



HAL
open science

Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Étude qualitative sur les patients de la région Picardie

Julie Purvin

► **To cite this version:**

Julie Purvin. Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Étude qualitative sur les patients de la région Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01345704

HAL Id: dumas-01345704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01345704>

Submitted on 15 Jul 2016

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.

**POURQUOI LES PATIENTS PICARDS
CHANGENT-ILS DE MEDECIN TRAITANT ?**
Étude qualitative sur les patients de la région Picardie.

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE
(DIPLOME D'ÉTAT)
PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 7 JUILLET 2016

PAR

PURVIN Julie
Née le 5 juin 1988

Président de jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Juges : Monsieur le Professeur Christian MILLE
Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude d'avoir fait l'honneur de
présider ce jury.*

Monsieur le Professeur Christian MILLE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédo-psychiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma profonde gratitude.*

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant
(Pharmacologie fondamentale clinique)
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS
Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.*

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
(Médecine Interne)

*Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.*

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Médecin Généraliste

Maître de conférences associée

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.

Votre dynamisme, votre réactivité, votre savoir m'ont été d'une grande aide pour ce travail.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

À **Adrien**, mon soutien, ma moitié depuis tant d'années, on en a passé des épreuves, mais l'avenir nous attend...

À **Elisabeth**, ta fidélité et ton amour m'ont été d'un grand réconfort pendant ce travail difficile. Tu en as passé des heures assises à mes côtés à me regarder travailler. Merci pour ce soutien infaillible.

À **mes parents**, un grand merci pour votre soutien moral et financier car sans vous je n'aurais pas pu me lancer dans ses études si passionnantes mais si longues.

À **Mélanie**, merci d'avoir consacré de ton temps à ce travail, que l'amour de la langue française t'habite le plus longtemps possible et je te souhaite beaucoup de courage et de réussite pour ta thèse à venir.

À **mes amis**, rencontrés depuis le collège et tout au long de mes études, votre joie de vivre m'a permis de m'évader, merci à vous.

À **mes maîtres de stage de Médecine Générale, Dr Caron, Dr Fortane, Dr François, Dr Vincent, Dr Baes, Pr Borgne, Dr Libert**, un grand merci à vous d'avoir partagé votre savoir et votre amour de la Médecine avec moi. Votre gentillesse, votre grand professionnalisme, votre volonté de transmettre ont fait de moi le médecin d'aujourd'hui et celui que je serai demain.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
1.1 Naissance du Projet	12
1.2 Le choix du médecin traitant	14
MATÉRIEL ET MÉTHODE	16
2.1 Recrutement des patients de l'étude	17
2.1.1 Patients étudiés.....	17
2.1.2 Modalité de recrutement des patients.....	17
2.2 Préparation des entretiens	18
2.2.1 Guide de l'entretien.....	18
2.2.2 Déroulement de l'entretien.....	18
2.3 Recueil des données	20
2.4 Retranscription	20
2.5 Méthode d'analyse	20
RÉSULTATS	22
3.1 Données générales de l'étude	23
3.1.1 Les entretiens.....	23
3.1.2 Caractéristiques sociologiques de l'échantillon.....	23
3.1.3 Caractéristiques des nouveaux médecins traitant.....	25
3.2 Analyse du contenu des entretiens	26
3.2.1 Facteurs intervenant dans le changement de médecin traitant	26
3.2.1.1 Altération de la relation médecin/malade	27
3.2.1.2 Remise en cause des compétences médicales du médecin	29
3.2.1.3 Manque de disponibilité du médecin	30
3.2.1.4 Lié à la manière de travailler du médecin	31
3.2.1.5 Lié à l'attitude du médecin.....	32
3.2.1.6 Prescriptions du médecin non conformes aux attentes du patient	32
3.2.1.7 Raisons personnelles du patient liées à un problème pratique	33
3.2.1.8 Raisons personnelles du patient liées à la consultation, à l'examen clinique.....	33
3.2.2 Critères de choix du nouveau médecin traitant	35
3.2.2.1 Le choix est influencé par l'entourage du patient	35
3.2.2.2 Le choix se fait également au cours de la première rencontre médecin/malade.....	35
3.2.2.3 La proximité géographique était aussi un critère de choix	36
3.2.2.4 Le choix se faisait également sur l'attitude du médecin	36
3.2.2.5 Le choix prenait en compte les compétences médicales du nouveau médecin.....	37
3.2.2.6 Les autres critères de choix du nouveau médecin traitant	37
3.2.3 Les attentes du patient vis à vis de son nouveau médecin traitant	38
3.2.3.1 Une relation médecin/malade de qualité.....	38
3.2.3.2 Sur le plan communicationnel.....	39
3.2.3.3 Compétences biomédicales du médecin	40
3.2.3.4 Sur l'attitude du médecin	41

3.2.3.5	Sur le fonctionnement du cabinet.....	41
<u>DISCUSSION</u>		43
4.1	<u>Discussion de la méthode.</u>	44
4.1.1	Choix de la méthode qualitative.	44
4.1.2	Choix de l'entretien semi-dirigé.....	45
4.1.3	Recrutement des patients de l'étude.....	45
4.1.3.1	Idée initiale.....	45
4.1.3.2	Recrutement des patients.	47
4.1.4	Déroulement des entretiens.	48
4.1.5	Méthode d'analyse des entretiens.	49
4.2	<u>Discussion des résultats.</u>	49
4.2.1	Évolution de la relation médecin/malade.....	49
4.2.2	Sur les facteurs intervenant dans le changement de médecin traitant.....	50
4.2.2.1	Dégradation des relations médecin/malade.....	51
4.2.2.2	Des patients de plus en plus exigeants.	53
4.2.2.3	Des patients de moins en moins patient.	55
4.2.3	Critères de choix du nouveau médecin traitant.	57
4.2.4	Les attentes des patients envers leur nouveau médecin.....	59
<u>CONCLUSION</u>		61
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> :		64
<u>ANNEXE 1 : Lettre de relance.</u>		69
<u>ANNEXE 2 : Script d'entretien.</u>		70
<u>ANNEXE 3 : Entretiens (CD-Rom)</u>		

INTRODUCTION

1.1 Naissance du Projet.

La WONCA (1) (=World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians) définissait en 2002 le médecin généraliste ou médecin de famille comme le premier contact avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers prenant en compte tous les problèmes de santé, centré sur la personne et sa globalité grâce au modèle holistique.

Au niveau international, une réflexion avait été menée depuis longtemps pour définir les grands principes de la Médecine Générale. Dès 1974, le groupe Leeuwenhorst (2), qui a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), a proposé une description de l'activité du médecin généraliste.

A cette époque, la discipline de Médecine Générale-Médecine de famille n'était qu'à ses débuts notamment dans le domaine de l'enseignement et de la recherche, encore fondée sur une approche paternaliste. Le modèle paternaliste (3) définissait le patient comme étant une personne déraisonnable, incapable de comprendre sa maladie. Le médecin était persuadé de savoir et d'être objectif. Il se voyait comme le gardien de l'intérêt du patient. Il prenait les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance.

Durant les 30 dernières années, la société a changé et le rôle du patient a pris plus d'importance comme facteur déterminant au niveau des soins de santé et de leur distribution. L'opinion du médecin n'est plus tenue comme sacro-sainte et un nouveau dialogue est apparu entre les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé.

Il a fallu néanmoins attendre la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps et modifiée par l'article 70 de la loi 99-641 du 27 juillet 1998 (4) disant qu'il ne pouvait être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne pour voir émerger le concept de Consentement libre et éclairé. Ce consentement a été mis en exergue par la Loi Kouchner du 4 mars 2002 (5) qui réaffirmait selon l'article L.1111-4 que *« toute personne prend, avec le professionnel de santé [...] les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne [...] et ce consentement peut être retiré à tout moment »*.

Une importante loi sur la réforme de l'assurance maladie publiée en août 2004 (6) imposait le choix d'un médecin pour tous les patients afin d'être soigné, suivi et orienté dans le parcours

de soins coordonné. Le rapport de la cour des comptes de février 2013 (7) montrait qu'en 2011 89,7% des assurés avaient déclaré un médecin traitant et que 91% des consultations avaient lieu dans le parcours de soins coordonné.

Cependant, il peut arriver que des patients changent volontairement de médecin traitant. Nous étions donc en droit de nous demander quelles étaient les raisons motivant le changement de médecin traitant ? Qu'est-ce que les patients attendaient de leurs médecins ? Comment éviter cette rupture définitive de la relation médecin/malade ?

Des études précédentes et des thèses se sont intéressées à la relation conflictuelle médecin/malade mais très peu à la rupture définitive de cette relation et aux raisons la motivant.

Seules trois thèses ont abordé ce sujet, la première était la thèse de Médecine Générale, publiée en 1997 (faculté de Nancy) par Muller-Colle Françoise intitulée : La rupture de la relation médecin/malade, pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste (8). Ce travail avait été abordé de manière quantitative pour déterminer les raisons du changement de médecin généraliste à travers un questionnaire envoyé à plus de 1000 patients de la région Lorraine.

La seconde était la thèse de Médecine Générale, publiée en 2003 (faculté de Rouen) par Nics Vincent intitulée : Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? (9). Ce travail avait également été abordé de manière quantitative à partir d'un questionnaire fermé puis ouvert sur 513 patients de Haute Normandie.

La dernière était la thèse de Médecine Générale, publiée en 2013 (faculté de Tours) par Feuillet Anaïs intitulée : Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Etude qualitative sur les patients d'Eure et Loir (10) Ce dernier travail avait été abordé de manière qualitatif auprès de 14 patients d'Eure et Loir.

Par ailleurs, la Picardie était la région française en 2015 qui comptait le moins de médecins par habitant : 230,9 pour 100 000 habitants (11) On pouvait alors se poser la question de l'impact que la démographie médicale pouvait avoir sur la relation médecin/malade.

L'objectif principal de ce travail était de déterminer quels étaient les facteurs intervenant dans la décision de changement de médecin traitant.

Les objectifs secondaires étaient de montrer comment se faisait le choix du nouveau médecin traitant et ce que les patients attendaient de lui.

Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de patients picards.

1.2 Le choix du médecin traitant.

Avant 2004, le parcours de soins coordonné n'existait pas et les patients pouvaient consulter à leur guise autant de spécialistes (médecin généraliste, pneumologue, neurologue, dermatologue) en étant remboursés par l'assurance maladie (29).

Si on s'intéressait aux fréquences de changement de médecin généraliste décrites par Nics Vincent dans sa thèse intitulée Pourquoi le patient change-t-il de médecin généraliste ? de 2003 (9), on s'apercevait que sur un an 20% des patients interrogés étaient allés voir deux ou plus de deux médecins généralistes différents.

De même, dans la thèse de 1997 de Muller-Colle Françoise intitulée La rupture de la relation médecin malade : Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine (8), 54,90% des patients avaient changé au moins une fois de médecin généraliste, 21,50% avaient effectué deux changements, 13,60% avaient effectué trois changements et 9,4% avaient réalisé plus de trois changements.

Ce nomadisme médical était défavorable à une relation médecin/malade de bonne qualité. C'était donc pour cette raison mais aussi pour des raisons économiques qu'avait vu le jour la loi du 13 août 2004 (6) relative à l'assurance maladie.

Cette loi a recherché une meilleure organisation des soins, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système de santé (7). Elle imposait la création du dossier médical personnel afin de « *suivre le cheminement du malade dans le système de soins* ».

Sa mesure principale était « *le développement du parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant (...) qui se verra confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins* ».

Par conséquent, tout assuré social de plus de seize ans devait désigner un médecin traitant afin de bénéficier si le médecin traitant le jugeait nécessaire d'une consultation auprès d'un autre médecin dit « correspondant ». Le non-respect de ces principes entraînerait une pénalisation financière. La prise en charge financière de l'assuré était modulée en fonction de son comportement et du respect du parcours de soins.

Dans le premier bilan publié par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (=IRDES) en juillet 2007 (30) sur une enquête de 2006, lorsque l'on posait aux assurés la question « pourquoi avez-vous choisi un médecin traitant ? », 82% ont répondu que c'était obligatoire, 44% ont répondu qu'ils ne voulaient pas être pénalisés dans les remboursements et seulement 22% ont répondu que cela améliorerait leur prise en charge.

Néanmoins, le rapport annuel de la Cour des Comptes de février 2013 (7) montrait que fin 2011, 89,7% des assurés avaient déclaré un médecin traitant. Elle estimait également que 91% des actes en 2011 avaient été effectués dans le parcours de soins coordonnés.

Plus récemment, l'institut de sondage ODOXA s'est intéressé aux parcours de soins (31) à travers un échantillon de 3001 personnes grand public, 708 personnes hospitalisées dans les trois dernières années et 399 médecins généralistes et autres spécialistes. Il a montré que 69% du grand public était satisfait sur la manière dont se déroulait le parcours de soins, 72% des personnes hospitalisées mais seulement 49% des médecins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une **étude qualitative par la méthode d'entretien individuel semi-dirigé** auprès de patients picards ayant changé volontairement de médecin traitant.

2.1 Recrutement des patients de l'étude.

2.1.1 Patients étudiés.

Les patients étudiés étaient des patients habitant la région Picardie et ayant changé volontairement de médecin traitant dans les vingt quatre derniers mois. Étaient exclus les patients qui avaient changé de médecin traitant pour des raisons indépendantes de leur volonté. Soit parce que leur médecin avait arrêté d'exercer, soit parce que les patients avaient déménagé.

