèses et théorie, et met l'accent sur l'observation. La démarche n'est plus hypothético-déductive mais inductive.

Elle a ensuite été redéfinie et précisée par Paillé (13), Luckerhoff et Guillemette (14), Strauss et Corbin (15) , comme un mode d'analyse des données qui vise à faire émerger les catégories, à dégager la signification d'une situation pour lier, dans un schéma explicatif, les divers éléments d'un phénomène . Ils insistent sur la conduite d'entretiens et l'analyse de discours ou de contenu. De plus, ils soulignent l'importance des données secondaires, qui avaient été négligées dans la première approche faite par Glaser et Strauss (13).

2.1.3- Méthode adoptée :

Notre travail de recherche porte sur l'analyse des comportements, des sentiments, des attentes des patients et des médecins. A ce titre, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative.

De plus, notre démarche étant inductive, interprétative, allant de l'observation à l'hypothèse, nous souhaitions que les hypothèses de travail ne se précisent qu'au fur et à mesure de la collecte des données. Pour cette raison, la méthode la plus adaptée semblait être celle de l'entretien.

Le prochain chapitre sera donc consacré à l'explication de la méthode par entretien.

2.1.4- Les entretiens :

2.1.4.1- Choix de la méthode :

Comme l'a énoncé Durkheim « le social s'explique par le social », ainsi nous avons choisi de recueillir des données verbales, en interaction directe avec la population étudiée.

En sciences humaines et sociales, il existe quatre grands types de méthodes : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien. Seuls deux d'entre elles produisent des données verbales : le questionnaire et l'entretien (16).

Pourquoi s'orienter vers la méthode de l'entretien plutôt que celle du questionnaire ?

Le choix réside dans le type de donnée recherchée. L'entretien est choisi lorsque l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider du système de cohérence interne des informations recherchées. Il n'existe aucun préjugé, aucun classement, a priori. Il fait produire un discours dans un contexte défini. L'entretien répond aux « comment », démontre la logique d'une action, son principe de fonctionnement (16).

Au contraire, le questionnaire est choisi lorsque le monde de référence est connu, ou qu'il n'existe aucun doute sur le système interne de cohérence des informations recherchées. Il impose un choix préalable des facteurs discriminants. Le questionnaire répond aux « pourquoi » et permet d'établir un lien de causalité probable entre les caractéristiques descriptives et les comportements (16).

2.1.4.2- L'entretien semi-dirigé :

Il existe plusieurs type d'entretiens : libre, semi-dirigé, dirigé.

Notre étude a été réalisée par entretien semi-dirigé. L'avantage de cette méthode est de permettre un discours libre, laissant une expression libre et non orientée, pour influencer le moins possible l'interviewé au niveau de ses opinions, attitudes, pensées mais permet à l'intervieweur de disposer d'un « aide-mémoire » des différents thèmes à aborder (17).

Une liste de questions ou de thèmes a donc été préétablie.

L'ordre et les formulations peuvent différer d'un entretien à l'autre, s'adaptant au discours et aux thèmes abordés par l'interviewé.

2.1.4.3- Enregistrement des entretiens et mis en œuvre :

Afin de nous affranchir d'une barrière dans la communication, de mieux contrôler l'entretien et l'interprétation des données, nos entretiens ont été enregistré sur dictaphone numérique (18), modèle OLYMPUS VN-731P. En effet, la technique de « prise de note » provoque un obstacle à la communication, diminue l'attention apportée à l'entretien, et ne restitue pas toutes les données émises par l'interviewé.

Afin d'obtenir un discours productif, nous avons mis en œuvre plusieurs stratégies durant les entretiens :

-Une stratégie d'écoute, visant à produire des hypothèses, à imaginer ses prochaines interventions en fonction du discours émis par l'interviewé, pour une meilleur interaction.

-Une stratégie d'intervention, visant soit à introduire de nouveaux thèmes par le biais d'une liste de questions pré établies, soit à relancer ou contredire l'interviewé pour approfondir certains thèmes (16).

Nous avons mené les entretiens, Sibylle Jammal et moi-même, directement chez les patients ou en les recevant chez nous, en fonction de leurs disponibilités.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

2.1.5- Retranscription des données :

La retranscription des données consiste à faire l'inventaire des informations recueillies en les mettant en forme par écrit.

On considère qu'une analyse rigoureuse des entretiens n'est possible que si la transcription l'est également (19).

Le texte obtenu, appelé « verbatim », constitue les données brutes de l'enquête.

Les entretiens ont été retranscrits manuellement, de façon exhaustive, mot à mot, sans en changer le texte, sur un fichier Word. Les répétitions, les incorrections et toutes les marques relâchées du langage oral ont été respectés. Afin d'enrichir les informations, les comportements gestuels, les silences, les hésitations ont été également noté (16).

2.1.6- Le codage :

Nous avons employé la méthode du codage ouvert, en double aveugle.

En effet, aucune grille d'analyse n'a été prédéfinie. Le codage a été conduit selon une procédure ouverte et inductive. Les sous-catégories d'analyse se sont dévoilées au fur et à mesure de l'analyse et de la collecte des données (20).

Dans un premier temps, nous avons défini des sous-catégories en analysant deux entretiens patients et deux entretiens médecins, en fonction des différents thèmes abordés, permettant de réaliser une première grille d'analyse.

Cela a consisté à coder entièrement le texte en unités minimales de signification, par analyse syntaxique (phrases ou morceaux de phrase), définissant les sous-catégories.

Dans un second temps, nous avons codé l'ensemble des entretiens, en fonction des sous catégories définies précédemment, et en mettant en évidence de nouvelles sous-catégories. C'est le « codage ouvert » (21).

Nous avons ensuite regroupé les sous-catégories en catégories plus larges, faisant ressortir les idées centrales (22). C'est ce qu'on appelle le « codage axial » (21).

Chaque entretien a ainsi été codé, en double aveugle, puis retravaillé ensemble, en discutant du codage de certaines unités minimales de signification, soit oubliées, soit interprétées à tort, afin d'accroître la précision de notre analyse.

Cette phase nous a également permis de révéler l'épuisement des idées, la « saturation » et donc de définir l'arrêt des entretiens.

2.1.7- Analyse des données qualitatives :

Une analyse thématique des données a été réalisée (16).

L'analyse thématique des données qualitatives consiste à étudier les idées des participants, les mots qu'ils utilisent, le sens qu'ils leur donnent et leurs réactions.

Elle a été menée sur une démarche itérative, réalisant un va-et-vient entre les informations recueillies et l'analyse, dans le but de s'approprier les verbatim, de prendre de la distance face aux informations, pour en comprendre le sens et creuser les idées, de manière à mettre en évidence les hypothèses de travail (20).

2.2- Le matériel :

2.2.1- Recrutement des patients :

Les patients ont été recrutés par effet « boule de neige ». Les premiers patients ont été sélectionnés dans notre entourage ou voisinage. Puis les patients suivants ont été recrutés par le biais des précédents, et ainsi de suite.

- Critère d'inclusion : patients majeurs ayant un médecin généraliste, l'ayant vu au moins 3 fois au cours de sa vie, et gardant un suivi avec ce médecin.

- Nombre de patients recrutés : définis par la saturation des données

En milieu de parcours, un tableau descriptif de la population a été réalisé, afin de choisir les futurs entretiens au niveau des tranches d'âges et du sexe, dans le but d'obtenir une population la plus diverse possible.

La population à étudier doit être la plus largement échantillonnée de manière à explorer la plus grande diversité possible du thème étudié, source de la richesse des données.

L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais de constituer un échantillon permettant la compréhension du thème de recherche (18).

Dans un souci d'anonymat, les patients sont nommés par numéro.

2.2.2- Réalisation de la grille d'entretien :

2.2.2.1- Entretien test :

Un premier questionnaire a été élaboré à partir de notre expérience personnelle et de la bibliographie réalisée sur le thème.

Il a été testé sur 2 patients. Les entretiens n'ont pas été enregistrés, le but étant de développer le questionnaire.

2.2.2.2- Grille d'entretien définitive :

Une fois les entretiens test réalisés, une grille d'entretien a été définie :

- Descriptif de la population interrogée :

- Quelle est votre tranche d'âge ?
- Votre lieu de vie ?
- Votre contexte familial ?
- Votre métier ?

- Questions :

- Avez-vous un médecin traitant ?
- Quelle est pour vous l'importance de la relation avec votre médecin traitant ? Est-il important d'aborder d'autres sujets que celui de votre santé avec votre médecin traitant ?
- Que pouvez-vous me dire sur votre médecin traitant ? Sa personnalité ?
- Quel est votre ressenti sur la vie privée de votre médecin ? Se livre-t-il lors des consultations?
- Pensez-vous qu'il est important de connaître une partie de la vie privée de votre médecin ? Pourquoi ?
- Que tolérez-vous ou que ne supportez-vous pas dans la personnalité de votre médecin ? De sa vie privée ?

- Pensez-vous qu'il est normal qu'un médecin affiche ses convictions politiques ? Ses convictions religieuses ? Qu'il puisse exprimer ses convictions personnelles lors d'une de vos consultations ?

- Votre médecin traitant affiche-t-il ou exprime-t-il ses convictions ?

- Cherchez-vous à connaître des éléments de sa vie privée en lui posant des questions ? En faisant des recherches internet ? Via Facebook ? Dans quels buts ?

- Pensez-vous que connaître votre médecin améliore votre confiance en lui ?

Avant de débuter chaque entretien, une formulation très évasive du sujet d'étude était présentée aux participants. Nous sommes restées très évasives afin de ne pas les influencer.

« Nous faisons un travail de thèse sur la relation médecin-patient. Nous souhaitons vous poser quelques questions au sujet de cette relation entre médecin et patient »

2.2.2.3- Grille d'entretien améliorée :

En milieu de parcours, après un début d'analyse des premiers entretiens réalisés, des améliorations à la grille d'entretien ont été effectuées.

Cela avait pour but de mieux exploiter certains thèmes, ou d'ouvrir le discours à d'autres thèmes rencontrés.

Nouvelle grille d'entretien :

- Descriptif de la population interrogée :

- Quelle est votre tranche d'âge ?

- Votre lieu de vie ?

- Votre contexte familial ?

- Votre métier ?

- Questions :

- Avez-vous un médecin traitant? L'avez-vous vu au moins 2-3 fois au cours des 5 dernières années?
- Avez-vous déjà changé de médecin traitant?
- Qu'est-ce que pour vous la relation médecin - patient? Comment vous la définiriez?
- Quelle est pour vous l'importance de la relation avec votre médecin traitant ?
- Parfois, à partir d'un sujet médical, on est amené à parler d'autres sujets que celui de la santé avec son médecin. Est-ce important pour vous?
- Que pouvez-vous me dire sur votre médecin traitant ? Sa personnalité ?
- Quel est votre ressenti sur la vie privée de votre médecin ? Se livre-t-il lors des consultations?
- Pensez-vous qu'il est important de connaître une partie de la vie privée de votre médecin ? Pourquoi ?
- Que tolérez-vous ou que ne supportez-vous pas dans la personnalité de votre médecin ? De sa vie privée ?
- Pensez-vous qu'il est normal qu'un médecin affiche ses convictions politiques ? Ses convictions religieuses ? Qu'il puisse exprimer ses convictions personnelles lors d'une de vos consultations ?
- Votre médecin traitant affiche-t-il ou exprime-t-il ses convictions ?
- Cherchez-vous à connaître des éléments de sa vie privée en lui posant des questions ? En faisant des recherches internet ? Via Facebook ? Dans quels buts ?
- Pensez-vous que connaître votre médecin améliore votre confiance en lui ?
- Si vous appreniez que votre médecin trompe son conjoint, seriez-vous amené à changer de médecin ? Et s'il soignait mal ses parents ?
- Autre chose à ajouter sur la vie privée du médecin et son influence dans la relation médecin-patient ?

3- Résultats

3.1- Caractéristiques de la population :

Au total, 20 patients ont été interviewés du 01/10/2014 au 31/01/2015.

Le tableau suivant décrit leurs principales caractéristiques : sexe, âge, ville et département de résidence, état matrimonial, nombre d'enfants, et enfin catégorie socioprofessionnelle.

Entretiens	Sexe	Age	Zone de résidence	Département	Etat matrimonial	Enfants	CSP
n°1	F	27	Paris	75	Célibataire	0	3
n°2	H	27	Le Plessis Robinson	92	Union libre	2	3
n°3	F	47	Paris	75	Mariée	0	3
n°4	F	49	La Roche sur Yon	85	Union libre	4	3
n°5	H	82	Paris	75	Veuf	3	7
n°6	F	64	Saint Jean le Blanc	45	Veuve	2	4
n°7	F	38	Mennecy	91	Union libre	3	4
n°8	H	71	Saint Denis en Val	45	Marié	2	7
n°9	F	69	Saint Jean Le Blanc	45	Mariée	2	7
n°10	F	60	Tours	37	Union libre	1	5
n°11	F	64	Saint Jean le Blanc	45	Mariée	2	7
n°12	H	52	Saint Jean le Blanc	45	Marié	2	5
n°13	H	70	Orléans	45	Marié	2	7
n°14	H	27	Paris	75	Marié	0	4
n°15	H	58	Chambourcy	78	Marié	2	4
n°16	H	62	Chambourcy	78	Marié	2	3
n°17	H	75	Paris	75	Marié	1	7
n°18	F	78	Paris	75	Veuve	2	7
n°19	H	27	Paris	75	Marié	0	5
n°20	F	28	Vanves	92	Célibataire	0	5

Tableau 1: Caractéristiques des patients

10 femmes et 10 hommes ont participé à l'étude. Leurs âges étaient compris entre 27 et 82 ans.

La majorité des interviewés habitent en zone urbaine, et certains d'entre eux vivent en zone péri-urbaine.

16 patients vivent en couple, 2 sont veufs et 2 sont célibataires. 15 d'entre eux ont des enfants.

Nous avons également fait apparaître leur catégorie socioprofessionnelle (CSP), déterminant important dans la production du discours et l'analyse des entretiens.
Ils ont été classés selon la nomenclature INSEE mise à jour en 2003, selon le niveau le plus agrégé, regroupant 8 groupes socioprofessionnels.
Ci-dessous, vous sont présentées les différentes catégories socioprofessionnelles.

CODE	Liste des catégories socioprofessionnelles
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

Figure 1: Les catégories socioprofessionnelles

3.2- Analyse des réponses au questionnaire :

Avant de développer l'analyse thématique liée aux entretiens patients, nous souhaitions vous présenter les résultats liés aux quelques questions fermées du questionnaire. Ces questions ont eu pour but d'ouvrir la discussion sur différents thèmes abordés dans le questionnaire.

