

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE : 2017

N° 2017 - 14

**LE MEDECIN TRAITANT FACE A SON PATIENT QUI LE
QUITTE VOLONTAIREMENT : VECU DES MEDECINS
GENERALISTES DE LA SOMME**
Étude qualitative auprès de 12 praticiens

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 16 MARS 2017

PAR

FILLATRE Séverine

née le 28 juillet 1988

Le Président de Jury : **Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

Les Juges : **Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK**
Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE
Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Le directeur de thèse : **Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN**

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez à cette occasion l'expression de ma gratitude.

A 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

Je suis honorée par votre présence au sein de ce jury. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Cardiologie)

Responsable du service Unité de Soins Intensifs de Cardiologie et Unité de Douleur

Thoracique

Pôle "Coeur-Thorax-Vaisseaux"

Vous avez bien volontiers consenti à participer à ce jury. Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements et toute ma considération.

A Madame le Professeur Catherine BOULNOIS,

Professeur de Médecine Générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Un grand merci pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN,

Médecin généraliste

Maître de Stage Universitaire – Enseignant au Département de Médecine Générale

Secrétaire Général de l'Ordre des Médecins de la Somme

Merci pour la qualité de votre encadrement, pour avoir su me motiver quand j'en avais besoin et me remettre sur la bonne piste quand c'était nécessaire. Votre ouverture d'esprit est admirable.

A tous les médecins qui m'ont accueilli de façon bienveillante au sein de leur cabinet et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

A René, pour vos conseils de sage et pour m'avoir transmis vos histoires de chasse.

A Yan, pour écouter et enrichir mes analyses approfondies. Nos échanges sont toujours gratifiants.

A toutes les équipes médicales et paramédicales dont j'ai croisé la route. Vous avez fait grandir le médecin que je suis et contribué à me rendre la vie plus douce.

Aux médecins qui ont cru en moi lors de mes remplacements et m'ont confié avec assurance leur patientèle.

A Charline, pour son aide précieuse dans l'analyse des entretiens.

A Camille et Fanny, pour toutes ces années passées ensemble et pour avoir partagé les bons comme les mauvais moments. J'admire les voies que vous avez choisi et les familles que vous avez construit sont un modèle pour moi.

A mes parents, pour m'avoir suivi et épaulé tout au long de ce parcours. J'imagine ce que cela a pu signifier pour vous. Vous avez pourtant toujours été présents de façon inconditionnelle.

A Damien, pour ses méthodes motivationnelles plutôt originales (et efficaces ?).

A Maxime, pour ton soutien de tous les jours. Un bel avenir nous attend et j'ai hâte de le vivre avec toi.

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	9
<u>1. Prologue et choix du sujet.....</u>	<u>9</u>
<u>2. Cadre historique et législatif.....</u>	<u>11</u>
II. MATERIEL ET METHODES.....	13
<u>1. Élaboration du guide d'entretien.....</u>	<u>13</u>
<u>2. Recrutement des médecins.....</u>	<u>13</u>
<u>3. Réalisation des entretiens.....</u>	<u>13</u>
<u>4. Analyse des entretiens.....</u>	<u>14</u>
A. Retranscription.....	14
B. Codage.....	14
C. Saturation des données.....	15
III. RESULTATS.....	16
<u>1. Caractéristiques des enquêtés et durée des entretiens.....</u>	<u>16</u>
<u>2. Analyse des résultats.....</u>	<u>17</u>
A. Les qualités d'un bon médecin traitant.....	17
a. Les qualités relationnelles.....	17
b. Les qualités organisationnelles.....	20
c. Les connaissances et compétences.....	22
B. La reconnaissance.....	23
a. La fidélité.....	23
b. Pérennité de la relation.....	23
c. La confiance du patient.....	23
d. Recevoir des remerciements.....	24
e. Avoir des cadeaux.....	24
f. Bénéficiaire de marques de sympathie.....	24
g. Être intégré dans la vie de famille.....	24
h. Avoir été recommandé.....	25
C. Le départ volontaire des patients.....	26
a. Les circonstances.....	26
b. Les réactions.....	32
c. Les actions.....	36
D. Des conséquences ?.....	39
a. Des changements dans la pratique ?.....	39

b. Une source potentielle de conflits avec les confrères?.....	39
c. Un facteur de risque de burn-out ?.....	40
d. Des changements dans la vie personnelle ?.....	40
<u>E. Un retour possible ?.....</u>	<u>41</u>
a. Tout à fait.....	41
b. Sous condition.....	41
c. Jamais.....	41
<u>F. Influence du contexte.....</u>	<u>42</u>
a. Un changement de la société ?.....	42
b. Une attitude générationnelle ?.....	43
c. Une évolution au cours de la carrière ?.....	43
d. Un lien avec le type d'exercice ?	44
e. Un rôle du lieu d'installation ?.....	44
f. Un lien avec le contexte démographique ?.....	45
<u>G. Utilité d'une formation ?.....</u>	<u>46</u>
IV. DISCUSSION.....	47
<u>1. Forces et faiblesses de notre étude.....</u>	<u>47</u>
A. Méthode.....	47
B. Caractéristiques des enquêtés.....	48
<u>2. Discussion de nos résultats.....</u>	<u>49</u>
A. Le « bon médecin traitant » dans notre étude : le médecin idéal décrit par les patients ?.....	49
B. Les motifs de rupture évoqués.....	49
C. Influence de la société et du contexte sur notre problématique.....	51
a. Implications de l'évolution de la démographie médicale.....	51
b. Les mutations de la société.....	52
c. Influence d'Internet.....	52
d. Le « bon médecin traitant » : le médecin de famille ?	53
e. La métamorphose de la relation médecin-malade.....	53
D. Réactions et ressenti des médecins lors de la rupture et lien entre fidélité, reconnaissance, épanouissement personnel et burn-out.....	54
V. CONCLUSION.....	59
<u>1. Synthèse et ouverture.....</u>	<u>59</u>
<u>2. Épilogue.....</u>	<u>60</u>
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	61

VII. ANNEXES.....	64
<u>1. Annexe 1 : Copie d'écran de l'Espace pro.....</u>	<u>64</u>
<u>2. Annexe 2 : Script d'entretien initial.....</u>	<u>65</u>
<u>3. Annexe 3 : Carte heuristique et verbatims (CD-ROM).....</u>	<u>66</u>

I. INTRODUCTION

1. Prologue et choix du sujet

« Finalement, je fis part au Dr Havet des mes interrogations : devais-je m'installer ou devais-je continuer à remplacer ?[...] Après trois semaines de réflexion il me fit venir [...], il me déclara : - C'est décidé, on s'associe tous les deux. [...] Ainsi, l'heure suivante, pas encore bien remis de mes émotions, j'étais à la fois propriétaire d'une maison et associé au Dr Havet à parts égales. [...] Partager le revenu de son activité professionnelle ne représentait pas un réel sacrifice pour le Dr Havet : l'argent ne l'intéressait pas. [...] En revanche, accepter qu'un autre médecin devint praticien attiré d'une partie de ses patients ne lui fut guère facile. Ses malades étaient un peu comme ses enfants, je l'ai vu la larme à l'œil plus d'une fois quand l'un d'entre eux cessait de le consulter et faisait appel à mes services. Il s'interrogeait alors anxieusement : " Pourquoi me quitte-t-il ? Que lui ai-je fait ? " »

« Depuis mes premiers remplacements dans ce canton, je soignais une femme blonde d'une quarantaine d'années, un peu forte. Sa nervosité était frappante, elle semblait constamment sur le qui-vive. Cette femme me consultait régulièrement pour des pertes d'équilibre : " je tombe tout le temps docteur ! ". Un jour, elle souffrait d'un énorme bleu à l'épaule, une autre fois, c'était la cuisse qui tournait au violet, à moins qu'il ne s'agisse d'un œil au beurre noir consécutif à une chute la tête la première sur un meuble. J'avais bien du mal à la croire [...]

Et puis, un jour, quand je suis arrivé, la maison était sens dessus dessous. [...] - Dites-moi la vérité, madame ! Alors, elle me répondit honteusement dans un souffle : - La vérité, docteur, c'est que mon mari boit et qu'il a le vin mauvais. [...]

Je fus tellement retourné par les malheurs de cette femme que je m'en ouvris au Dr Havet. Je me proposai d'en parler à la gendarmerie ou même de faire intervenir les services sociaux d'Amiens. - Surtout n'en faites rien ! S'exclama le Dr Havet. Attendez quelques années, et il est possible que vous voyiez les choses sous un autre angle ! [...]

Environ cinq ans plus tard, le mari décéda à l'hôpital des multiples affections d'un organisme usé par l'alcool. De ce jour, cette femme ne m'appela plus jamais et consulta un nouveau médecin qui s'était joint à l'association formée par le Dr Havet et moi-même. J'étais très surpris du changement d'attitude de cette femme. Durant toutes ces années, elle n'avait juré que par moi !

- Comment va-t-elle ? Finis-je par demander à mon associé au bout de quelques mois. - Elle

ne cesse de pleurer son mari. Il lui manque terriblement. - Il s'agissait pourtant d'un méchant poivrot ! M'exclamai-je. - C'est incroyable, fit mon associé, elle me parle toujours de lui comme d'un homme qu'elle regrette !

Ainsi donc, cette femme qui avait tant souffert du vivant de son époux le pleura ensuite pendant des années. Et elle ne voulut plus me voir, moi qui connaissais les agissements de son mari. »

Ces extraits sont issus du livre de Vladimir GUIHENEUF intitulé Mémoires d'un médecin de campagne (1) dans lequel l'ancien médecin généraliste, installé à Domart-en-Ponthieu de 1954 à 1991, évoque les souvenirs de sa vie professionnelle.

Ainsi, à la lecture de cet ouvrage, tout comme lors de nos stages en soins ambulatoires pendant notre cursus médical, nous avons pu constater que le départ volontaire des patients semblait être un sujet suscitant divers sentiments et réactions chez les praticiens. De même, l'attachement des médecins envers leurs patients apparaissait comme un processus complexe. Dès lors, nous nous sommes demandés si tous les médecins généralistes réagissaient de la même façon lors du départ volontaire d'un de leur patient, s'ils rencontraient ces situations fréquemment, si celles-ci pouvaient avoir des implications dans leur pratique quotidienne et sur leur vie personnelle et si tout cela était influencé par d'autres facteurs comme le lieu ou l'ancienneté d'installation.

De plus, selon la WONCA EUROPE, Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de Famille, une des caractéristiques de la relation en médecine générale, est de s'inscrire dans la durée : « Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée » (2). De ce fait, la rupture volontaire de la relation thérapeutique par le patient va à l'encontre de ces principes et donne lieu à réflexion.

Nous avons donc consulté le catalogue SUDOC (Service Universitaire de Documentation) (3), qui a pour mission de répertorier l'ensemble des thèses produites en France. Nous avons alors réalisé qu'aucun travail de recherche abordant cette thématique n'avait été mené.

En effet, plusieurs travaux (quantitatifs et qualitatifs) ont porté sur les critères de choix du médecin traitant par les patients comme dans les thèses de Yunus OZLER (4) et de Brice MERIT (5) ou sur les raisons amenant un patient à quitter ce dernier, comme ont pu l'évoquer Vincent NICS (6), Anaïs FEUILLET (7) ou plus récemment à Amiens, Julie PURVIN (8). Par

contre, aucune thèse n'a abordé le point de vue des médecins par rapport à cette question.

C'est ainsi que nous avons déterminé **l'objectif principal de notre travail qui était de comprendre comment réagit le médecin traitant lorsqu'il est quitté volontairement par son patient et de connaître les potentielles répercussions de ces situations.**

Notre objectif secondaire était de déterminer si les médecins généralistes interrogés ressentaient le besoin de travailler sur cette problématique.

2. Cadre historique et législatif

Comme nous avons pu l'entrevoir dans les extraits choisis précédemment, l'attachement du médecin envers le patient et la fidélité des patients envers le médecin généraliste sont des faits qui existaient sûrement avant l'apparition de la réforme du médecin traitant.

Néanmoins, le législateur a souhaité établir un cadre pour cela. Ainsi, il y a d'abord eu la désignation facultative d'un médecin référent dont la fonction fut définie pour la loi du 4 décembre 1998 (9). En contrepartie de cette affiliation à un médecin généraliste, l'assuré social de plus de 16 ans était dispensé d'avance de frais.

C'est avec l'instauration du parcours de soins coordonné, par l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004, qu'a été mis en place le statut de médecin traitant (10). Celui-ci a pour rôle d'orienter son patient dans le système de soins. Ses missions plus précises sont définies à la fois dans l'article L.4130-2 du code de santé publique et dans l'article 12 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (11). Avec ce nouveau fonctionnement, l'assuré social ne peut plus consulter un médecin spécialiste en première intention (excepté le pédiatre, le gynécologue et l'ophtalmologue) ou consulter plusieurs médecins généralistes sous peine de sanction financière. A ce jour, tout assuré social de plus de 16 ans a donc l'obligation de déclarer un médecin traitant pour pouvoir bénéficier du taux maximal de remboursement de ses soins. De plus, l'article 76 de la loi de modernisation du système de santé prévoit la possibilité (sans obligation) de désigner un médecin traitant pour les moins de 16 ans (11). Ce dernier devra assurer certaines missions de santé publique (comme assurer une couverture vaccinale satisfaisante ou dépister l'obésité infantile) lui permettant d'obtenir une rémunération sur objectif dont les modalités restent à définir précisément au moment où nous écrivons (12).

Ainsi, en 2015, 92 % des assurés sociaux ont déclaré un médecin traitant qui était dans 92,7% des cas un médecin généraliste (9).

Cette même année, au niveau national, un médecin généraliste avait en moyenne 864 patients dans sa patientèle médecin traitant (11).

La part des bénéficiaires ayant changé de médecin traitant au moins une fois dans l'année était de 8,5 % en 2011 (9).