2.1.2 Modalité de recrutement des patients.

Nous avons décidé de contacter nos confrères Médecins Généralistes de Picardie pris au hasard dans l'annuaire, soit quinze médecins exerçant dans la Somme, seize médecins exerçant dans l'Oise et seize médecins exerçant dans l'Aisne en leur expliquant le projet de recherche, afin qu'ils puissent identifier dans leur patientèle, les patients qui les avaient choisis dans les vingt quatre derniers mois comme nouveau médecin, en leur garantissant le respect de l'anonymat de leurs patients.

Ce nombre de quarante sept n'avait pas été initialement fixé mais nous voulions obtenir un nombre de patients suffisant pour arriver à saturation des données.

Au vu de certains refus des médecins traitants picards de nous communiquer les coordonnées de leurs patients, nous avons également décidé d'inclure dans l'étude des patients vus au cours des stages ambulatoires s'ils rentraient dans le critère d'inclusion et qu'ils acceptaient de participer à l'étude.

Nous avons téléphoné aux patients dont nous avons les coordonnées (entre 11h-12h et 14h-18h, du lundi au vendredi), nous leur avons aussi directement demandé au cabinet s'ils étaient d'accord pour participer à notre étude. S'ils n'étaient pas intéressés initialement ou ne répondaient pas au téléphone, nous leur avons envoyé un courrier expliquant le projet de recherche (**Annexe 1**) en y joignant nos coordonnées téléphoniques, internet et postales.

Nous avons recontacté par téléphone quelques jours après, les patients pour lesquels nous avons envoyé une lettre de relance afin de savoir s'ils acceptaient de participer à notre étude. Quinze lettres ont été envoyées, deux patients y ont répondu favorablement.

Une fois l'accord du patient obtenu, nous avons fixé un rendez vous dans le lieu de leur choix (à leur domicile, au cabinet du médecin, par téléphone s'ils acceptaient de participer mais ne souhaitaient pas me rencontrer).

2.2 Préparation des entretiens.

Nous avons choisi la **méthode par entretien individuel semi-dirigé** qui s'appuyait sur le recueil d'informations lors d'une rencontre individuelle avec les personnes interrogées. Pour structurer notre entretien et réaliser un guide d'entretien nous nous sommes appuyés sur deux ouvrages : L'entretien écrit par Blanchet Alain et Gotman Anne (32) et Conduire un projet de recherche *Une perspective qualitative* (33).

2.2.1 Guide de l'entretien.

Nous avons réalisé un guide d'entretien constitué de questions ouvertes répondant aux objectifs que nous nous sommes fixés accompagné de questions de relance si les réponses aux objectifs principaux n'avaient pas été données. Les principaux thèmes abordés pendant l'entretien ont été définis après lecture de la bibliographie, d'après les hypothèses de résultat et de ce qui nous intéressait de rechercher.

Le **script d'entretien complet** se trouve en (Annexe 2).

2.2.2 Déroulement de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés selon trois modalités différentes. Nous nous sommes rendus au domicile des patients qui avaient accepté de nous rencontrer chez eux pour l'entretien. Nous avons interviewé des patients en tête à tête au cabinet des Médecins Généralistes. Enfin, nous avons effectué quelques entretiens téléphoniques car les patients avaient accepté de participer à l'étude mais ne souhaitaient ni se déplacer ni nous rencontrer.

L'entretien avec le patient interviewé s'est déroulé en trois étapes :

- Au début de chaque entretien, nous avons de nouveau exposé au patient le but de l'étude, précisé que leur anonymat serait respecté et nous nous sommes assurés de leur consentement pour l'enregistrement des propos. Nous avons essayé de les mettre à l'aise en leur stipulant qu'il pouvait tout aborder.

- La première partie de l'entretien a consisté en quelques questions personnelles afin de caractériser les patients interviewés et de briser la glace, elles portaient sur : le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la profession, la zone d'habitation (rurale, ville, semi-rurale, semi-urbaine), le département (Oise, Somme, Aisne), la distance par rapport au cabinet, la situation familiale, la fréquence des consultations, l'existence de pathologie chronique.

- La deuxième partie de l'entretien s'est intéressé à notre objet d'étude.
L'objectif principal étant de déterminer les facteurs intervenant dans la décision de changement de médecin traitant, nous leur avons posé la question suivante : « Parlez moi de votre changement de médecin traitant ? » accompagnée de questions de relance si la réponse à l'objectif principal était incomplète : « Quel(s) événement(s) a déclenché la prise de décision de changement de médecin traitant ? La décision de changement de médecin était-elle facile à prendre ? Quels blocages ou freins éventuels avez vous rencontrés lors de votre changement de médecin traitant ? »

Les objectifs secondaires que nous nous étions fixés étaient d'identifier la manière dont le patient choisit son nouveau médecin et de mettre en évidence ce qu'attendaient les patients de leur nouveau médecin.

J'ai effectué un entretien test le 15 août 2015, deux jours après avoir reçu un avis favorable de la commission de thèse.

Le script d'entretien a bien fonctionné, l'entretien a duré quinze minutes.

2.3 Recueil des données.

Le recueil des données des entretiens a duré cinq mois et s'est déroulé d'août 2015 à décembre 2015.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à l'application « Dictaphone » d'un Smartphone, sous le format .m4a.

Puis, ils ont été transférés sur le logiciel iTunes© de l'ordinateur où ils ont pu être réécoutés plusieurs fois avant d'être retranscrits intégralement.

La durée d'enregistrement a varié de 12 minutes 36 secondes à 22 minutes 45 secondes.

2.4 Retranscription.

Les entretiens ont été retranscrits manuellement et intégralement sur le logiciel Word 2011© après réécoute des fichiers au format .m4a présents sur iTunes©.

Afin de préserver l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque patient de la manière suivante : le patient 1 est appelé P1, le patient 2 est appelé P2 et ainsi de suite. Le médecin intervieweur est appelé M. Les nouveaux médecins traitant ayant été cités dans l'étude ont été numérotés de la façon suivante : Le médecin 1 est appelé M1, le médecin 2 est appelé M2 et ainsi de suite.

2.5 Méthode d'analyse.

L'analyse thématique des données s'est faite de façon continue, par comparaison constante. Une étape de codage axial a permis initialement de relever les principaux thèmes se dégageant des entretiens. L'utilisation du **logiciel N Vivo 11** après chaque entretien a facilité le relevé de ces thèmes ainsi que le regroupement thématique transversal par niveaux de récurrence et de similitude. Une étape finale d'analyse interprétative a permis d'élaborer des hypothèses en utilisant la **méthode d'analyse par théorisation ancrée** (34) Un deuxième codage axial a été réalisé par un médecin extérieur à l'étude, pour permettre la **triangulation des données**.

Rapidement, nous sommes parvenus à établir une grille de lecture des entretiens en fonction des différents thèmes abordés. Cela a permis de voir apparaître la saturation des données et a conduit à l'arrêt des entretiens.

RÉSULTATS

3.1 Données générales de l'étude.

3.1.1 Les entretiens.

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

Je me suis rendue au domicile de dix patients, j'ai interviewé trois patients en tête à tête au cabinet des médecins généralistes. J'ai effectué un entretien téléphonique pour deux patients car ils avaient accepté de participer à l'étude mais ne souhaitaient ni se déplacer, ni que je vienne à leur rencontre.

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes 14 secondes avec une durée minimale de 12 minutes 36 secondes et une durée maximale de 22 minutes 45 secondes.

3.1.2 Caractéristiques sociologiques de l'échantillon.

Vingt cinq coordonnées téléphoniques et postales de patients ont été récupérées. Sur ces vingt cinq patients, douze patients ont répondu favorablement et l'entretien a pu avoir lieu. Nous avons recruté trois patients supplémentaires allant dans les cabinets de médecins généralistes où nous avons effectué notre stage et répondant aux critères d'inclusions que nous nous étions fixés. Les caractéristiques des patients interrogés sont visibles dans le **Tableau 1**.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés.

P	H/		N.E.	Profession	Z.		D.	Situation		Fqce de c.
	F	Age			H.	Dpt		D/C	matrimoniale	
P1	F	59	BEPC	Auxiliaire de vie	R	80	10 km	Mariée	2	Tous les 3 mois
P2	F	70	BEPC	Retraitée, ancienne adjointe administrative	R	60	8 km	Mariée	1	Tous les mois
P3	H	26	BEP	Gérant entreprise	R	02	2 km	PACS	1	1 fois par an
P4	H	61	Certificat	Ouvrier verrier	R	60	1 km	Concubinage	0	Tous les mois
P5	H	35	CAP	Peintre en bâtiment	V	80	2 km	Marié	4	Tous les 2-3 mois
P6	F	18	BAC	Aide à la vie scolaire	V	80	1 km	Seule	0	1 fois par an
P7	F	34	BAC+5	Cadre bancaire	V	02	15 km	Mariée	3	Tous les mois
P8	F	38	BAC+3	Enseignante spécialisée	R	60	8 km	Mariée	2	2-3 fois par an
P9	F	46	BAC	Assistante de direction	V	60	3 km	Mariée	2	1 fois par mois
P10	F	42	BAC+3	Infirmière	R	60	10 km	Mariée	2	Tous les 3 mois
P11	F	31	BAC+5	Professeur de SVT	V	60	8 km	Concubinage	1	2-3 fois par an
P12	H	45	BAC	Adjoint administratif	R	60	5 km	Marié	3	2 fois par an
P13	F	23	BAC+5	Professeur de français	V	80	1 km	Concubinage	0	Tous les 3 mois
P14	H	58	CAP	Conducteur de train	R	60	10 km	Marié	2	Tous les 3 mois
P15	F	35	BAC+5	Responsable d'une agence bancaire	V	02	2 km	Mariée	2	1 fois par an

P : Patient ; **H/F** : Homme/Femme ; **N.E.** : Niveau d'étude ; **Z.H.** : Zone d'habitation ; **V ou R** : Ville ou Rural ; **Dpt** : Département ; **D. D/C** : Distance domicile/cabinet ; **E.** : Enfant(s) ; **Fqce de c.** : Fréquence de consultation ; **Dpt** : Département ; **80** : Somme ; **60** : Oise ; **02** : Aisne

3.1.3 Caractéristiques des nouveaux médecins traitant.

Sur quarante sept médecins généralistes contactés, huit médecins ont refusé de nous communiquer les coordonnées de leurs patients en raison du secret médical, dix médecins n'avaient pas dans leur patientèle de nouveaux patients répondant aux critères d'inclusions, quatre ne savaient pas et n'ont pas donné suite, vingt cinq ont accepté de nous communiquer les coordonnées de leurs patients. Sur ces vingt cinq médecins généralistes ayant accepté, neuf exerçaient dans l'Oise, sept exerçaient dans la Somme et huit exerçaient dans l'Aisne.

Sur les quinze patients ayant été interviewés, deux patients avaient choisi un nouveau médecin traitant identique, pour les treize autres patients les nouveaux médecins traitant étaient différents.

Les caractéristiques des nouveaux médecins traitant se trouvent dans le **Tableau 2**.

Tableau 2 : Caractéristiques des nouveaux médecins traitant.

Médecin /Patient	Sexe du médecin	Age	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Année d'installation	Départements d'e.
M1/ P1	Homme	59 ans	Rural	Seul	1986	Somme
M2/ P2 et P4	Femme	40 ans	Rural	Seule	2000	Oise
M3/ P3	Femme	48 ans	Rural	Cabinet de groupe	1995	Aisne
M4/ P9	Femme	61 ans	Ville	Seule	1983	Oise
M5/ P5	Homme	53 ans	Ville	Cabinet de groupe	1994	Somme
M6/ P6	Homme	64 ans	Rural	Seul	1987	Somme
M7/ P7	Femme	39 ans	Rural	Cabinet de groupe	2013	Aisne
M8/ P8	Homme	45 ans	Rural	Seul	2002	Oise
M9/ P10	Femme	51 ans	Ville	Cabinet de groupe	1993	Oise
M10/ P11	Homme	63 ans	Rural	Maison de santé	1980	Oise
M11/ P12	Homme	49 ans	Ville	Cabinet de groupe	1999	Oise
M12/ P13	Homme	64 ans	Ville	Seul	1981	Somme
M13/ P15	Homme	58 ans	Ville	Seul	1991	Aisne
M14/ P14	Femme	38 ans	Rural	Seule	2010	Oise

M1, M2, ... : Médecin 1, Médecin 2, ...

P1, P2, ... : Patient 1, Patient 2, ...

Départements d'e. : Départements d'exercice

3.2 Analyse du contenu des entretiens.

3.2.1 Facteurs intervenant dans le changement de médecin traitant.

Nous nous sommes aperçus au cours des différents entretiens que la rupture médecin/malade était motivée pour la plupart des patients par une accumulation de facteurs péjoratifs vis à vis de leurs médecins entraînant la détérioration du contrat de soin et à plus ou moins court terme la séparation médecin/malade. Nous avons également remarqué que seulement deux patients avaient donné une unique raison à cette rupture, pour les autres elle était plurifactorielle avec une moyenne de trois raisons par patients.