A la question « Est-il important d'aborder d'autres sujets que celui de votre santé avec votre médecin traitant ? », 13 patients ont répondu OUI et seulement 7 patients ont répondu NON.

A la question « Pensez-vous normal qu'il puisse exprimer ses convictions personnelles (religieuses ou politiques) lors d'une de vos consultations ? », la majorité des patients (18 contre 2) pensent qu'il ne doit pas exprimer ses convictions, qu'elles soient politiques ou religieuses.

A la question « Cherchez- vous à connaître des éléments de sa vie privée en lui posant des questions? En faisant des recherches internet ? Via Facebook ? », tous les patients ont répondu négativement.

A la question « Si vous appreniez que votre médecin trompe son conjoint, seriez-vous amené à changer de médecin? Et s'il soignait mal ses parents? », 17 patients ont répondu NON en expliquant séparer vie privée/compétences et vie professionnelle du médecin, 2 patients ont répondu OUI et 1 patient a répondu NON au sujet de sa vie privée, mais tout en répondant OUI au sujet des soins liés à ses parents, expliquant que cela signifiait que le médecin était incompétent.

3.3- Analyse thématique :

Grâce à l'analyse thématique des entretiens patients, nous avons mise en évidence différentes hypothèses de travail que nous avons regroupées en catégories et sous-catégories.

Les résultats vous sont présentés par catégories, regroupés par thème grâce aux titres, en citant les passages semblant les plus intéressants, les plus marquants ou les plus inattendus pour illustrer nos propos.

3.3.1- Les attentes des patients :

3.3.1.1- Le médecin idéal :

Au fur et à mesure des entretiens, les patients ont érigé le portrait du médecin idéal à leurs yeux.

La majorité des patients souhaitent, par ordre d'importance:

- en première qualité, un médecin qui soit compétent :

Cette qualité a été citée par tous les patients. Pour eux, la compétence contribue à la confiance qu'ils peuvent avoir en leur médecin traitant. Cette notion de compétence est également associée au fait que le médecin reconnaisse ses limites, et sache passer la main au spécialiste.

- Entretien 16 *: « C'est la relation de confiance et de compétence, je l'ai choisie pour ça. Et effectivement, j'ai entièrement confiance en elle, lorsqu'elle me redirige vers un spécialiste, à un moment donné, elle ne peut plus me traiter et passe la main à quelqu'un d'autre. »*

- Entretien 18 : *« Et puis la compétence, tant qu'à faire. Parce que si elle passe à côté de tout ce qu'on a, c'est pas la peine. »*

Certains patients sont allés jusqu'à définir le médecin idéal par la seule notion de compétence, trouvant les autres qualités superflues.

- Entretien 1 : *« Je lui demande juste d'être compétent. »*

- Un médecin qui soit à l'écoute :

Plus de la moitié des patients ont évoqué souhaiter avoir un médecin qui soit à l'écoute, condition sine qua non au bon déroulement de la consultation.

- Entretien 15 : *« Elle est à l'écoute, c'est une des premières qualités qu'on demande. »*

Quelques patients ont séparés deux compétences professionnelles du généraliste : la compétence médicale et la compétence relationnelle.

- Entretien 11 : *« J'ai besoin de parler avec mon médecin, et je sais qu'elle m'écoute. Ça fait partie de son métier. »*

- Un médecin qui soit neutre :

La neutralité est pour eux une condition essentielle à une bonne relation médecin-patient, permettant d'établir une relation de confiance, de pouvoir « se sentir à l'aise ».

- Entretien 15 *: « Ca me met mal à l'aise. La neutralité politique comme religieuse. »*

- Un médecin qui soit également ordonné :

Dans tous les entretiens, les patients ont insisté sur le rangement et la propreté du cabinet. Par interprétation de ce résultat, le souhait d'être dans un endroit ordonné implique certainement que le médecin soit lui-même ordonné.

- Entretien 11 : *« Comme c'est bien rangé, ça va. »*

- Un médecin qui soit compréhensif :

- Entretien 6 : *« Donc en fait, il m'a rendu ce service, pour m'aider avec mon fils, et après j'ai envoyé les conseils à mon fils. Il est très compréhensif et amical de ce côté-là. Il a vu mon inquiétude et bon… voilà. »*

Dans beaucoup d'entretiens, comme dans cette citation, le médecin généraliste apparaît comme un médecin de famille, assurant un suivi. Nous reverrons cette notion dans un chapitre ultérieur.

- Un médecin qui soit bienveillant :

- Entretien 3 : *« Surtout si c'est lui qui me pose des questions sur ma vie, prend des nouvelles de mes enfants, ça veut dire qu'il fait attention à moi.* »

- Un médecin qui soit réassurant :

- Entretien 3 : *« Mon médecin m'a bien aidé, et m'a rassuré. {…] C'est important, même si ce n'est pas toujours très médical, très scientifique.*

Cette citation relève le désir d'être réassuré par son médecin, que ce soit d'un point de vue médical ou non. En effet, beaucoup de patients expliquent venir voir leur médecin pour des raisons médicales ou non, recherchant aussi des conseils autres que « scientifiques ». Le médecin joue également le rôle de conseiller.

Quelques patients souhaitent également :

- Un médecin qui soit attentif à leurs besoins :

En effet, ils ne veulent pas d'un médecin inattentif, ne faisant pas attention à leur bien-être et à leurs demandes.

- Entretien 7: « *Il fait pas trop attention à ce que je lui demande*.»

3.3.1.2- Apparence du médecin :

- Propreté :

La propreté est un thème cité par tous les interviewés.

- Entretien 10 : « *Ce qui compte, c'est qu'il soit propre.* »
- Entretien 4 : « *C'est neutre et propre, ça donne confiance.* »

- Bien habillé :

La majorité des patients souhaitent avoir un médecin plutôt bien habillé, mais sans être trop chic, créant pour eux, une barrière dans la relation avec le médecin.
Au contraire, un médecin mal habillé, donc non respectueux envers eux, serait un élément de perte de confiance.

- Entretien 3 : *« C'est très important qu'il soit bien habillé. Un médecin qui serait en basket, ça n'inspirerait pas confiance. Après, qu'il soit en jean-polo ou mieux habillé, ça ne me dérange pas. Faut juste qu'il soit bien habillé et propre. »*
- Entretien 7 : *« C'est toujours mieux si il est bien habillé. Sinon on se pose des questions quand même. J'aurai un peu peur d'un médecin si il fait des consultations en jogging (Rire). Mais il n'a pas besoin de s'habiller trop chic non plus. »*

- Respect du patient :

Le seul vrai critère pour eux, étant finalement une apparence respectueuse envers le patient.

- Entretien 4 : *« Si il était crado, j'aurais des doutes. Enfin, c'est pas agréable de se faire ausculter par quelqu'un de crado. Après, si il était BCBG, en costard-cravate, ou en jean polo, ça ne changerait rien. »*

- Un médecin fidèle à lui-même :

Ils insistent également sur le fait que le médecin doit rester fidèle à lui-même, sans en faire trop de peur de tomber dans le déguisement, ni pas assez.
En restant lui-même, le patient se sent plus proche de son médecin, facilitant les échanges et les confidences lors des consultations.

- Entretien 5 *: « Je pense qu'il doit rester lui-même.* »
- Entretien 7 : *« Faut rester simple. Sinon on n'est pas à l'aise, et là pour le coup, ça peut mettre trop de distance entre nous deux. J'aimerais pas voir un médecin en costard-cravate, je me sentirai pas forcément à l'aise, j'aurai peur de poser certaines questions sûrement. »*
- Entretien 9 : *« Il faut juste qu'il s'habille assez bien, sans trop changer ses habitudes. »*

3.3.1.3- Accessibilité aux soins :

- Disponibilité du médecin :

La disponibilité du médecin est une des principales attentes des patients.

- Entretien 6 : *« La disponibilité est vraiment importante. »*
- Entretien 17 : *« Mon médecin traitant, sa plus grande qualité, ça a été sa disponibilité. »*
- Entretien 18 *: « La disponibilité, parce que si c'est quelqu'un qu'on peut jamais voir, c'est pas la peine, et c'est déjà beaucoup. »*

- Durée de la consultation :

Le temps dédié à la consultation est important aux yeux des patients, se sentant plus écouté et augmentant donc la satisfaction des patients. Mais nous verrons plus tard, qu'ils reconnaissent également la difficulté du planning des médecins.

- Entretien 6 : *« Il me consacre vraiment du temps, et ça c'est important. »*

- Argument de lieu :

Presque la moitié des patients ont expliqué avoir dû changer de médecin lors de leur déménagement.

- Entretien 8 : *« J'ai changé plusieurs fois. Mais c'est parce que j'ai déménagé plusieurs fois, donc forcément… »*
- Entretien 9 *: « En fait, j'ai changé à chaque fois que j'ai dû déménager ».*

Mais certains d'entre eux ont tout de même choisi de le garder, malgré la distance.

- Entretien 19 : *« Je vais le voir. J'habite plus dans le même quartier que lui, mais je vais toujours le voir lui, déjà parce que c'est le médecin traitant, ensuite parce qu'il a tout l'historique de ma santé et celle de ma famille donc c'est important. »*

Les patients semblent donc être fidèles à leur médecin traitant, se sentant obligés de changer de médecin lorsque la distance se fait trop longue.

3.3.1.4- Consultation centrée sur le patient :

- Un temps uniquement dédié au patient :

La majorité des patients insistent sur le fait qu'ils sont venus se faire soigner, se confier et non écouter les anecdotes, aventures ou confessions de leur médecin.

- Entretien 2 : *« Je viens la consulter et ce n'est pas le contraire. Je viens parce que je suis malade et que je veux qu'elle me soigne. Donc on n'a pas besoin de se raconter nos vies »*
- Entretien 15 : *« Mais je trouve ça très bien, elle ne parle pas d'elle, on est là pour nous. Donc, c'est cette discrétion qui est appréciable. »*

Le médecin est là, centré sur eux afin de mieux les soigner, les aider, les conseiller le temps de la consultation.

- Entretien 10 : *« Le médecin, il est là pour nous, pour nous aider, pour nous soigner. »*
- Entretien 16 : *« J'apprécie beaucoup cette attitude. Elle est à vous pendant 15, 20, 25 minutes. »*

- La reconnaissance du patient comme personnalité à part entière :

Le patients revendiquent vouloir être pris en charge comme une personnalité à part entière.

- Entretien 3 : *« Je ne suis pas une patiente, mais sa patiente. C'est important pour moi.»*
- Entretien 6 : *«Le temps qu'il passe avec moi, le temps où je peux tout lui dire, et bah j'ai l'impression d'être vraiment quelqu'un quoi. Je ne suis pas un numéro, qu'il traite à la chaîne. »*
- Entretien 7 : *« Comme ça, on n'est pas un patient lambda. »*

Ils souhaitent avoir une consultation personnalisée avec leur médecin, et ne veulent pas de consultations à la chaîne.

- Entretien 19 : *« Je trouve ça un peu impersonnel. »*

<u>3.3.2- Un médecin qui se livre lors des consultations :</u>

3.3.2.1- L'échange social:

- La notion d'échange social : banalités /nouvelles/actualités

L'échange social correspond aux échanges non médicaux qui s'intègrent dans la conversation. Dans les différents entretiens, trois notions ont très souvent étaient utilisées :
Les banalités, correspondant aux échanges, sans importance, sur les faits de la vie quotidienne.
Les nouvelles, correspondant aux renseignements que l'on peut prendre au sujet de quelqu'un.
Les actualités, correspondant aux évènements récents.

- Entretien 5 : *« Il faut aussi pouvoir échanger. Même déborder un peu, quelquefois, du médical. […} Il nous est arrivé, quand il a le temps bien sûr, qu'on aborde un sujet, comme ça, un peu au hasard, d'actualité ou autre. {…} On peut comme on peut poser des questions à certaines connaissances, comme nos voisins, même si ce ne sont pas nos amis, juste des connaissances.»*
- Entretien 10 : *« Pour moi, ça fait partie aussi de mon rendez-vous avec le médecin. Ça me fait du bien de parler avec lui. Et on peut parler de tout. {…} On parle de vacances, de ce qui se passe en ce moment au niveau de l'actualité. »*
- Entretien 13 : *« De parler de tout et de rien. De prendre des nouvelles. C'est important pour se faire confiance mutuellement. »*

Plus de deux tiers des patients interrogés accordent de l'importance à ces échanges « non médicaux ». Ils sont pour eux nécessaire à la construction de la relation avec leur médecin, à la construction d'une relation de confiance.

- Echange social initié par le patient :

La presque totalité des patients ont insisté sur le fait que les échanges devaient être initiés par eux, au risque sinon d'être considérés comme inadaptés.

- Entretien 2 : *« -Est-ce qu'il peut arriver, en consultation que ton médecin exprime ses convictions personnelles avec toi ? - Bah, si c'est moi qui… enfin. Si ce n'est pas moi qui lui invite, non. Ça serait déplacé. Par contre, si c'est moi qui emmène un sujet, pourquoi pas. Pour qu'il y ait un débat. Mais après, ça doit pas venir de lui »*
- Entretien 19 : *« Si on a une conversation personnelle et qu'on échange, si j'ai décidé d'engager une conversation, je m'attends à un échange et qu'il me dise ses convictions, mais je ne veux pas que ce soit « gratuit », dans l'attaque. Il faut qu'il y ait un contexte. »*

Un médecin doit normalement rester neutre, sauf si il est invité par le patient, à donner son avis.

- Entretien 3 : *« Il est censé rester neutre, donc il ne doit pas afficher ses convictions. Après, si c'est moi qui lui pose des questions et que ça a débouché à un débat politique, c'est différent. »*

- Temps dédié à l'échange social :

Les échanges ont été caractérisés comme apparaissant le plus souvent en fin de consultation, et durant peu de temps par rapport au temps médical.

- Entretien 9 : *« Soit au début ou à la fin de la consultation. Enfin, plus souvent en fin de consultation et si il a le temps. »*
- Entretien 17 : *« Et de toute façon, ce sont des conversations qui ne durent jamais longtemps. »*
- Entretien 18 *: « C'est toujours à la fin, parce qu'il y a un moment où on se dit au revoir et « au fait ceci ou cela… » {…} Elle ne dit pas ça d'entrée. C'est souvent à la fin, quand la consultation est finie et qu'on donne un peu de ses nouvelles. »*

- Les limites à l'échange social :

Selon les interviewés, l'échange social ne doit pas prendre le dessus sur le temps médical et ne doit pas conduire à du prosélytisme. Ces échanges doivent être contrôlé par le médecin, s'exposant sinon au risque de mettre « mal à l'aise le patient », le mettant parfois dans une situation inconfortable.