Enfin, chaque médecin généraliste libéral peut avoir accès à la composition de sa patientèle médecin traitant via l'espace professionnel en ligne de l'Assurance Maladie (capture d'écran disponible en *annexe 1*). Il peut ainsi consulter une liste actualisée tous les trois mois et prendre connaissance des entrées comme des sorties.

II. MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à nos objectifs, nous avons mené une étude qualitative en procédant à des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés dans la Somme.

1. Élaboration du guide d'entretien

Notre script d'entretien a dans un premier temps été soumis à l'approbation de la commission des thèses du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Amiens. Puis, deux entretiens tests ont été réalisés ce qui a amené à modifier sensiblement la formulation de certaines questions. La version soumise au premier enquêté est disponible en annexe 2.

Celle-ci a été enrichie au fur et à mesure de l'avancée de nos travaux dans le but de soumettre nos hypothèses émergentes aux nouveaux interviewés comme le suggère Nicolas HENNEBO dans son guide Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine (13).

2. Recrutement des médecins

La liste des médecins généralistes exerçant dans la Somme a été établie à partir de l'annuaire des professionnels de santé de l'assurance maladie disponible sur internet (14). Le classement des médecins y est réalisé de façon aléatoire, nous assurant une certaine forme de randomisation. Nous avons ensuite procédé à la constitution d'une cohorte en recherche de variation maximale. C'est à dire que nous avons effectué un échantillonnage dynamique de façon à recruter des médecins ayant des profils différents.

Les médecins généralistes sélectionnés ont été invités par voie téléphonique à participer à notre étude. Le thème de notre travail était rapidement expliqué ainsi que les modalités de l'entretien puis un lieu et un horaire de rendez-vous était fixé à la convenance des praticiens.

3. Réalisation des entretiens

L'interview se déroulait en quatre parties :

_ La première phase consistait en une présentation personnelle de l'enquêtrice et un exposé de la problématique du travail. Il était mentionné que les cas de décès et de déménagement

étaient exclus de notre étude. Nous assurons à notre interlocuteur un recueil anonyme et sans jugement et le consentement à l'enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone était recueilli.

_ Le second chapitre comportait le recueil des caractéristiques de l'exercice et du médecin.

_ Le troisième temps était l'entretien en lui-même.

_ Enfin durant la dernière étape, il était laissé à l'enquêté la possibilité de poser des questions et/ou d'ajouter des propos puis il était remercié pour sa participation à nos travaux et il lui était proposé de lui faire parvenir les conclusions de notre étude.

4. Analyse des entretiens

A. Retranscription

Ce travail a été fait par l'enquêtrice après chaque entrevue. Les propos recueillis ont été transcrits mot à mot, en essayant de rendre compte au mieux des hésitations, intonations, rires, de façon à rester le plus fidèle possible aux idées exprimées par les enquêtés. L'ensemble des verbatims issus des entretiens est disponible en annexe 3 (CD-ROM).

B. Codage

Un codage ouvert, c'est à dire reformulant en quelques mots sans interprétation les idées exprimées par les enquêtés a d'abord été effectué à l'aide de l'extension RQDA (R-based Qualitative Data Analysis) du logiciel R studio.

Puis après quelques entretiens, un codage sélectif consistant à un regroupement des codes ouverts par catégorie a été opéré.

Il a été procédé à des vérifications dans les verbatims précédent à chaque nouvelle analyse de façon à ne pas omettre de codes.

De façon à mieux organiser et formaliser nos idées, une carte heuristique (disponible sur le CD-ROM en annexe 3) a également été créée et enrichie tout au long de notre travail.

Enfin, une fois tous les entretiens effectués, nous avons procédé à un codage théorique qui permet de mettre en relation les catégories entre elles.

D'autre part, l'ensemble des verbatims a été relu et codé par une deuxième enquêtrice formée à la méthode puisqu'elle réalise elle-même une thèse qualitative.

C. Saturation des données

La saturation des données est apparue après le dixième entretien. De façon à confirmer celle-ci, deux autres interviews ont été réalisées.

III. RESULTATS

12 entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes interrogés entre les mois de mars 2016 et juillet 2016.

1. Caractéristiques des enquêtés et durée des entretiens

	Sexe		Age	Lien d'installation			Mode d'installation		Ancienneté d'installation			Patientèle	Durée d'entretien	
	H	F		Urbain	Semi-rural	Rural	Seul	En groupe	<5 ans	5-30 ans	>30 ans			
M1	1		47			1	1			1		900	22:05,00	
M2	1		45			1		1		1		868	23:50,00	
M3	1		48	1			1			1		1300	14:55,00	
M4	1		64		1		1				1	850	23:30,00	
M5	1		54	1				1		1		1000	29:32,00	
M6		1	45			1		1		1		350	38:20,00	
M7		1	36			1		1	1			180	36:40,00	
M8		1	51		1			1		1		1210	37:04,00	
M9		1	62			1		1			1	1421	20:10,00	
M10		1	30		1			1		1		446	25:11,00	
M11		1	63	1				1			1	1262	23:54,00	
M12		1	36	1			1			1		700	33:10,00	
TOTAL														
Total	6	6	48,42	4	4	4	3	9	3	6	3	873,92	26:24,00	mo
			47,5											mo

Tableau 1 : caractéristiques des enquêtés et durée des entretiens

M = médecin

2. Analyse des résultats

Pour faciliter la lecture et la compréhension, nous avons choisi de rendre compte ici uniquement des extraits des verbatims les plus explicites et diversifiés. Néanmoins, pour chaque code, il sera mentionné l'ensemble des entretiens dans lequel le code apparaît.

L'entretien 1 sera ainsi noté E1, ...

Les propos prononcés par le médecin 1 seront précédés de M1, ...

Les deux premiers thèmes abordés dans cette section nous ont permis d'introduire le sujet auprès de nos interlocuteurs mais aussi de mieux comprendre leur personnalité et leur mode de fonctionnement. Par ailleurs, l'obtention de ces éléments nous paraissait judicieuse dans le but d'effectuer une comparaison avec la littérature (ce qui sera abordé dans la section discussion).

A. Les qualités d'un bon médecin traitant

a. Les qualités relationnelles

Écoute et empathie

De nombreux médecins ont mentionné le fait de prêter attention aux patients et de pouvoir se mettre à leur place comme des qualités primordiales du médecin traitant (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E11, E12).

M1 : « Donc oui, à mon avis la qualité essentielle c'est l'écoute »

M4 : « c'est aussi d'être à leur écoute et de savoir passer le temps utile en fonction de la pathologie qu'ils ont ce jour là. »

M11 : « L'écoute... l'empathie... »

Faire bénéficier le patient d'une prise en charge globale

Une partie des médecins interrogés a affirmé que le rôle du médecin traitant était de faire bénéficier le patient de la meilleure santé possible au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (E4, E8, E9, E10).

M4 : « On a le piédestal mais on n'a pas le côté figé de... d'une relation qui peut être limitée à la pathologie elle même »

M8 : « C'est pas un rôle médical à purement parler mais ça fait quand même parti de la fonction. »

M9 : « C'est un médecin qui essaie de connaître tous ses patients... j'oserai dire de façon complète, c'est à dire tant dans leur travail, dans leur famille. »

Obtenir la confiance de ses patients

Bénéficiaire de la foi de son patient en son aptitude diagnostique et thérapeutique a été cité comme un élément important de la personnalité d'un bon médecin traitant (E1, E3, E12).

M1 : « j'ose espérer que les gens ont confiance (rires) en moi et surtout ont confiance en ce que je peux leur proposer, leur apporter. »

Avoir confiance en ses patients

La confiance était pointée comme quelque chose de réciproque. Pouvoir accorder du crédit aux propos des patients paraît être nécessaire pour être un bon médecin traitant (E1, E5, E12).

M1 : « Je leur dis [...]: " [...] je pense que la relation de confiance qu'on avait est rompue et moi je le... je le sens pas donc euh, je ne le sens plus en tout cas " »

Savoir créer une proximité

Ne pas établir trop de distance dans la relation médecin-patient apparaissait comme élémentaire dans les qualités relationnelles du bon médecin traitant (E1, E4, E5, E10).

M1 : « les échanges puissent se faire de façon libre sans arrière pensée ou sans retenue »

M4 : « On a le piédestal mais on a pas le côté figé de... d'une relation qui peut être limitée à la pathologie elle même. »

M4 : « on en est au tutoiement [...] Moi les gens m'appelle par mon prénom. »

Savoir garder une distance

Paradoxalement, d'autres enquêtés soulignaient qu'il fallait savoir « prendre un petit peu de recul » (E5, E8).

M5 : « on est l'allié de la santé des gens... et pas l'allié des gens »

M8 : « Il faut quand même savoir ne pas être trop proche des patients dans le sens où il faut quand même qu'on puisse rester objectif »

Être un bon pédagogue

Beaucoup de compétences du monde de la pédagogie étaient citées comme des attributs du bon médecin traitant.

Savoir expliquer (E1, E7)

M1 : « moi j'explique beaucoup [...] j'explique [...] ma démarche diagnostique, ma démarche thérapeutique. Euh... là aussi je pense que c'est un élément essentiel »

M7 : « quand ils ne sont pas d'accord avec nous par exemple, essayer de leur faire comprendre pourquoi on est dans cette optique là »

Savoir vulgariser les informations (E1, E6)

M1 : « Bon, j'essaie de... de vulgariser »

M6 : « c'est à dire savoir expliquer avec les mots et le vocabulaire de chacun, parce que les patients aussi ont un différent niveau, pour qu'ils comprennent... »

Savoir s'adapter (E8)

M8 : « Quand ils posent des questions, il faut leur répondre clairement, précisément, honnêtement, mais il ne faut jamais trop en dire non plus, ça ne sert à rien »

M8 : « Il y a des gens qui ont du caractère, donc il faut leur proposer des choses pour leur faire croire que ça vient d'eux et les décider [...] Il y en a d'autres on peut leur dire directement, ils nous écoutent, c'est très simple »

Savoir éduquer (E6, E8)

M6 : « je trouve que le rôle d'éducateur il est intéressant aussi »

M8 : « avoir une bonne hygiène de vie »

Savoir rester soi-même

Quelques praticiens ont insisté sur le fait qu'il fallait rester fidèle à sa personnalité pour être un bon médecin traitant (E2, E7, E8).

M2 : « Ce qui est certain c'est qu'il faut absolument être naturel et il ne faut pas essayer de... d'en rajouter pour essayer de... de retenir les patients. Tout ce qui est artificiel, de toute façon on n'arrive pas à le tenir sur le long terme et donc ça n'a pas de sens »

M7 : « En tout cas, ce qui est important je pense, c'est de respecter qui on est nous, de pas être quelqu'un d'autre, d'être soi-même. »

Savoir demander de partir

Plusieurs médecins ont mis en relief la nécessité de savoir mettre fin à une relation thérapeutique dans le but de maintenir une qualité de soins optimale (E1, E2, E5, E9, E10, E11)

M1 : « le médecin doit [...]dire à son patient : " [...] je ne peux plus vous soigner parce que je n'ai plus confiance, [...] ça me semble mieux pour vous et pour moi " »

M2 : « Ça arrive de leur dire [...] " je vois qu'on n'arrive pas à se mettre d'accord dans la façon de gérer vos soins, [...] vous ne voulez pas changer de médecin ? " »

Néanmoins, d'autres enquêtés n'ont jamais été confrontés à cette situation. (E6, E7)

b. Les qualités organisationnelles

Être un bon gestionnaire

Cette capacité se manifestait dans différents domaines.

La tenue du dossier médical (E10)

M10 : « une tenue à jour régulière du dossier médical me paraît indispensable. »

Le traitement du courrier (E10)

M10 : « La lecture du courrier tous les jours, le fait de le ranger tous les jours. »

Les stocks (E6)

M6 : « il faut que tous les papiers soient à disposition, pas avoir de choses vides que ce soit sur le plan administratif ou sur le plan du matériel médical »

L'aspect financier (E2)

M2 : « Il faut savoir gérer son affaire »

Économiser ses ressources personnelles (E2, E4)

M2 : « Il faut savoir, je pense aussi... euh, gérer ses... capacités. [...] il faut savoir aussi gérer ses repos sinon..., on use son empathie »

M4 : « C'est surtout je pense savoir déléguer »

Être disponible

Cela pouvait prendre plusieurs aspects : il s'agissait d'une accessibilité temporelle mais aussi du fait d'être joignable (E2, E3, E4, E7, E8, E10, E11, E12).

M2 : « arrivé à être relativement disponible dans la semaine »

M10 : « Être disponible, c'est-à-dire au téléphone »

M12 : « si les patients ont besoin de me voir rapidement, euh... même si l'après-midi, fin la journée est blindée, je vais les prendre en rajout et voilà. »

Aménager la permanence des soins

Le médecin traitant devait garantir la continuité de la prise en charge. (E2)

M2 : « Organiser aussi... bah ses absences et euh... bah le système de gardes »

Assurer une fonction de coordination

Dans un contexte où il y a de plus en plus d'intervenants dans le domaine de la santé, le médecin généraliste avait pour fonction d'harmoniser les prises en charge (E5, E10).

M5 : « On est sollicité de toute part entre ADEMA 80, le diabète tous les 3 mois... »

M10 : « C'est... un médecin généraliste : il ne sait pas tout faire mais c'est lui qui va orienter, comme un général sur un champ de bataille, pour dire : " bah on va ici, on arrête ou on commence ". C'est un coordinateur des soins »

Savoir s'entourer

Le praticien devait avoir un carnet d'adresse avec des correspondants de choix (E2).

M2 : « Il faut avoir un bon réseau de professionnels autour de soi : que ce soit des paramédicaux ou des spécialistes »

Faire des visites

Un enquêté a mentionné le fait de se rendre au domicile comme un élément très important dans sa pratique pour être un bon médecin traitant (E4).