3.2.1.1 Altération de la relation médecin/malade.

Les patients ont évoqué en grande majorité un **désintérêt de leur symptomatologie** lorsqu'ils consultaient leurs anciens médecins traitant et **un laisser-aller du médecin** conduisant à **un manque de professionnalisme**. (P2, P3, P9, P12, P13, P14, P15)

P 2 : « *il est devenu un peu moins sérieux dans son travail (...) Je pense qu'il a faibli dans sa conscience professionnelle (...) j'avais remarqué quand même un petit laisser aller (...) Je me dis aussi après tout qu'à force, avec le temps, les médecins qui vous voient régulièrement prennent peut-être plus à la légère aussi nos symptômes »*

P 3 : « *Elle me disait c'est pas grave, tu prends un doliprane et ça ira mieux »*

P 9 : « *maman est décédée d'un cancer et son médecin n'a pas vu qu'elle avait un cancer et donc en trois mois de temps elle est partie, il ne s'est pas rendu compte qu'elle avait perdu une dizaine de kilogrammes, qu'elle ne mangeait plus »*

P 12 : « *Je suis allé chez mon ancien médecin et je lui ai demandé de regarder ma cicatrice, je lui expliquais les douleurs et ce que ça occasionnait. Elle a juste regardé en soulevant le pansement et elle l'a remis en disant « oh c'est rien ça va se refermer » (...) Quand on arrive et qu'elle dure 3-4 min ce n'est pas sérieux »*

P 13 : « *il considérait que la supplémentation en vitamine D était inutile pour toute personne n'étant pas un bébé ou une personne âgée quand bien même nous habitons en Picardie »*

P 14 : « *Dès fois j'y allais exprès quand c'était la remplaçante car je trouvais que la prise en charge était meilleure (...) il y avait une lassitude de la part de mon ancien médecin »*

P 15 : « *« Je lui décrivais les symptômes, par exemple un nez qui coule, une douleur de gorge, il n'examinait pas les oreilles ni la gorge de mes enfants, je trouvais ça un peu léger et il me disait ça doit être une rhinopharyngite et me prescrivait des gouttes dans le nez et du sirop (...) Je ne l'ai jamais vu non plus prendre le poids, la taille de mes enfants. Il ne regardait pas non plus leur vaccination, c'est moi qui a été obligé de lui rappeler »*

Les patients expliquaient également cette rupture par **une mauvaise communication, peu d'information** de la part du médecin et parfois **un refus du médecin** motivant leurs séparations. (P4, P7, P8, P12)

P 4 : « Parce que l'autre ne voulait pas que je fasse une sleeve »

P 7 : « Avec le diabète, il y a un certain suivi l'HbA1c etc., tout est envoyé chez mon médecin quand on fait une analyse au laboratoire, mais j'avais rien derrière. Je n'avais aucune information (...) Tout ce qui était analyse lui était envoyé mais j'avais aucun retour, je savais pas si c'était bien, pas bien »

P 8 : « Mon ancien médecin ne prenait pas assez le temps d'écouter ses patients (...) je trouve que la communication n'est pas bien passée »

P 12 : « elle me disait bonjour, elle me demandait par quels moyens j'allais payer et puis la consultation durait 5 minutes »

Les patients leurs reprochaient aussi de **se reposer sur l'avis de leurs confrères spécialistes** plutôt qu'essayer de prendre en charge initialement leurs symptômes. (P2, P13)

P 2 : « il a fini par me dire je vais faire une lettre pour un rhumatologue mais lui il a pas essayé d'approfondir la chose avant, ça aussi ça ne m'avait pas bien plu »

P 13 : « Il ne s'intéressait donc qu'au suivi de ma pathologie mais j'ai eu des soucis avec le générique du Levothyrox® et il n'a rien fait, c'est l'endocrinologue qui s'en est aperçu suite à mes analyses mauvaises et a exigé qu'il soit non substituable »

Un patient avait également évoqué un **manque de suivi de sa pathologie** ayant participé à la rupture de la relation avec son ancien médecin. (P5)

P 5 : « j'ai de la tension et j'en ai marre car il est jamais là, c'est toujours des remplaçantes que je vois et à chaque fois que j'y vais, elles me changent mon traitement »

3.2.1.2 Remise en cause des compétences médicales du médecin.

Beaucoup de patients évoquaient dans les facteurs ayant influencé la rupture, le fait que le médecin était **passé à coté d'une pathologie** qu'ils ont présentée, que le médecin aurait fait à leurs yeux **une erreur médicale** ou une **erreur de prescription**. (P2, P4, P9, P10, P13, P14, P15)

P 2 : « J'ai eu quelques problèmes sur mes ordonnances »

P 4 : « elle m'a découvert de l'arythmie alors que le médecin d'avant m'en avais jamais parlé »

P 9 : « maman est décédée d'un cancer et son médecin n'a pas vu qu'elle avait un cancer et donc en trois mois de temps elle est partie, il ne s'est pas rendu compte qu'elle avait perdu une dizaine de kilogrammes, qu'elle ne mangeait plus »

P 10 : « Plus je grandissais, plus j'entendais des petites choses au niveau erreur médicale »

P 13 : « D'autant qu'il n'avait jamais remarqué ma pathologie, c'est un endocrinologue qui l'a découvert car vers l'âge de 13-14 ans ma croissance s'était stoppée »

P 14 : « Je lui ai parlé de l'ostéoporose mais elle m'a dit je vous connais c'est pas possible que vous fassiez de l'ostéoporose (...) pour elle ce n'était pas possible (...) Je me suis dis que si elle avait réagi la première fois, ça aurait limité la casse »

P 15 : « Une fois un de mes enfants a eu une fièvre à 39°C pendant plus de trois jours, j'ai donc pris rendez vous, le médecin l'a à peine examiné et a dit ça doit être viral, il m'a donné du Doliprane. Mais je trouvais que mon fils était de moins en moins bien, nous sommes donc allés aux urgences le lendemain et ils ont vu qu'il avait une pyélonéphrite »

Un patient évoquait le fait que son médecin **n'actualisait pas assez ses connaissances médicales**. (P13)

P 13 : « une pathologie de la peau c'était pour lui à chaque fois du psoriasis (...) On sentait qu'au niveau de la poursuite de recherche d'information et d'évolution des connaissances ça n'avait pas l'air d'être trop ça »

Au cours des entretiens nous nous sommes aperçus que les patients attachaient beaucoup d'importance à l'examen clinique et qu'ils ne comprenaient pas que **le médecin effectuait des prescriptions sans les avoir examinés.** (P6, P15)

P 6 : « j'ai été voir le médecin qui ne m'a pas examiné et m'a prescrit une prise de sang et un traitement (...) il m'a pas examiné du tout, il m'a prescrit les examens et le traitement sur mes paroles »

P 15 : « Je lui décrivais les symptômes, par exemple un nez qui coule, une douleur de gorge, il n'examinait pas les oreilles ni la gorge de mes enfants, je trouvais ça un peu léger et il me disait ça doit être une rhinopharyngite et me prescrivait des gouttes dans le nez et du sirop »

Un patient reprochait à son médecin de lui **changer ses traitements trop fréquemment.** (P5)

P 5 : « à chaque fois que j'y vais elle me change mon traitement et m'en donne un nouveau »

3.2.1.3 Manque de disponibilité du médecin.

Pour les patients, leurs médecins devaient être disponibles et joignables quand ils avaient besoin de lui, par conséquent le fait qu'ils soient **peu disponibles ou peu joignables** pouvait favoriser la rupture médecin/malade. (P1, P5, P13)

P 1 : « il est pas souvent disponible »

P 5 : « j'en ai marre car il est jamais là (...) Un jour j'étais vraiment pas bien, j'ai voulu avoir un rendez vous avec le Dr L. et impossible de l'avoir »

P 13 : « ça faisait donc 20 ans mais ses horaires ont changé et ils ne me convenaient plus. Il ne consultait plus les samedis »

Un patient avait mis en exergue la **difficulté qu'il pouvait rencontrer à obtenir un rendez vous en urgence.** Pour ce patient cela était très important car il estimait qu'il avait rarement besoin de son ancien médecin mais là une situation urgente s'était présentée et le médecin avait refusé de le prendre rapidement ce qui avait mis un terme définitif à leur relation. (P1)

P 1 : « m'a donné un rendez vous que le lendemain alors que j'avais dit que c'était urgent »

Enfin, un patient s'était plaint d'avoir des **rendez vous trop fréquents avec des remplaçants de son ancien médecin**. Nous nous sommes aperçus au cours des entretiens que les patients étaient très attachés à leur médecin et que certains avaient du mal à accepter que ce ne soient pas leur médecin lorsqu'ils désiraient consulter et préféraient différer leur rendez-vous pour attendre son retour. (P5)

P 5 : « j'ai de la tension et j'en ai marre car il est jamais là, c'est toujours des remplaçantes que je vois »

3.2.1.4 Lié à la manière de travailler du médecin.

Durant les entretiens, un grand nombre de patients avait évoqué un désaccord avec la manière de travailler du médecin provoquant une cassure de la relation qui les liait à leurs médecins. Les patients reprochaient à leurs médecins, un **non respect des horaires de rendez-vous entraînant une attente trop longue en salle d'attente** parfois même **un oubli du rendez vous par le médecin**. (P2, P5, P8, P11, P14, P15)

P 2 : « Une fois il disait au revoir à sa secrétaire et mon mari était resté dans la salle d'attente alors qu'il avait un rendez-vous, si mon mari avait pas entendu dire au revoir à la secrétaire et bien (rires). Un peu trop tête en l'air »

P 5 : « J'ai changé car j'avais rendez-vous et j'ai attendu 2h en salle d'attente, ça m'a pas plu du tout »

P 8 : « à chaque fois que j'y vais, j'attendais au moins une heure en salle d'attente »

P 11 : « il fallait toujours attendre 2 heures en salle d'attente et avec le petit je me suis dit que cela n'allait pas être possible »

P 14 : « le premier patient le matin était pris avec une demi-heure, trois quart d'heure de retard. Vous prenez rendez-vous à 8h, il vous prend à 8h30- 9H45, voilà »

P 15 : « j'attendais systématiquement 1h en salle d'attente, avec des petits en bas âge c'est pas idéal »

Un patient reprochait à son ancien médecin, une **durée de consultation insuffisante** pour être bien pris en charge. (P12)

P 12 : « Quand j'allais voir mon ancien médecin, elle me disait bonjour, elle me demandait par quels moyens j'allais payer et puis la consultation durait 5 minutes (...) Quand on arrive et qu'elle dure 3-4 minutes ce n'est pas sérieux »

La non prise de tension artérielle est un facteur qui n'est ressorti qu'une seule fois au cours des entretiens mais pour les patients, elle était très importante et le fait de ne pas la réaliser systématiquement pouvait conduire à une altération définitive de la relation médecin/patient. (P12)

P 12 : « il y a des moments elle ne me prenait même pas la tension »

3.2.1.5 Lié à l'attitude du médecin.

L'attitude du médecin était fondamentale dans le bon fonctionnement de la relation médecin/malade, un patient rencontré au cours des entretiens estimait que son ancien médecin **manquait d'empathie**, il lui reprochait aussi un **manque de soutien** or il s'agissait des qualités pour lui que devait avoir un médecin. (P7)

P 7 : « Je me sentais un petit peu seule face à tout ça (...) Je me trouvais un peu démunie (...) J'étais un peu face à tout ça. (...) je me suis pas sentie comprise »

Un patient reprochait également un **manque de dynamisme** de son ancien médecin. (P14)

P 14 : « j'ai la conviction qu'elle était moins énergique »

3.2.1.6 Prescriptions du médecin non conformes aux attentes du patient.

Beaucoup de patients quant ils se rendaient chez leur médecin traitant attendaient déjà quelque chose avant d'y aller : un traitement, un examen complémentaire, ... Quand le médecin **ne prescrivait pas les examens complémentaires** qu'ils attendaient, ils ne se sentaient pas complètement pris en charge ce qui pouvait altérer la relation médecin/patient. (P2, P3, P6, P13, P14)

P 2 : « J'ai eu un gros problème d'épaule, j'ai souffert pendant plusieurs mois, il ne m'a jamais fait passer de radio »

P 3 : « mon ancien médecin ne me faisait rien faire »

P 6 : « pas d'autres examens plus approfondis »

P 13 : « il ne comprenait pas le fait que je veuille voir si j'ai une carence en fer étant une femme alors que j'étais fatiguée. Au niveau des examens c'était pas ça (...) une prise de sang de temps en temps, je trouvais ça un peu léger »

P 14 : « Quand j'y réfléchis pour avoir un bilan sanguin, un test d'effort car je fais beaucoup de sport c'est difficile (...) J'estime qu'à 50 ans une prise de sang annuelle c'est pas tiré par les cheveux »

Quelques patients reprochaient au médecin de **ne pas les orienter vers des spécialistes.** (P4, P7, P9, P14)

P 4 : « du coup elle m'a fait passer des examens chez le cardiologue »

P 7 : « je me suis pas sentie comprise et bien orientée (...) Et j'avais besoin qu'on m'indique d'aller voir tel spécialiste »

P 9 : « Ils ont tellement l'habitude quand on se plaint de quelque chose, ils nous envoient pas toujours voir des spécialistes »

P 14 : « Bon je lui en veux pas mais elle ne m'a envoyé voir aucun spécialiste »

Un patient reprochait à son ancien médecin de **ne pas lui avoir prescrit d'antibiotiques.** (P8)

P 8 : « J'avais le cou qui avait doublé de volume, pour moi c'était une angine, lui il reçoit énormément de patients dans la journée, vraiment beaucoup. J'ai pas su lui dire que je voulais des antibiotiques, lui il a dit que c'était la grippe, que c'était viral. Donc j'ai suivi ce qu'il m'a dit, donc pas d'antibiotiques et au final ça s'est pas soigné »

3.2.1.7 Raisons personnelles du patient liées à un problème pratique.

La distance géographique pouvait jouer un rôle dans la rupture médecin/patient, car les patients que nous avons interrogés se trouvaient rarement à plus de dix-quinze kilomètres de leurs nouveaux médecins. (P13)

P 13 : « son cabinet se trouvait à une cinquantaine de kilomètres »

Parfois, les causes de la rupture pouvaient être indépendante du médecin et liées comme l'a rapporté un patient dans son entretien à un **problème de secrétariat.** (P1)