- Entretien 5 : *« Faut se méfier dans ses métiers là, de ne pas aborder ce genre de sujets. Ça peut gêner. C'est pas simple. On peut exprimer une opinion sur un fait quelconque mais il ne faut pas aller trop loin. Donc parler de politique ou de religion, non. »*
- Entretien 15 : *« Je pense que si à un moment, on a une conversation, on parle des remboursements etc… on peut être amené à dire un petit mot, sur l'état actuel qui est pas facile, que les remboursements sont moindres etc…On peut dire un petit mot, mais ca vient au cours d'une conversation, et ça ne prend pas le dessus »*

3.3.2.2- Vie quotidienne du médecin :

Nous retrouvons, dans la totalité des entretiens, une description succincte de la vie privée du médecin, révélant avant tout son statut marital, ses enfants, ses hobbies, ses vacances, et parfois sa zone de résidence.
Rares sont les patients connaissant une grande partie de la vie privée de leur médecin généraliste.

- Etat matrimonial et enfants :

- Entretien 1 : *« Je sais qu'elle est mariée et qu'elle a un bébé. »*
- Entretien 16 : *« Je sais qu'elle a une fille qui est partie, qui est ingénieur agronome, l'autre qui est ingénieur, je ne sais plus dans quel domaine. Son mari est à coté, il est podologue. »*

- Hobbies et vacances :

- Entretien 5 : *« De temps en temps, je lui demande aussi. Je sais où il est parti en vacances par exemple. {..} C'est un monsieur, qui bon, qui voyage beaucoup pendant ses vacances.»*
- Entretien 6 : *« Je sais qu'il est un peu sportif ».*
- Entretien 10 : *« Il est assez sportif apparemment. Il participe souvent à de courses. »*
- Entretien 12 : *« C'est un chasseur. »*

- Zone de résidence :

- Entretien 8 : *« Ils vivent à Mennecy »*
- Entretien 12 : *« Je le connais un tout petit peu. C'est parce que je le croise aussi car il vit pas très loin de la maison. »*

3.3.2.3- Un médecin « conseiller » :

- Les exemples de sa vie privée :

Dans l'intention de conseiller ses patients, le médecin se livre plus ou moins intentionnellement à eux, au sujet de sa vie privée, d'après les interviewés.

- Entretien 3 : *« Si je lui demande des conseils, en dehors de problème de santé, il me répond et me raconte parfois des moments de sa vie en rapport à mes questions. »*
- Entretien 7 : *« Il me donne des conseils pour mes enfants quand il y a un truc qui va pas, ou juste quand ils sont malades, car lui aussi à des enfants. C'est pratique. »*
- Entretien 10 : *« Je ne me rappelle plus trop, mais effectivement, ça arrive qu'il me donne des conseils quand il a eu le même problème. »*

3.3.2.4- Les barrières :

Cependant, nous observons que les médecins protègent leur vie privée, en mettant des barrières entre vie privée et vie professionnelle. Cette notion sera plus largement retrouvée dans les entretiens médecins.

- Entretien 5 : *« Il ne se livre pas beaucoup sur sa vie privée. »*

3.3.3- La relation médecin-patient, une relation complexe à multiples facettes

3.3.3.1- Bienveillance envers le médecin :

- Respect de la vie privée du médecin :

Les patients défendent le respect de la vie privée de leur médecin. Ils disent ne pas vouloir être indiscret, ne pas s'immiscer dans la vie privée de leur médecin.

- Entretien 4 : *« Mais à la fois, qu'il m'en dise plus ou qu'il m'en dise moins, je ne vais pas chercher à savoir. […} - Est-ce que votre médecin exprime ses convictions religieuses ? - Ah alors là non, j'ai aucune idée de ce qu'il est. Tiens faudra que je lui demande… (Rire) »*
- Entretien 7 : *« Il n'est pas là pour répondre aux questions indiscrètes des patients. »*
- Entretien 15 : *« Je sais qu'elle a des enfants, qu'elle est mariée, mais je ne chercherai pas à savoir, et je ne lui poserai pas de questions. {…] C'est sa vie privée donc on n'y va pas. Donc je ne cherche pas à la connaître. Je ne veux pas la mettre mal à l'aise. C'est une forme d'éducation qu'on a. On ne va pas s'immiscer dans la vie privée des gens. On respecte. »*

-Tolérance de ses convictions :

Quelques patients montrent une tolérance vis-à-vis des convictions de leur médecin, tout en exigeant une certaine discrétion de leur part.

- Entretien 4 : *« Ça ne me dérange pas, si ça reste discret. Après, c'est vrai que d'être vu par un médecin en voile intégral, ça ne me plairait pas… Car il doit tout de même rester neutre et ne pas trop afficher ses convictions, même si c'est indissociable de lui-même. »*
- Entretien 15 : *« S'il y a un petit insigne ou une petite croix… euh, (Hésitation) ça ne me dérangerait pas du tout. {…} Main de Fatma, ou étoile de David ça ne me gêne pas. Ce n'est pas un signe ostentatoire. »*

- Empathie vis-à-vis du planning du médecin :

La moitié des interviewés parlent spontanément de la surcharge de travail des médecins, montrant de l'empathie et parfois même de l'inquiétude pour eux.

- Entretien 9 : *« Je suppose que les médecins de maintenant, ils n'ont plus le temps pour ça. Faut dire, ils ne sont plus assez nombreux, c'est compliqué pour eux. »*
- Entretien 19 : *« Le médecin pour moi, c'est pas du caritatif. Mais c'est vraiment des personnes qui se donnent vraiment. J'ai peur pour leur vie privée. Je trouve qu'ils sont toujours là, partout, disponibles. »*

- Empathie vis-à-vis de la difficulté du métier :

Ils font également preuve d'empathie au sujet de la difficulté du métier.

- Entretien 5 : *« J'ai été facilement à l'aise avec lui. Pour lui, ça a peut-être été un peu plus difficile. Mais faut dire qu'il a en face de lui, toutes sortes de personnalités. C'est pas très simple. »*
- Entretien 12 : *« Quand on arrive dans la salle d'attente, y a toujours plein de monde. J'imagine que vous avez beaucoup de boulot, donc c'est difficile de parler d'autre chose. {…} Mais il est débordé, ça se voit. Et je ne lui en tiens pas rigueur. Je suis sûr qu'il passe plus de temps avec les personnes qui sont vraiment malades et qui ont en plus besoin de lui. C'est logique. »*

Un patient évoque même les difficultés diagnostiques ou thérapeutiques, reconnaissant et excusant la possibilité d'erreur médicale ;

- Entretien 7 : *« Mais après, je suis bien consciente que la médecine n'est pas une science exacte, et qu'à chaque maladie, chaque individu va réagir différemment. »*

- Attention portée à la vie privée :

Les patients montrent de l'intérêt et de la bienveillance envers leur médecin, jusqu'à s'attacher au moindre détail de leurs habitudes, leur permettant d'effectuer quelques suppositions au sujet de leur vie privée.

- Entretien 3 : *« Après je sais que son cabinet est fermé au moment de toutes les fêtes juives, donc je me doute qu'il est juif. »*

3.3.3.2- Connaissance du médecin, base d'une relation de confiance :

- Une relation basée sur la confiance :

La notion de confiance est celle la plus retrouvée au cours de l'analyse des entretiens. Les patients insistent sur la création de « liens » avec leur médecin, indispensable à la relation de confiance, donc à une bonne relation avec leur médecin.

- Entretien 3 : *« Il a confiance en moi, comme moi j'ai confiance en lui. »*
- Entretien 4 : *« Ah bah, si je ne lui faisais pas confiance, de toute façon, j'aurais changé de médecin. »*
- Entretien 5 : *« Ca me parait indispensable. Si on veut être bien soigné, faut d'abord avoir la confiance. »*
- Entretien 9 : *« On crée un vrai lien et donc sûrement une meilleure prise en charge. Car on a plus confiance en lui et lui nous connait bien. »*

-L'importance de la connaissance du médecin dans la relation :

Les patients expliquent pouvoir plus facilement établir une relation de confiance avec leur médecin grâce à la connaissance de leur médecin, et grâce à l'établissement d'une relation sur le long terme.

- Entretien 3 : *« -Comment avez-vous établi une relation de confiance avec votre médecin ? - En allant le voir régulièrement, depuis des années, et en ayant appris à le connaître, enfin je crois. {…} Même si il est un super médecin, très compétent, c'est sûr que la confiance augmente si en plus je le connais un peu plus, donc un peu plus au niveau privé. {…}C'est mieux de le connaître un peu. Je ne sais pas comment l'expliquer, mais si il nous cache tout, ça n'inspire pas confiance. »*
- Entretien 10 : *« Effectivement, si on l'imagine mieux dans sa vie privée, on le connaît mieux et on a surement plus confiance. »*

- Une relation sans jugement de valeur :

Afin de faciliter les échanges, les patients apprécient l'absence de jugement de la part de leur médecin.

- Entretien 7 : *« Je ne suis pas là pour juger de sa vie privée. D'ailleurs, tout comme lui ne me juge pas non plus. »*
- Entretien 20 : *« J'ai plutôt apprécié qu'il ne me juge pas. Il est resté neutre. Il a rien laissé transparaître de ce qu'il pensait, même s'il était intéressé. J'ai trouvé que c'était une très bonne attitude. »*

- La confiance, une ouverture aux confidences :

Grâce à cette relation basée sur la confiance, les patients se sentent plus libres de parler et se livrent donc plus facilement lors des consultations.

- Entretien 5 : *« Il ne me juge pas, en restant neutre. Sinon, ça serait difficile de se livrer. »*
- Entretien 11 : *« On se sent plus libre après, de poser, peux être, des questions plus délicates. »*
- Entretien 12 : *« SI je n'avais pas un lien particulier, je ne me livrerai pas. Je pense que ne lui dirai pas tout. C'est une histoire de confiance. »*

- Une impression « de se sentir à l'aise » :

Les interviewés mettent l'accent sur l'importance « de se sentir à l'aise ».

- Entretien 8 : *« C'était pas pareil que mon ancien médecin traitant, lui c'était vraiment bien, je me sentais à l'aise. »*
- Entretien 10 : *« Du coup, j'ai été très vite à l'aise avec lui. »*
- Entretien 11 : *« Parce que je trouve que ça met plus à l'aise. »*

3.3.3.3- Relation professionnelle versus relation amicale, une certaine ambiguïté:

- Relation professionnelle :

Certains patients définissent la relation médecin-patient comme une relation purement professionnelle :

- Entretien 1 : *« Je ne lui demande pas d'être sympa, je lui demande de me soigner »*
- Entretien 7 : *« Il y a une juste limite à ne pas franchir. Connaître son médecin, ça me semble important, mais pas trop quand même. Il faut que ça reste une relation professionnelle. »*
- Entretien 9 : *« Enfin, je ne connais qu'une toute petite partie de sa vie privée, mais c'est normal, on n'est pas des amis, je suis ça patiente. »*
- Entretien 19 *: « Je viens pas voir un ami, je vais pas voir quelqu'un de la famille, même si le fait qu'il me questionne moi sur ma vie me touche parce que j'ai une relation chaleureuse avec lui, c'est mon médecin. »*

- Relation amicale :

D'autres, vont jusqu'à parler de relation amicale :

- Entretien 6 : *« Ce n'est pas une relation amicale, mais tout juste quand même. »*
- Entretien 13 : *« En 20 ans, à force de confiance, et de se connaitre bien, et bien on est devenu ami. »*
- Entretien 17 *: « Presque une relation amicale. »*

- Ambigüité de la relation :

Cette relation très ambigüe soulève la question de la « bonne distance » à prendre, lors des consultations.

- Entretien 7 : *« Il est surement un bon médecin mais il est un peu trop proche, comment dire, un peu trop amical, un peu trop chaleureux. Il tutoie tous ses patients, sans distinction. Il nous tape sur l'épaule {…} alors que je ne le connais pas vraiment. Il est bizarre. […} Il y a un peu trop de proximité, ça me dérange. Du coup, je ne suis pas à l'aise avec lui. »*
- Entretien 15 : *« Même si je pourrais me dire que depuis 20 ans qu'on se connait, on a quand même une sympathie, ça pourrait être une amie, une copine, mais ça en reste là. »*

3.3.3.4- Identification au médecin :

Quelques patients apprécient de pouvoir s'identifier au médecin, en partie grâce à la connaissance d'éléments de sa vie privée.

- Entretien 5 *: « Bah savoir que c'est un bonhomme comme moi quoi. »*
- Entretien 19 : *« Si je sais que le médecin a une vie à peu près similaire à la mienne, éventuellement, ça pourrait me rassurer avant d'aller le voir. »*

3.3.3.5- De l'importance du suivi à la connaissance mutuelle :

- Importance du suivi :

Un rôle important du médecin généraliste : le suivi. En plus d'apporter un suivi médical sur le long terme, il permet de construire la relation médecin-patient.

- Entretien 7 : *« C'est la relation qu'on construit avec notre médecin. Donc euh… C'est la confiance qu'on a en lui, en ses compétences. Mais je pense que du coup, c'est le suivi sur le long terme qui construit ça, quand on finit par mieux le connaître et quand lui nous connaît mieux pour savoir comment s'adapter à nous. »*
- Entretien 9 : *« L'idéal, c'était comme avant, le médecin de famille. Vous voyez. Il connaissait déjà les parents, puis les enfants… Il connaissait la famille depuis un certain temps. Il nous connaissait sur le long terme. On avait une vraie relation avec lui. On se connaissait. »*
- Entretien 12 : *« C'est plus facile de faire confiance aux gens que l'on connaît. »*

-Evolution de la relation :

Les patients notent que la relation avec leur médecin traitant évolue avec le temps, se construisant au fur et à mesure des années de suivi.

- Entretien 12 : *« Il nous suit, il nous connaît, et on finit par le connaître un petit peu. »*
- Entretien 18 : *« C'est sur le long terme que j'ai appris à l'apprécier, parce qu'au départ, comme j'aimais beaucoup celle qui était avant, c'était un peu difficile de se réhabituer à quelqu'un, et c'est sur le long terme que je me suis aperçue de ses qualités. »*
- Entretien 19 : *« Il est arrivée en étant très… très jeune médecin {…} Il a évolué, maintenant, il nous connaît. »*

- La connaissance mutuelle :

Ce suivi, au fil des années, permet l'établissement d'une connaissance mutuelle.