M4 : « Moi déjà d'emblée je considère que la visite ça fait partie de la connaissance des gens »

c. Les connaissances et compétences

Être à jour d'un point de vue scientifique

Le bon médecin traitant devait s'appuyer sur un socle de savoirs solides et actualisés. Cette caractéristique est apparue comme primordiale aux yeux d'un des interviewés (E1, E2, E6, E7, E8, E11).

M5 : « D'abord... c'est un médecin... qui est un bon médecin. C'est à dire c'est un médecin qui est formé, c'est un médecin qui connaît la médecine. C'est quelqu'un qui... est à jour dans l'art diagnostique et l'art thérapeutique »

M7 : « respecter les... 'fin... comment dire... dire... les protocoles »

Être performant

Il pouvait aussi utiliser son bagage théorique à bon escient et connaître ses limites (E7, E8).

M7 : « quand on ne sait pas quelque chose on doit être capable de dire au patient : bah non là je ne sais pas, on va faire autre chose ou bien... »

M8 : « faire une prise de sang régulièrement... en fonction des pathologies, je veux dire détecter ce qui est grave »

B. La reconnaissance

Les enquêtés ont été interrogés sur les signes de reconnaissance qu'ils pouvaient recevoir de la part de leurs patients.

a. La fidélité

Pouvoir entretenir une relation durable avec leurs patients était important dans le sentiment de gratitude éprouvé par les médecins de notre enquête (E1, E2, E4, E5, E10).

M1 : « Donc oui la fidélité... Et puis euh... je pense que c'est surtout ça »

M2 : « quand on arrive à construire un truc cohérent pour leur santé sur des années ; de voir des enfants grandir..., de voir des adultes s'épanouir..., c'est ça en fait qui est intéressant pour nous »

M5 : « la meilleure preuve de reconnaissance qu'on a c'est leur attachement et le fait qu'ils reviennent régulièrement »

b. Pérennité de la relation

Un praticien a cité la continuité de la relation malgré les contraintes comme un facteur de reconnaissance (E5).

M5 : « qu'ils continuent à nous voir quand ils sont loin, continuer à nous demander des avis même quand ils ont déménagé très loin »

c. La confiance du patient

Le crédit qui leur était apporté participait au sentiment de reconnaissance que pouvaient éprouver les médecins de notre étude (E1, E2, E4, E5, E12).

M1 : « les gens une fois que l'avis spécialisé est donné... viennent me revoir [...], si je leur donne pas mon accord, le spécialiste peut faire ce qu'il veut, ça ne passera pas. »

M2 : « on voit que les gens vous écoutent, vous font confiance et on peut construire quelque chose d'intéressant avec eux. »

M4 : « Moi je vois, mes gens [...], je ne suis pas là, [...] Le lundi je les revois ! Dans le sens où ils ont même besoin qu'on les conforte dans ce que le voisin il a fait »

M12 : « il y a de la part des patients des confidences des fois très personnelles qui me sont faites. On sent qu'il y a un lien assez... profond... qui s'est installé »

d. Recevoir des remerciements

Être gratifié d'un simple « merci » fait partie des signes de reconnaissance décrits dans notre travail (E6, E7, E8, E10, E11, E12).

M7 : « Euh bah des remerciements : " merci " déjà ! »

M10 : « ils étaient contents (rires). Ils disaient que le suivi était rigoureux »

e. Avoir des cadeaux

Bénéficiaire de petits présents, plus ou moins personnels, était évoqué comme signe de reconnaissance par de nombreux interviewés (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12).

M1 : « ça peut être du chocolat à Noël..., des choses comme ça ou une bouteille de champagne, 'fin..., un lapin, le kilo de carottes »

M6 : « me ramener je vous dis des petits souvenirs quand ils partaient »

M10 : « L'année dernière j'étais enceinte jusque-là (mime un énorme ventre avec les mains) et bah... j'ai eu quelques cadeaux pour la naissance »

f. Bénéficiaire de marques de sympathie

Pour quelques médecins, certaines petites attentions les plus simples étaient suffisantes comme reconnaissance (E6, E9).

M6 : « m'écrire quand ils partaient en vacances »

M9 : « d'avoir un bonjour, d'avoir un petit signe dans la voiture, pour moi c'est énorme tout ça. Ça suffit, ça me suffit »

M9 : « pour moi déjà ça, le fait d'être bien avec tout le monde ici, dont mes patients, pour moi c'est suffisant. »

g. Être intégré dans la vie de famille

Ont été interprétés comme signe de reconnaissance par plusieurs interviewés, le fait d'être associé aux événements de la vie de famille et d'être parfois consulté pour des situations non médicales (E1, E4, E5, E12).

M1 : « C'est que les gens par exemple, euh... ont un projet privé et puis bah (change de ton) " euh docteur, on va faire ça : qu'est ce que vous en pensez ? Vous le feriez ou...? ". Voilà. »

M1 : « quand il y a une cérémonie, les enfants qui se marient, on a très régulièrement une invitation à... pour aller boire une coupe de champagne ou des choses comme ça »

h. Avoir été recommandé

Suggérer à un de ses proches de consulter son médecin traitant, était vécu comme un signe de reconnaissance, de la part du patient qui conseille, envers son généraliste (E4, E5).

M5 : « qu'ils nous apportent leur conjoint »

C. Le départ volontaire des patients

a. Les circonstances

Les circonstances de découverte

Les situations où un médecin pouvait apprendre qu'un de ses patients avait décidé dorénavant de consulter un de ses confrères semblaient être peu variées.

La découverte « fortuite »

Cette situation correspondait au fait qu'à un moment le praticien s'apercevait qu'il n'avait pas vu le patient depuis plus ou moins longtemps (E1, E6, E7, E9, E11).

M6 : « dans mon souvenir, le plus c'est des gens où vous vous dites " tiens ça fait longtemps que je l'ai pas vu " »

M7 : « Il y a des fois des gens je suspecte qu'ils sont partis parce que je n'ai pas de nouvelles »

La liste patientèle médecin traitant et son utilisation

La liste éditée par la sécurité sociale était un moyen très fréquent d'apprendre qu'un patient était parti, qu'elle fut consultée dans ce but ou non (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E12).

M10 : « Quand je dois passer des imprimés, des commandes d'imprimés sur le site ameli.fr, je refais un petit tour. Ou alors quand je recherche un paiement »

M12 : « Je la consulte régulièrement, bah disons, 1 fois par mois pour décocher les éventuels patients qui sont sortis de la patientèle au cas où ils reviendraient... pour les mettre en médecin traitant remplacé pour les CMU, tout ça »

Néanmoins, certains praticiens n'y accordaient pas de crédit (E2, E11) ou disaient ne pas aller la consulter dans l'objectif de prendre connaissance des sorties (E2, E7, E8, E9, E11).

M2 : « De toute façon, techniquement, de savoir le nombre de patients qu'on a, au quotidien, ça nous sert à rien. »

M11 : « je sais même pas comment est fait leur recrutement. Si c'est comme les relevés SNIR... c'est tout et n'importe quoi »

L'altercation et l'erreur

La dispute (E5) comme la faute (E5) paraissaient être des circonstances très marginales pour découvrir qu'un patient s'en allait. Ainsi, certains praticiens disaient n'avoir jamais vécu ou presque de départ dans ce contexte (E3, E6, E7).

M5 : « On l'apprend rarement directement sauf quand on a fait une grosse bêtise »

M5 : « c'est généralement plutôt des fuites anonymes que des clashes directs. J'en ai très très peu de clashes directs »

M6 : « moi j'ai jamais eu entre guillemets de clash, c'est à dire jamais une grosse dispute avec des patients qui partaient comme ça »

La demande de restitution de dossier médical et le départ expliqué

Récupérer son dossier médical (E4, E7, E8) ou signifier les raisons de son départ (E8, E9) s'avéraient être des exceptions pour informer son médecin traitant que l'on changeait de médecin généraliste par choix.

M4 : « il y a ... peut être un par an qui dit " est ce que vous pourriez me donner mon dossier médical ? " »

M9 : « Il y en a qui sont partis quelquefois en me le demandant hein, parce que je suis une femme par exemple »

La fréquence de la situation

Les praticiens interviewés n'étaient pas unanimes sur la périodicité de ces événements et nous avons obtenus des réponses assez extrêmes [fréquence élevée (E2, E5, E11) , fréquence faible (E1, E3, E4, E7, E8, E9, E10)] . Les raisons expliquant ces différences seront développées ultérieurement.

M1 : « A mon avis, ça représente 2 ou 3 patients par trimestre, pas plus, maximum. Avec parfois 1 voire aucun »

M2 : « franchement ça fait vraiment parti du quotidien. Ici, vraiment, les gens bougent beaucoup, ils savent qu'ils ont qu'un seul dossier et que... »

M10 : « J'en ai pas tant que ça qui sont partis pour on va dire, " insatisfaction " »

Les motifs évoqués

Les raisons identifiées par les praticiens aux départs choisis de leurs patients étaient multiples et variées. Elles pouvaient néanmoins être ordonnées selon 2 catégories.

Les motifs liés au praticien

Ces motifs étaient directement rattachés au médecin en tant que personne sans pour autant qu'il fut systématiquement mis en cause d'un point de vue médical.

La divergence d'opinion concernant la suite à donner à la prise en charge (E1, E4, E6, E7, E8, E11, E12)

M1 : « en se recreusant la mémoire on... on retrouve, on se dit " ah oui, tiens c'est vrai que la consultation c'est pas bien passée, il y a eu des mots... " »

M4 : « on perd les gens, parce qu'on est trop intransigeant et on est à dire " bon bah c'est tout, on ne peut pas continuer comme ça, parce qu'on va à la cata si on ne fait pas les choses de façon sérieuse " »

M7 : « Après, les patients si je les perds parce qu'ils veulent des arrêts de travail et que je leur fais pas »

M12 : « je me battais pour qu'il se fasse opérer d'un goitre thyroïdien, en plus compressif ; et lui il avait en tête de ne pas se faire opérer. »

Le déni du diagnostic (E1, E4, E8)

M1 : « depuis qu'il a eu son diagnostic de... de diabète je ne l'ai pas revu. »

M8 : « il y a des diagnostics qui ne sont pas acceptés par les patients, c'est un petit peu une façon de se protéger vis à vis de la maladie. »

La remise en cause des compétences plus ou moins fondée (E5, E8, E11)

M5 : « sa femme a voulu m'arracher les yeux parce qu'il avait une angine de poitrine et un jour je lui trouve du diabète. Et elle me dit " c'est quand même incroyable, ça fait 10 ans que vous le soignez et maintenant il fait du diabète ? Vraiment, vous êtes mauvais ". Il y avait une hérédité de diabétique dans toute sa famille, je faisais bien attention de trouver un diabète si un jour il apparaissait pour que... pour éviter qu'il en fasse une coronaropathie plus grave mais voilà »

M8 : « Bon on peut faire une erreur à un moment donné »

M11 : « J'ai une patiente qui est partie parce qu'elle avait des demandes abusives répétées et que je mettais plutôt l'accent sur le fonctionnel et qu'elle elle aurait voulu que ça soit une cause organique mais il y avait rien ; et ma façon de l'aider psychologiquement, elle a pas apprécié du tout. Elle est partie en me disant : " je ne suis pas une folle, je vais aller voir un vrai médecin." »

La « perte de confiance » du patient (ou de sa famille) en son médecin (E1, E2, E3, E5)

M1 : « une des raisons premières, peut être que c'est la perte de confiance dans le médecin ou ils ont besoin de voir quelqu'un d'autre »

M3 : « Parfois c'est les enfants qui font changer, parce qu'ils supposent que leurs parents ne sont pas bien ou pas assez bien traités. »

Le manque d'attention ressenti (E3, E4, E6, E8)

M3 : « tiens j'ai peut être oublié de l'appeler pour ses résultats alors qu'ils étaient normaux, mais bon d'habitude je l'appelle... »

M4 : « Comme on disait tout à l'heure, peut être un petit truc qu'on a pas ressenti au moment où eux avaient une attente »

M8 : « parce qu'on les a pas écouté à un moment donné »

L'insuffisance d'affinités (E2, E7, E10)

M7 : « Étant la seule nouvelle installée, j'ai été quand même privilégiée pour les nouveaux patients par les secrétaires. Des fois le contact ne passe pas, et puis ils voient un de mes collègues et ça passe mieux »

M10 : « j'ai succédé à un médecin traitant qui est parti à la retraite tout simplement. Donc ce monsieur-là, je pense qu'il a essayé avec moi mais que je lui ai pas trop convenu. »

Le retard et l'absentéisme (E4)

M4 : « il suffit que les gens parfois n'aiment pas attendre. »

Des « a priori » liés au sexe (E6, E9, E10)

M9 : « parce que je suis une femme par exemple. Et donc ils avaient une pathologie qui ne... qui ne..., ils ne voulaient pas que ce soit traité par une femme. »

M10 : « je pense qu'il avait plus envie d'avoir affaire à un monsieur »

L'inquiétude en rapport avec l'âge du praticien (E9)

M9 : « je me souviens très bien que 2 mois avant il m'avait dit : " mais enfin, vous allez encore faire combien d'années? Nous on est inquiets... ". Bah j'ai dit " vous savez, vous pouvez être inquiets, mais il y en a plus ". Et... donc ils ont trouvé quelqu'un d'autre ailleurs. »

Les motifs extérieurs

Certains motifs évoqués par les enquêtés dans notre travail étaient totalement indépendant de leur personnalité ou de leur façon d'exercer.