P 1 : « je suis tombée sur une secrétaire pas aimable qui n'a pas voulu me passer le médecin (...) Un standard téléphonique c'est bien le problème »

3.2.1.8 Raisons personnelles du patient liées à la consultation, à l'examen clinique.

Deux patients avaient évoqué le fait de changer de médecin pour **rompre l'habitude de la consultation** car avec l'habitude, ils se sentaient moins bien pris en charge. (P2, P9)

P 2 : « Je me dis aussi après tout qu'à force, avec le temps, les médecins qui vous voient régulièrement prennent peut-être plus à la légère aussi nos symptômes, il y a ça aussi, l'habitude »

P 9 : « L'autre médecin avait trop l'habitude de ce qu'on pouvait avoir donc j'ai décidé de changer »

Parfois, c'est la condition du médecin (homme ou femme) qui influençait le changement car un patient lors des entretiens évoquait la **pudeur qu'il ressentait lors de l'examen physique** au cabinet et qui l'a poussé à changer. (P6)

P 6 : « je voulais pas montrer ma poitrine à mon ancien médecin »

La rupture pouvait résulter tout simplement d'une **perte de confiance** envers la personne du médecin. (P13)

P 13 : « j'ai perdu confiance en ce médecin »

Enfin, le changement n'était parfois pas lié au médecin lui-même mais au fait qu'il **n'était pas le médecin de famille**, or le patient dans son idéal préférait avoir un unique référent pour toute la famille. (P11)

P 11 : « J'ai pris le même médecin que mon compagnon pour qu'il soit notre médecin de famille. Moi et mon fils on préférait avoir tous les trois le même médecin »

3.2.2 Critères de choix du nouveau médecin traitant.

3.2.2.1 Le choix est influencé par l'entourage du patient.

Le choix d'un nouveau médecin était une étape difficile, dans la majorité des entretiens que nous avons réalisés, le choix se faisait sur le **conseil d'un proche** ou grâce à la **connaissance d'un membre de la famille du médecin**, ou parce qu'il s'agissait du **médecin de famille**. Ce qui ressortait particulièrement, c'était que le choix du nouveau médecin était rarement un choix au hasard, les patients avaient besoin d'être conseillés, rassurés, confortés sur le choix du médecin à qui ils allaient confier leur passé. (P1, P3, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15)

P 1 : « Je l'ai choisi car il s'est occupé d'une tante »

P 3 : « Parce que je connais son mari qui est agriculteur »

P 5 : « Ma sœur m'a dit que le Dr D. était bien et m'a donné son numéro »

P 6 : « c'est juste une connaissance que m'a conseillé une amie »

P 7 : « J'en ai un peu parlé en salle des professeurs, j'ai demandé s'il n'y avait pas un médecin à me conseiller »

P 8 : « La remplaçante de mon nouveau médecin c'est l'amie d'une amie donc c'est plus facile d'aller vers elle »

P 9 : « Ma sœur m'a dit que le sien était bien, j'ai appelé, elle m'a reçu, elle m'a rempli le document »

P 10 : « bouche à oreille »

P 11 : « c'était le médecin de mon compagnon qui le connaissait depuis qu'il est tout petit, c'est plus rassurant »

P 12 : « J'ai demandé à mon entourage »

P 13 : « j'ai entendu parler de lui par « oui-dire » déjà, par le bouche à oreille »

P 14 : « C'était le médecin d'un ami »

P 15 : « Grâce au bouche à oreille, j'avais une amie qui était très satisfaite de son médecin »

3.2.2.2 Le choix se fait également au cours de la première rencontre médecin/malade.

Les entretiens nous ont montré également l'importance de la première rencontre et du ressenti du patient sur le médecin. Car le choix du nouveau médecin se faisait s'il y avait eu une **bonne interaction entre le médecin et le malade**. (P10, P14, P15)

P 10 : « le courant est bien passé »

P 14 : « le contact a été bon »

P 15 : « le courant est bien passé »

Le choix du nouveau médecin n'est pas non plus immédiat et certains patients avaient fait un **essai du médecin** ou l'avait **rencontré au cours d'une consultation précédente** avant de le choisir comme nouveau médecin traitant. (P6, P7, P10, P15)

P 6 : « C'est un médecin que j'avais déjà été voir avant parce que j'avais eu une boule au niveau de la poitrine »

P 7 : « après j'ai testé. J'ai été voir un médecin, voir comment ça allait, voir comment je me sentais avec lui. Puis j'en suis allée voir un autre, ça été assez long car j'allais pas voir le médecin juste pour choisir un médecin »

P 10 : « J'ai essayé et le courant est bien passé »

P 15 : « j'y suis donc allée pour le tester »

3.2.2.3 La proximité géographique était aussi un critère de choix.

La distance du domicile du patient par rapport au cabinet du médecin était également un critère de choix important puisque nous nous sommes aperçus que la distance moyenne entre le cabinet du nouveau médecin et le domicile du patient était de 13,4km. La **proximité géographique** était évaluée par le patient pour choisir son nouveau médecin. (P4, P10, P12, P13)

P 4 : « Elle habite dans le même village, juste à côté de chez moi »

P 10 : « Il est dans la même petite ville »

P 12 : « J'ai pris le plus proche de mon travail et de ma maison »

P 13 : « il était près de mon lieu d'habitation »

3.2.2.4 Le choix se faisait également sur l'attitude du médecin.

La bienveillance du médecin était aussi un critère de choix du nouveau médecin traitant, les patients attendaient que le médecin les prenne en charge dans leur globalité, **surveille leur observance thérapeutique**. (P2, P5)

P 2 : « Elle souffrait beaucoup donc l'infirmière de la maison de retraite l'a fait voir au Dr C... car c'était son jour de visite et le Dr A... a pris la décision de lui faire passer une radio. J'ai trouvé déjà que c'était un bon mouvement, je crois que c'est la première chose à faire faire. Effectivement maman avait des cotes de fêlées donc ça expliquait sa douleur »

P 5 : « Au niveau de mes traitements il est plus sérieux, quand je vais pas chercher une boîte à la pharmacie, il me demande si j'ai pris mon traitement quand je le revois lors de la consultation »

Deux patients interviewés avaient souligné le fait que leurs nouveaux médecins étaient **plus dynamiques** que l'ancien et que la **prise de décision était plus rapide**. (P2, P14)

P 2 : « Ces évènements là m'ont fait penser que c'était un docteur qui prenait des décisions un peu plus rapidement »

P 14 : « Il est beaucoup plus énergique que mon ancien médecin »

Les entretiens soulignaient l'importance accordée à la **prise de tension artérielle à chaque consultation** car même si ce critère n'apparaît que chez un patient, il a une importance aux yeux des patients sur sa bonne prise en charge. (P5)

P 5 : « il prend ma tension à chaque fois »

3.2.2.5 Le choix prenait en compte les compétences médicales du nouveau médecin.

Au cours des entretiens nous nous sommes aperçus que le choix du nouveau médecin se faisait aussi sur la réputation du médecin, notamment sa **compétence biomédicale**, sur la **prise en charge de la symptomatologie du patient** et le **suivi des pathologies du patient**. (P2, P5, P10)

P 2 : « je suis allée voir maman et elle était dans un état, c'est une personne qui supporte la douleur, pour la voir dans l'état qu'elle était, j'étais vraiment très inquiète. J'ai donc appelé son médecin traitant, je lui ai dit mon mécontentement. Et en fait c'est vrai que ça n'allait pas bien puisque le lendemain donc c'est le Dr A qui était de service qui l'a donc renvoyé à l'hôpital et là par contre elle avait 39°C de température »

P 5 : « Quand je vais voir le Dr D. je suis bien suivi, il prend ma tension à chaque fois (...). Au niveau de mes traitements il est plus sérieux »

P 10 : « J'avais entendu des bons commentaires à propos de ce médecin »

3.2.2.6 Les autres critères de choix du nouveau médecin traitant.

Un seul patient a évoqué un choix par pur **hasard** car comme nous l'avons vu au cours des entretiens, pour la grande majorité des patients, le choix du médecin s'effectuait sur les conseils de leurs entourages. (P2)

P 2 : « ça c'est vraiment le pur hasard je dois l'admettre »

Un patient appréciait également d'obtenir un **rendez vous rapide avec son médecin**. (P5)

P 5 : « j'ai appelé et j'ai eu un rendez vous tout de suite »

3.2.3 Les attentes du patient vis à vis de son nouveau médecin traitant.

3.2.3.1 Une relation médecin/malade de qualité.

Un grand nombre de patients rencontrés au cours des entretiens souhaitait que leur nouveau médecin **soit à l'écoute** pour que la relation soit de qualité. (P4, P6, P8, P9, P12, P15)

P 4 : « Faire ce que je voulais faire »

P 6 : « qu'il m'écoute »

P 8 : « J'attends qu'il m'écoute »

P 9 : « J'attends qu'elle puisse nous écouter »

P 12 : « Qu'il soit plus à l'écoute »

P 15 : « qu'il soit plus à l'écoute »

Ce qui apparaissait important aussi aux yeux des patients c'était que leur nouveau médecin **les connaisse suffisamment** pour mieux les prendre en charge. (P8, P11)

P 8 : « qu'il me connaisse suffisamment pour me donner les bons médicaments et qu'il suive mes enfants aussi qui eux ont des otites régulières »

P 11 : « C'est surtout pour le petit comme il connaît son père et qu'il fait de nombreuses allergies. Donc il fait attention au petit au niveau des médicaments qu'il lui donne »

Ils attendaient aussi **d'être soutenus** par leur nouveau médecin. (P7)

P 7 : « être guidée, orientée, qu'on me montre qu'on a lu mon analyse »

Un patient avait exprimé le souhait que **le nouveau médecin devienne le médecin de famille** car pour lui le médecin de famille connaissait tous les membres de la famille et pour le patient cela correspondait à un idéal de prise en charge. (P8)

P 8 : « Ce qui me manque c'est un médecin de famille qui connaît et qui suit tout le monde comme ça existait avant »

3.2.3.2 Sur le plan communicationnel.

La communication médecin/malade est un des facteurs fondamentaux dans une relation de qualité c'est pourquoi un grand nombre de patients souhaiterait que leur nouveau médecin soit **disponible** quand ils ont besoin de lui, **facilement joignable** afin qu'il réponde à leurs problèmes dans les plus brefs délais. (P1, P3, P5, P8, P10)

P 1 : « Sa disponibilité, parce que je trouve qu'il est disponible à chaque instant (...) On peut le joindre très facilement »

P 3 : « Qu'elle me soigne quand j'ai besoin »

P 5 : « je puisse le joindre facilement »

P 8 : « Que je puisse le solliciter si je trouve la situation grave »

P 10 : « je l'appelle n'importe quand il est toujours disponible »

Deux patients réclamaient aussi une **meilleure communication** et **plus d'informations** de leur médecin. (P7, P10)

P 7 : « J'attends d'avoir un retour c'est-à-dire ne pas me retrouver en demande sans avoir de réponse (...) Je sais bien qu'il y a des choses pour lequel on ne peut pas répondre. Parce que j'ai eu beaucoup de questionnement avec mes diverses pathologies mais quand même (...) qu'on me dise votre analyse elle est bonne pour ça ou elle est pas bonne pour ça. Qu'il y ait un retour que j'avais pas avant »

P 10 : « Même par rapport au résultat de prise de sang, je vais l'appeler pour lui communiquer et il me dit vient ou vient pas »

Enfin, un patient avait souligné de façon positive **l'utilisation de nouveaux outils de communication** employés par son nouveau médecin traitant notamment le fait de pouvoir le contacter par mail quand le patient rencontrait un problème, le médecin répondait en général le soir même ce qui apparaissait comme innovant pour les patients, dans l'air du temps et qui leur permettait de se sentir plus proches du médecin. (P10)

P 10 : « Il est accessible par mail aussi, il a sa boîte mail professionnelle et là aussi on peut envoyer un mail et il va répondre peut-être pas le jour même mais le soir ou le lendemain et c'est bien. Ça évolue énormément »

3.2.3.3 Compétences biomédicales du médecin.

Les patients jugeaient aussi les compétences biomédicales de leur nouveau médecin, un grand nombre attendait ainsi **plus de professionnalisme dans leur prise en charge.** (P2, P5, P6, P12, P13, P15)

P 2 : « Disons un suivi plus sérieux »

P 5 : « Plus de sérieux que l'ancien »

P 6 : « Si jamais j'ai de nouveau des problèmes de santé qu'il fasse exactement ce qu'il vient de faire là »

P 12 : « Qu'il soit professionnel tout simplement »

P 13 : « un meilleur suivi de ma pathologie et de mes analyses sanguines et ce genre de choses »

P 15 : « J'attends qu'il soit plus rigoureux dans son examen, un meilleur suivi de mes enfants »

Les patients exprimaient aussi leur intérêt pour la **prescription d'examens complémentaires** par leur nouveau médecin quand ils jugeaient cela nécessaire. (P3, P6, P9, P13, P14)

P 3 : « Qu'elle prescrive des examens quand c'est nécessaire et pas dire que c'est rien quand je sais qu'il y a quelque chose »

P 6 : « qu'il ne me prescrive pas des examens incomplets et pour rien comme l'autre médecin »

P 9 : « Je la vois pas beaucoup mais pour les examens que j'ai besoin de faire, une prise de sang une fois par an. Quand j'ai besoin de faire une radio quand j'ai mal car j'ai des problèmes de tendinite, elle le fait. Elle fait bien ma mammographie tous les 2 ans »

P 13 : « Qu'il me prescrive des bilans quand c'est nécessaire »