- Entretien 3 : *« En fait, c'est plus en parlant qu'on découvre sa vie, au fil des années. »*
- Entretien 7 : *« C'est le suivi sur le long terme qui construit ça, quand on finit par mieux le connaître et quand lui nous connaît mieux pour s'avoir comment s'adapter à nous. »*

Cette connaissance mutuelle améliore confiance, relation, qualités des échanges et donc celle de la consultation.

- Entretien 3 : « *Il a confiance en moi, comme moi j'ai confiance en lui. Je crois que c'est important. »*
- Entretien 9 : *« C'est important de se connaître mutuellement. C'est mieux, on se fait plus confiance. Et au fur à mesure des années, je me livre plus facilement, je peux lui raconter mes soucis, sans la peur d'être jugé. Je lui fais confiance, il est là pour m'aider... (Sourire) pour me soigner aussi, bien sûr, mais ça va avec. »*
- Entretien 14 : *« Après, ce qui est important, c'est pas de savoir qu'il est parti en vacances à tel ou tel endroit, mais c'est un moyen humain de communication, qui permet un peu d'empathie pour ton médecin, et d'avoir l'impression qu'il te comprend mieux aussi en retour. »*

- Mutualité versus Inégalité de la relation :

Malgré une certaine mutualité de la relation, comme décrite par les patients, la relation reste tout de même inégale.

- Entretien 4 *: « -Est-ce que vous pensez que connaître la vie privée de votre médecin, ça pourrait améliorer la confiance en lui ? - Le fait qu'il en parle lui-même, qu'il me dise ce qu'il veut, ça me fait penser qu'il n'est pas dans une relation de « toute puissance » avec un patient lambda devant lui »*
- Entretien 9 : *« C'est plutôt sympa de la connaître aussi, vu que lui nous connaît quand même pas mal. C'est vrai, quand on lui raconte nos soucis, nos difficultés, il finit par découvrir notre vie. »*

3.3.3.6- Impact du sexe du médecin dans la relation :

Lors des entretiens, un patient soulève la question de l'impact du sexe dans la relation.

- Entretien 14 : *« J'ai eu une relation plus proche, entre guillemets, avec l'ancien médecin traitant qui était une femme, alors, peut être que c'est différent entre les hommes et les femmes. {…} Disons que l'ancien médecin traitant qui était une femme, c'était plus comme… pas une seconde maman, mais c'était presque ça. »*

Il rend compte d'une relation plus intime, plus complice avec les médecins femmes que les médecins hommes, le comparant à un certain « maternalisme », évoquant le côté maternel de la femme.

<u>3.3.4- Le professionnel de santé</u>

3.3.4.1- Le médecin, professionnel de santé :

- La notion de compétence

La majorité des patients ont souligné l'importance des compétences du médecin, comme vu précédemment.

- Entretien 1 : *« Si il fait bien son travail de médecin. »*

- Entretien 15 : *« C'est le médecin qui a le savoir, qui saura s'il faut aller faire ci ou ça en plus. {…} Pour moi, c'est le médecin, la qualité du médecin, du soin. »*

- La notion de professionnalisme

La notion de professionnalisme est ressortie, explicitant les règles de « bienséance » du médecin généraliste.

- Entretien 9 : *« C'est sûr que ça ferait pas très professionnel. »*

- Un discours axé sur le médical :

- Entretien 2 : *« Il n'y a rien qui sort du domaine médical dans ce cabinet. »*

- La neutralité :

- Entretien 12 : *« On n'est pas là pour ça. Il n'a pas le droit d'exprimer ses convictions, il est censé rester neutre. »*

- La continuité, le suivi, la coordination des soins :

- Entretien 14 : *« Le médecin traitant, l'intérêt, c'est d'avoir un suivi complet du patient {…} Il peut t'aider, dans certains cas, à te dispatcher sur les bons médecins spécialistes. »*

- Compétence relationnelle versus compétence professionnelle :

- Entretien 14 : *« Pour moi, c'est pas la partie professionnelle de son métier, c'est la partie relationnelle. Ça veut pas dire qu'il n'est pas professionnel en le faisant, mais ça veut dire que c'est la partie non professionnelle, c'est-à-dire que si on n'était pas dans le domaine médical, ça s'apparenterait à du commercial quasiment. C'est être sympa, c'est avoir une relation conviviale avec ton médecin, qui peut te donner envie de revenir, rien que pour ça en fait. […] Très bien, très professionnel, pas forcément très personnel justement, donc pas une relation très proche avec ce médecin. {…} Il est très professionnel et ça s'arrête là. On sent que t'as un mur. »*

3.3.4.2- La maîtrise par l'uniformisation :

Dans les entretiens médecins, l'uniformisation des pratiques semble participer à la maîtrise de la consultation, de la prise en charge des patients. Dans les entretiens patients, l'uniformisation se retrouve dans l'agencement et la décoration des cabinets médicaux.

- Entretien 12 : *« Rien d'exceptionnel. Comme tous les cabinets j'imagine. C'est très neutre, bien rangé. Pas vraiment beaucoup de décoration. C'est très bien comme ça. »*
- Entretien 20 : *« Dans son cabinet, c'est très neutre. »*

3.3.4.3- Analogie médecine-entreprise :

Plusieurs interviewés font une analogie entre la médecine et le monde de l'entreprise, rappelant la commercialité de cette relation.

- Entretien 5 : *« Comme quelqu'un qui travaillerait dans une boîte, pourrait mettre une photo sur son bureau. »*
- Entretien 14 : *« C'est pas son rôle d'avoir une opinion même générale sur les évènements. T'as une certaine frontière à avoir mais qui existe dans tous les milieux professionnels. C'est un peu comme les clients, si tu veux avoir de bonnes relations avec des clients, tu affiches pas non plus tes couleurs politiques ou tes goûts pour tel ou tel bord. »*
- Entretien 17 : *« J'étais déjà cliente de la prédécesseur et naturellement, cette dame lui a laissé sa clientèle. »*

Cependant, un patient, tout en comparant la médecine au monde de l'entreprise, rappelle que ceci n'est pas tout à fait comparable du fait de la relation particulière qui se construit nécessairement entre patient et médecin.

- Entretien 12 : *« Je ne pose pas non plus des questions à mon banquier (Sourire). Bon, je sais, ce n'est pas du tout pareil, mais mon médecin, si il veut en parler, il peut [...}.»*

3.3.4.4- Tabou de l'argent :

Bien moins présent que dans les entretiens médecins, le tabou de l'argent est tout de même relevé par un patient :

- Entretien 14 : *« Ca dépend énormément des sujets. Les sujets dont il ne faut pas parler c'est la politique, l'argent c'est compliqué, et les religions… »*

Ou au contraire, levé par un autre patient :

- Entretien 20 : *« Bon après, je vais pas me leurrer, un médecin c'est quand même quelqu'un qui gagne bien sa vie, donc ça me choque pas qu'il s'habille bien. »*

3.3.4.5- Laïcité au cabinet :

La quasi-totalité des patients décrivent le médecin comme laïc.

- Entretien 12 : *« Il n'a pas le droit d'exprimer ses convictions, il est censé rester neutre. Ca me choquerait. »*
- Entretien 20 : *« Pour moi, on est dans un pays laïque, donc le médecin n'a pas à afficher… »*

Un des patients s'est même dit « choqué » face à un médecin affichant sa religion au cabinet.

- Entretien 11 : *« On est allez chez un autre médecin, il n'y a pas très longtemps, car elle était en vacances (Rire). Mon mari m'a dit « non, là… je ne peux pas. » Il y avait le Christ dans son cabinet. Et la photo du pape. Alors là, mon mari m'a dit : « là, c'est trop pour moi. »*

3.3.4.6- Le médecin, un personnage public :

Le médecin reste un personnage notable dans la société. Ce résultat sera bien plus retrouvé dans les entretiens médecins que dans les entretiens patients, les médecins se montrant conscients de leur notoriété :

- Entretien 16 : *« Pour moi, un médecin, je respecte. Je fais partie de la vieille génération, pour moi un notaire, un médecin, ce sont des gens qui se respectent. Je sais que maintenant on cherche à tout niveler, à mettre tout le monde sur le même piédestal, mais c'est lamentable. »*

3.3.5- Le médecin « imaginaire »

3.3.5.1- Médecin idéalisé versus médecin désacralisé :

- Idéalisation du médecin :

Certains patients décrivent leur médecin traitant comme étant « idéal ».

- Entretien 10 : *« Il est parfait. »*
- Entretien 11 *: « Enfin… pour moi, ce sont des êtres un peu supérieurs, on va dire entre guillemets. »*

- Désacralisation du médecin :

Mais beaucoup cherchent à le désacraliser.

- Entretien 5 : *« Il faut démystifier le médecin pour être libre de parler avec lui. »*

- Humanisation du médecin :

Les patients cherchent également à humaniser leur médecin, ayant eu aussi une vie privée semblable à la leur, pouvant réaliser eux aussi des erreurs. Le médecin ressemble au patient, le patient ressemblant donc au médecin.

- Entretien 3 : *« On est des humains, on a des sentiments… et le médecin aussi… »*
- Entretien 11 : *« Après, ce sont quand même des êtres humains, donc ils ont droit à leurs faiblesses aussi. »*
- Entretien 14 : *« Tu sentais qu'elle avait une vie derrière, donc t'avais une humanisation de la fonction, qui est importante et agréable. »*
- Entretien 17 : *« Mais qu'il est un homme comme tout le monde, qu'il ait une vie normale, privée, je trouve que c'est agréable. »*

3.3.5.2- Fantasmes du patient au sujet de la vie privée de son médecin :

Certains patients imaginent même la vie privée de leur médecin, à partir des quelques données délivrées par leur médecin, leur donnant l'impression de mieux le connaître.

- Entretien 9 *: « Mais ça me suffit, ça me donne quand même l'impression de le connaître, et puis j'imagine un peu sa vie. »*
- Entretien 12 : *« Après, j'ai quand même l'impression de le connaître, même si je ne connais pas bien sa vie privée, car je le vois souvent, et je connais quelques petites choses de lui, donc j'imagine quand même pas mal comment il est. »*

Un patient, sacralisant un peu son médecin, sacralise également sa vie privée…

- Entretien 20 *: « Moi, j'ai toujours l'image du médecin comme quelqu'un de plutôt « clean », de propre, qui a pas d'histoire particulière. {…} Je me suis toujours dit qu'un médecin, c'est assez cliché, c'est forcément quelqu'un de plutôt bien. »*

3.3.5.3- Médecine, un sacerdoce :

La notion de vocation est également retrouvée dans certains entretiens, impressionnant certains patients.

- Entretien 19 *: « Je sais juste qu'il ne prend pas le temps de déjeuner {…}, je le vois pas s'arrêter et j'ai la sensation qu'il se donne beaucoup à ses patients, qu'il passe beaucoup de temps avec eux. Il a toujours de grosses journées. »*
- Entretien 20 *: « C'est une personne qui a choisi de faire des années d'études pour sauver les autres. {…} Il a dédié sa vie aux autres. »*

3.3.6- Vécu, expériences et convictions :

3.3.6.1- Convictions personnelles comme biais de sélection de la patientèle :

Une notion bien plus abordée dans les entretiens médecins que patients : la sélection de la patientèle.

- Entretien 8 : *« Et j'imagine que si des patients ne partagent pas ses convictions, ils ne se sentiraient pas à l'aise. »*

3.3.6.2- Vécu personnel et pise en charge des situations complexes :

L'expérience personnelle, le vécu est rapporté comme un atout dans la prise en charge des situations complexes.

- Entretien 4 : *« En fonction des problématiques que je peux aborder avec lui, oui, il peut me poser des questions sur ma vie privée, et me donner des conseils en fonction de ses expériences, au niveau de sa vie privée. »*
- Entretien 5 : *« Ca peut démarrer d'un problème ou de ce que je lui demande, et après il déborde, par exemple, par son vécu. »*

3.4- Analyse transversale :

Après réalisation de l'analyse thématique des résultats, nous avons distingué trois typologies de patient :

Le premier type est le patient jeune, qu'il soit de sexe masculin ou féminin, très souvent sans enfant. Ce type-là n'apporte que peu d'importance à aborder d'autres sujets que celui du médical lors des consultations. Il n'est pas intéressé par la connaissance un peu plus approfondie de son médecin traitant, et ne pense pas que cela ait une influence sur la qualité de sa prise en charge. Il vient rencontrer un professionnel de santé comme un autre, et juge uniquement son professionnalisme.

Le second type, un peu plus âgé, ayant le plus souvent des enfants pense qu'une bonne relation médecin-patient passe par une relation de confiance, se créant au fils des années, par la connaissance du médecin traitant, tant au niveau professionnel que privé. Pour lui, le médecin doit avoir deux compétences distinctes : la compétence médicale et la compétence relationnelle.
Il est à noter qu'un peu plus d'hommes que de femmes apprécient et souhaitent l'existence d'échanges sociaux lors de leurs consultations.

Le troisième type de patient est le patient âgé, ayant enfants et petits-enfants. Il est identique au précédent, à la seule différence qu'il regrette le médecin de famille, paternaliste, ancien notable de la société.

L'annexe 1 présente un résumé de l'analyse thématique.

4- Discussion :

Ce chapitre porte sur l'analyse des entretiens patients. Cependant, nous ferons référence, tout au long de cette discussion, à quelques éléments d'analyse des entretiens médecins afin d'illustrer et de comparer nos propos, en relation avec l'analyse de Sibylle Jammal.

4.1- La méthode :

Le choix de la méthode quantitative, adaptée à notre thème de recherche, ne permet pas de quantifier des données et/ou de démontrer la significativité des résultats. Elle fournit des hypothèses, des éléments subjectifs dans un contexte donné.

Notre échantillon de patients, de petite taille, a été recruté par effet « boule de neige ». Par conséquent, il n'est pas représentatif d'une population donnée.
Cependant, il ne se doit pas d'être représentatif car, par définition, les études qualitatives ne se veulent pas représentatives mais visent à démontrer la diversité des mécanismes. Elles fournissent un certain nombre de catégories ou d'hypothèses à la recherche quantitative.