Le « souvenir douloureux » (E2, E11, E4)

M2 : « il y a quelques années il y a une maman qui m'a ramené son bébé complètement inanimé parce qu'il s'était étouffé sous la couverture pendant la sieste. [...] Et donc... voilà... le SAMU l'a pris etc. Et donc j'ai revu la maman dans les semaines qui suivaient, et vraiment elle avait été très très choquée et puis elle culpabilisait beaucoup. Et au bout de quelques mois, elle a changé de médecin.[...] Et simplement je me suis rendu compte que elle ne pouvait plus me voir, parce qu'à chaque fois qu'elle me voyait, ce qu'elle voyait c'était simplement sa culpabilité de l'événement traumatisant. »

M11 : « mais vous pouvez être une image trop douloureuse à revoir régulièrement ce qui lui rappelle l'être cher qui est disparu »

L'effet « boule de neige » (E1, E9, E12)

M9 : « Par exemple quand il y a un divorce, vous en perdez automatiquement un. »

M12 : « mais bon bah du coup après son épouse n'est plus venue, la fille non plus... »

Le patient « redevable » (E4)

M4 : « Je suis parti d'un principe très simple dès le début, de toute façon, si on perd quelqu'un, c'est parce qu'on en a trop fait. (rires) C'est ça la connerie. Les gens n'acceptent pas de devoir une reconnaissance »

Les contraintes horaires (E10)

M10 : « déjà je pense d'un point de vue horaire, parce que c'est un monsieur qui travaille sur Paris et c'est vrai que je ne termine pas trop trop tard »

Les contraintes spatiales (E6, E9)

M6 : « Il y a avait plus près de chez eux, comme ils avaient plus de 80 ans, c'est peut être comment dire, le choix, 'fin ce pourquoi ils se sont décidés »

M9 : « bah parce que le cabinet du bourg d'à coté (propos modifiés pour garantir l'anonymat de l'enquêtée) c'était plus facile d'accès avec la voiture ». »

Refuser de se déplacer au domicile (E10)

M10 : « Effectivement, si je ne me déplaçais plus, là elles partiraient »

Le « détournement » de patientèle (E5, E12) ou des propos « déplacés » de confrères (E5, E8)

M5 : « c'est une histoire de pneumonie chez un enfant et mon confrère m'a bien... m'a bien cassé les reins. Alors que je ne méritais pas... je n'avais pas fait de bêtise »

M12 : « Sa sortie de patientèle s'est fait à l'insu du patient par le praticien. Et que je connais en plus... »

Le changement « fortuit » (E6)

M6 : « " c'était occupé au téléphone, j'ai téléphoné à coté c'était disponible, j'ai commencé avec cette dame là, ça me convient aussi, c'est plus près... " donc voilà... »

L'envie de changer sans motif (E4)

M4 : « Comme ils changent de supermarché, de temps en temps, ils ont besoin d'aller voir ailleurs aussi »

Les cas particuliers

Le départ souhaité voire demandé

Plusieurs enquêtés ont tenus à mentionner qu'ils étaient eux même parfois à l'origine du départ volontaire du patient, soit parce qu'ils l'avaient ouvertement demandé (E1, E2, E5, E9, E10,

E11) ou alors suggéré (E2, E8, E9).

M1 : « quand il n'y a pas plus cette confiance, mais c'est... c'est réciproque hein, euh... je... je leur demande de partir. »

M2 : « Il y en a d'autres, on sent que le courant passe pas.[...] on finit par faire le service minimum, c'est à dire qu'on les soigne du mieux qu'on peut, mais on va pas rajouter la petite note..., la petite plaisanterie..., on va pas les mettre spécialement à l'aise [...]. Donc en fait, en gros, on les pousse vers la sortie »

M5 : « avec des gens qui étaient insatisfaits, exigeants, blessants, humiliants. Je leur ai expliqué que ce n'était plus possible »

La reprise de patientèle

Cette situation singulière était semble-t-il associée à certaines incompréhensions et générait des nouvelles contraintes qui n'avaient pas forcément été anticipées par le patient. Cela amenait rapidement ce dernier à changer après avoir dans un premier temps désigné le successeur de l'ancien généraliste comme médecin traitant (E2, E6, E10, E12).

M2 : « Alors ça aussi c'est un truc particulier de racheter une clientèle, on... on récupère des patients qui nous ont pas choisis. Et donc forcément, il y en a plein qui s'en vont »

M6 : « j'ai remplacé après un homme qui avait plus de 50 ans, j'avais 10 ans de moins, j'étais une femme ; on peut pas... voilà... Il y a des gens qui cherchent un profil particulier, il y a des gens pour lesquels le médecin ne peut pas être femme, ça voilà »

b. Les réactions

Des sentiments contrastés

La palette d'émotions exprimées par les interviewés en réaction au départ choisi d'un de leurs patients était assez large.

La surprise (E3, E9)

M3 : « bon des fois on est un petit peu étonné... »

M9 : « Et ça m'avait quand même un petit peu... euh... choquée quand même. »

L'amertume (E4, E12)

M4 : « on est un peu déçu. » M9 : « c'est un pincement au cœur »
M12 : « un peu de regrets de ne plus pouvoir le suivre »

L' « échec » (E8)

M8 : « je n'aime pas trop ça parce que je me dis que c'est un échec »

La fragilité liée à la remise en question (E2, E3, E5, E6, E7)

M3 : « Vous vous posez des questions sur... sur le fait de votre attitude, est ce que vous avez fait une erreur, est-ce que ? 'fin voilà »
M5 : « C'est une blessure narcissique à chaque fois »

L'injustice (E2, E4, E11)

M2 : « parce qu'il y a aussi des patients avec des pathologies vraiment compliquées, on s'est vachement investi, on a bossé dur quoi... »
M11 : « Parfois, ça nous touche, parce qu'on trouve ça injustifié. »

L'incompréhension voire la colère (E4, E10, E12)

M4 : « dans ces cas là on se dit " merde, les salauds (rires), quand même..., on s'est investi à fond " »
M10 : « Alors que bon, je l'ai quand même entre guillemets sauvé d'une compression médullaire, hein »

L'approbation neutre (E6, E7, E10)

M7 : « Ça ne m'a pas dérangé de ne plus la voir, parce que je savais qu'on serait jamais d'accord. »
M10 : « je l'ai vu chez mon confrère... Je pense que c'est plus adapté »

L'absence de ressenti spécifique (E1, E9, E12)

M1 : « je ressens pas de... de... de sentiments particuliers. »
M9 : « Il faut savoir l'accepter, c'est la médecine générale. »
M12 : « je ne me formalise pas trop, sinon on se pourrit la vie. Donc je pense qu'il ne faut pas non plus trop..., voilà trop cogiter »

Le soulagement (E2, E5, E6, E9, E11)

M9 : « par moment ça libère ! »

M11 : « Les gens qui s'en vont sont souvent des gens un peu difficiles. Donc ça peut nous soulager aussi par moment »

L'interrogation, le pourquoi

La problématique centrale du départ volontaire d'un patient semblait être d'en connaître la raison. Cette considération a été exprimée par une large majorité d'enquêtés (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12).

M2 : « c'est toujours l'occasion de questionnements »

M6 : « vous savez pas pourquoi. Donc ça, ça vous travaille pendant un petit moment »

M10 : « si on les voit dans la salle d'attente d'à côté, on se posera forcément la question « pourquoi ? » »

M11 : « Quand c'est comme ça, entre nous on aime bien savoir pourquoi »

Les facteurs influençant le ressenti

En dehors du fait de ne pas connaître la raison d'un départ par choix, quelques autres éléments pouvaient compliquer ou simplifier l'acceptation de voir partir un patient par les interviewés.

L'ancienneté de la relation (E2, E3, E5, E12)

M2 : « parfois on a des patients comme ça... qu'on a soigné pendant des années et puis brutalement ils vous quittent alors qu'on n'a rien vu venir. Alors c'est vrai que dans ces cas là, on se pose des questions »

M5 : « forcément, on est plus blessé quand c'est une relation ancienne. »

L'investissement fourni (E2, E4, E9)

M2 : « il y aussi des patients avec des pathologies vraiment compliquées, on s'est vachement investi, on a bossé dur quoi... »

M9 : « Bah plus difficile [...] c'est d'avoir fait énormément de choses, même des choses qu'on ne devait pas faire, on a été au delà de notre métier »

Les affinités avec le patient (E1, E2, E3, E6, E10)

Cette variable intervenait de façon double : en rendant les choses plus difficiles à admettre quand l'affection était forte et inversement quand elle était absente.

M2 : « Hein parce que il y en a pour lesquels on n'a pas ... bah déjà il y a des cons. [...] Alors ceux là on est content de les voir partir. »

M10 : « Je pense qu'il y a des patients qu'on aime vraiment du fond du cœur (petit rire) et que là oui, ça me ferait peut être un peu, vraiment du mal aux tripes de les voir partir »

La fréquence et l'ampleur du phénomène (E1, E4, E12)

M1 : « globalement si je perdais... 30 patients par mois, je me remettrai sincèrement en question. »

M12 : « Bah après si ça fait boule de neige »

Le fait d'avoir commis une erreur (E8)

M8 : « Je pense que ce serait difficile si on s'est vraiment planté »

La sensation d'un manque de reconnaissance

Plusieurs médecins interrogés ont exprimé le fait que le départ volontaire d'un patient suscitait chez eux un sentiment d'ingratitude (E2, E9, E10).

M9 : « ils vont bien nous aimer, c'est tout. Mais ils feront passer leur personne avant nous, avant de dire " bah non, non, on va pas la quitter parce que quand même elle nous a rendu des services, on a toujours... ". (change ton) Non, ils en ont rien à foutre. »

Le mécanisme de rationalisation

Face à ces situations, plusieurs enquêtés avaient une attitude normalisatrice et un discours rationalisateur. Ce processus pouvait apparaître chez certains d'entre eux comme construit et conscient et chez d'autres pas du tout.

Le phénomène extérieur sur lequel il n'y a pas de bras de levier (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E11, E12)

M1 : « je considère que mes patients sont libres et s'ils font, s'ils prennent cette décision, c'est qu'ils ont leurs raisons »

M2 : « d'abord ils aiment changer »

M11 : « C'est pas moi qui suis en cause, c'est le bien être du patient. Si son bien être c'est d'aller voir quelqu'un d'autre, moi ça me gêne pas. »

La prise de recul (E1, E2, E4, E5, E8, E9, E12)

M1 : « je n'ai pas la prétention de plaire à tout le monde »

M4 : « on a des gens qui vont changer 2 ans, et puis au bout de 2 ans on va les voir revenir »

M5 : « je pense qu'on est à peu près tous logés à la même enseigne »

M12 : « je pense qu'il y a peut être des choses plus sérieuses, déjà plus graves pour les patients que ça ma foi »

Utilisation de la sagesse populaire (E1, E2, E4)

M1 : « comme on dit : " un de perdu, dix de retrouvés " »

M4 : « De toute façon je crois qu'il faut toujours se dire, d'un côté on en perd, de l'autre on en regagne »

Mise en relation contextuelle (E2, E4, E5, E6, E8, E9, E11)

M2 : « souvent il ne s'est rien passé d'important »

M4 : « Globalement, tant qu'on travaille ! Si d'un coup, on ne voyait plus personne venir, bon on s'inquiéterait... »

M11 : « Il y a certaines affinités qui se créent avec des patients qui étaient suivis par l'un ou l'autre en fonction de moments de leur vie plus difficiles. »

c. Les actions

Enquêter ?

Mener des investigations pour essayer de comprendre pourquoi un patient était parti de son

plein gré constituait une démarche fréquente effectuée par les enquêtés. Cette dernière pouvait prendre plusieurs formes.

Interroger les confrères/ s'informer mutuellement

Cette action était l'initiative la plus entreprise dans les cabinets de groupe (E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10).

M2 : « on essaye de voir : soit on questionne quand même le confrère pour savoir s'il y a un motif qui a été évoqué »

M7 : « Bah si je vois plusieurs fois un patient... oui j'en parle avec mon collègue, savoir s'il sait pourquoi il vient plus me voir ou voilà. »

Elle s'inscrivait parfois même dans le cadre d'un « code d'honneur » tacite et inné (E5, E6, E9, E11).

M7 : « En fait il n'y a pas de code en disant " on en parle machin ", mais souvent on s'en rend compte et on en parle spontanément »

M11 : « c'est le nouveau médecin qui dit " tiens j'ai vu ton patient qui m'a demandé d'être son médecin traitant, bon il ne te reproche pas grand chose mais il a trouvé ceci, cela, machin, truc, et puis... voilà ". »

Regarder dans le dossier médical

Là aussi, il s'agissait d'une méthode courante, que le logiciel soit commun ou non. Le but était non seulement de savoir si le patient n'était réellement pas venu ou s'il avait consulté un confrère, mais aussi de vérifier ce qui avait été fait lors du dernier rendez-vous. L'objectif, quand le logiciel était commun, ne semblait pas être de savoir ce que le confrère avait fait (E2,E6, E7, E9, E11).

M2 : « pas pour voir ce que le confrère a fait, mais pour voir ce qu'on a fait lors de la dernière consultation, pour voir si il y a eu un raté quelque part »

M11 : « " tiens ! ah oui, celui là il vient plus ". Et on regarde un peu les dernières consult' et tout. »

Téléphoner au patient ?

Cet élément faisait polémique : certains praticiens de notre étude l'avaient déjà fait ou

n'hésiteraient pas à le faire (E3, E10) ; d'autres s'y refusaient catégoriquement (E1, E5, E6, E7, E12).

M3 : « Et d'autres...après, ben vous êtes étonnés... Donc ben là en général, j'essaye de prendre mon téléphone et demander... demander une explication. J'aime pas rester dans le flou »

M12 : « j'allais pas non plus l'appeler en lui disant comment ça se fait que vous êtes sorti de ma patientèle, 'fin, chacun ses choix. »

Dialoguer ?

Plusieurs médecins généralistes ont exprimé le besoin de partager cette expérience avec divers interlocuteurs.

Avec les confrères ?

La plupart du temps, il s'agissait des confrères du cabinet quand les médecins exerçaient en groupe (E1, E2, E7, E6, E9).