P 14 : « qu'il me fasse faire une prise de sang annuelle à 50 ans »

Trois patients attachaient aussi de l'importance à la **prise en compte de leur symptomatologie et à la bonne prise en charge de leur maladie.** (P3, P4, P9)

P 4 : « j'aimerais la voir le moins souvent possible ça veut dire que je suis pas malade et qu'elle me soigne bien »

P 3 : « pas dire que c'est rien quand je sais qu'il y a quelque chose »

P 9 : « nous croire sur parole sur ce qu'on lui raconte »

L'examen clinique était aussi un facteur important pour les patients, qui attendaient d'**être examinés complètement par le médecin.** (P6, P15)

P 6 : « qu'il m'examine complètement »

P 15 : « J'attends qu'il soit plus rigoureux dans son examen »

Un patient avait évoqué le fait que le médecin devait **actualiser ses connaissances** pour que la prise en charge continue à être efficace. (P13)

P 13 : « Qu'il soit mieux informé des nouvelles recommandations que mon ancien médecin »

Enfin, un patient mentionnait la nécessité d'une **durée de consultation appropriée** lorsqu'il se rendait chez son nouveau médecin, il ne souhaitait pas que la consultation ne dure que cinq minutes. (P12)

P 12 : « que la consultation soit de durée adaptée »

3.2.3.4 Sur l'attitude du médecin.

L'attitude du nouveau médecin faisait également partie des attentes des patients interviewés. Un patient espérait qu'il soit **plus dynamique**. (P14)

P 14 : « Qu'il soit plus dynamique »

Un autre patient souhait que son nouveau médecin ait **plus d'empathie**. (P1)

P 1 : « Il est proche des gens »

Enfin, en changeant de médecin les patients espéraient un **regard nouveau** sur leurs pathologies afin de rompre l'habitude qui a pu se créer précédemment et a altéré la relation médecin/malade. (P9)

P 9 : « Le fait d'avoir changé, quand on se plaint de petits trucs comme elle nous connaît pas trop, comme elle veut être sûr de ce qu'on raconte du coup elle nous envoie plus facilement voir des spécialistes »

3.2.3.5 Sur le fonctionnement du cabinet.

Beaucoup de patients rencontrés au cours des entretiens s'étaient plaint d'une attente trop longue en salle d'attente, deux patients aimeraient par conséquent **peu d'attente** lorsqu'ils se rendaient chez leurs nouveaux médecins. (P7, P15)

P 7 : « Ne pas avoir quatre heures d'attente »

P 15 : « Si possible pas trop d'attente »

Enfin, un patient a évoqué le fait qu'il ne souhaitait **pas trop de remplaçant** lorsqu'il allait chez son nouveau médecin. (P5)

P 5 : « Pas qu'il ait tout le temps des remplaçants, je veux pouvoir le voir »

DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode.

4.1.1 Choix de la méthode qualitative.

Pour notre travail de recherche, nous avons choisi la méthode qualitative car nous jugions qu'elle était la plus adaptée pour répondre à la question « Pourquoi ? ». En effet, il nous semblait que poser la question de notre étude aux patients sous forme ouverte nous apporterait de nouveaux éléments quant aux raisons profondes motivant un changement de médecin traitant par rapport au modèle quantitatif où les réponses sont déjà préétablies et s'intéressent plus à leur fréquence. Nous ne souhaitons pas induire les réponses des patients à nos propres croyances mais plutôt les laisser s'exprimer librement pour voir émerger de nouveaux facteurs expliquant la rupture définitive médecin/malade.

De plus, deux thèses sur le même sujet avaient déjà été abordées de manière quantitatives, il s'agit de la thèse de Muller Colle Françoise (8) et Nics Vincent (9). Seule une étude a abordé cette question de manière qualitative, il s'agissait de la thèse de Feuillet Anais (10), nous comparerons ainsi les résultats que nous avons obtenu à ceux déjà trouvés.

Pour nous aider dans notre démarche, nous nous sommes appuyés sur un ouvrage intitulé Conduire un projet de recherche *Une perspective qualitative* (33).

Une propriété spécifique des recherches qualitatives est qu'elles étudient les phénomènes dans leur cadre naturel et privilégient une posture idiographique. Elles donnent un aperçu des perceptions de l'individu et permettent d'étudier leurs opinions de façon plus approfondies sur un sujet donné.

Cette méthode privilégiée en sciences humaines se développe de plus en plus en Médecine Générale. Elle est d'ailleurs complémentaire de la recherche quantitative.

Néanmoins, elle ne donne lieu à aucune donnée statistique et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population. En outre, elle dispose de ses propres critères de certifications et les résultats ne sont pas moins valides ou fondés que les résultats de recherche quantitative.

Nous pensions par conséquent qu'il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche : Quels sont les facteurs déclenchant la rupture définitive de la relation médecin/malade ?

4.1.2 Choix de l'entretien semi-dirigé.

Nous avons choisi la méthode par entretien individuel semi-dirigé car nous pensions que c'était la méthode la plus appropriée pour recueillir tous les motifs ayant conduit à la rupture de la relation médecin/malade. L'interviewé pouvait s'exprimer librement et sans sentiment de gêne vis à vis de la présence de son nouveau médecin ou d'autres interviewés si le travail avait été effectué en focus group.

En effet, nous avons posé une question personnelle au patient, faisant appel à ses sentiments, à son ressenti et à une critique de son ancien médecin, ce qui n'était pas toujours facile à exprimer en public.

De plus, pour nous expliquer toutes les raisons qui les ont motivés à changer, ils ont fait appel à leurs propres expériences personnelles, nous donnant des détails de leurs dossiers médicaux qui ne pouvaient être communiqués qu'à des professionnels de santé qui sont tenus au secret médical, dans ce contexte les focus group n'auraient pas été appropriés.

Cependant, un entretien individuel avec un patient qui ne vous connaissait pas, dans un lieu inconnu du médecin intervieweur ou du patient interviewé ne favorisait pas toujours les confidences du patient c'est pourquoi nous avons essayé d'une part que les lieux soient calmes et que nous ne soyons pas dérangés.

D'autre part, nous avons introduit dans le guide d'entretien des questions « brise glace » s'intéressant aux caractéristiques des patients interviewés afin de mieux les connaître, de les mettre à l'aise pour qu'ils puissent s'exprimer librement sur les questions relatives à l'objectif principal et aux objectifs secondaires.

Pour les patients les plus réservés, nous avons repris leurs idées au fur et à mesure de l'entretien afin qu'ils puissent les développer davantage.

4.1.3 Recrutement des patients de l'étude.

4.1.3.1 Idée initiale.

Notre idée de départ était d'inclure les patients picards ayant changé de médecin traitant pendant les vingt quatre derniers mois en appelant les médecins traitants de la région Picardie pris au hasard dans l'annuaire afin de récupérer les coordonnées téléphoniques et postales de leur patient. Nous souhaitons alors obtenir un échantillonnage de patient suffisant pour arriver à saturation des données.

Nous avons alors contacté initialement une dizaine de médecins de chaque département mais face aux refus ou aux non réponses, nous avons décidé d'appeler cinq à six médecins de plus par département. Nous pensions qu'une quinzaine de médecins par département serait suffisant pour obtenir les coordonnées des patients. Néanmoins, nous nous sommes heurtés à plusieurs écueils.

D'une part, sur les quarante sept médecins contactés, huit ont refusé de nous communiquer les coordonnées de leurs patients en raison du secret médical qui les liaient. Quatre médecins n'ont pas donné suite à notre appel et dix n'avaient pas dans leurs patientèles de nouveaux patients répondant aux critères d'inclusion.

Un des facteurs auquel nous ne nous attendions pas et qui est intervenu dans le choix d'un nouveau médecin traitant avant même l'idée de changer de médecin c'est le fait qu'il fallait une population médicale suffisamment importante pour donner le choix aux patients. Or nous nous sommes aperçus en appelant les médecins picards que dans certains secteurs géographiques notamment le sud de l'Oise et l'Aisne, des zones déficitaires en médecin (11), les patients ne changeaient pas volontairement de médecin traitant car ils n'étaient pas sûrs de retrouver un nouveau médecin, ce qui pourrait expliquer pourquoi des médecins contactés n'avaient pas dans leurs patientèles de nouveaux patients. Cette difficulté à changer de médecin du fait de la démographie médicale avait déjà été retrouvée dans la thèse de Feuillet Anais (10) où elle avait rencontré des difficultés dans le recrutement des patients vivant en Eure et Loir et avait dû attendre 11 mois pour finir son recrutement de patients afin d'obtenir la saturation de ses données.

D'autre part, seulement douze patients sur vingt cinq coordonnées récupérées ont accepté de participer à l'étude. Nous avons pourtant choisi des horaires (entre 11h-12h et 14h-18h) et des jours appropriés (du lundi au vendredi) pour les joindre et nous avons été particulièrement aimable au téléphone en se présentant immédiatement comme interne en huitième année de Médecine Générale à la faculté d'Amiens, en leur expliquant clairement le projet de recherche et son intérêt. S'ils n'étaient pas intéressés initialement, nous leur avons envoyé un courrier expliquant le projet de recherche. Nous les avons recontactés par téléphone quelques jours après la réception de la lettre de relance afin de savoir s'ils avaient changé d'avis. Sur les quinze lettres de relance envoyées, deux patients avaient répondu

favorablement au téléphone. Mais nous nous sommes aperçus que les patients étaient assez méfiants lorsque nous les contactions par téléphone et les refus fréquents.

Nous pourrions expliquer ces refus par le fait que les patients étaient souvent dérangés par des appels de démarchage téléphonique comme en témoigne le sondage de 60 millions de consommateurs (35) où sur 5387 participants 32% recevaient au moins un appel par jour et 77% au moins un appel par semaine. Par conséquent, ils pouvaient attacher moins d'importance à mon étude.

Une autre raison pourrait être que les patients ne nous connaissaient pas et étaient par conséquent méfiants à notre égard et ne préféraient pas nous dévoiler leur intimité.

Une autre possibilité de recrutement de patients aurait été de contacter les CPAM de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne afin d'obtenir les coordonnées des patients ayant effectué ces vingt quatre derniers mois un changement de médecin traitant. Néanmoins, cela nous a paru difficilement réalisable car avant le début de notre étude, nous avons appelé la CPAM de la Somme pour évaluer la faisabilité de ce processus mais elle nous avait clairement dit qu'elle ne communiquerait aucune coordonnée de patient. Nous n'avons par conséquent pas retenu ce mode de recrutement.

4.1.3.2 Recrutement des patients.

Nous avons pu fixer un entretien individuel avec douze patients ayant accepté de participer à l'étude et dont les coordonnées avaient été fournies par les nouveaux médecins traitants. Cependant, après analyse des douze premiers entretiens, ce nombre paraissait insuffisant pour arriver à saturation des données et pouvoir terminer l'étude. Etant en stage ambulatoire à cette période et ayant la possibilité de rencontrer des nouveaux patients, nous avons décidé d'inclure si l'occasion se présentait et que le patient acceptait, un patient soigné par un des 3 praticiens chez qui nous étions en stage. Nous préférons solliciter les trois praticiens qui étaient géographiquement éloignés afin d'obtenir des motifs variés que nous n'aurions peut-être pas obtenus si les patients avaient quitté le même médecin. De plus, nous ne connaissions pas les médecins chez qui nous avons effectué le stage auparavant.

4.1.4 Déroulement des entretiens.

Nous avons réalisé des entretiens individuels sur une durée de cinq mois, neuf entretiens avaient eu lieu au domicile des patients, trois entretiens avaient eu lieu au cabinet du nouveau médecin traitant et trois entretiens avaient été téléphoniques.

Concernant les entretiens qui ont eu lieu au domicile du patient, ils ont eu lieu après prise de rendez-vous, dans leur environnement afin qu'ils puissent se sentir à leur aise et que le climat puisse être propice aux confidences sans que nous soyons limités dans le temps.

Concernant les entretiens qui ont eu lieu au cabinet, ils ont eu lieu également sur rendez-vous soit lorsque le médecin chez qui nous effectuions notre stage était absent avec son accord, soit dans un cabinet annexe inoccupé afin que le patient puisse se sentir à l'aise, nous n'avions également pas de contrainte de temps.

Enfin, les entretiens téléphoniques ont eu lieu car les patients ne souhaitaient ni se déplacer ni que nous nous rendions jusqu'à leur domicile, or le recrutement de patient était difficile, nous ne pouvions pas passer à côté de précieux témoignages qui feraient avancer notre étude. Nous avons choisi de les effectuer en respectant la même rigueur que pour les autres lieux d'entretien. Nous avons mis notre téléphone fixe sous haut-parleur afin d'enregistrer les propos des patients à l'aide du dictaphone. Nous les avons appelés à l'heure et au jour qu'ils avaient souhaités afin qu'ils ne soient pas dérangés par leur environnement et par le temps. Nous avons repris le guide d'entretien exactement comme avec les autres entretiens. La durée d'entretien n'a pas été plus courte qu'avec les autres entretiens.

Les propos rapportés par les patients ont été riches. L'enregistrement audio a permis d'éviter toute perte d'information.

Néanmoins, nous pouvions nous demander si par notre position de futur docteur en médecine nous n'avions pas influencé certains propos de patients de sorte qu'ils nous donnaient des réponses socialement attendues par peur ou gêne inavouées de critiquer leur ancien médecin.