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés sur des dictaphones numériques pour pallier la perte d'information verbale. Nous devions essayer d'obtenir une réponse détaillée, en influençant le moins possible les interviewés, par nos interventions.
Après écoute des différents entretiens, nous avons pu noter la présence de quelques erreurs dans la conduite de ces interviews, par manque d'expérience dans ce domaine.
A plusieurs reprises, nous avons interprété trop rapidement certains propos. Nous avons parfois guidé ou orienté de façon excessive certaines de leurs réponses. De même, nous avons parfois interrompu quelques réponses, de façon trop hâtive, amenant à une perte d'information, et biaisant ainsi le recueil des données.
Nous pouvons également nous demander si l'enregistrement des entretiens a provoqué de façon consciente ou inconsciente une rétention d'information, voir même des informations biaisées dans les réponses apportées par nos patients.

Dans un souci de reproductibilité, l'analyse des entretiens a été réalisée en double aveugle, augmentant la rigueur de notre étude. Cependant, le codage et le classement en différentes catégories sont soumis à notre interprétation, engendrant une grande part de subjectivité. Nécessairement, ce type d'étude génère un biais d'interprétation.

Néanmoins, les critères méthodologiques des études qualitatives menées par entretiens semi-dirigés, ont été respectés dans notre travail, donnant une valeur à nos résultats.

4.2- Les attentes des patients :

4.2.1- Le bon médecin :

Au fur et à mesure de nos entretiens, les patients ont dressé le portrait du médecin idéal à leurs yeux.

La grande majorité des patients interviewés souhaitent avoir un médecin à l'écoute, neutre, compréhensif, bienveillant, réassurant, et avant tout compétent.

Dans notre étude, la compétence médicale est la première qualité exigée par les patients. La notion de compétence médicale a souvent été définie à tort, de manière simplifiée et réductrice, à l'état des connaissances médicales du médecin. Les termes « connaissance » et « compétence » ont fréquemment été confondus durant nos entretiens.
Par ailleurs, le manque de compétence médicale a été la seule raison invoquée, en dehors des déménagements, amenant le patient à changer de médecin traitant.

Ensuite, par ordre d'importance ont été citées la qualité d'écoute, puis les capacités relationnelles.

Ces résultats sont en accord avec plusieurs thèses sur le sujet (23–26). D'après ces travaux, le médecin « idéal » doit réunir, avant tout, capacité d'écoute et compétence.

Dans une enquête datant de 1987 (27), les qualificatifs définissant un médecin étaient par ordre d'importance : « la compétence » pour 92% des interviewés, « sachant bien écouter » pour 89% des personnes interrogées, et « chaleureux » pour 81% d'entre eux.

Dans une autre enquête ISPSOS datant de juin 2000 (28), le premier critère de choix d'un médecin généraliste est, selon les patients interrogés, sa « compétence » (99%), puis la « qualité d'écoute » et sa « disponibilité » (98% et 97% respectivement).

La grande majorité de ces travaux insistent sur le fait que les patients accordent plus d'importance aux compétences médicales qu'aux compétences relationnelles.
Cependant, dans une étude, les patients affirment accorder une plus grande importance à la capacité relationnelle du médecin qu'à ses connaissances médicales (29).

Beaucoup de nos interviewés désirent une certaine neutralité de la part de leur médecin traitant, ne devant poser aucun jugement de valeur. A aucun moment de la consultation, les patients ne veulent avoir l'impression d'être jugés.
Pour eux, cette neutralité est fondamentale pour établir une relation de confiance, synonyme d'une relation médecin-patient de qualité.

- Entretien Patient 20 : « *J'ai plutôt apprécié qu'il ne me juge pas. Il est resté neutre. Il n'a rien laissé transparaître de ce qu'il pensait, même s'il était intéressé. J'ai trouvé que c'était une bonne attitude.* »

Ces derniers expliquent qu'un médecin portant des jugements, partageant des convictions contraires aux leurs serait un frein à la confiance, à la confidence et donc au bon déroulement de la consultation, diminuant la qualité de leur prise en charge.
Seulement deux de nos interviewés pensent qu'il est légitime que le médecin exprime ses convictions politiques ou religieuses. Mais en analysant plus précisément ces deux entretiens, il transparaît que ces deux patients partagent leurs convictions avec leur médecin, et appartiennent à une catégorie sociale aisée. Une étude de Willems et al. (30) a observé que les patients de classes sociales inférieures avaient tendance à plus se laisser diriger et moins participer et s'exprimer que les patients aisés. Néanmoins, aucune étude n'a constaté le fait que les patients acceptant l'expression des convictions de leur médecin, au cours de la consultation, soient nécessairement du « même bord ».

Tous les patients ont également évoqué l'importance d'avoir un médecin fidèle à lui-même, honnête, tant au niveau de sa manière d'être que dans sa façon de s'habiller.
Beaucoup ont émis le souhait d'avoir un médecin plutôt bien habillé, respectueux de ses patients.
Toutefois, une nuance a été posée entre le fait d'être bien apprêté et celui de revêtir un costume-cravate. Le costume-cravate correspondant à une tenue formelle installe une certaine distance entre le patient et le médecin, créant parfois un obstacle à la relation, tout comme le port de la blouse pourrait le causer.
Les médecins ont partagé ce ressenti vis-à-vis de la tenue, et se sont exprimés dans le même sens.

- Entretien Médecin 13 *: « Moi ça n'a pas tenu, ça a tenu dix jours, mettre, pas un costume cravate mais un costume quoi, mais ça marche pas. Je pense qu'il faut être honnête. C'est une certaine forme d'honnêteté. C'est ce qu'il transparaît de nous. Et la relation médecin-malade, elle transparaît par ce qu'on est nous, ce qu'ils pensent de ce qu'on est, de ce qu'on peut dégager. »*

Une étude publiée dans le British Medical Journal (31) a constaté que les patients préféraient les médecins habillés dans des tenues semi-formelles **(**pantalon, jean ou jupe, chemise, cravate) plutôt qu'un médecin en costume formel ou en tenue décontractée.

La grande majorité des patients ont cité le mot « ordonné », parlant ainsi de l'arrangement du cabinet. Nous pouvons interpréter cette expression comme le désir d'avoir un médecin ordonné, parlant ainsi de sa personnalité.
En effet, lors des entretiens médecins, certains se sont mis à la place du patient et ont explicité le fait qu'un cabinet ordonné reflétait un médecin ordonné et inspirait, par conséquence, plus confiance.

- Entretien Médecin 12 : *« Le cabinet « bordélique », c'est le médecin qui en a un peu rien à foutre et qui n'est pas très consciencieux. Le cabinet bien rangé, en tout cas plus joliment décoré, c'est un médecin qui se préoccupe un peu plus de la qualité de sa prise en charge. »*

En accord avec cette donnée, plus des deux tiers des patients ont cité « la propreté » et « l'ordre du cabinet » comme des éléments inspirant confiance, dans le travail de Mousel et al (32).

Enfin, la disponibilité du médecin a très souvent été mentionnée, en concordance avec de multiples travaux (24,26,33,34). Dans ces différents travaux, la disponibilité a été citée comme un des critères de choix du médecin, ou considéré comme un critère de satisfaction par la majorité des patients, après les compétences scientifiques, la capacité d'écoute et les compétences relationnelles.
D'après quelques patients, le médecin généraliste se différencie des autres spécialistes par son accessibilité et sa disponibilité.

Toutes ces qualités, émanant de la personnalité du médecin, sont relativement intuitives. Elles ont été rapportées dans beaucoup d'études sur le sujet, dessinant le portrait du « bon médecin » (23–26,32–37).
En conclusion, le « bon médecin » est défini par les qualificatifs suivants : compétent, efficace, à l'écoute, faisant preuve d'attention, disponible, réassurant, bienveillant, compréhensif, impliquant le patient dans les décisions prises, neutre, communicant, ordonné, et mettant à l'aise ses patients.

Cette analyse comporte cependant des limites. Il est difficile de pouvoir comparer différentes études entre elles pour des raisons méthodologiques. En effet, la formulation des questions était différente dans chaque étude (36), hors l'interprétation des questions est très fortement liée à la manière dont elles sont posées.
Pour exemple, dans l'étude de Bonnet et al. (25), comparant la réponse aux questions « qu'est-ce qu'un médecin ? » versus « qu'est-ce qu'un bon médecin ? », les réponses étaient différentes en fonction de la manière dont la question a été posée, mettant en valeur les qualités relationnelles dans la deuxième question.

Une dernière notion à développer est celle des différentes typologies de patients rencontrées au cours de nos entretiens.
En fonction du type de patients, les attentes diffèrent. Le patient jeune est plutôt désireux de rencontrer un médecin compétent, à la pointe des dernières avancées médico–scientifiques ; Le patient un peu plus âgé souhaite trouver en son médecin compétence relationnelle et

compétence scientifique ; Enfin, le patient âgé recherche un médecin compétent, à l'écoute, échangeant avec lui et exprime le besoin d'être guidé par son médecin.

En fonction des personnalités rencontrées, de l'âge, du sexe, le médecin doit alors adapter sa prise en charge, ses attitudes, son comportement afin de répondre au mieux aux différentes attentes des patients.

4.2.2- Les critères de satisfaction :

Cette définition du « bon médecin » dégage différents critères définissant les attentes, les souhaits et les perceptions des patients. Nous pouvons supposer que ces critères puissent être utilisés dans la mesure de la satisfaction des patients.
La satisfaction des patients est une donnée importante à évaluer car elle constitue un facteur prédictif de la qualité des soins et de l'observance thérapeutique.

La revue de la littérature retrouve peu de travaux français aux sujets des critères de qualité de la relation médecin-patient et surtout aucun questionnaire validé, au contraire de la littérature anglo-saxonne, où de nombreux questionnaires mesurant la satisfaction des patients en soins primaires ont été validés.

Aussi, l'ANAES s'est exprimée sur ce sujet (14) : « En France les données manquent pour évaluer la satisfaction des patients en ambulatoire. Actuellement, nous ne savons pas si les questionnaires de satisfaction sont utilisables et utiles en France où le libre choix du médecin est un principe fondamental de notre système de santé. La clé de ces questionnaires réside dans le choix des critères de mesure et de leur adaptation au contexte national. »

Dans les pays anglo-saxons, 2 questionnaires sont couramment utilisés dans ce but : le Patient Satisfaction Questionnaire III ou PSQ III (Annexe 2) et le Medical Interview Satisfaction Scale 29 ou MISS-29 (Annexe 3).

Le PSQ III est un auto-questionnaire servant à estimer la satisfaction des patients, utilisable dans le cadre des consultations de médecine générale.
Ce questionnaire, composé de cinquante et un items explore sept thèmes : la satisfaction générale, le vécu relationnel et affectif, les compétences techniques et biomédicales, la communication, le temps passé en consultation, les aspects financiers et l'accessibilité aux soins.

Le MISS-29 est également un auto-questionnaire quantifiant la satisfaction des patients après une consultation, dans une dimension beaucoup plus affective que cognitive. Il recoupe quatre thèmes : communication et réconfort, prise en charge de l'angoisse, sympathie, intention de compliance.

Les différents critères évoqués par nos interviewés, et inhérents au caractère du médecin, sont tous retrouvés dans le PSQ III et le MISS 29, à l'exception des aspects financiers.
Ce résultat a également été observé dans l'étude de Dedianne et al. (24). Les patients ont précisé que la notion d'argent est peu importante dans la relation médecin-patient, grâce au remboursement des soins.

4.3- L'échange social :

4.3.1- Temps dédié à l'échange social :

Les deux tiers des interviewés considèrent que les échanges s'éloignant du domaine médical sont nécessaires pour construire et développer une relation de confiance avec leur médecin traitant.

Ces échanges consistent à discuter des évènements d'actualités, à prendre des nouvelles en ce qui concerne la vie privée, la vie familiale de l'un ou l'autre des protagonistes, à raconter ses dernières vacances…

Grâce à ces différents échanges, le patient se livre à son médecin, mais le médecin se livre également à son patient. Néanmoins, nous notons que les médecins ont une tendance à se protéger, sur le plan de leur vie privée, en essayant de contrôler ces différents temps d'échange, allant parfois même jusqu'à se censurer.

Certains de nos interviewés ont conclus que ces échanges, amenant parfois le médecin à se livrer, apportaient une certaine réciprocité, voir une égalité relative de la relation.

- Entretien Patient 9 : « *C'est plutôt sympa de le connaître aussi, vu que lui nous connaît quand même pas mal.* »

Michael Balint a évoqué cette mutualité de la relation en décrivant «la compagnie d'investissement mutuel » (3). Il s'agit d'un engagement entre le médecin et son patient, s'investissant tous deux dans une même aventure, partageant des expériences médicales ou non, vivant ensemble des évènements familiaux ou professionnels marquants.
Selon lui, le médecin acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et réciproquement, le patient acquiert un précieux capital qu'il dépose chez son médecin. Patient et médecin évoluent ainsi tous les deux vers une connaissance mutuelle, s'affirmant au fur et à mesure des années de suivi.

Ainsi, le médecin traitant n'est pas assimilé à un professionnel de santé « lambda », interchangeable, n'apportant aucune personnalisation dans sa prise en charge, mais bel et bien comme « Un Médecin », « Mon Médecin », celui dont la personnalité, ses compétences, son organisation, sa pratique se sont adaptés à ma personnalité, mon vécu, mes besoins (34).

Dans une thèse consacrée à l'analyse de consultations, le temps dédié à l'échange social représentait 7% du temps total de consultation pour les patientes, et 12% pour les hommes (38).
Ce résultat illustre nos propos et affirme l'existence et l'importance de ce temps consacré à l'échange social.

De surcroit, cette précédente étude (38) ainsi que notre analyse ont étonnement démontré que les femmes avaient des requêtes bien plus « médicales » contrairement aux hommes, sollicitant moins cet axe de professionnalisme, mais désirant plutôt la survenue d'échanges plus informels, sur des sujets sans lien direct avec leur motif de consultation.

Toutefois, tous nos patients ont mentionné le fait que ces échanges ne devaient pas prendre le dessus de la consultation. Ils revendiquent avoir le droit à une consultation personnalisée, centrée sur leurs besoins, même si par ailleurs, l'échange social apparaît comme un temps indispensable à la construction de la relation médecin-patient.

Dans le travail de Mousel et al. étudiant les critères de choix du médecin généraliste, « l'importance à la vie privée du médecin généraliste » a été citée par 1,9% des patients et « l'importance de ses opinions politiques ou religieuses » à 0,9% (32).

Ces résultats confirment l'hypothèse se révélant dans notre thèse : les patients aspirent à une consultation personnalisée, un médecin à l'écoute, centré sur leurs demandes. Néanmoins certains échanges non médicaux s'avèrent nécessaires à l'élaboration d'une relation médecin-patient, même si les patients ne semblent accorder que très peu d'importance à la vie privée et aux convictions du médecin généraliste.