M7 : « Par exemple cette patiente qui est partie, j'en ai parlé avec mes collègues. Pour voir si je ne me suis pas trompée, si j'ai pas fait une erreur, et non... »

Mais d'autres praticiens n'avaient pas cette habitude (E5, E12).

M5 : « Je le garde pour moi parce que je pense qu'on est à peu près tous logés à la même enseigne »

Avec l'entourage ?

Là encore, les interviewés n'étaient pas unanimes : certains étaient pour (E7, E8, E10), d'autres contre (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E9, E12). Les médecins qui décidaient de parler de ces événements avec leur entourage le faisaient très souvent parce que celui-ci faisait partie du milieu médical (E7, E10, E11).

M1 : « Je pense que c'est important de, de cloisonner les... les secteurs. Une fois qu'on est sorti du bureau, euh... faire autre chose »

M11 : « ça m'arrive avec ma femme parce qu'elle est aussi dans le milieu médical »

Se remettre en question ?

Cet acte a été mentionné par plusieurs médecins traitants de notre étude (E3, E7, E10, E12).

M10 : « De se dire s'il part, pourquoi il est parti là-bas et qu'est-ce que j'ai pas bien fait ? Ce sera pas par rapport à mon confrère, ce sera plutôt une remise en question personnelle »

D. Des conséquences ?

a. Des changements dans la pratique ?

Les médecins interrogés ne s'accordaient pas sur ce point : certains ont concédé à des modifications ou seraient prêts à le faire (E3, E5, E8, E10, E11), d'autres non (E1, E2, E6, E7, E9, E12).

M7 : « Voilà, je suis fidèle à moi-même »

M11 : « Sûrement dans certaines approches, oui. [...] Ça impacte obligatoirement notre pratique quotidienne et notre... notre façon de réagir, notre... notre relation au patient. »

b. Une source potentielle de conflits avec les confrères?

Cette fuite a pu être vécue par certains comme l'origine de querelles (E1).

M1 : « moi j'ai vécu ça avec de... de vieux médecins, euh, sur le secteur où... ils ne supportaient pas de perdre un patient. Quand on se rencontrait, il y avait parfois des explications »

Néanmoins, grâce au dialogue évoqué précédemment et quelques aménagements simples, cela ne semblait plus être le cas (E2, E3, E6, E7, E8, E10).

M4 : « si jamais un patient de mon collègue vient me voir en me disant : " voilà, ben je peux vous prendre comme médecin traitant [...]", là je leur dis " ben oui, mais prenez rendez-vous et puis expliquez lui pourquoi vous voulez partir, parce qu'il faut que ce soit... clair ". »

M8 : « Par exemple moi quand quelqu'un est en vacances ou n'est pas là, je vois son patient et je lui dis " bon bah vous retournerez voir votre médecin ". »

M10 : « il n'y a pas eu tant de départs, 'fin pas tant d'arrivée que ça de...de la patientèle de mes confrères vers moi. De toute façon j'ai été claire là-dessus dès le début avec les gens »

Pour d'autres, cela n'a jamais posé problème (E4, E11).

M11 : « ça ne pose jamais aucun problème à personne »

c. Un facteur de risque de burn-out ?

Voir partir ses patients pouvait être considéré a minima comme une cause surajoutée d'épuisement professionnel (E2, E5, E7, E9).

M2 : « ça pourrait être un élément supplémentaire, ouais. Un peu comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase peut être. »

M5 : « Oui bien sur ça fait partie des... des... ça fait partie d'une insatisfaction... professionnelle qui rajouterait à tout ce qu'on subit. »

d. Des changements dans la vie personnelle ?

Qu'un patient parte par choix ne paraissait pas avoir de répercussions sur la vie personnelle de son ancien médecin traitant (E1, E2, E4, E5, E10, E12).

M2 : « Non, non, parce que... franchement ça fait vraiment parti du quotidien »

M5 : « je rentre tard, si c'est en plus pour me plaindre du boulot ...(rires) La vie à la maison va être compliquée ! »

E. Un retour possible ?

Les médecins interrogés n'avaient pas tous la même attitude face à un patient qui les a quitté et qui voudrait revenir dans leur patientèle.

a. Tout à fait

Certains praticiens n'y voyaient aucune objection (E4, E8, E11).

M4 : « On fait comme ci de rien n'était, comme s'ils étaient là la veille. Pfff... De toute façon ça ne change rien. Je leur demande ce qu'il s'est passé entre deux par rapport à leurs pathologies, et puis c'est tout »

M11 : « Oh, ça ne me gêne pas. Je suis là pour aider les gens, je ne suis pas là pour mon amour propre. Il y a longtemps qu'on a oublié tout ça. »

b. Sous condition

D'aucuns avaient besoin d'une explication préalable (E6, E7, E10) ou prenaient leur décision en fonction de motif de rupture (E3, E9).

M6 : « Par contre, j'aurai besoin de savoir pourquoi. »

M9 : « ceux-là je les ai ré-acceptés sans problème, mais il y en a que je dis non.

E: Quel facteur décisif intervient ? M9 : Bah qu'ils ont trouvé que j'étais incapable à un certain moment »

c. Jamais

D'autres encore n'envisageaient pas de ré-accepter un patient parti en raison principalement d'une rupture de confiance (E1, E5, E12).

M1 : « " écoutez non, c'est...,euh, je pense que la relation de confiance qu'on avait est rompue et moi je le... je le sens pas donc euh, je ne le sens plus en tout cas " »

M12 : « Après c'est vrai que nous on n'est pas non plus un kleenex qu'on jette et qu'on reprend quand ça convient... »

F. Influence du contexte

Au cours de notre enquête, nous avons cherché à savoir quels éléments pouvaient avoir une incidence pour expliquer la diversité des vécus des différents médecins généralistes interrogés.

a. Un changement de la société ?

Plusieurs enquêtés ont évoqué une évolution des mentalités chez les patients pouvant entraîner une fréquence plus importante de départs volontaires.

La représentation du médecin par les patients aurait changé : le médecin aurait perdu son piédestal (E2, E8, E10) et consulter serait assimiler à consommer (E4, E5, E6, E8, E9) ; il s'agirait d'un service pour lequel on paye (E10).

M2 : « C'est pareil, on n'est plus reconnu comme étant de grands scientifiques qui avons des pouvoirs magiques »

M4 : « Depuis des années je me suis fait au critère que je crois qu'on est un produit de consommation, les gens nous consomment »

M8 : « il y a des gens qui viennent faire leur supermarché avec leur liste de courses entre guillemets »

M10 : « La personne que je remplace justement [...] C'était Dieu quoi. C'est Dieu. Moi j'suis plus Dieu, c'est clair »

M10 : « ils voient peut être aussi le côté chiffré, acté que... J'ai pas l'impression d'être un médecin comme ça, mais bon. »

Les patients seraient moins fidèles (E3), en particulier les plus jeunes (E10) et les consultants en général plus nomades (E11) et « exigeants » (E4).

M3 : « Les patients changent très facilement maintenant. »

M4 : « c'est sur que si SOS Médecins marche bien, c'est que les gens sont exigeants »

M10 : « Parce que les jeunes sont moins fidèles par nature »

M11 : « Ce qui arrive plus souvent c'est qu'on ait des gens qui consultent indifféremment les quatre. »

Ces dernières constatations sont néanmoins à nuancer (E7, E8, E11).

M7 : « Même si bah ils sont d'accord pour voir le collègue parce qu'ils ont un rhume, une grippe ou une gastro, ça les dérange pas ; mais pour parler de leurs problèmes un peu plus personnels ou peu plus chroniques je pense qu'ils ont besoin de voir leur médecin. »

M8 : « Moi à mon avis, c'est les mêmes pourcentages qu'avant. »

M11 : « Tous les gens normalement cortiqués sont plus fidèles je pense depuis l'histoire du médecin référent ou traitant »

b. Une attitude générationnelle ?

Certains médecins ont évoqué le fait que leurs aînés étaient plus attachés à leur clientèle et vivaient donc les choses différemment (E1, E3, E11).

M1 : « nos aînés étaient très attachés fin, leur clientèle leur appartenait. »

M11 : « Sauf quelques médecins, quelques vieux médecins qui font encore des guerres de clochers. »

D'autres ont également pointé du doigt l'évolution de la relation médecin-malade (E2, E7, E8, E9, E12).

M2 : « j'ai été confronté à des médecins qui avaient été plutôt " médecins du 20ème siècle " si on peut dire ça, et qui avaient un côté un peu paternaliste, euh c'est à dire le médecin décide et les patients... obéissent. Ça a complètement changé ça, maintenant on est plus dans un rapport de confiance et de collaboration »

c. Une évolution au cours de la carrière ?

Une partie des interrogés a exprimé que le début de carrière pouvait rendre la perte d'un patient plus complexe en raison d'un manque d'assurance (E4, E10), d'habitude ou de prise de recul (E3, E4, E6, E9, E11) ou en rapport avec des enjeux financiers (E2, E5, E9).

M2 : « c'est peut être plus... stressant au début, [...] quand on arrivait, il fallait acheter les murs, il fallait acheter la clientèle. »

M10 : « Moi je suis encore destabilisable... pour pas mal de choses »

M11 : « C'est sûrement plus facile maintenant. C'est vrai qu'au début on s'investit à fond, on... et puis pfff... on se lasse. »

D'autres au contraire pensaient que le phénomène était plus facile à vivre en début de carrière car les liens tissés avec les patients étaient moins forts (E7, E12).

M7 : « Euh, mais je pense que c'est plus facile pour nous, qu'un médecin qui suit un patient depuis 10 ans et tout à coup il part et on ne sait pas pourquoi »

La dynamique dans laquelle le médecin se trouve pouvait aussi avoir une influence sur son vécu (E5, E11).

M5 : « je refuse les nouveaux patients depuis longtemps »

M11 : « On cherche plutôt à réduire notre activité qu'à l'augmenter, donc... »

d. Un lien avec le type d'exercice ?

Quelques uns ont aussi mis en lumière des différences liées aux changements de mode d'exercice (E2, E4, E7, E8, E9, E11).

M2 : « Ici, vraiment, les gens bougent beaucoup, ils savent qu'ils ont qu'un seul dossier et que... [...] ils n'ont rien à faire car c'est le même dossier. Donc on récupère les antécédents, les courriers des spécialistes... Il y a juste à appuyer sur le bouton " changement de médecin traitant ". Ça se fait... d'un simple clic. »

M4 : « Quand on est installé seul, on le ressent pas de la même façon que quand on est en groupe. Il n'y a pas ce côté de tourner facilement. »

M7 : « Je pense que la médecine a beaucoup évolué aussi dans le relationnel et dans la façon de travailler. Chez les jeunes, il y a peu de médecins, voire pas, qui font du 8h/20h du lundi au samedi et qui sont dévoués totalement et qui... Je pense que quand on a vécu ça, le fait de voir partir des gens, ça doit être plus compliqué à vivre, que de travailler comme on travaille quand même plus maintenant, en groupe, où on sait qu'on peut partager. »

e. Un rôle du lieu d'installation ?

Les enquêtés semblaient s'accorder pour dire que les patients seraient plus « *fidèles* » et moins intransigeants à la campagne (E1, E3, E4, E5, E9, E10, E11, E12).

M3 : « je pense qu'en campagne, les gens sont quand même plus [...] fidèles. »

M5 : « Ils ont peut être des mentalités différentes »

Cette tendance pourrait être expliquée en partie par une offre et une accessibilité aux soins plus restreintes (E8, E10, E11).

M8 : « C'est différent comme exercice. Moi je fais de la pédiatrie, je fais de la gynéco, je fais de tout. »

M11 : « parce qu'on a recours aux services d'urgence, des spécialistes de tout »

f. Un lien avec le contexte démographique ?

Certains interviewés ont mis en lien leur façon de réagir avec la démographie médicale et se sentaient plus sereins grâce à cette « offre inférieure à la demande » (E1, E2, E9).

M1 : « à une époque ça avait des conséquences économiques de perdre euh... un... un patient ou une famille [...] mais aujourd'hui, vu le contexte »

M2 : « il y avait un peu plus de concurrence. Euh... ça aussi c'est quelque chose qui est très important dans cette histoire là »

Un médecin a même signifié que les patients ne changeaient plus de médecin traitant car la démographie actuelle ne leur offrait plus cette possibilité (E9).

M9 : « Les gens ne peuvent plus changer de médecin : il n'y en a plus [...]. Mais je peux vous dire que s'il arrive un jeune dans la bourgade, moi j'ai ma clientèle qui s'en va »

D'autres en revanche n'accordaient pas d'importance à cette donnée (E6, E7).

M6 : « Le fait d'en récupérer un autre, voilà c'est pas... c'est pas ce qui va compenser. »

G. Utilité d'une formation ?

Les médecins de notre étude ont été interrogés sur leur besoin ressenti en formation, la forme sous laquelle ils aimeraient en bénéficier ainsi que l'intervenant et l'organisateur légitime selon eux.

Dans le contexte dans lequel ils évoluaient, les médecins installés interviewés ne ressentaient pas la nécessité de bénéficier d'une formation. Cela s'expliquait par le fait qu'ils géraient très bien (E1, E10) ou avaient appris à gérer ces situations, spécifiquement en dialoguant avec leurs confrères (E6, E7) ou qu'ils pensaient qu'ils n'y avaient pas été confrontés assez souvent ou intensément pour se sentir en difficulté (E7, E12).

M1 : « je pense pas que ça soit utile parce que sincèrement ça ne m'occasionne aucun trouble particulier. »

M7 : « fin en tout cas pour moi, c'est important de pouvoir en parler, soit par nos collègues avec qui on travaille, soit... soit si on est dans un groupe de formation »

M12 : « Bah je ne me suis pas sentie en difficulté pour l'instant mais c'est vrai qu'avec, au fil des années, je serai peut être fort peinée si un patient auquel je tenais s'en va. »

Néanmoins, quelques praticiens ont tenu à souligner que la gestion du départ volontaire des patients devrait être évoquée au cours de la formation médicale, en particulier par un compagnonnage (E5, E11).