4.1.5 Méthode d'analyse des entretiens.

Les propos rapportés par les patients interviewés ont été transcrits mot à mot après réécoute du dictaphone. Nous avons analysé les entretiens grâce au logiciel N'Vivo 11, nous avons alors regroupé les idées des patients en nœuds principaux puis sous nœuds puis sous sous nœuds en essayant de ne pas interpréter leurs propos. Le problème principal de ce type d'analyse était de ne pas introduire de biais d'interprétation c'est pourquoi nous avons triangulé nos données avec un autre médecin extérieur à l'étude.

4.2 Discussion des résultats.

4.2.1 Évolution de la relation médecin/malade.

« *La relation médecin/malade avant d'être une relation thérapeutique est une relation humaine* » avant tout, comme le disait très justement Catherine Mousel dans sa thèse intitulée Le médecin généraliste en 2007 (12). C'est la rencontre toujours unique entre un individu en demande de soins et un professionnel de santé mettant en exergue des désirs, des attentes différentes entre ces deux personnes, l'un avec un regard médical sur la demande et l'autre empreinte d'émotion, de désir, de subjectivité. C'est ce que l'on retrouve dans notre étude car les patients interviewés attendaient d'être écoutés, soutenus, encadrés avant même toute prescription.

Différents modèles de relation médecin/malade se sont ainsi succédés. Au début du XIXe siècle, le savoir médical n'était pas partagé, un principe d'inégalité structurait la relation et faisait du malade un enfant (14).

Michel Foucault (philosophe français du XXe siècle) a mis en avant dans son livre Naissance de la clinique (15) en 1963 la notion de **paternalisme médical** qui donnait au médecin une toute puissance vis à vis de ses patients « *avant de fonctionner comme savoir, l'instance médicale fonctionne comme pouvoir* ».

Le médecin était celui qui détenait les connaissances, la vérité scientifique et qui imposait au patient son point de vue et sa thérapeutique (16).

Michael Balint introduisait dans les années 1950 le concept de **fonction apostolique du médecin** dans son ouvrage Le médecin son malade et la maladie (13) « *la fonction*

apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade (...) tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer ».

Michael Balint a montré également que le malade n'attendait pas seulement un diagnostic biomédical mais une prise en charge appropriée du médecin qui devait développer une qualité d'écoute, une capacité à comprendre les symptômes et l'attente du patient. Cette approche plus globale du patient se rapprochait du **modèle holistique** décrit quelques années plus tard.

Actuellement, c'est plutôt le **modèle informatif** que l'on utilise pour décrire la relation médecin/malade car comme le montre notre étude, les patients souhaitent être informés par leur médecin de leur santé, des examens et thérapeutiques possibles en rapport avec leur pathologie. Et c'est en toute connaissance de cause que le patient accepte ou non ce que le médecin propose. Si ce droit à l'information n'est pas respecté, comme nous avons pu le voir, il peut conduire à la rupture définitive de la relation.

Les propos de Jacques Deschamps (secrétaire général de la ligue contre le cancer) reflètent bien cette évolution : *« est mise à bas une relation médecin malade, très déséquilibrée et paternaliste, qui voyait le médecin, seul maître de son art et de son éthique, poser un diagnostic, délivrer un traitement et prendre en charge un malade qui n'avait à offrir que sa maladie et son espoir »* (14).

4.2.2 Sur les facteurs intervenant dans le changement de médecin traitant.

Nous nous sommes aperçus au cours de notre étude que les raisons entraînant un changement volontaire de médecin traitant chez nos patients étaient pour la grande majorité plurifactorielles. Seuls deux patients avaient évoqué un motif unique.

Cette pluralité se retrouvait aussi dans la thèse de Feuillet Anaïs (10), dans la thèse de Muller Colle Françoise (8) et Nics Vincent (9) qui étudiaient également les facteurs influençant le changement de médecin traitant, de sorte que la relation de soin qui s'installait entre le médecin et le patient résultait d'un échange mutuel entre les deux parties si bien qu'un seul

facteur péjoratif ne suffisait pas à la rompre mais l'accumulation de facteurs au cours du temps avait tendance à briser ce colloque singulier.

On utilise d'ailleurs le champ lexical du couple pour qualifier la rencontre singulière entre le médecin et son malade comme l'évoquent les auteurs Belmas Elisabeth, Colonna Pierre, Guérin Patrice et als. dans l'ouvrage Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine (14) où en parlant de la relation médecin/malade, ils l'évoquent de la manière suivante : « *la relation patient-médecin, c'est comme dans un couple : par manque d'écoute ou d'échanges, celui qui est insatisfait va aller chercher ailleurs à combler ce manque* ».

C'est ce lien si particulier qui pourrait expliquer pourquoi la rupture définitive de la relation nécessite l'accumulation de plusieurs facteurs péjoratifs.

4.2.2.1 Dégradation des relations médecin/malade.

L'altération de la relation qui liait le médecin à son patient était responsable dans la majorité des cas de notre étude d'une rupture du colloque singulier. Les patients attendaient avant tout d'être écoutés, soutenus, examinés. Ils reprochaient souvent au médecin un désintérêt pour leurs symptômes, un certain laisser-aller qui pouvait apparaître avec l'habitude de la consultation. À l'heure actuelle, avec tous les moyens de communication, ils souhaitaient être informés sur leurs symptômes ou leurs maladies.

On retrouvait aussi ce besoin d'informations dans la thèse de Dumont Floriane datant de 2013 qui étudiait l'Impact d'internet sur la relation médecin patient (28) parmi un échantillon de 1521 patients. Elle a montré que 32,70% des patients consultaient internet avant d'aller chez leur médecin traitant et que 37,80% des patients consultaient internet après leur rendez-vous chez le médecin.

L'information éclairée du médecin envers le patient lors de la consultation paraissait fondamentale pour ne pas que des incompréhensions persistent et que le patient se retrouve seul face à sa maladie, en cherchant sur des sources plus ou moins fiables majorant son sentiment d'angoisse et l'impression qu'il ne soit ni écouté ni soutenu par son médecin conduisant à fortiori à la rupture du contrat de soins.

Cette altération de la relation médecin/malade conduisant à la rupture se retrouvait aussi comme principale cause dans la thèse de Feuillet Anais (10).

Dans la thèse de Muller Colle Françoise (8), la principale cause qui était retrouvée dans 70,77% des cas pour expliquer la rupture médecin malade est une cause extérieure (déménagement, retraite du médecin...) c'est pourquoi dans notre étude nous avons exclu cette population car nous souhaitions étudier les motifs d'insatisfaction de la relation et non les motifs involontaires conduisant à la rupture. La deuxième grande cause qu'elle retrouvait dans sa thèse à 21% comme dans notre étude est l'altération de la relation médecin/malade par manque d'attention, d'écoute.

Enfin, dans la thèse de Nics Vincent (9), la principale cause qui était mise en évidence chez 43,7% des patients était une cause extérieure (déménagement, arrêt d'exercer du médecin...). La deuxième cause qui avait été retrouvée dans 19,2% des cas était liée à une erreur médicale, une indisponibilité du médecin. Ce n'était qu'en troisième cause soit dans 10,5% des cas qu'on retrouvait l'altération de la relation médecin/malade par manque d'explication de la part du médecin.

Plus localement, la Picardie d'après l'INSEE dans son article D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer (40) avait la plus faible densité standardisée de France de médecin généraliste. Il existait même des disparités inter-départementales, les grandes villes étant correctement dotées mais le bassin Axonais, la Thiérache, le bassin Isarien et le bassin du sud de l'Oise entre Creil-Compiègne-Soissons étaient largement sous-dotés. Or le taux de consultation restait élevé, les médecins avaient par conséquent une charge de travail élevée avec un nombre important de consultations.

Cette charge de travail pouvait entraîner un Burn out des médecins généralistes comme l'a montré Guérin Delphine dans sa thèse de 2009 intitulée Le Burn out des médecins généralistes en Picardie (47) où 33% des médecins généralistes interrogés avouaient avoir des attitudes négatives de dépersonnalisation envers leurs patients. L'attitude du médecin traitant surchargé de travail pouvait aussi intervenir dans la dégradation de la relation de soin.

Il semblait qu'une mauvaise communication, un manque d'empathie, un manque d'informations étaient responsables dans de nombreux cas d'une altération de la relation médecin/malade pouvant conduire à sa rupture définitive.

4.2.2.2 Des patients de plus en plus exigeants.

Une des causes ayant influencé le changement de médecin traitant dans notre étude était aussi la remise en cause des compétences biomédicales du médecin notamment lorsque les patients estimaient que leur médecin était passé à côté d'une pathologie, que leur médecin avait fait des erreurs de prescriptions.

En effet, si le médecin a choisi sa profession, les malades subissent toujours la maladie et souhaitent être pris en charge de façon optimale. Or comme le montrait Claudine Herzlich dans son ouvrage Médecine Maladie et société (18) « *le malade a le sentiment d'obtenir davantage d'attention personnelle de la part du médecin exerçant en cabinet individuel, il croit en revanche à un soin de qualité technique supérieure lorsqu'il s'adresse à des formes plus « organisées » comme l'hôpital* ». C'est cette ambivalence qui pourrait expliquer pourquoi les patients avaient le sentiment d'être moins bien pris en charge sur le plan technique dans un cabinet libéral qu'à l'hôpital et par conséquent qu'ils tenaient rigueur au médecin traitant pour un oubli de médicament, la non découverte d'une pathologie, de ne pas les avoir adressés à l'hôpital quand le diagnostic dépassait les compétences du médecin traitant.

Dans la thèse de Feuillet Anais (10), on retrouvait cette remise en cause des compétences biomédicales du médecin comme cause de rupture de la relation, les patients lui reprochaient de ne pas être sûr de lui, de prescrire des traitements souvent identiques et inefficaces, d'avoir fait une erreur de diagnostic, ou ils étaient en désaccord avec sa décision médicale.

Dans la thèse de Muller Colle Françoise (8), la remise en cause des compétences biomédicales du médecin faisait partie de la troisième grande cause retrouvée de rupture et correspondait à 19,89% des patients interrogés. Ils reprochaient des erreurs de prescription, d'être passé à côté d'une pathologie, d'avoir eu trop de médicaments.

Dans la thèse de Nics Vincent (9), la remise en cause des compétences biomédicales apparaissait chez 12,3% des patients car ils estimaient que le médecin avait fait une faute grave, qu'ils étaient mal soigné, ou que le traitement prescrit n'avait pas fonctionné.

Un élément qui était ressorti par ailleurs est le fait que le médecin traitant n'actualisait pas ses connaissances médicales d'après le patient. Ce reproche fait au médecin mettait en évidence la vulgarisation de la médecine par le biais de média comme internet, la télévision ou des revues médicales.

Chaque patient peut actuellement s'informer rapidement et de façon simple sur ses symptômes, sa maladie, les derniers traitements avant d'aller voir ou après la visite chez son médecin traitant, il juge alors très rapidement les compétences de leur médecin en fonction de leurs propres critères. C'était ce que mettait en évidence Dumont Floriane dans sa thèse (28) puisque 36% des patients interrogés avouaient consulter internet pour vérifier l'exactitude des informations données par le médecin à l'issue de la consultation. 66,5% des patients consultaient aussi internet pour obtenir des informations autres que celles données par le médecin. 30,50% des patients interrogés estimaient être plus exigeants avec leurs médecins généralistes après la recherche d'informations de santé sur internet.

Or ces sources d'informations médicales en libre accès n'étaient pas toujours très fiables et seul un public averti pouvait faire le tri dans toutes les informations qui lui étaient communiquées.

Ces informations médicales pouvaient être des sources de conflits entre le médecin qui avait le savoir médical et le patient qui croyait le détenir.

C'était ce que l'on retrouvait dans la thèse de Faurre Aurélie intitulée L'information médicale des patients via internet est-elle source de conflit entre le patient et son médecin généraliste ? (36) datant de 2014 portant sur 248 médecins généralistes d'Indre et Loire. Elle a montré que 20,6% des médecins généralistes interrogés rencontraient des conflits avec leurs patients liés à l'utilisation d'internet par le patient. Les motifs évoqués étaient des demandes abusives d'examen complémentaires, des contradictions dans la prise en charge, plus de confiance en internet, des positions diagnostiques différentes et une remise en cause du traitement.

En outre, nous avons pu observer que certains patients venaient consulter avec déjà une idée en tête de leur diagnostic et de ce que le médecin allait devoir faire pour les prendre en charge. Quand cet idéal de prise en charge selon le patient n'avait pas lieu c'est-à-dire pas de prescription d'examen complémentaires, pas d'orientation vers des spécialistes, pas de prescription d'antibiotiques cela pouvait devenir un facteur de conflit voire de rupture avec le médecin.

Dans sa thèse Dumont Floriane (28) montrait que 27,80% de ses patients pensaient consulter leur médecin traitant en connaissant le diagnostic et que 21,90% demandaient des examens complémentaires depuis la recherche santé sur internet.

Néanmoins, concernant la prescription d'antibiotique, avec les campagnes mise en place par l'assurance maladie française à partir de 2002 avec des slogans comme « *les antibiotiques c'est pas automatiques* », leur prescription avait diminué de 10% en 10 ans mais avec une augmentation de 3% depuis 2012 (37) ce qui expliquerait peut être pourquoi la non prescription d'antibiotique comme motif de rupture de la relation n'avait été retrouvé que chez un seul de nos patients interviewés.

Enfin, bien qu'elle ne soit apparue qu'à une seule reprise dans l'étude, la non prise de tension artérielle lors de la consultation peut-être un motif de rupture car elle est une étape fondamentale de la consultation pour le patient. En effet, la tension artérielle est avec la température, les seules constantes que la grande majorité des patients connaissent et peuvent mesurer eux-mêmes. L'énoncé par le médecin des chiffres tensionnels permet au patient de savoir s'il est ou non en bonne santé. On comprend mieux pourquoi du point de vue du patient, un bon médecin prend la tension artérielle à chaque consultation quel qu'en soit le motif.