Un éditorial récent, publié dans The New England Journal of Médecine (39), confirme la nécessité d'entretenir ces échanges sociaux dans le but de personnaliser la consultation, de renforcer la relation médecin-patient, et de mettre à l'aise le patient afin d'améliorer la relation thérapeutique.

Ces observations démontrent l'importance de ces échanges informels, personnalisés nous différenciant d'une médecine « robotisée » et présument les limites de la télémédecine.

4.3.2- Consultation centrée sur le patient :

Dans tous les entretiens patients, nous avons dégagé la notion de « consultation centrée sur le patient ».
Effectivement, plus de la moitié des patients expriment l'importance d'être reconnu comme une personnalité à part entière et non comme un *« patient lambda* ».
Selon leurs desiderata, l'échange social ne doit pas prendre le dessus de la consultation et doit être initié et dirigé par le patient, le médecin y répondant s'il en est invité.

- Entretien Patient 2 : *« Si ce n'est pas moi qui lui invite, non. Ça serait déplacé. Par contre, si c'est moi qui emmène un sujet, pourquoi pas. Pour qu'il y ait un débat. Mais après, ça doit pas venir de lui. »*

Dans une étude publiée par le British Journal Of General Practice, la réalisation d'une consultation personnalisée, centrée sur le patient est ressortie comme le déterminant majeur de la satisfaction des patients, lors des consultations de médecine générale (40).

Plus de la moitié des interviewés ont évoqué l'importance de la qualité d'écoute de leur médecin. Ce temps d'écoute permet au patient d'exprimer ses demandes, ses plaintes et lui donne le moyen de se placer au centre des préoccupations du médecin.

Mickael Balint a défini ce temps d'écoute comme « l'offre du patient », temps où le patient estime ne pas devoir être interrompu (24).

Dans une enquête Alternative Santé (41), 98% des personnes interrogées estiment que l'écoute est synonyme d'une bonne consultation. Dans une enquête IPSOS (41), la qualité d'écoute est considérée comme « importante » pour 99% des gens interrogées.
De plus, 30% des gens sondés par l'institut BVA (42) et 22% des personnes interrogées par la TNS-Sofres (43) demandent que leur médecin passe plus de temps lors de la consultation et 23% qu'il les écoute davantage.

Dans une étude portant sur l'écoute des médecins généralistes (35), la qualité d'écoute diminuait lorsque le patient jugeait la durée de la consultation insuffisante, ne lui laissant pas assez de temps pour s'exprimer, le patient étant dès lors insatisfait.
La satisfaction est bien liée à l'impression que donne le médecin de prendre son temps avec son patient, plus qu'à la durée effective de la consultation.

Il est important que le médecin se centre sur son patient, ses demandes, ses attentes afin d'augmenter sa satisfaction et pouvoir lui proposer une prise en charge optimale.
Selon Rogers (44), afin de pouvoir atteindre ce but, le médecin doit adopter certaines attitudes :
- la congruence, définie par l'aptitude à rester soi-même en exprimant sa position tout en restant discret car la rencontre se doit d'être centrée sur le patient ;
- la considération positive inconditionnelle, caractérisée par la capacité à ne pas juger, à ne pas diriger le patient ;
- et enfin l'empathie, définie comme la capacité à comprendre et à ressentir le point de vue du patient.
Rogers précise que ces trois conditions sont hiérarchisées. La relation d'aide centrée sur le patient prime sur la capacité à ne pas juger ni diriger le patient et sur l'empathie (44).

Une autre notion importante, développée dans l'étude de Dareths-Fabier et al. (35), est importante à souligner. Pendant les consultations, les médecins semblent plus percevoir les interruptions extérieures, et se sentent plus gênés par ces interruptions que les patients eux même. D'après les patients, la qualité d'écoute des médecins n'est pas influencée par ces interruptions involontaires.

4.3.3- L'échange social, base d'une relation de confiance :

La moitié des patients ont mentionné le fait qu'une meilleure connaissance de leur médecin, notamment par la connaissance de quelques éléments, quelques détails de sa vie privée, augmentait leur confiance en lui, améliorant de surcroît la relation médecin-patient.

Dans le travail de Mousel et al. (32), presque deux tiers des patients déclarent avoir confiance en leur médecin. La confiance dépendrait, selon eux, de la qualité de la relation médecin-patient. Effectivement, plus le lien tissé entre patient et médecin est fort et plus la confiance serait importante et capable de résister aux désaccords au sujet de décisions médicales.

En outre, dans notre étude, les patients s'accordent à dire que la relation médecin-patient évolue dans le temps, se construit au fil des années, par le développement de la connaissance mutuelle. Aucun d'entre eux n'a évoqué un phénomène d'épuisement de la relation.

Dans un sondage TNS-Sofres mené en 2001 (45), 77% des français avaient la sensation que la confiance envers leur médecin généraliste était stable dans le temps, 10% avaient le sentiment qu'elle avait tendance à augmenter et seulement 12% d'entre eux pensaient qu'elle se dégradait au fur et à mesure des années de suivi.

4.4- La relation médecin-patient, une relation particulière :

4.4.1- relation amicale versus relation professionnelle : la bonne distance :

Ce thème, retrouvé dans les entretiens patients comme dans les entretiens médecins, exprime toute l'ambigüité de la relation médecin-patient.

- Entretien Médecin 18 : *« C'est peux être une relation, peux être un petit peu plus amicale, plus intime, qu'on peut avoir avec certaines personnes, parce qu'on a vécu ensemble des choses peux être plus profondes… »*

Beaucoup de patients ont ressenti des difficultés à définir leur relation avec leur médecin.
Certains ont expliqué vouloir respecter une certaine distance afin de conserver une relation purement professionnelle. D'autres n'ont pas su poser de réelle limite, restant hésitants et

définissant leur relation comme un lien professionnel, à la limite de l'amitié. Enfin, quelques-uns ont immédiatement parlé de relation amicale.

L'étude de Bonnet et al. (25), s'accorde sur cette ambigüité dans la relation médecin-patient. Elle décrit l'image d'un médecin très proche, presque considéré comme un ami.

Comment définir cette « bonne distance » ?

La notion de distance, au sens propre du terme représente le concept de la proxémie.
Ce concept a été développé par l'anthropologue Hall (25).
Selon lui, il existe quatre types de distance : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale, la distance publique, en allant de la plus proche à la plus éloignée (46).
Cette distance physique qui se crée entre deux personnes en interaction, se fait de manière consciente ou inconsciente.
La bonne distance thérapeutique se situe entre la distance personnelle et la distance sociale, hormis lors de l'examen clinique où la distance est intime.

Mais la relation thérapeutique est une relation complexe, mettant ces distances, au sens propre comme au sens figuré, à rude épreuve.
La nature humaine conduit à un comportement amical, à l'attachement émotionnel (47).
Par ailleurs, cette relation est délimitée par de nombreux facteurs individuels, environnementaux et socio-culturels. Médecins et patients réagissent en fonction de leur personnalité, de leur histoire, de façon consciente ou inconsciente.
Ces différentes réactions peuvent modifier le cours de la relation thérapeutique (48).

Dans son livre « le médecin, son malade et la maladie » (3), Michael Balint mentionne quelques propos tenus par des médecins.
Parmi ces propos, l'un d'eux rappelle la difficulté à poser la bonne distance dans la relation médecin-patient : « Un autre médecin ajouta que lorsqu'un patient le quittait, il en était comme humilié ». Le médecin utilise le mot « quitter », utilisant un terme habituellement consacré à la relation amoureuse, évoquant une rupture sentimentale.
Certains auteurs pensent que cette relation « amicale » peut améliorer l'empathie, facteur nécessaire à une bonne prise en charge médicale (47).

Médecins et patients développent et produisent des réactions affectives de façon volontaire ou involontaire. Par conséquence, le patient va produire un transfert envers son médecin, qu'il soit positif ou négatif. Le médecin y répliquera par un contre-transfert, de façon consciente ou non.
Toutefois, une bonne relation thérapeutique ne peut être obtenu que par une neutralité affective du médecin, au risque sinon de perdre toute objectivité.
Il doit donc être capable d'analyser ses réactions. Les groupes Balint peuvent l'aider dans cette démarche.

Cependant, un certain nombre de médecins cèdent à leurs liens affectifs, s'impliquant en termes d'amitié avec certains de leurs patients.
Ces rapports, surtout entre sexe opposé, on parfois conduit à des complications graves, ayant soulevé certaines préoccupations éthiques (47).
L'analyse d'un ensemble de plaintes réalisée par Mathieux et al. (49), a mis en évidence une atteinte voire une rupture de la bonne distance, favorisant la survenue de plainte, dans la relation médecin-patient.

4.4.2- Relation client-prestataire de service :

La relation médecin-patient a beaucoup évolué dans le temps, dérivant vers une relation consumériste, de « client-prestataire de service ».

Cette évolution a été favorisée par l'apparition d'une e-médecine.
L'utilisation d'Internet et le développement de sites consacrés à l'information médicale (sites de vulgarisation médicale, forums de santé mais aussi sites dédiés à l'enseignement des futurs médecins, articles scientifiques) ont permis aux patients d'accéder à certaines informations médicales, plaçant le patient dans une position de négociateur vis-à-vis du médecin.

Une autre explication peut être apportée par la notion de temps.
En effet, un patient reçu par un médecin pressé aura l'impression d'être un client. A l'inverse, un patient ayant l'impression d'avoir été pris en compte, d'avoir eu un temps de consultation suffisant, nécessaire à la construction de la relation médecin-patient, deviendra patient (24).

Cette notion de « client-service » a été retrouvée dans deux de nos entretiens. Ces patients ont réalisé des analogies au monde de l'entreprise. Cependant, un des patients se reprend en expliquant :

- Entretien Patient 12 : *« Je ne pose pas non plus des questions à mon banquier (Sourire). Bon, je sais, ce n'est pas du tout pareil, mais mon médecin, si il veut en parler, il peut […}.»*

Dans le monde médical, s'occuper d'un patient implique des facteurs plus personnels et plus complexes que dans les rapports entre entreprise commerciale et client.

4.5- Le médecin imaginaire :

4.5.1- Idéalisation du médecin et imaginaire du patient :

Dans le modèle paternaliste, le médecin a un rôle de toute puissance, détenant le savoir et le délivrant au patient. Ce médecin « tout puissant », détenant le pouvoir sur ses patients, a été très longtemps sacralisé.
En effet, au moment où les sciences étaient encore mystérieuses, « magiques », les personnes détenant ce savoir étaient sacralisées, reconnues, disposant d'une place importante dans la société.

Aujourd'hui encore, comme nous avons pu le voir dans notre étude, quelques patients sacralisent encore leur médecin, déplorant parfois le manque de respect envers les médecins et regrettant cette image de notable.

- Entretien Patient 17 : *« Je fais partie de la vieille génération, pour moi un notaire, un médecin, ce sont des gens qui se respectent. Je sais que maintenant on cherche à niveler, à mettre tout le monde sur le même piédestal mais c'est lamentable. »*

Le médecin est considéré comme une personne se dévouant pour les autres, au dépend de sa vie privée. Il est caractérisé comme « forcément quelqu'un de bien » dans trois entretiens.

Dans le travail de Mousel et al. (32) , le terme de « dévouement » est cité par 83% des patients. Les patients considèrent que le métier de médecin n'est pas un métier comme les autres ; il implique de se consacrer à l'autre, parfois avec une part d'abnégation.

Dans les réponses apportées par les patients comme dans les explications données par les médecins, certains patients vont même jusqu'à imaginer ce médecin « idéal » dans sa vie « plus ou moins idéal ».

- Entretien Médecin 18 : *« Elle s'était fait complètement une idée, je ne sais pas à partir de quoi, mais elle s'était imaginé ce que faisait ma femme, mes enfants, etc. etc. {…} Je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui se font une image de nous, à partir de ce qu'on leur renvoi. Mais sur des critères qui ne sont pas forcément ceux que je vais avoir donnés ou sur les indices que je peux donner. Mais ça, je ne sais pas toujours ce que les gens vont s'imaginer. Je pense qu'ils ont besoin de se construire, en fait, une image du médecin. »*

Ce thème de l'imaginaire du patient est une nouvelle notion, non observée dans les différents travaux déjà publiés.

4.5.2- Un médecin désacralisé et humanisé :

Avec l'avancée des techniques, la démocratisation des connaissances scientifiques, cette relation médecin-patient a évolué vers un partenariat.

Le prestige du médecin généraliste paraît être remis en cause depuis quelques décennies.

La médiatisation des connaissances médicales par le biais d'Internet (déjà détaillé précédemment), mais également par le biais des revues de vulgarisation scientifique, et des émissions médicales a participé à cette démocratisation des connaissances scientifiques, désacralisant le monde médical.

Par ailleurs, la médiatisation de plus en plus importante d'erreurs médicales, confrontant le monde de la santé à celui de la justice a largement participé à cette désacralisation.

Cette évolution dans la relation médecin-patient s'explique également par la création de la loi du 4 mars 2002, obligeant à l'information éclairée et à l'accès au dossier médical.

La relation médecin-malade a évolué d'une relation médicale paternaliste, inégalitaire où le médecin détient le savoir et décide pour son patient, à une relation dans laquelle le patient devient plus autonome, se transformant en sujet libre et pensant, et participant aux prises de décisions.

Le médecin est reclassé au rang « d'homme », détenant un savoir maintenant accessible, pouvant faire des erreurs, et ayant une vie semblable à celle « du commun des mortels ».

Dans notre étude, plusieurs patients revendiquent le droit à l'erreur du médecin, et souhaitent qu'il reconnaisse ces limites. « Ce sont quand même des êtres humains». Ils expliquent comprendre la difficulté de ce métier, « la médecine n'étant pas une science exacte ».
Dans les entretiens médecins, beaucoup de médecins revendiquent cette humanisation de leur fonction.

- Entretien Médecin 9 : *« On n'est pas des machines, on n'est pas des robots {…] ça humanise le médecin, question d'humanisation. Ce n'est pas juste une tension, un médicament, une ordonnance, il y a un côté relationnel, humain. Ils ont besoin de savoir qui on est. »*

Ce médecin humanisé ressemble à ses patients, se rapproche d'eux. Dès lors, ils peuvent s'identifier plus facilement à lui.