M5 : « Là je vais prendre une petite étudiante en 5ème année, je suis MSU, c'est tout nouveau. Je vais quand même lui montrer des choses techniques et puis des choses de la vie quotidienne du médecin. Je pense que c'est plus par un exemple comme ça pragmatique que on peut... que par cours théorique machin... on est quand même dans l'impalpable. »

M11 : « Mais ça devrait éventuellement faire parti du... du cursus médical. [...] Plus sous forme de l'abord psychologique de la relation médecin/patients »

IV. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de notre étude

A. Méthode

Notre ambition était de relater des sentiments, expliquer des actes, rendre compte d'expériences par nature singulières et d'opinions par essence subjectives. La méthode qualitative nous est donc apparue comme la plus appropriée.

Notre choix s'est porté sur des entretiens individuels car ils permettent à notre sens une expression plus libre que la technique des focus-group.

Nous précisons dans le chapitre « matériels et méthodes » que bien que notre grille d'entretien ait été approuvée par la commission des thèses de notre Département de Médecine Générale, nous avons réalisé deux entretiens préalables au début de notre enquête. Ceux-ci nous ont permis de nous assurer de la bonne compréhension des questions par les interviewés (de façon à ne pas avoir de réponse « hors-sujet ») et de modifier sensiblement la formulation de certaines d'entre elles.

Nous supposons qu'avoir été reçu par les médecins interrogés au sein de leur cabinet à un horaire qu'ils avaient choisis, leur a permis de se sentir plus en confiance et ainsi s'exprimer plus librement. De ce fait, cela a certainement facilité l'obtention d'opinions plus tranchées et de confidences plus personnelles, rapprochant un peu plus nos résultats de la réalité.

Notre étude comporte probablement un biais de sélection. En effet, nous pouvons suspecter que les médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient ceux qui étaient les plus à l'aise avec le sujet ou les plus intéressés par celui-ci. Néanmoins, il ne nous paraît pas possible de faire participer des médecins contre leur gré.

Nous avons essayé d'être le plus neutre possible dans la conduite et l'analyse de nos entretiens. Or, un biais d'interprétation reste toujours possible. Conscients de cela, nous avons fait procéder à une vérification de nos données par une deuxième enquêtrice dans le but d'exploiter au maximum le contenu, de ne pas omettre de données et d'éviter ce facteur de confusion.

D'autre part, notre position de jeune médecin a potentiellement pu influencer les réponses des enquêtés. Il est ainsi concevable que les médecins interrogés aient pu omettre certains faits par peur du jugement de leur jeune consœur même si nous leur avons précisé avant l'entretien que nous n'aurions pas de regard critique sur leurs propos.

Par ailleurs, bien que nous pensons avoir été vigilant, que nous nous soyons formés via la lecture de divers ouvrages (13) (15) (16) (17) ainsi qu'en assistant à une formation à l'Université de Strasbourg ; il reste possible que nous avons pu influencer les réponses des enquêtés par notre formulation des questions ou notre attitude pendant le recueil des données. Cela est d'autant plus plausible qu'il s'agit de notre première expérience dans le domaine.

B. Caractéristiques des enquêtés

L'objectif de nos travaux n'était pas d'être représentatif mais de recueillir une diversité de points de vue. Néanmoins, comparer notre échantillon à la population de référence nous permet de le situer au sein de celle-ci.

Dans notre étude, chaque médecin généraliste compte en moyenne 874 patients dans sa patientèle médecin traitant ce qui est tout à fait en concordance avec ce qui pouvait être observé au niveau national en 2015 (11).

Les praticiens en médecine générale interrogés dans notre travail sont sensiblement plus jeunes (48,4 ans) en comparaison à la moyenne départementale qui était de 50,9 ans en 2015 (18). Cette différence s'explique par le fait que nous avons choisi de recueillir l'avis de plusieurs jeunes installés ce qui induit par conséquent une baisse de la moyenne d'âge.

D'autre part, notre population comporte plus de femmes (50%) qu'au niveau régional (34% en 2015) (18). Là encore, notre choix de se tourner vers de nouveaux installés influe sur ce paramètre en raison de la tendance à la féminisation de la profession. Ainsi, en Picardie, chez les médecins généralistes de moins de 40 ans, les femmes représentent 54% des installés (18).

2. Discussion de nos résultats

A. Le « bon médecin traitant » dans notre étude : le médecin idéal décrit par les patients ?

Notre étude a permis de dresser le profil du « bon médecin traitant ». Il s'agit donc d'un technicien santé, compétent et efficient, qui a des qualités pédagogiques mais aussi, voire surtout, des aptitudes relationnelles (comme l'écoute et l'empathie) qui le conduise à obtenir la confiance réciproque de ses patients. Par ailleurs, il doit faire preuve de capacités d'organisation et de gestion qui lui permettent de rester disponible, d'assurer un suivi de qualité tout en préservant son propre bien être.

Nous avons trouvé opportun de comparer nos travaux aux résultats obtenus récemment par Julie PURVIN dans sa thèse Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? (8). En effet, le même thème est abordé sous un prisme différent.

Les critères de choix du nouveau médecin traitant et les attentes des patients envers celui-ci ont été étudiés dans ce travail.

Bien souvent, les patients choisissent un médecin traitant sur les conseils d'un proche. Cela constitue d'ailleurs un facteur de reconnaissance chez les médecins que nous avons interrogé.

Les patients attendent alors de la part du nouveau généraliste: qu'il ait des qualités relationnelles (l'affinité, la bienveillance, l'écoute et la pédagogie), qu'il soit rigoureux dans le suivi, disponible et puisse s'appuyer sur des connaissances solides.

Dès lors, la vision du médecin « idéal » décrit par les patients semble compatible avec les attributs cités par les médecins de notre étude pour être un « bon médecin traitant ».

B. Les motifs de rupture évoqués

Dans notre travail, les motifs supposés de départ peuvent être liés au praticien, même s'il n'a pas forcément le pouvoir d'apporter les corrections nécessaires. Les causes les plus fréquemment évoquées dans ce cadre sont alors une divergence d'opinion sur la suite à donner à la prise en charge, le déni d'une pathologie par le patient, la perte de confiance envers le médecin (en relation ou non avec un défaut de compétences biomédicales). Il peut également

s'agir d'un manque d'affinités ou d'un conflit interne chez le patient en lien avec le sexe ou l'âge du praticien.

Les raisons de la fuite sont aussi parfois liées à des facteurs extérieurs : la mise à distance d'une expérience traumatisante, les conséquences de changements familiaux, le départ volontaire d'un proche ou l'apparition de nouvelles contraintes organisationnelles dans le quotidien du patient.

Ainsi, lors de notre enquête, les médecins interrogés semblent attribuer le départ d'un de leurs patients à une cause unique. Inversement, les raisons entraînant un changement volontaire de médecin traitant chez les patients interrogés par Julie PURVIN sont pour la plupart multifactorielles, avec une moyenne de 3 motifs par patient. Ce constat est fait également par trois autres auteurs dans leurs thèses (5) (7) (19). Il y a donc une discordance de point de vue entre les deux acteurs de la relation médecin-malade. Nous pouvons très probablement attribuer cette différence au fait que dans notre étude, les médecins traitants savent rarement de façon certaine pourquoi leurs patients les ont quittés. Les causes relatées correspondent en effet le plus souvent à des suppositions.

En revanche, si l'on compare les principales raisons évoquées une à une, médecins et patients semblent s'accorder sur les motifs prépondérants de rupture choisie, à savoir : le manque d'affinités ou d'attention ressenti, la divergence d'opinion sur la conduite à tenir, la perte de confiance plus ou moins liée à une erreur médicale, l'envie de changer, des difficultés liées au sexe du praticien ou encore le retard, l'absentéisme et l'incompatibilité des horaires ou du lieu de consultation avec l'organisation quotidienne des patients.

Par contre, à l'inverse des médecins dans notre étude, les patients n'évoquent pas être partis pour fuir la réminiscence d'une expérience douloureuse ou par effet « boule de neige ». Ces justifications sont pourtant invoquées fréquemment chez nos médecins traitants.

Par ailleurs, pour motiver leur départ, les patients, contrairement aux praticiens, citent : le manque de disponibilité du médecin ou son défaut de compétences et de suivi.

Ainsi, il semble que chaque partie ait des difficultés à réaliser son analyse critique.

C. Influence de la société et du contexte sur notre problématique

a. Implications de l'évolution de la démographie médicale

En 2015, la Picardie recensait 2110 médecins généralistes libéraux et mixtes. Ils étaient 288 de plus en 2007 et on projette une baisse de 7,5% des effectifs entre 2015 et 2020 (18).

Dès lors, nous sommes en droit de nous interroger sur l'influence de ce facteur sur le changement volontaire de médecin traitant mais aussi plus généralement sur la relation thérapeutique elle-même.

En effet, dans notre étude un praticien (M1) mentionne ne plus accepter de nouveaux patients dans sa patientèle car il ne peut pas assumer cette charge de travail supplémentaire : *« il y a des demandes... pas quotidiennes mais presque, de gens qui cherchent un médecin, euh..., donc moi je refuse parce que je suis saturé »*. Un second (M9) affirme ne plus compter de départ volontaire dans sa patientèle parce que les patients savent qu'ils auront de grandes difficultés à trouver un nouveau médecin traitant : *« Les gens ne peuvent plus changer de médecins : il n'y en a plus. Mais je peux vous dire que s'il arrive un jeune dans la bourgade, moi j'ai ma clientèle qui s'en va, puisque j'ai 62 ans, tout le monde va aller vers le jeune. Ils vont dire " vite, vite, on va prendre le jeune parce qu'on est plus sûr d'avoir de médecin après " »*.

Il s'agit de deux professionnels exerçant en secteur rural.

Enfin, un troisième médecin (M5) signale qu'il a choisi de s'installer en secteur semi-rural pour bénéficier d'une patientèle qui l'a choisi pour sa personnalité et ses compétences et non pas en raison d'une proximité géographique : *« Je voulais moi être confronté à une forte concurrence, pour que si les gens par hasard viennent me voir, euh... je puisse me dire que ce n'était pas lié uniquement à la géographie mais au fait que l'on ait une certaine relation et que s'ils n'avaient plus de relation aussi intéressante avec moi, qu'ils aillent voir ailleurs tout de suite et que je ne sois pas obligé de les subir et qu'ils ne soient pas obligés de me subir non plus »*.

Ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'impact des changements démographiques annoncés sur la relation médecin malade et cela sur chacune de ses deux entités.

Quelles sont les conséquences pour le patient de devoir supporter un médecin qui ne lui convient pas ou en qui il n'a pas ou plus confiance, parce qu'il ne reste plus que lui dans son

bassin de vie ou que les autres praticiens du secteur sont dans l'impossibilité d'agrandir leur patientèle pour garantir la qualité des soins?

Quelles peuvent être les répercussions dans la pratique d'un médecin généraliste de savoir qu'une partie de sa patientèle est contrainte et forcée de rester auprès de lui ? Ne plus se sentir en confiance avec une partie de ses patients peut-il conduire à des erreurs médicales plus fréquentes ?

Qu'en est-il du bien être du praticien face à cette patientèle qui serait amenée à le subir ?

b. Les mutations de la société

Comme notre étude a pu le laisser entrevoir, les patients semblent être de plus en plus exigeants (20). D'ailleurs, lors des entretiens, certains praticiens se sont comparés à des produits de consommation (E4, E5, E6, E8, E9) : « *Depuis des années je me suis fait au critère que je crois qu'on est un produit de consommation, les gens nous consomment* », « *il y a des gens qui viennent faire leur supermarché avec leur liste de courses entre guillemets* ».

Cela s'intègre dans la dynamique actuelle de la société de consommation où les patients n'hésitent plus à changer d'interlocuteur s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils désirent ou si la satisfaction n'est pas assez rapide à leur goût ou ne coïncide pas avec leur organisation personnelle. Ces comportements sont d'ailleurs le deuxième facteur de risque de burn-out chez les médecins selon un sondage réalisé par l'association champ-ardennaise « Parole de professionnels » (21).

C'est ainsi également que l'on voit émerger dans la presse médicale des articles sur le nomadisme médical (22) ou des conseils sur la gestion de ce phénomène prodigués par des sociétés d'assurance professionnelle (23).

c. Influence d'Internet

Depuis l'avènement d'Internet, nous assistons à une démocratisation du savoir qui a également contribué à redistribuer les cartes du pouvoir. Cela a aussi modifié la relation médecin-malade ce qui interagit probablement avec notre problématique. Ce sujet faisant l'objet de plusieurs travaux de thèse récents y compris dans la région (24) (25), nous choisissons de ne pas le développer.

d. Le « bon médecin traitant » : le médecin de famille ?

Dans notre enquête, plusieurs praticiens mentionnent qu'ils se considèrent avant tout comme des « médecins de famille » et ont manifesté leur attachement envers cette notion (E1, E4, E5, E9, E12) : « *Moi je suis un médecin de famille. [...] le médecin de famille, c'est quelqu'un de référence au sein d'une famille. C'est quelqu'un qu'on peut consulter pour tout et n'importe quoi, un peu n'importe quand, et qu'on ait un accès direct avec lui* ».

Ce concept, défini par la WONCA EUROPE en 2002 (2), se rapporte en particulier au fait que les médecins généralistes sont « chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel [...]. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. ».

Ainsi, les fonctions du médecin généraliste-médecin de famille, selon la WONCA EUROPE, nous apparaissent comme tout à fait semblables non seulement aux qualités et compétences nécessaires pour être un bon médecin traitant selon les médecins généralistes de notre étude, mais aussi aux attributs souhaités par les patients chez leur médecin traitant dans la thèse de Julie PURVIN.