4.2.2.3 Des patients de moins en moins patient.

Si le mot patient se réfère à l'idée de la souffrance et de la passivité, il fait aussi allusion à l'idée d'attendre. En effet, l'attente est la première chose que les patients ont à faire. La salle d'attente est par conséquent le lieu où les patients attendent leur médecin avant de leur exposer leurs problèmes de santé. Cette attente si elle est prolongée, est généralement source d'angoisse et peut générer de l'impatience voir de l'agressivité envers le médecin.

Cette impatience se retrouvait dans notre étude car un grand nombre de patients reprochaient au médecin une attente trop longue en salle d'attente en raison d'un non respect des horaires de rendez vous qui pouvait conduire à la rupture de la relation médecin/patient.

C'était ce que cherchait à mettre en évidence l'article Le patient impatient de la revue Ethique et Santé (38), où les auteurs estimaient que le temps d'attente d'un patient en salle d'attente avant de devenir impatient était en moyenne de quinze minutes ce qui expliquait pourquoi les patients reprochaient à leurs médecins une attente trop longue comme cause de rupture.

Ce manque de disponibilité du médecin se retrouvait aussi dans la thèse de Feuillet Anaïs chez un grand nombre de ses patients interrogés.

Il s'agissait également de la quatrième grande raison de changement dans la thèse de Muller Colle Françoise, ce qui représentait 9,74% des patients interrogés.

Pour que l'attente paraisse moins longue, il peut être intéressant d'aménager sa salle d'attente en l'agréant de revues, de jeux pour enfant, de brochures médicales. Un écran de télévision est parfois utilisé, diffusant des messages de prévention santé. Il a été montré aussi que les aquariums en salle d'attente, en plus d'occuper l'esprit, apaisent les patients. Un mobilier confortable a également une grande influence sur la patience des patients. Ce sont de petits aménagements qui paraissent anodins sur la relation médecin/malade mais qui au contraire peuvent avoir un impact positif car avant la rencontre avec le médecin, le patient est apaisé.

Ce qui semble ressortir néanmoins, c'est qu'actuellement dans une société où il faut aller de plus en plus loin et de plus en plus vite, la relation médecin/malade n'échappe pas à cette logique, le patient attend d'être pris en charge le plus vite possible par un médecin disponible quand il a besoin de lui. Quand cette logique n'est pas respectée, l'impatience apparaît et la rupture peut se créer.

Par ailleurs, notre étude montrait aussi que le médecin devait être disponible et facilement joignable quand le patient avait besoin de lui. Beaucoup estimaient qu'ils n'étaient pas souvent malade mais quand ils l'étaient il fallait qu'ils puissent joindre le médecin facilement et avoir un rendez vous rapide, ils sous entendaient ainsi un accord tacite lors de la signature du contrat de soins. Bien souvent, si l'un de ces deux éléments n'étaient pas respectés, la rupture de la relation apparaissait.

La plupart des patients que nous avons rencontré au cours de notre étude, avaient encore une vision désuète du médecin généraliste c'est-à-dire un médecin qui fait de gros horaires de travail, toujours disponible, pouvant se déplacer facilement au domicile quand le patient le souhaitait. Mais en réalité, plusieurs facteurs interviennent. D'une part, avec la désertification médicale, le nombre de consultation augmente et par conséquent il n'y a presque plus de plage horaire disponible pour les urgences du jour. D'autre part, avec la féminisation de la médecine et l'évolution des pratiques des jeunes générations de médecins, le temps de travail au cabinet diminue, il est donc moins facile d'obtenir des rendez-vous. Enfin, les médecins généralistes souhaitent de moins en moins se déplacer au domicile en raison de la charge de travail conséquente qu'ils ont déjà au cabinet.

Le manque de disponibilité du médecin comme cause de rupture était retrouvé dans la thèse de Feuillet Anaïs, elle représentait aussi la deuxième grande cause de rupture dans la thèse de Muller Colle Françoise.

Enfin, la proximité géographique avec le médecin traitant était aussi recherchée. Nous avons observé dans notre étude que la distance cabinet du médecin traitant/domicile du malade était d'environ 13,4 km et que la distance géographique pouvait être une cause de rupture de la relation.

Un article paru en avril 2011 dans la revue *Ethique et santé* traitant de Distance et temps d'accès aux soins en France métropolitaine (39) montrait que « 95% de la population française se situe à moins de 15 minutes de trajet d'un médecin généraliste en 2007 ». Plus récemment en 2014, l'ARS de Picardie avec l'INSEE Picardie a montré dans l'article D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer (40), que presque tous les patients picards habitaient à moins de 10 minutes d'un médecin généraliste et que 85% n'excèdent pas 15 minutes.

Ces études montraient que les patients n'étaient pas trop éloignés de leur médecin traitant, l'éloignement géographique bien que minoritaire dans notre étude et dans les thèses de Feuillet Anaïs, Muller Colle Françoise et Nics Vincent semblait être une cause définitive de rupture de la relation.

4.2.3 Critères de choix du nouveau médecin traitant.

Nous avons décidé d'étudier secondairement sur quels critères les patients choisissaient leur nouveau médecin après avoir quitté leur ancien médecin traitant. Nous avons pu observer que pour la majorité des patients interviewés c'était l'entourage qui avait influencé leur choix. Le choix se fait en effet en grande majorité grâce au conseil d'un proche, par bouche à oreille sur la réputation supposée du médecin.

C'était ce que l'on retrouvait dans la thèse de Bellegot Sébastien intitulée Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand-Paris ? (41) datant de 2015 et portant sur 305 patients résidant dans le Grand-Paris. Il avait montré que 31% des patients choisissaient leur nouveau médecin sur sa réputation et les recommandations des proches. De même dans la thèse de Mousel Catherine datant de 2009 intitulée Le médecin généraliste en 2007 (12) et

portant sur 108 patients de la région Lorraine, 24% des patients se fiaient aux conseils de leur entourage pour choisir leur médecin traitant.

Néanmoins, la réputation du médecin qui était subjective car fondée sur les dires de patients et non prouvée, n'était pas le seul critère qui influençait le choix car il dépendait de la catégorie socio-professionnelle des patients auxquels on s'adressait pour l'étude.

En effet, comme le montrait la thèse de Ozler Yunus intitulée Les critères de choix du médecin traitant: étude au niveau de la population (42) datant de 2012 et portant sur 100 patients de la région Picardie, la réputation du médecin avait de l'importance chez les patients diplômés (cadres 70,59%, employés 79,17%...) alors que pour les ouvriers ou les étudiants ce critère avait moins d'importance. Ce qui était favorisé dans cette catégorie de population était la proximité géographique.

La primauté de la proximité géographique sur la réputation du médecin se retrouvait aussi chez 44% des patients dans la thèse de Bellegot Sébastien. Mousel Catherine a montré que les patients non diplômés se dirigeaient en premier lieu vers le médecin le plus proche de leur domicile alors que les personnes diplômées d'études supérieures se fiaient tout d'abord aux conseils de l'entourage.

Ces deux critères ne peuvent donc pas être interprétés comme critères de choix du nouveau médecin sans étudier les caractéristiques socio-professionnelles de la population à laquelle nous nous intéressions.

Par ailleurs, nous nous sommes aperçus que la première rencontre avec le médecin était fondamentale pour établir une nouvelle relation de soin. En effet, l'attitude du nouveau médecin devait être conforme aux attentes du patient pour que la relation se crée. Les patients attendaient de la bienveillance, de l'empathie, de l'écoute.

Ces critères représentaient des critères de choix importants puisque 81% des patients dans la thèse de Ozler Yunus les considéraient déterminants ou avouaient qu'ils avaient été nettement influencés par ces derniers pour leur choix d'un nouveau médecin.

Le médecin n'apparaissait donc pas seulement comme un technicien. Cette idée était d'ailleurs mise en évidence par plusieurs études dont celle menée par BVA pour l'Académie de Médecine intitulée Le rôle et la place du médecin généraliste en France (43) en 2008 et l'enquête IPSOS/SANOFI intitulée Observatoire de la qualité de la prise en charge en ville (44) montrant que les patients recherchaient avant tout une personne à qui ils pouvaient faire

confiance, qui les aiderait, les écouterait. Ainsi, comme le montrait le sondage réalisé par ODOXA pour Le Parisien s'intéressant aux ressentis des patients vis à vis de leurs médecins (45), on voyait que 82% des patients les jugeaient sympathiques, 78% les considéraient à l'écoute et 71% les considéraient comme passionnés.

Enfin, comme le retrouvait notre étude, les patients évaluaient les compétences biomédicales du médecin auquel ils confiaient leur santé. C'est ce que montrait la thèse de Bellegot Sébastien (41) puisque 23% des patients interrogés attachaient de l'importance aux compétences médicales ressenties de leur futur médecin avant de le choisir.

Ce jugement des compétences du médecin par les patients est récurrent car le niveau d'étude a augmenté, la médecine s'est vulgarisée. Les patients ne croient plus aveuglément tout ce que leur dit ou leur conseil leur médecin. Ils se font leur propre opinion à partir de leur connaissance ou de ce qu'on leur a rapporté et jugent en permanence le travail du médecin. Cette attitude des patients est aussi favorisée par le comportement des médias qui n'hésitent pas à faire la une ou à diffuser en boucle des erreurs médicales ce qui a pour conséquence d'entraîner une attitude suspicieuse chez les patients qui se répercute ensuite dans le cabinet de leur médecin traitant.

4.2.4 Les attentes des patients envers leur nouveau médecin.

Les patients attendaient avant tout un médecin idéal c'est-à-dire qu'il soit disponible rapidement quand les patients avaient besoin de lui, que l'attente en salle d'attente ne soit pas trop longue, que le médecin les connaisse parfaitement, qu'il les examine complètement et prenne leur tension artérielle à chaque consultation. Ils attendaient aussi qu'il soit souvent présent c'est-à-dire qu'il n'y ait pas trop de remplaçants. Mais l'attente majeure des patients était une relation médecin/malade de qualité avec un médecin toujours à l'écoute de ses patients, qui les soutient, qui les informe, qui a de l'empathie. Ils voulaient quelqu'un aussi de professionnel, qui reste dynamique et qui prescrit des examens complémentaires et antibiotiques quand c'est nécessaire. Les patients souhaitaient un médecin qui soit à jour dans ses connaissances, et qu'il emploie les nouveaux outils de communication.

Ces attentes un peu utopiques des patients envers leurs médecins se retrouvaient dans le DIU de Pédagogie Médicale du Dr Carmoi Thierry intitulé Le médecin idéal : le point de vue des

patients (46) où il avait montré que trois qualités avaient été identifiées comme très importantes par 75% des patients interrogés: « tient à jour ses connaissances, a de solides connaissances, est à l'écoute du patient». Venaient ensuite : le respect de la confidentialité (66%), de bonnes connaissances des antécédents du patient (66%), être expérimenté (62%), des explications en termes clairs (60%). Nous avons pu les observer dans la thèse de Bellegot Sebastien (41) où il avait montré que le médecin traitant idéal était un médecin qui présentait, en tout premier lieu, des qualités d'écoute avec 33% de réponses positives. Il conservait aussi une relative disponibilité avec 27% de réponses positives. Il devait être perçu comme compétent pour 22% des patients, au mieux se formant régulièrement. Ce critère de compétence apparaissait juste devant celui des qualités relationnelles, qualités notées pour 14% des patients. Enfin, il devait présenter des qualités d'attention envers ses patients et de pédagogie.

Le médecin idéal n'existe pas selon les critères énoncés par les patients car même s'ils le souhaitent la plupart des médecins généralistes ne peuvent pas être tout le temps disponible, joignable, mobile quand le patient souhaite consulter. Les médecins doivent faire un choix, soit voir beaucoup de patients afin de répondre à la forte demande mais dans ce cas ils ont moins de temps à accorder aux patients, soit leurs accorder un temps de consultation plus long mais les rendez-vous risquent d'être rapidement saturés et le médecin moins disponible. Ce qui pourrait améliorer les choses et palier à ce problème serait l'augmentation de la démographie médicale ; malheureusement dans notre région ce n'est pas la tendance qui se dessine. En ce qui concerne la prise en charge biomédicale du patient et l'actualisation des connaissances du médecin, de nombreuses revues médicales comme Exercer, la revue du Praticien, Prescrire, le Quotidien du Médecin ... existent et permettent d'actualiser et approfondir ses connaissances sur des sujets définis. La formation médicale continue contribue aussi à leurs mises à jour. En revanche, l'attitude du médecin (empathie, écoute, conseil, ...) envers le patient peut se travailler mais elle est propre à chaque individu et certains sont dépourvus d'empathie. Enfin, les patients aimeraient utiliser les nouveaux outils de communication avec leur médecin, utopiquement se serait bien mais cela sous-entend de communiquer son numéro de téléphone portable ou son mail personnel, ce qui pour moi paraît inenvisageable car je pourrais recevoir des sollicitations à toute heure de la journée et de la nuit. Nous ne pouvons pas ressembler en tout point à l'image du médecin idéal mais une attitude d'écoute, de soutien, d'empathie suffit parfois à entretenir une relation médecin/malade de qualité.

CONCLUSION

Cette étude qualitative par entretien semi-dirigé montrait la pluralité des facteurs conduisant au changement de médecin traitant et quelque part soulignait la relation si particulière que l'on pouvait rencontrer entre le patient et son médecin, un peu comme une relation de couple. De sorte que la relation de soin qui s'installait résultait d'un échange mutuel entre les deux parties si bien qu'un seul facteur péjoratif ne suffisait pas à la rompre comme nous avons pu l'envisager avant ce travail.