4.6- Les compétences attendues :

4.6.1- Définition du médecin généraliste :

En 2002, la WONCA défini la médecine générale comme un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Elle la déclare également comme une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. Elle doit être le premiers recours au système de soins, prenant en compte la personne dans sa globalité. Elle doit assurer la coordination des soins avec les autres professionnels de santé et doit assurer des soins continus. Enfin, elle doit promouvoir l'éducation pour la santé et la prévention, dans son rôle de santé publique.

De plus, elle associe le terme de médecin généraliste au médecin de famille.

Nous verrons dans le chapitre suivant que toutes ces notions ont été rapportées par nos interviewés.

4.6.2- Les différentes compétences :

La compétence, dans le domaine de la santé, correspond à l'ensemble des connaissances scientifiques, acquises par le médecin, au sujet des maladies et de leurs traitements. Ces connaissances sont adaptables et modulables en fonction de la situation clinique ou professionnelle. Elles sont également confrontées à l'expérience, au savoir-faire, aux qualités et convictions personnelles du médecin, surtout lors de la prise en charge de situations complexes (50).

Cette notion a largement été développée dans les entretiens médecins.

Elle a également été définie comme un ensemble de caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide (51).

Dans notre étude, la compétence est l'une des premières qualités d'un « bon médecin généraliste ».

Les six compétences requises au rôle du médecin généraliste et défini par la CNGE (52), ont toutes été décrites par nos patients, au fil des entretiens.

En effet, six compétences génériques transversales ont été définies, recouvrant la totalité des tâches et fonctions du médecin généraliste. Nous allons détailler chacune de ses compétences et les mettre en lien avec les résultats de notre étude.

- Premiers recours, urgences :

C'est la capacité à prendre en charge divers problèmes de santé, selon les recommandations et les attentes du patient, et à organiser une accessibilité optimale aux soins, incluant la disponibilité, les moyens, le suivi et le coût.

- Entretien Patient 2 : *« Je viens parce que je suis malade et je veux qu'elle me soigne. »*

- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient :

C'est l'aptitude à assurer la continuité des soins, ainsi que la coordination des différents problèmes de santé du patient investi dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Entretien Patient 14 : *« Le médecin traitant, l'intérêt, c'est d'avoir un suivi complet avec une vision médicale de ton historique, qui est plus poussée que ta propre vision à toi, j'imagine. Il peut t'aider, dans certains cas, à te dispatcher sur les bons médecins spécialistes. »*

Dans un sondage IPSOS réalisé en 2008 (20), 52% des patients déclaraient ne pas avoir changé de médecins depuis au moins six ans, 10% affirmaient même ne jamais avoir changé de médecin traitant.

Cette enquête, tout comme notre étude, révèle une certaine fidélité du patient à son médecin.

- Approche centrée sur le patient, relation, communication :

C'est l'aptitude à construire une relation avec le patient, avec son entourage, ainsi qu'avec les différents professionnels de santé, en faisant preuve de capacités communicationnelles, adaptées aux différentes situations rencontrées, toujours dans l'intérêt du patient.

- Entretien Patient 6: *« Le temps qu'il passe avec moi, le temps où je peux tout lui dire, et bah j'ai l'impression d'être vraiment quelqu'un quoi. »*

- Approche globale, prise en compte de la complexité :

C'est la capacité à prendre des décisions en fonction des attentes, des besoins, des désirs du patient, tout en prenant en compte sa globalité, son vécu et en suivant les différentes recommandations (pour ex EBM)

- Entretien Patient 5 *: « C'est le médecin qui a le savoir, qui saura s'il faut aller faire ci ou ça en plus.»*

- Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire :

C'est l'aptitude à prévenir les maladies, à éduquer le patient pour parvenir à son autonomisation, à promouvoir la santé, dans le but d'améliorer la santé individuelle et communautaire.

- Entretien Patient 20 : *« C'est que je vais la voir parce que j'en ai besoin, je ne vais pas la voir en amont de quoique ce soit. »*

- Professionnalisme :

C'est la capacité à assurer les soins, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient, à répondre aux attentes des patients et de la société par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences et de maintenir ses connaissances grâce à la formation médicale continue.

- Entretien Patient 15 : *« Pour moi, c'est le médecin, la qualité du médecin, du soin. »*

Lors des entretiens médecins, nous n'avons pas retrouvé, de façon aussi flagrante, l'évocation de ces compétences. Seul le « professionnalisme » a amplement été décrit par les médecins.

5- Conclusion :

Après avoir réalisé l'analyse des entretiens patients, nous avons observé que la vie privée du médecin généraliste intervient de différentes manières et pour différentes raisons pendant la consultation.

Cette analyse dévoile la survenue d'éléments de la vie privée des médecins dans de nombreux temps, non négligeables, de la consultation.

D'après nos conclusions, la vie privée du médecin, son histoire, son vécu, ses expériences personnelles façonnent sa personnalité, ses convictions, son caractère. Ils sont, malgré un certain contrôle de la part du médecin, indissociables de lui-même et interviennent donc de façon consciente ou inconsciente dans son métier, sur sa façon d'être auprès de ses patients, sur ses prises de décision, et par conséquent sur leurs prises en charges.

En évaluant l'impact de la vie privée du médecin sur la consultation, les patients ont dessiné les contours du médecin « idéal ». Ce médecin doit conjuguer compétences scientifiques, capacité d'écoute, neutralité, bienveillance, compréhension et ouverture d'esprit. Il doit également être attentif à ses patients et savoir faire preuve de réassurance. Enfin, il doit être accessible, disponible, ordonné, et respectueux envers ses patients.
Néanmoins, ils n'accordent presque aucune importance à sa tenue vestimentaire, avouant préférer un médecin fidèle à lui-même, à sa personnalité, plutôt qu'un médecin apprêté en costume-cravate, révélant, une fois de plus, des attributs de la vie privée de leur médecin.

Ces multiples aptitudes, émanent de la personnalité du médecin, et critères de satisfaction des patients, mettent en exergue différentes compétences du médecin et par conséquent, la qualité des soins.

Ces différentes compétences, définies par la CNGE, base de notre formation médicale en médecine générale, ont toutes été décrites par les patients. Selon leurs impressions, ces compétences déterminent et caractérisent les qualités professionnelles de leur médecin.

Même si l'ensemble des patients souhaite avoir avant tout un médecin, professionnel de santé, doué de compétences scientifiques et techniques inégalables, la plupart s'accorde à dire que le médecin doit mêler compétences scientifiques et compétences relationnelles.

En effet, ils admettent accorder une grande importance aux divers échanges, non médicaux, échangés avec leur médecin pendant la consultation, détectant et signalant à nouveau la survenue d'éléments de la vie privée du médecin pendant le temps dédié à la consultation.

Pendant ces différents temps d'échange, patient et médecin se livrent, chacun avec ses limites et ses barrières, contribuant à une connaissance mutuelle, et par conséquent à une certaine réciprocité de la relation. Cette connaissance mutuelle participe à la création d'une relation de confiance, et dès lors à la construction de la relation médecin-patient.

Effectivement, les patients soulignent l'importance de la connaissance de leur médecin généraliste, passant par la connaissance d'éléments de sa vie privée, dans la création et le développement d'une relation basée sur une confiance réciproque, expliquant pouvoir mieux se confier et se sentir à l'aise grâce à ces échanges bilatéraux.

Ces confidences partagées entre le médecin et son patient rendent cette relation thérapeutique spécifique et unique. Cette relation, si complexe, a été très difficile à décrire par les patients. Relation professionnelle ? Relation amicale ? Même si beaucoup de patients l'ont décrit en terme de relation professionnelle, certains ont eu des difficultés à définir la bonne distance, la bonne limite et d'autres l'ont catégoriquement et étonnement classée comme une relation amicale.

Malgré ces différences d'opinions, tous souhaitent avoir une consultation centrée sur eux-mêmes, sur leurs demandes, leurs attentes, leurs besoins, reléguant au second plan cette relation complexe et la connaissance de la vie privée de leur médecin, exprimant par ailleurs le désir que ces échanges soient initiés par le patient et non par le médecin.

De surcroit, aucun patient n'a avoué avoir posé directement des questions à leur médecin, au sujet de leur vie privée.

Enfin, la connaissance de la vie privée du médecin généraliste concoure et favorise également à une humanisation du médecin généraliste. Le médecin se rapproche de son patient en lui confiant des moments de vie banals, communs. Ainsi le patient découvre un médecin lui ressemblant, ayant une vie semblable à la leur, ayant lui aussi ses qualités mais aussi ses

défauts, et pouvant également commettre des erreurs dans sa vie professionnelle comme dans sa vie privée.

Cependant, encore quelques patients, sans aucune typologie précise, sacralisent leur médecin généraliste, allant jusqu'à imaginer leur vie « idéale », leur créant une histoire dans le but de se rapprocher de lui d'une certaine façon, ou de faire vivre ses fantasmes liés au personnage du médecin, par son imaginaire.

En conclusion, les patients expriment leur désir et leur besoin de connaître leur médecin pour établir une meilleure relation de confiance, améliorant par la même occasion leur relation thérapeutique et par conséquent leur prise en charge. Mais tous soulignent l'importance des compétences scientifiques, médicales, première attente du patient.

6- Bibliographie :

1. Bloy G, Schweyer F-X, Collectif, Herzlich C. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2010. 423 p.

2. Peabody F. The Care of the Patient. JAMA. [cited 2015 Apr 30];88(12). Available from: http://courses.washington.edu/hmed665i/MSJAMA_Landmark_Article_The_Care_of_the_Patient.html

3. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e ed. Paris: Payot; 2003. 418 p.

4. Guérin M. Broché - Le généraliste et son patient. Flammarion. Paris: Broché; 1995.

5. Galam E. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris: Autrement; 1996. 202 p.

6. Salomé J. Relation d'aide et formation à l'entretien. Éd. ent. rev. et augm. Pas-de-Calais: Presses Universitaires du Septentrion; 2003. 242 p.

7. Porter EH. An introduction to therapeutic counseling. First Edition edition. Houghton Mifflin; 1950. 223 p.

8. Pestaiux D. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Coordination rédactionnelle de la traduction en français. Eur WONCA. 2002;UCL, Bruxelles, Belgique. Available from: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

9. Moubarak G, Guiot A, Benhamou Y, Benhamou A, Hariri S. Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor–patient relationship. J Med Ethics. 2010 Dec 15;jme.2010.036293.

10. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. 2e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2013.

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; (84-19) 142-145. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

12. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: Stratégies pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin; 2010.

13. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. 424 p.

14. Luckerhoff J, Guillemette F, Collectif, Corbin J. Méthodologie de la théorisation enracinée : Fondements, procédures et usages. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2013. 282 p.

15. Corbin ASJ. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory 3rd (third) by Juliet Corbin, Anselm Strauss (2007) Paperback. 3rd ed. SAGE Publications, Inc; 1115.

16. Blanchet A, Gotman A. L'entretien: L'enquête et ses méthodes. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2010. 128 p.

17. COMBESSIE J-C. La méthode en sociologie. 5e édition. Paris: La Découverte; 2007.

18. Borges Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Rev Médicale Assur Mal. 2001 Avril-Juin;32(2).

19. Vilatte J-C. L'entretien comme outil d'évaluation. Formation " Evaluation"; 2007 Décembre; Lyon. Available from: www.lmac-mp.fr/telecharger.php?id_doc=48

20. Andreani J-C, Conchon F. Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing. Congrès des Tendances du Marketing; 2005 Jan. Available from: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf

21. Huberman A-M, Miles M-B. Analyse des données qualitatives. 2e édition. Bruxelles; Paris: De Boeck; 2003. 626 p.

22. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.

23. Pommier-Delage M, Thèse sous la direction du Dr Buchon D. "Notre médecin devrait être tout cela et bien plus encore...". Etude réalisée auprès de patients de médecine générale. Faculté de médecine de Limoges; 1999. Available from: http://www.sudoc.fr/053694821

24. Dedianne M-C, Thèse sous la direction du Dr Hauzanneau P. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Faculté de médecine de Grenoble; 2001. Available from: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document

25. Bonnet J-B, Thèse sous la direction du Dr Le Mauff JM. Image du médecin généraliste par les patients: étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du Focus Group. Faculté de médecine de Nantes; 2008. Available from: https://www.google.fr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=bonnet+image+du+medecin+g%C3%A9n%C3%A9raliste+these+2008

26. Gaborieau P, Thèse sous la direction du Dr Bouilleau G. Qu'est-ce qu'un « bon médecin généraliste » ? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud. Faculté de médecine de Tours; 2013. Available from: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_GaborieauPauline.pdf

27. Enquête IPSOS FRANCE. Le français et son médecin. IMPACT Med. 1987 Nov 7;(243):6p. Consulté le 25/04/2015

28. Enquête IPSOS FRANCE. Les français tiennent leur médecin en haute estime. 2000 Juin. Available from: http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2000-06-22-francais-tiennent-leur-medecin-en-haute-estime. Consulté le 24/04/2015

29. Feuillet A, Thèse sous la direction du Dr Poisson P. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure et Loir. Faculté de médecine de Tours; Available from: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_FeuilletAnais.pdf

30. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M. Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns. 2005;56(2):139–46.

31. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. BMJ. 2005 Dec 24;331(7531):1524–7.

32. Mousel C, Thèse sous la direction du Dr Aubrege A. 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. Faculté de médecine de Nancy; 2009. Available from: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2009_MOUSEL_CATHERINE.pdf

33. Guichard F, Philippe M, Thèse sous la direction du Dr Bouhana S. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale. Faculté de médecine de Grenoble; 2014. Available from: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00984460/document

34. Ozler Y, Thèse sous la direction du Dr Jung G. Les critères de choix du médecin traitant, étude au niveau de la population. Faculté de médecine d'Amiens; 2012. Available from: http://dumga.fr/_media/article-ozler-yunus.pdf

35. Dareths Fabier S, Thèse sous la direction du Dr Prouff B. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Faculté de médecine de Bordeaux; 2011. Available from: http://www.voixmedicales.fr/wp-content/uploads/2012/02/These-Sophie-Dareths.pdf

36. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. 2010 Aug;(3):151–65.

37. Oliveira CC. Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Paris: Seli Arslan; 2010. 302 p.

38. Stephan H, Thèse sous la direction du Dr Bismuth S, et du Dr Chicoulaa B. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de

47 consultations chez 5 médecins généralistes. Faculté de médecine de Toulouse; 2012. Available from: http://thesesante.ups-tlse.fr/413/1/2012TOU31076.pdf

39. Wolpaw DR, Shapiro D. The Virtues of Irrelevance. N Engl J Med. 2014 Apr 3;370(14):1283–5.

40. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. Br J Gen Pract. 1996 Oct 1;46(411):601–5.