De ce fait, les médecins interrogés semblent mettre un point d'honneur au fait de « connaître leurs malades » et de pouvoir intégrer leurs pathologies dans le contexte socio-familial. Cela leur est permis par un suivi des familles à la fois sur plusieurs générations mais aussi de façon transversale.

e. La métamorphose de la relation médecin-malade

D'autre part, cette forme d'attachement au statut de médecin de famille semble résister aux changements que peut subir actuellement la relation médecin-malade.

L'avancée des connaissances scientifiques, la facilité d'accès aux informations médicales, l'émergence des associations de malades, la notion d'autonomie du patient et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, ont modifié les bases de la relation thérapeutique (26). C'est ainsi que l'évolution des interactions médecin-malades a pu se faire d'un modèle paternaliste (où le médecin détenait tous les pouvoirs et le savoir jusque dans les années 1980)

vers un modèle de décision partagée, ou modèle du partenariat (27) (apparue au début des années 2000, au sein duquel le patient devient pleinement acteur des orientations à donner à sa prise en charge). Néanmoins, dans notre travail, ces modifications ne semblent pas avoir de répercussion intense sur les liens profonds tissés par les médecins généralistes avec leurs patients.

Par ailleurs, cette évolution du modèle de la relation thérapeutique couplée au changement de mode d'exercice (cabinet de groupe voire maison pluridisciplinaire de santé) a pu influencer les comportements et les réactions des praticiens lors d'un départ d'une partie de la patientèle. En effet, ces modes d'organisation moins exclusifs rendent les choses un peu plus faciles à accepter. C'est en tout cas ce que semble affirmer une partie des praticiens de notre étude (E2, E4, E7, E8, E9, E11) et nous pensons qu'ils sont dans le vrai : *« Quand on est installé seul, on le ressent pas de la même façon que quand on est en groupe. Il n'y a pas ce côté de tourner facilement. » « Chez les jeunes, il y a peu de médecins, voire pas, qui font du 8h/20h du lundi au samedi et qui sont dévoués totalement et qui... Je pense que quand on a vécu ça, le fait de voir partir des gens, ça doit être plus compliqué à vivre, que de travailler comme on travaille quand même plus maintenant, en groupe, où on sait qu'on peut partager. »*.

Mais sur le fond, l'attachement des médecins généralistes pour leurs patients ne semble pas avoir été réellement remise en cause par les modifications des interactions médecin-malade. C'est ainsi qu'on retrouve dans les propos recueillis de notre étude : *« c'est toujours un déchirement »* (M5) ou *« c'est un pincement au cœur »* (M9).

L'acceptation se ferait donc un peu plus facilement mais ce n'est pas pour autant que les praticiens sont devenus insensibles face à ces événements.

D. Réactions et ressenti des médecins lors de la rupture et lien entre fidélité, reconnaissance, épanouissement personnel et burn-out

Quand un patient décide de partir, ce qui arrive plus fréquemment lorsqu'il exerce en cabinet de groupe ou en ville, où l'accès aux soins est simplifié, le médecin généraliste l'apprend rarement de la bouche du patient lui-même. Il le découvre plutôt de façon fortuite en le croisant dans la salle d'attente d'un de ses confrères, en s'apercevant qu'il n'a pas consulté depuis un moment ou en vérifiant, dans ce but ou non, la liste patientèle médecin traitant.

Dans notre étude, ces départs choisis amènent le médecin traitant à éprouver une palette de sentiments assez variée, qui s'étend de la surprise au soulagement en passant par l'amertume jusqu'à l'incompréhension, le sentiment d'injustice voire la colère : *« Et ça m'avait quand même un petit peu... euh... choquée quand même. », « par moment ça libère ! », « on est un peu déçu. », « parce qu'il y a aussi des patients avec des pathologies vraiment compliquées, on s'est vachement investi, on a bossé dur quoi... », « dans ces cas là on se dit " merde, les salauds (rires), quand même..., on s'est investi à fond " ».*

Ces différents types de ressenti sont à interpréter au regard de l'historique de la relation selon qu'il s'agit d'une relation ancienne, d'un patient avec qui le médecin a des affinités ou pour qui il s'est beaucoup investi ; ou au contraire d'interactions conflictuelles ou au cours desquelles le médecin se sent en difficultés ou mal à l'aise. Ce dernier point peut être rattaché à des patients au profil « heartsink » qui signifie littéralement « qui fait couler (saigner) notre cœur » comme l'explique Chloé BOUCHACOURT dans son travail de thèse (28).

Ces ruptures conduisent surtout les médecins à s'interroger sur le « pourquoi » de cette fuite : *« vous savez pas pourquoi. Donc ça, ça vous travaille pendant un petit moment »* et parfois à mener une enquête en particulier auprès de leurs confrères ou dans le dossier médical commun.

Ces événements enclenchent également un mécanisme de remise en question qui peut susciter un dialogue avec les confrères lequel permet d'éviter les conflits et de se prémunir contre un épuisement professionnel : *« Par exemple cette patiente qui est partie, j'en ai parlé avec mes collègues. Pour voir si je ne me suis pas trompée, si j'ai pas fait une erreur, et non... », « dès qu'il y a de la relationnelle, on a besoin aussi de discuter, d'échanger... ».*

Suite à ces épisodes, certains praticiens ont pu opérer quelques changements dans leur pratique quotidienne et développer des techniques de rationalisation : *« C'est pas moi qui suis en cause, c'est le bien être du patient. Si son bien être c'est d'aller voir quelqu'un d'autre, moi ça me gêne pas. », « Globalement, tant qu'on travaille ! Si d'un coup, on ne voyait plus personne venir, bon on s'inquiéterait... ».*

Par contre, il ne semble pas y avoir de répercussion dans la vie personnelle.

L'avancée dans la carrière peut avoir une influence sur le ressenti des médecins. Ainsi, les praticiens les plus âgés semblent avoir appris à s'accommoder de ces situations : *« C'est sûrement plus facile maintenant. C'est vrai qu'au début on s'investit à fond, on... et puis pfff... ».*

on se lasse », tandis que les plus jeunes pensent ne pas avoir assez d'ancienneté pour avoir expérimenté le phénomène dans toute sa profondeur : « *j'ai peut-être pas assez de recul, ça m'est peut-être pas arrivé assez souvent* ».

Ainsi, il n'y a pas de besoin en formation ressenti en rapport avec notre problématique. Néanmoins, plusieurs médecins généralistes admettent qu'ils auraient aimé être mieux préparés face à celle-ci et mentionnent que cela leur semble licite d'aborder la question dans la formation initiale de leurs jeunes confrères.

Comme quelques enquêtés ont pu l'exprimer à demi-mot, voir partir certains patients peut contribuer au mécanisme de burn-out en raison du sentiment de manque de reconnaissance qui en découle, lequel participe à la perte d'accomplissement personnel qui est une des composantes du syndrome de burn-out selon Schaufeli et Enzmann. Les autres éléments de ce syndrome sont par ailleurs constitué par un épuisement (à la fois émotionnel, psychique mais aussi physique) et la dépersonnalisation (29).

Selon les médecins de notre étude, la reconnaissance des patients se traduit par les remerciements ou marques de sympathie dont ils peuvent témoigner, mais avant tout par la fidélité dont ils font preuve en instaurant une relation thérapeutique sur le long terme.

L'importance de la reconnaissance est une thématique actuelle applicable dans divers domaines et ce terme n'a pas toujours le même sens.

Dans notre cas, le philosophe Emmanuel Renault définit la reconnaissance comme « la confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur, à l'issue de différents processus d'identification » (30).

En sciences humaines, selon Alex Honneth, sociologue et philosophe allemand (31), « l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance. En effet, l'image positive que nous pouvons avoir de nous-mêmes dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard. C'est la raison pour laquelle nous restons toujours en attente de reconnaissance dans les interactions sociales ».

Nous comprenons donc en quoi le sentiment de reconnaissance chez les praticiens que nous avons interrogé est surtout lié à la fidélité de leurs patients et dans quelle mesure la perte d'un patient peut remettre en cause leur valeur.

Pour préciser le sens de ses propos, le philosophe met en rapport trois formes de

reconnaissance : affective, juridique et culturelle en rapport avec respectivement trois sphères sociales distinctes (au sein desquelles se développe un type de rapport authentique à soi) :

_ la première correspond à l'intimité (laquelle via l'amour et l'amitié rend possible la confiance en soi)

_ la deuxième se rapporte aux droits dont nous bénéficions (qui permettent le respect de soi par les libertés qu'ils apportent)

_ la dernière, qui est la dimension qui nous intéresse, se rapporte à notre contribution à la société (par le travail par exemple, qui génère l'estime de soi).

Ainsi, nous concevons aisément que le manque de reconnaissance engendré par la fuite d'un patient puisse diminuer l'estime de soi.

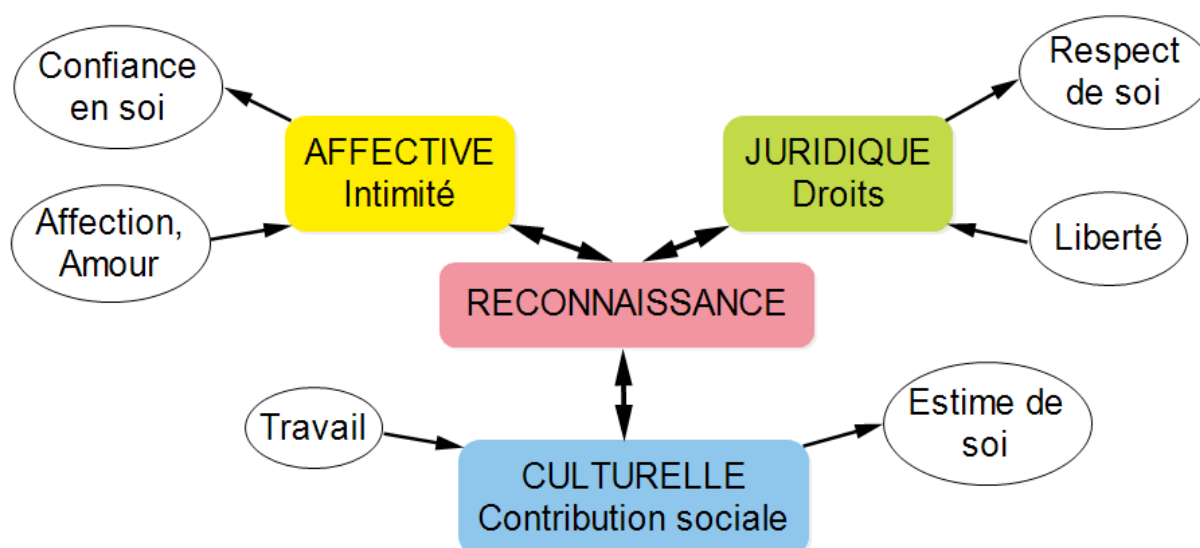


Figure 1 : Modélisation des formes de reconnaissance selon Honneth

Le psychologue américain Maslow a graduellement mis au point, depuis 1943, un modèle des aspirations humaines qui repose sur une pyramide (32). Il s'applique à hiérarchiser au sein de celle-ci les besoins humains et développe ainsi par cette modélisation sa théorie des motivations (33).

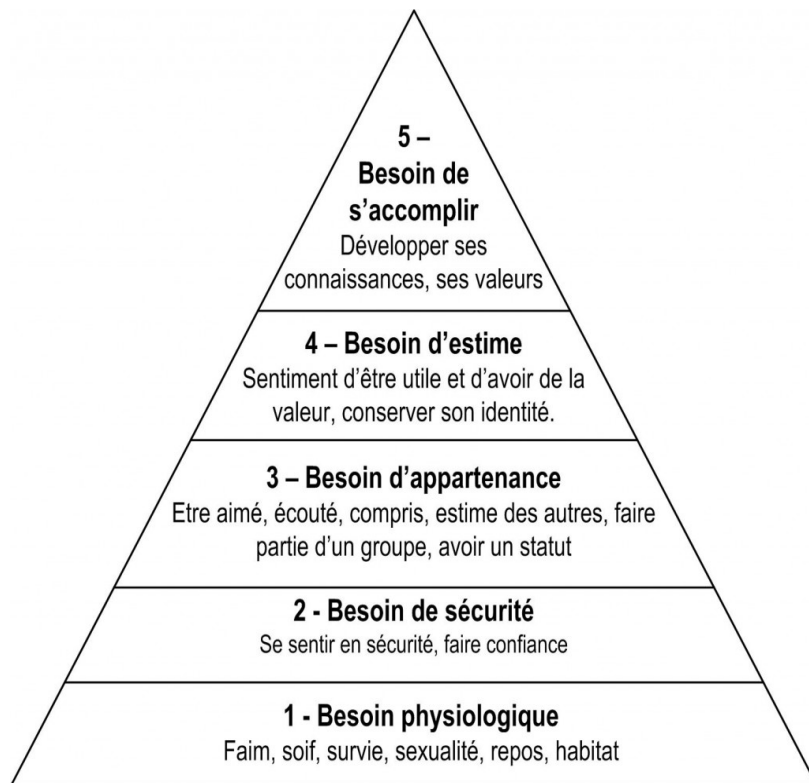


Figure 2: Pyramide des besoins de Maslow

Notre question intervient donc à différents niveaux dans le processus d'épanouissement du médecin qui est lié à la satisfaction de ses besoins. En effet, le fait de voir partir certains patients remet en cause le deuxième niveau de la pyramide de Maslow, qui est constitué par le besoin de sécurité, en amenant d'une certaine manière à reconsidérer la stabilité et la pérennité financière de l'exercice professionnel. Nous pouvons ressentir cela dans les propos de certains enquêtés (E2, E5, E9) qui expliquent que la situation était peut-être plus difficile à vivre en début de carrière lorsque les enjeux économiques étaient plus importants.

D'autre part, nous comprenons aisément en quoi notre thématique peut intervenir négativement dans la satisfaction du besoin d'estime des autres et dans le sentiment d'avoir de la valeur qui sont respectivement des composantes des niveaux 3 et 4 de la pyramide.