La dégradation des relations médecin/malade par manque d'écoute, de soutien, de communication entre les deux parties était responsable dans la grande majorité des cas de cette rupture. Le patient accordait aussi sa pleine confiance au médecin qu'il avait choisi et attendait de lui qu'il soit compétent sur le plan biomédical et qu'il actualise en permanence ses connaissances médicales.

En effet, avec la vulgarisation de la médecine par le biais de média comme internet, la télévision, les revues médicales, les patients pouvaient accéder à l'information médicale rapidement et connaître les pathologies, les traitements et toutes les nouvelles recherches en cours sans être médecin, ils attendaient donc que leur médecin soit informé et puisse les documenter.

Par ailleurs, à l'heure actuelle où tout va de plus en plus vite, certains patients reprochaient une attente trop longue en salle d'attente et un manque de disponibilité du médecin en cas de besoin.

Enfin, avec ce libre accès à l'information médicale, des patients venaient consulter avec une idée précise de leur diagnostic et de ce qu'il faudrait faire, ils souhaitaient donc que leur médecin les oriente vers un spécialiste, leur prescrive des examens complémentaires, ou des antibiotiques.

Nous avons comparé ces motifs à ceux de la littérature, nous étions arrivés aux mêmes conclusions que celles obtenus par Feuillet Anaïs dans sa thèse de 2013.

Les patients attendaient et recherchaient un « médecin idéal ». Le médecin idéal serait pour eux un médecin avec lequel ils ont des affinités, qui serait à leur écoute, bienveillant, très

expérimenté, disponible et toujours au courant des dernières avancées médicales. Il était donc nécessaire pour que s'établisse une bonne relation médecin/malade que le médecin corresponde aux attentes et aux représentations du patient.

Nous avons vu que cette recherche du médecin idéal se faisait la plupart du temps sur les conseils de l'entourage du patient, la proximité géographique et les compétences supposées du médecin rentraient en compte pour le choix.

Néanmoins, pour les médecins picards particulièrement dans les zones sous-dotées, il était difficile d'accorder autant de temps et d'écoute qu'il était nécessaire à leurs patients, car pour que la réponse de soins reste satisfaisante, ils devaient augmenter leur rythme de consultations et par conséquent ils avaient moins de temps à accorder à chaque patient. La communication pouvait donc être altérée et conduire à une dégradation du colloque singulier.

Une formation à la communication verbale et non-verbale serait peut-être utile pour aborder toute la complexité de la relation médecin/malade et éviter la rupture. Néanmoins elle ne serait pas forcément suffisante au vu de la singularité de chaque individu.

Ce sujet pourrait être étoffé et faire l'objet de travaux supplémentaires, en reprenant les résultats de mon étude pour effectuer, par exemple, une recherche quantitative auprès de patients picards ou en s'intéressant au ressenti des médecins face à un patient qui les quitte.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cited 2015 Feb 13]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- (2) Pouchain D. Médecine Générale: Concepts et pratiques [Internet]. Paris: Masson; 1996 [cited 2015 Feb 13]. 1100 p. Available from: <http://www.md.ucl.ac.be/didac/mege2110/pouchain.htm>
- (3) Kaptchuk TJ FE. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. PLoS ONE. 2010;5(12):e15591.
- (4) Barrey L. Consentement éclairé — Wikipédia [Internet]. Consentement éclairé. 2014 [cited 2015 Feb 13]. Available from: http://fr.wikipedia.org/wiki/Consentement_%C3%A9clair%C3%A9
- (5) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. MESX0100092L. Sect. Texte 1, 3587 Mar 5, 2002 p. 4118. Available from: http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/loi_du_4_mars_2002.pdf
- (6) LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.
- (7) Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. Paris, France: Cour des comptes; 2013 février [cited 2015 May 24] p. 218. Available from: https://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/file/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf
- (8) MULLER COLLE F. LA RUPTURE DE LA RELATION MEDECIN-MALADE: POURQUOI LES PATIENTS CHANGENT-ILS DE MEDECIN GENERALISTE ? ENQUETE AUPRES DE 1148 PATIENTS DE LA REGION LORRAINE [Thèse Médecine]. Nancy, France: Nancy 1; 1997. 133 p.
- (9) Nics V. Pourquoi le patient change-t-il de médecin généraliste [Thèse Médecine]. Rouen, France: Rouen; 2003. 166 p.

- (10) Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste?: enquête qualitative auprès de patients d'Eure-Et-Loir [Thèse Médecine]. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013. 224 p.
- (11) Conseil National des Médecins. Démographie médicale interactive | Démographie médicale [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
- (12) Mousel C. Le médecin généraliste en 2007 [Thèse Médecine]. Nancy, France: Henri Poincare; 2009. 213 p.
- (13) Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. Paris: Payot; 1970. 405 p.
- (14) Belmas E, Nonnis-Vigilante S, Collectif, Colonna P, Guérin P. Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine. Villeneuve-d'Ascq, France: Presses Universitaires du Septentrion; 2013. 220 p.
- (15) Foucault M. Naissance de la clinique. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2000. 232 p.
- (16) Belliot L, Canévet J-P. Émergence et évolution du concept de soins centrés sur le patient: enquête documentaire [Thèse Médecine]. Nantes, France: Nantes; 2015. 60 p.
- (17) Bagros, Bargès. Introduction aux sciences humaines en medecine nouvelle édition. 2e ed. Paris: Ellipses Marketing; 2001. 272 p.
- (18) Claudine H. Médecine maladie et société. Mouton; 1970. 318 p.
- (19) SFMG. Patient, client, partenaire: trois modes de relation medecin-malade [Internet]. [cited 2015 Oct 10]. Available from: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/818/fichier_fiche16_patient_client_partenairee73e6.pdf
- (20) Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies. Paris: Armand Colin; 2004. 236 p.

- (21) Roca Roxane, Genolini Jean-Paul, Neyrand Gérard. Les moments de négociation dans le jeu des interactions médecin-patient en consultation médicale [Internet]. [cited 2015 Oct 10]. Available from: file:///Users/Hippocrate/Downloads/Communication_Roca.pdf
- (22) SFMG. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cited 2015 Oct 10]. Available from: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/
- (23) Code de déontologie médicale, Article R.4127-35 (version à jour au 8 août 2004)
- (24) Code de la santé publique, Article L1111-4 (version à jour au 4 fév 2016)
- (25) Code de la santé publique, Article L1111-6 (version à jour au 4 fév 2016)
- (26) Code de la santé publique - Article L1111-7 (version à jour au 28 jan 2016)
- (27) LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
- (28) Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient: étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients [Thèse Médecine]. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2013. 109 p.
- (29) APM International - SECURITE SOCIALE: 10 MILLIARDS D'EUROS DE DEFICIT ATTENDUS EN 2005 [Internet]. [cited 2015 Oct 11]. Available from: http://www.apmnews.com/SECURITE-SOCIAIE-10-MILLIARDS-D%27EUROS-DE-DEFICIT-ATTENDUS-EN-2005-NS_139192.html
- (30) Dourgnon Paul, Guillaume Stéphanie, Naiditch Michel, Ordonneau Catherine. Les assurés et le médecin traitant: premier bilan après la réforme. IRDES. 2007 Juillet;(124):4.
- (31) ODOXA. Baromètre santé 360 – Le parcours de soin [Internet]. France: Institut de sondage; 2015 mai [cited 2015 Nov 10] p. 22. Available from: <http://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2015/05/Barom%C3%A8tre-sant%C3%A9-360-Mai-2015-Le-parcours-de-soin.pdf>
- (32) Blanchet A, Gotman A. L'entretien - 2e éd. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2015. 128 p.

- (33) Collectif, Giordano Y. Conduire un projet de recherche. : Une perspective qualitative. Colombelles: Management et Société; 2003. 318 p.
- (34) Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: Stratégies pour la recherche qualitative. Paris: Armand Colin; 2010. 416 p.
- (35) Démarchage téléphonique, le grand ras-le-bol [Internet]. 60 Millions de Consommateurs. 2015 [cited 2016 Jan 8]. Available from: <http://www.60millions-mag.com/2015/09/24/demarchage-telephonique-le-grand-ras-le-bol-8020>
- (36) Faure A. L'information médicale des patients via internet est-elle source de conflits entre le patient et son médecin généraliste ? [Thèse Médecine]. Tours, France: François Rabelais; 2014. 210 p.
- (37) ANSM (agence nationale de sécurité du médicament). Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 : nouveau rapport d'analyse de l'ANSM - Point d'Information [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 15]. Available from: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>
- (38) Delassus E. Le patient impatient. *Éthique Santé*. 2014 Dec;11(4):216–9.
- (39) Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. 2011 avril [cited 2016 Jan 24];(164). Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>
- (40) Le Scouezec P, Sinoquet M-C, Vanasten G, Thoma Consyns L, Trouillard C, Van Kemmelbe C. D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer. 2014 Jan;(85):6.
- (41) Bellegot S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand-Paris ? [Thèse Médecine]. Paris VII, France: Paris Diderot- Paris 7; 2015. 88 p.
- (42) Ozler Y. Les critères de choix du médecin traitant: étude au niveau de la population [Thèse Médecine]. Amiens, France: Université de Picardie; 2012. 67 p.

- (43) BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. Académie de médecine; 2008 [cited 2016 Jan 31]. Available from:
http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
- (44) Ipsos/Sanofi, Zentiva. Observatoire de la qualité de la prise en charge en ville. Issu d'une enquête qualitative et quantitative. 02/2013. :66.
- (45) Sondage : 88% des Français aiment leurs médecins, jugés aussi trop conservateurs [Internet]. leparisien.fr. 2015 [cited 2016 Jan 30]. Available from:
<http://www.leparisien.fr/economie/sondage-88-des-francais-aiment-leurs-medecins-juges-aussi-trop-conservateurs-14-03-2015-4603981.php>
- (46) Carmoi T. Le médecin idéal: Le point de vue des patients [DIU]. Paris VI, France: Université Pierre et Marie Curie; 2014. 13 p.
- (47) Guérin D. Le Burn out des médecins généralistes en Picardie [Thèse Médecine]. Amiens, France: Université Jules Verne de Picardie; 2009. 130 p.

ANNEXE 1 : Lettre de relance.

Bonjour,

Je suis PURVIN Julie, étudiante en 8^{ème} année de Médecine à la Faculté d'Amiens, en spécialité de Médecine Générale.

Je me permets de vous contacter par le biais de ce courrier car je n'ai pas réussi à vous joindre par téléphone ou vous émettiez quelques réserves lors de notre conversation.

J'effectue actuellement mon travail de thèse afin de comprendre pourquoi les patients picards sont amenés à changer de médecin traitant. Ce qui permettra d'en identifier les raisons et d'améliorer je l'espère notre pratique future.

J'ai appris que vous aviez récemment changer de médecin traitant, votre témoignage me serait très précieux.

Si vous acceptiez de participer à mon travail de thèse, nous conviendrons d'un rendez vous pour une rencontre individuelle dans le lieu de votre choix (à votre domicile, au cabinet du médecin, dans un autre lieu), à la date et l'heure de votre choix. Cet entretien sera purement informatif, aucun jugement ne sera émis. De plus, il sera totalement anonymisé. En revanche, je devrai enregistrer vos propos à l'aide du dictaphone pour les retranscrire intégralement mot à mot et sans les modifier.

J'espère que vous me ferez l'honneur d'y participer. Je vous laisse mes coordonnées si vous êtes intéressés.

Dans l'attente de votre réponse,

Cordialement,

Purvin Julie

Coordonnées :

Purvin Julie

Mail : these.changer.medecin.traitant@gmail.com

Téléphone : 06-XX-XX-XX-38

03-XX-XX-XX-45

Adresse : 215, rue XXXXXXXXXXX ; 80 000 Amiens

ANNEXE 2 : Script d'entretien.

Script d'entretien :

Bonjour, je suis Mlle Purvin Julie interne en 8^{ème} année de Médecine à la faculté de médecine d'Amiens. J'effectue mon travail de thèse afin de comprendre pourquoi les patients Picards sont amenés à changer de médecin traitant. Ce qui permettra d'en identifier les raisons et d'améliorer je l'espère notre pratique future. Je vous remercie de bien avoir voulu y participer. Cet entretien sera bien sûr anonymisé mais le contenu enregistré à l'aide d'un dictaphone qui me permettra de retranscrire intégralement vos propos.

Si vous le souhaitez nous allons débiter.

Description de l'échantillon : Parlez-moi un peu de vous :

- Sexe ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Quelle profession exercez-vous ?
- Habitez-vous plutôt en zone rurale, en ville, en zone semi-rurale, en zone semi-urbaine ?
- Dans quel département (Oise, Somme, Aisne) habitez-vous ?
- Quelle est la distance de votre domicile par rapport au cabinet du médecin ?
- Vous vivez seul(e) ? Vous êtes marié(e) ?
- Avez-vous des enfants ?
- Vos enfants ont-ils le même médecin traitant que vous ? Si non, pourquoi ?
- Consultez-vous souvent chez votre médecin généraliste ?
- Avez-vous une pathologie chronique ?

Entretien :

1. Parlez-moi de votre changement de médecin traitant ?

Questions de relance :

- Quel événement éventuel a déclenché la prise de décision de changement de médecin traitant ?
- La décision de changer de médecin était-elle facile à prendre ?

- Quels blocages ou freins éventuels avez vous rencontrés lors de votre changement de médecin traitant ?
2. Comment s'est fait le choix du nouveau médecin ?
 3. Qu'attendez-vous de lui ?