41. Enquête IPSOS FRANCE. La bonne image des généralistes. 2008 Juin; Available from: http://www.ipsos.fr/decrypter-societe/2007-02-28-bonne-image-generalistes. Consulté le 25/04/2015

42. Enquête BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. 2008 Juin. Available from: http://www.bva.fr/fr/sondages/le_role_et_la_place_du_medecin_generaliste_en_france.html. Consulté le 24/04/2015

43. Enquête TNS-SOFRES. Les français, leurs médecins et leur système de santé. 2006 Décembre; Available from: http://www.tns-sofies.com/etudes/sante/l20302medec.pdf. Conulté le 26/04/2015

44. Rogers C, Pages M. Le développement de la personne. Nouvelle présentation. Paris: Dunod; 2005. 270 p.

45. TNS-SOFRES. Les jugments des français sur les médecins. 2001 Février; Available from: http://www.tns-sofies.~om/etudes/sante/2 1030 lmedecinsr.htm. Consulté le 25/04/2015.

46. Choay F, Hall E-T, Petita A. La dimension cachée. Paris: Points; 2014. 254 p.

47. Gadit A. Should doctors and patients be friends? Can this lead to an ethical dilemma? J Pak Med Assoc. 2010 Oct;

48. Lebret J-M. réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné . [cited 2015 Apr 23]. Available from: http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la.html. Consulté le 23/04/2015.

49. Mathieux N. La bonne distance dans la relation médecin-patient: Travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées. Faculté de médecine de Poitiers; 2004.

50. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métiers et compétences en médecine générale. Exercer. 2010;21(91):41–6.

51. Matillon Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Ministère Santé Fam Pers Handicap. 2003 Aout;94.

52. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;(108):148–55.

7- Annexes :

Annexe 1 :

L'analyse thématique

Voici les différentes catégories et sous-catégories relevés par l'analyse thématique de nos résultats.

1- Les attentes des patients :

- Le médecin idéal :

Un médecin qui soit compétent / Un médecin qui soit à l'écoute / Un médecin qui soit neutre / Un médecin qui soit également ordonné / Un médecin qui soit compréhensif /Un médecin qui soit bienveillant / Un médecin qui soit réassurant / Un médecin qui soit attentif à leurs besoins

- Apparence du médecin :

Propreté / Bien habillé / Respect du patient / Un médecin fidèle à lui-même

- Accessibilité aux soins :

Disponibilité du médecin / Durée de la consultation / Argument de lieu

- Consultation centrée sur le patient :

Un temps uniquement dédié au patient / La reconnaissance du patient comme personnalité à part entière

2- Un médecin qui se livre lors des consultations :

- L'échange social:

La notion d'échange social : banalités, nouvelles, actualités / Echange social initié par le patient / Temps dédié à l'échange social / Les limites à l'échange social

- Vie quotidienne du médecin :

Etat matrimonial et enfants / Hobbies et vacances / Zone de résidence

- Un médecin « conseiller » :

Les exemples de sa vie privée

- Les barrières

3- La relation médecin-patient, une relation complexe à multiples facettes

- Bienveillance envers le médecin :

Respect de la vie privée du médecin / Tolérance de ses convictions / Empathie vis-à-vis du planning du médecin / Empathie vis-à-vis de la difficulté du métier / Attention portée à la vie privée

- Connaissance du médecin, base d'une relation de confiance :

Une relation basée sur la confiance / L'importance de la connaissance du médecin dans la relation / Une relation sans jugement de valeur / La confiance, une ouverture aux confidences / Une impression « de se sentir à l'aise » :

- Relation professionnelle versus relation amicale, une certaine ambiguïté:

Relation professionnelle / Relation amicale / Ambigüité de la relation

- Identification au médecin

- De l'importance du suivi à la connaissance mutuelle :

Importance du suivi / Evolution de la relation / La connaissance mutuelle / Mutualité versus Inégalité de la relation :

- Impact du sexe du médecin dans la relation

4- Le professionnel de santé :

- Le médecin, professionnel de santé :

La notion de compétence / La notion de professionnalisme (Un discours accès sur le médical/ La neutralité/ La continuité, le suivi, la coordination des soins /Compétence relationnelle versus compétence professionnelle)

- La maîtrise par l'uniformisation

- Analogie médecine-entreprise

- Tabou de l'argent

- Laïcité au cabinet

- Le médecin, un personnage public

5- Le médecin « imaginaire » :

- Médecin idéalisé versus médecin désacralisé :

Idéalisation du médecin / Désacralisation du médecin / Humanisation du médecin :

- Fantasmes du patient au sujet de la vie privée de son médecin

- Médecine, un sacerdoce

6- Vécu, expériences et convictions :

- Convictions personnelles comme biais de sélection de la patientèle

- Vécu personnel et pise en charge des situations complexes

Annexe 2 :

LONG-FORM PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE (PSQ-III)

These next questions are about how you feel about the medical care you receive.

On the following pages are some things people say about medical care. Please read each one carefully, keeping in mind the medical care you are receiving now. (If you have not received care recently, think about what you would expect if you needed care today.) We are interested in your feelings, good and bad, about the medical care you have received.

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
1. If I need hospital care, I can get admitted without any trouble.....	1	2	3	4	5
2. Doctors need to be more thorough in treating and examining me.....	1	2	3	4	5
3. I am very satisfied with the medical care I receive.....	1	2	3	4	5
4. I worry sometimes about having to pay large medical bills.....	1	2	3	4	5
5. It is easy for me to get medical care in an emergency.....	1	2	3	4	5
6. Doctors are good about explaining the reason for medical tests.....	1	2	3	4	5
7. I am usually kept waiting for a long time when I am at the doctor's office...	1	2	3	4	5
8. I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care.....	1	2	3	4	5
9. The doctors who treat me should give me more respect.....	1	2	3	4	5
10. Sometimes it is a problem to cover my share of the cost for a medical care visit.....	1	2	3	4	5

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
11. The medical care I have been receiving is just about perfect.....	1	2	3	4	5
12. Sometimes doctors make me wonder if their diagnosis is correct.....	1	2	3	4	5
13. During my medical visits, I am always allowed to say everything that I think is important.....	1	2	3	4	5
14. I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially.....	1	2	3	4	5
15. When I go for medical care, they are careful to check everything when treating and examining me.....	1	2	3	4	5
16. It's hard for me to get medical care on short notice.....	1	2	3	4	5
17. The doctors who treat me have a genuine interest in me as a.person.....	1	2	3	4	5
18. Sometimes doctors use medical terms without explaining what they mean.....	1	2	3	4	5
19. Sometime I go without the medical care I need because it is too expensive.....	1	2	3	4	5
20. The office hours when I can get medical care are convenient (good) for me.....	1	2	3	4	5
21. There are things about the medical system I receive my care from that need to be improved.....	1	2	3	4	5
22. The office where I get medical care should be open for more hours than it is.....	1	2	3	4	5

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
23. The medical staff that treats me knows about the latest medical developments.....	1	2	3	4	5
24. I have to pay for more of my medical care than I can afford.....	1	2	3	4	5
25. I have easy access to the medical specialists I need.....	1	2	3	4	5
26. Sometimes doctors make me feel foolish.....	1	2	3	4	
27. Regardless of the health problems I have now or develop later, I feel protected from financial hardship.....	1	2	3	4	5
28. Where I get medical care, people have to wait too long for emergency treatment.....	1	2	3	4	5
29. Doctors act too businesslike and impersonal toward me.....	1	2	3	4	5
30. There is a crisis in health care in the United States today.....	1	2	3	4	5
31. Doctors never expose me to unnecessary risk.....	1	2	3	4	5
32. The amount I have to pay to cover or insure my medical care needs is reasonable	1	2	3	4	5
33. There are some things about the medical care I receive that could be better.....	1	2	3	4	5
34. My doctors treat me in a very friendly and courteous manner.....	1	2	3	4	5
35. Those who provide my medical care sometimes hurry too much when they treat me.....	1	2	3	4	5

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
36. Some of the doctors I have seen lack experience with my medical problems.	1	2	3	4	5
37. Places where I can get medical care are very conveniently located.....	1	2	3	4	5
38. Doctors sometimes ignore what I tell them.....	1	2	3	4	5
39. When I am receiving medical care, they should pay more attention to my privacy.....	1	2	3	4	5
40. If I have a medical question, I can reach a doctor for help without any problem.....	1	2	3	4	5
41. Doctors rarely give me advice about ways to avoid illness and stay healthy.	1	2	3	4	5
42. All things considered, the medical care I receive is excellent.....	1	2	3	4	5
43. Doctors listen carefully to what I have to say.....	1	2	3	4	5
44. I feel insured and protected financially against all possible medical problems.....	1	2	3	4	5
45. I have some doubts about the ability of the doctors who treat me.....	1	2	3	4	5
46. Doctors usually spend plenty of time with me.....	1	2	3	4	5
47. Doctors always do their best to keep me from worrying.....	1	2	3	4	5
48. I find it hard to get an appointment for medical care right away.....	1	2	3	4	5
49. I am dissatisfied with some things about the medical care I receive.....	1	2	3	4	5

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly Agree	Agree	Uncertain	Disagree	Strongly Disagree
50. My doctors are very competent and well-trained.....	1	2	3	4	5
51. I am able to get medical are whenever I need it.....	1	2	3	4	5

Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) [Internet]. 1994 [cited 2015 May 15]. Available from: http://www.rand.org/pubs/papers/P7865.html

Annexe 3

The MISS-21

The patient is asked to indicate their level of agreement on a 7-point Likert scale :

Very strongly disagree = 1

Strongly disagree = 2

Disagree = 3

Uncertain = 4

Agree = 5

Strongly agree = 6

Very strongly agree = 7

- 1- The doctor told me just what my trouble is. (DR)
- 2- After talking with the doctor, I know just how serious my illness is. (DR)
- 3- The doctor told me all I wanted to know about my illness. (DR)
- 4- I am not really certain about how to follow the doctor's advice. (CC)
- 5 After talking with the doctor, I have a good idea of how long it will be before I am well again. (DR)
- 6- The doctor seemed interested in me as a person. (R)
- 7- The doctor seemed warm and friendly to me. (R)
- 8- The doctor seemed to take my problems seriously. (R)
- 9- I felt embarrassed while talking with the doctor. (CC)
- 10- I felt free to talk to this doctor about private matters. (R)
- 11- The doctor gave me a chance to say what was really on my mind. (R)
- 12- I really felt understood by my doctor. (R)

- 13- The doctor did not allow me to say everything I had wanted about my problems. (CC)
- 14- The doctor did not really understand my main reason for coming. (CC)
- 15- This is a doctor I would trust with my life. (R)
- 16- The doctor seemed to know what (s)he was doing. (R)
- 17- The doctor has relieved my worries about my illness. (DR)
- 18- The doctor seemed to know just what to do for my problem. (DR)
- 19- I expect that it will be easy for me to follow the doctor's advice. (CI)
- 20- It may be difficult for me to do exactly what the doctor told me to do. (CI)
- 21- I'm not sure the doctor's treatment will be worth the trouble it will take. (CI)

DR = Distress Relief subscale;

CC = Communication Comfort subscale;

R = Rapport subscale;

CI = Compliance Intent subscale.

Meakin R, Weinman J. The "Medical Interview Satisfaction Scale" (MISS-21) adapted for British general practice. Fam Pract. 2002 Jun;19(3):257–63.

Résumé

Introduction : La relation médecin-patient est une relation complexe. De nombreuses études s'y intéressent mais peu abordent la place et l'influence de la vie privée du médecin dans cette relation, particulièrement du côté patient.

Objectif : Etudier selon le point de vue des patients la survenue d'éléments de la vie privée du médecin, analyser leurs influences, l'importance qu'ils leurs accordent, et étudier leurs impacts sur la prise en charge.

Matériel et Méthode : Etude qualitative menée par entretiens semi-dirigées auprès de patients, enregistrés, retranscris de façon exhaustive, analysés par la méthode de théorisation ancrée avec codage en double aveugle ouvert et axial, suivi d'une analyse thématique du codage.

Résultats : 20 patients ont été inclus du 01/10/2014 au 31/01/2015. La vie privée du médecin intervient dans la consultation par sa personnalité, ses expériences, ses convictions. Elle survient lors d'échanges relationnels, indispensables à la construction d'une relation de confiance. Selon eux, le médecin doit savoir mêler compétences professionnelles et compétences relationnelles pour une optimisation de la relation thérapeutique. Sa connaissance améliore la relation en rapprochant médecin et patient, en humanisant le médecin, optimisant leur prise en charge. Cependant des limites à cette connaissance et à ces échanges, pouvant être source d'une ambigüité dans la relation, ont été posées par les patients désirant maintenir une consultation centrée sur eux.

Conclusion : La vie privée du médecin généraliste façonne sa manière de consulter et d'échanger avec ses patients. La perception de cette vie privée par les patients peut améliorer la relation thérapeutique.

Résumé

Introduction : La relation médecin-patient est une relation complexe. De nombreuses études s'y intéressent mais peu abordent la place et l'influence de la vie privée du médecin dans cette relation, particulièrement du côté patient.

Objectif : Etudier selon le point de vue des patients la survenue d'éléments de la vie privée du médecin, analyser leurs influences, l'importance qu'ils leurs accordent, et étudier leurs impacts sur la prise en charge.

Matériel et Méthode : Etude qualitative menée par entretiens semi-dirigées auprès de patients, enregistrés, retranscris de façon exhaustive, analysés par la méthode de théorisation ancrée avec codage en double aveugle ouvert et axial, suivi d'une analyse thématique du codage.

Résultats : 20 patients ont été inclus du 01/10/2014 au 31/01/2015. La vie privée du médecin intervient dans la consultation par sa personnalité, ses expériences, ses convictions. Elle survient lors d'échanges relationnels, indispensables à la construction d'une relation de confiance. Selon eux, le médecin doit savoir mêler compétences professionnelles et compétences relationnelles pour une optimisation de la relation thérapeutique. Sa connaissance améliore la relation en rapprochant médecin et patient, en humanisant le médecin, optimisant leur prise en charge. Cependant des limites à cette connaissance et à ces échanges, pouvant être source d'une ambigüité dans la relation, ont été posées par les patients désirant maintenir une consultation centrée sur eux.

Conclusion : La vie privée du médecin généraliste façonne sa manière de consulter et d'échanger avec ses patients. La perception de cette vie privée par les patients peut améliorer la relation thérapeutique.

Mots clés MesH : Médecine générale, relation médecin-patient, vie privée du médecin

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06