De même, il nous semble évident que notre sujet est en lien étroit avec le besoin d'accomplissement personnel, élément ultime de la dite pyramide.

Notre problématique représente donc bien plus que de simples chiffres sur une liste éditée par la sécurité sociale.

V. CONCLUSION

1. Synthèse et ouverture

Notre étude a donc permis de montrer que le départ volontaire d'un patient est une situation qui semble relativement fréquemment vécue par les médecins généralistes de la Somme. Ce constat pourrait néanmoins être remis en cause par l'évolution à venir de la démographie médicale.

Les changements de mode d'exercice, les mutations de la société et les modifications de la relation médecin-malade ont également un rôle à jouer.

Notre problématique touche ainsi à des thèmes centraux comme le besoin de reconnaissance et l'épanouissement personnel.

Voir partir volontairement certains patients peut conduire à des aménagements dans la pratique quotidienne mais n'a pas de réelle répercussion dans la vie personnelle.

Il ne semble pas y avoir de comportement stéréotypé face à ces fuites mais celles-ci suscitent toujours une forme d'interrogation (qu'elle soit partagée avec d'autres personnes ou non) et des sentiments variés liés à la singularité de chaque situation.

Les praticiens en exercice paraissent s'être accommodés à ces événements, sans pour autant être impassibles. De ce fait, ils ne ressentent pas le besoin de travailler sur cette thématique mais demandent de la vigilance quand au fait qu'elle doit être abordée au cours de la formation initiale de leurs jeunes confrères.

Par ailleurs, au regard de notre expérience auprès de nos confrères ou de nos maîtres de stage, le vécu paraît être moins douloureux dans notre étude que dans la réalité. Ainsi, une intimité plus importante est probablement nécessaire pour se confier en profondeur sur le sujet.

Enfin, nos travaux pourraient être complétés par une étude quantitative permettant de hiérarchiser les différents types de réactions et d'actions menées qui ont pu être révélées dans notre thèse et d'apprécier de façon objective la fréquence du phénomène.

Il serait également intéressant de réaliser le même type d'enquête qualitative dans une région à la dynamique démographique médicale différente, pour pouvoir comparer les résultats ainsi obtenus aux nôtres.

2. Épilogue

Nous avons montré tout au long de notre travail que l'affection des médecins généralistes envers leurs patients était immuable mais s'inscrivait pourtant à chaque fois dans la singularité de la relation de chaque dyade. De même, comme le lecteur pourra l'entrevoir dans l'extrait suivant du livre de Vladimir GUIHENEUF (1), l'attachement des patients envers leur médecin généraliste apparaît comme un processus complexe, authentique et parfois surprenant...

« Quittant l'abri précaire de ma voiture, je courus jusqu'à la pauvre pièce commune. Là m'attendait une femme allongée sur un lit tout défoncé, d'où seul son gros ventre émergeait. [...] Tout se présentait bien, et pourtant je continuais d'être soucieux : c'était mon premier accouchement à domicile. [...] Peu après la tête de l'enfant sortit. [...] Le reste du corps passa aussi, et voilà, le bébé tout gluant était né ! Il s'agissait d'un garçon. [...] Une vingtaine de minutes plus tard, le placenta fut expulsé. J'examinai une dernière fois l'enfant et sa mère, tout semblait pour le mieux. Je pouvais partir. Pour un peu, j'aurai esquissé un pas de danse... J'avais rassemblé mes affaires et me dirigeais vers la porte quand le mari me dit : - Docteur, on ne va pas en rester là. Vous prendrez bien un verre avec nous ! [...] Nous trinquâmes [...] Tout à coup, la mère appela : [...] - Je crois qu'il y en a encore un autre qui veut sortir ! Je soulevais brutalement les couvertures. Pas de doute... Un second enfant se présentait. Et moi qui ne m'en était même pas aperçu ! [...] Une fois l'accouchement fini, je me tournai vers le père. J'étais fort gêné : comment pouvais-je me justifier ? Mais il me devança et déclara : - Merci, docteur, c'est vraiment gentil de votre part. Vous nous avez ménagé pour qu'on ne sache pas tout de suite qu'il y avait deux enfants. On est pauvres, et cela fera beaucoup de bouches à nourrir. Mais je vous l'ai dit : on n'avait pas de garçon, et maintenant nous en avons deux ! Alors, même si on doit se serrer la ceinture, on se débrouillera ! Vous êtes vraiment un bon médecin ! Et pendant les quarante années où j'ai exercé, toute cette famille a compté parmi mes plus fidèles patients. Parfois le père me prenait à part, et, à ma grande confusion, ce brave homme me disait le plus sérieusement du monde : - Ce qui m'inspire confiance chez vous, docteur, c'est que vous dominez la situation. [...] Je l'ai bien vu quand mes deux fils sont nés ! »

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Guiheneuf V. Mémoires d'un Médecin de Campagne. Sayat: Editions De Borée; 2013.
2. WONCA EUROPE. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille.pdf [Internet]. 2002 [cited 2016 Jul 13]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
3. Catalogue SUDOC [Internet]. [cited 2016 Jul 13]. Available from: <http://www.sudoc.abes.fr/?COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E8e110e20-56b,I250,B341720009+,SY,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R90.18.28.168,FN>
4. Ozler Y. Les critères de choix du médecin traitant: étude au niveau de la population [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2012.
5. Merit B. Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2014.
6. Nics V. Pourquoi le patient change-t-il de médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2003.
7. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste?: enquête qualitative auprès de patients d'Eure-Et-Loir [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
8. Purvin J. Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant?: étude qualitative sur les patients de la région Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2016.
9. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie. In Paris: Cour des comptes; 2013. Available from: https://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/version/2/file/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf
10. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Rev Fr Aff Soc. (1):109–26.
11. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. seance MT forfait patientele 1 juin 2016 - 160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf [Internet]. [cited 2016 Jul 13]. Available from: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
12. Bientôt un médecin traitant pour l'enfant [Internet]. Parents.fr. 2016 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://www.parents.fr/Actualites/Bientot-un-medecin-traitant-pour-l-enfant-2245280>
13. Hennebo N. Guide Théorisation ancree.pdf [Internet]. [cited 2016 Jul 13]. Available from: <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
14. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cited 2016 Jul 13]. Available from: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

15. Idées forces du livre « L'enquête et ses méthodes : l'entretien » [Internet]. Available from: [http://ts28.free.fr/fiches_de_lecture/L'enquete_et_ses_methodes_\(gotman_et_blancher\).doc](http://ts28.free.fr/fiches_de_lecture/L'enquete_et_ses_methodes_(gotman_et_blancher).doc)
16. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Available from: <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
17. Weber F, Beaud S. Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques. Nouv. éd. Paris: La Découverte; 2003. 356 p.
18. Conseil national de l'Ordre des médecins. La démographie médicale En Région Picardie Situation en 2015 [Internet]. [cited 2016 Nov 22]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf
19. Muller Colle F. La rupture de la relation médecin-malade: pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine [Thèse d'exercice]. [France]; 1997.
20. L'Express.fr. Des patients très exigeants [Internet]. L'Express.fr. 2005 [cited 2017 Jan 17]. Available from: http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/des-patients-tres-exigeants_486927.html
21. Brillu A. Ces patients qui vous prennent la tête - Les Généralistes CSMF [Internet]. [cited 2017 Jan 17]. Available from: http://www.lesgeneralistes-csmf.org/spip.php?page=imprimer_breve&id_breve=2539
22. Colmont C. Le patient nomade, infidèle à son médecin traitant [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cited 2017 Jan 17]. Available from: http://www.lequotidiendumedecin.fr/fiche-pratique/2016/11/25/le-patient-nomade-infidele-son-medecin-traitant_839656
23. MACSF, Le Sou Médical. Nomadisme médical du patient - MACSF Exercice professionnel [Internet]. [cited 2017 Jan 17]. Available from: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/nomadisme-medical-patient>
24. Assouline M. Internet a-t-il modifié la relation entre le médecin et son patient du point de vue du médecin généraliste en picardie ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2013.
25. Toussaint M-A. Patient internaute: changement dans la relation médecin /malade ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2015.
26. Décision médicale partagée SFMG [Internet]. [cited 2017 Jan 17]. Available from: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/836/fichier_fiche34_decision_medicale_partagee6347f.pdf
27. Décision médicale partagée – État des lieux HAS [Internet]. [cited 2016 Dec 6]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf

28. Bouchacourt C. Les patients «Heartsink»: la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale. [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT-PARIS; 2014 [cited 2017 Jan 17]. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4715_BOUCHACOURT_these.pdf
29. Épuisement professionnel [Internet]. [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=13>
30. Roche A. La recherche-intervention comme révélatrice des dimensions des pratiques de reconnaissance dans les organisations. @GRH. 2015 Jun 4;(13):11–42. Available from: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GRH_144_0011.
31. Renault E. La reconnaissance au coeur du social [Internet]. Sciences Humaines. 2006 [cited 2017 Jan 17]. Available from: http://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/4-150319034955.pdf
32. Riveline C. Idées - La pyramide de Maslow revisitée. J Lécole Paris Manag. 2015 May 13;(113):7–7. Available from: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=JEPAM_113_0007.
33. Pyramide des besoins.pdf [Internet]. [cited 2017 Jan 16]. Available from: <http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Maslow.pdf>

VII. ANNEXES

1. Annexe 1 : Copie d'écran de l'Espace pro

Dernière connexion : le 12/01/2017 - Déconnexion

M Cabinet 80

MÉDECINE GÉNÉRALE

Espace pro

Assurance Maladie

Services patient > Commandes > Gestion du compte > Boîte à info > Échanges >

Activités > Pratique > Patientèle médecin traitant

Patientèle médecin traitant

? A propos du service Patientèle Médecin Traitant

Télécharger la liste des régimes (PDF)

LISTE DES ENTREES ET SORTIES DE VOTRE PATIENTELE MEDECIN TRAITANT AU COURS DES 90 DERNIERS JOURS (TOUS REGIMES)

LISTE DE VOTRE PATIENTELE MEDECIN TRAITANT (TOUS REGIMES)

Identification Patient

Insérez la carte Vitale de votre patient dans le lecteur pour obtenir des informations médicales le concernant

Lire carte vitale

OU saisissez son NIR :

Valider

Vous n'aurez pas accès à ses données médicales

CONVENTION MEDECIN

ADHÉRENTS AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ET SECTEUR 2,

COMPTE ESPACE PRO BLOQUE ?

Comment le débloquer rapidement.

3. Annexe 3 : Carte heuristique et verbatims (CD-ROM)

LE MEDECIN TRAITANT FACE A SON PATIENT QUI LE QUITTE VOLONTAIREMENT : VECU DES MEDECINS GENERALISTES DE LA SOMME

Étude qualitative auprès de 12 praticiens

Introduction : La thématique du changement de médecin traitant (MT) par les patients a déjà été étudiée mais pas du point de vue des médecins généralistes (MG). L'objectif principal de notre travail était de comprendre comment réagit le MT lorsqu'il est quitté volontairement par son patient et de déterminer les potentielles répercussions. **Matériel et Méthodes :** Nous avons mené une étude qualitative en procédant à des entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG installés dans la Somme. **Résultats :** Douze entretiens ont été réalisés. Les causes les plus fréquentes de rupture étaient une divergence d'opinion, le déni de sa pathologie par le patient, la perte de confiance envers le médecin ou un manque d'affinités. Parfois il s'agissait de la mise à distance d'une expérience traumatisante ou d'une conséquence de changements dans la vie du patient. Le MG apprenait la fuite du patient en le croisant dans une autre salle d'attente ou en consultant la liste patientèle MT. Il éprouvait des sentiments variés allant de la surprise au soulagement en passant par l'amertume et l'injustice. Ces ruptures conduisaient les MG à s'interroger sur le « pourquoi », à mener une enquête et à opérer parfois des changements dans leur pratique. Il n'y avait pas de conséquences dans la vie personnelle. **Discussion :** Les facteurs influençant les réactions étaient l'ancienneté et le mode d'installation. L'évolution de la société et de la relation médecin-malade jouaient un rôle sur notre sujet qui touchait aussi à la question de la reconnaissance dont la principale preuve était la fidélité des patients. **Conclusion :** Les MG se sont accommodés à ces événements sans pour autant y être insensibles.

Mots clés : Médecin traitant, Médecins généralistes -- Somme (France), relation médecin-patient, changement de médecin traitant, patients – satisfaction, émotions, comportement

THE ATTENDING PHYSICIAN FACING HIS PATIENT WHO LEAVES HIM VOLUNTARILY: EXPERIENCE OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE SOMME

Qualitative study with 12 practitioners

Objective: The topic of change of attending physician (AP) by patients has already been studied but not from the point of view of general practitioners (GPs). The main objective of our work was to understand how the AP reacts when he's voluntarily left by its patient and to determine the potential impacts. **Methods:** We carried out a qualitative study by conducting semi-directed individual interviews with GPs in the Somme. **Results:** Twelve interviews were conducted. The most common causes of separation were divergence of opinion, denial of its pathology by the patient, loss of confidence in the physician, or lack of affinity. Sometimes it was a matter of distancing a traumatic experience or a consequence of changes in the patient's life. The GP became aware that the patient left by meeting him in another waiting room or by consulting the AP patient list. He felt varied feelings ranging from surprise to relief through bitterness and unfairness. These ruptures led the GPs to wonder "why", to conduct an investigation and sometimes to make changes in their practice. There was no consequence in their personal live. **Conclusions:** Factors influencing reactions were the age and the type of installation. The evolution of the society and of the physician-patient relationship played a part on our subject, which interrogates also the question of gratitude, the main proof of which was the patients loyalty. GPs seem to be accommodated to those events without being insensitive to them.

Keywords : Attending Physician, General Practitioners – Somme (France), doctor- patient relationship, change of attending physician, emotions, patients-- satisfaction, behavior