

**Médias, Médecin, Patient : une relation à haut risque?
Etude qualitative auprès de treize patients de médecine
générale dans la région Picardie.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MEDECINE GENERALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 5 AVRIL 2017

**Par Desbureaux Pauline
Née le 08/04/1988**

JURY :

Président du jury :

Monsieur le Professeur GOURON Richard

Membres du Jury :

Madame le Professeur SEVESTRE-PIETRI Marie-Antoinette

Madame le Professeur AMMIRATI Christine

Monsieur le Docteur GIGNON Maxime

Le directeur de thèse :

Monsieur le Docteur FORTANE Pierre

Monsieur le Professeur Richard GOURON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chirurgie infantile

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury. Recevez pour cela ma plus profonde reconnaissance. Ma passion pour ce métier vient de votre enseignement.

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine vasculaire

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Acceptez pour cela ma plus sincère reconnaissance.

Madame le Professeur Christine AMMIRATI

Praticien Hospitalier, Professeur associé des Universités (Anesthésie-Réanimation, option Médecine d'Urgence)

Chef du Pôle Médecine d'Urgence, Médecine légale et sociale

Responsable du service SAMU-SMUR-CESU, service d'accueil des urgences

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je tiens à vous exprimer mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Maxime GIGNON

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Tu me fais l'honneur de juger ce travail, reçois ma plus grande considération.

Monsieur le Docteur Pierre FORTANE

Docteur en Médecine Générale

Maître de stage Universitaire

Vous avez accepté si gentiment et si spontanément de diriger ce travail de thèse. Un grand merci pour votre patience et vos conseils, tant pour ce travail que pour ma pratique quotidienne, vous m'avez beaucoup appris.

REMERCIEMENTS

A ma mère, je te dédie ce travail, conclusion de ces années où tu m'as portée et accompagnée. Je te dois tout, tu es mon plus grand soutien, et mon amour pour toi est inestimable. Pour tout ce que tu m'as donné maman je ne peux que répéter, en te couvrant de baisers, merci maman, merci encore, car une mère c'est un trésor. Je ne trouverai pas meilleur cadeau pour cette année, alors joyeux anniversaire! Je t'aime ma petite maman.

A Coralie, ma sœur de cœur, merci de ta présence et de ton soutien, à ma filleule et mon neveu, mes deux amours, à Sébastien, merci d'être là.

A ma famille. A mes grands-parents, à mon Parrain, qui m'a toujours poussée vers l'avant, à ma tante Béatrice, si précieuse pour moi. A mes oncles Patrice et Francis, à mes tantes Sylvie, Laurence et Céline, merci pour tout. A mon équipe de foot, mes cousins adorés, Matthieu, Lambert, Melvin, Johann, Joris, Florian et Nathan. Merci de cette union qui nous lie et fait de nous une famille rêvée, et de votre soutien tout au long de mes études.

A mon tonton Eugène, qui veille sur moi de là-haut, tu m'aurais dit "voilà, tu as réussi!", je suis tellement triste que tu ne puisses assister à cet aboutissement, tu me manques énormément.

Aux ZABBS, Amandine, Anna, Marine, Laure, Elsa, Flore et Lucie. Dix ans d'amitiés sans faille, chacune d'entre vous constitue un pilier dans ma vie, et je vous aime pour cela! Merci de votre présence actuelle et pour les années à venir.

A ma petite Fanny, grande d'esprit et chère à mon cœur, merci d'être là.

Aux copains des vacances, Charlène et François, Pierre et Lucie, Fox et Caro, Marc et Chachi, Jano, Janette et Jean, Aurore et Jean, Polo, et Fifi.

A ma belle-famille, merci pour votre gentillesse à mon égard.

Au gang des Libanais, Moussi, Bouassim, Stéphane (oui tout comme) et Florine, Amer, et Moussa, Nizar, Rami, William et Nesrine, merci pour tout.

A Alicia et Sarah, merci pour votre aide.

Aux équipes ayant participé à ma formation durant mon externat et mon internat. Aux personnes qui sont devenues des amis avec le temps.

A Fouad, l'amour est apparu comme une évidence... Faisons que chaque moment heureux soit une éternité, faisons que chaque seconde de bonheur dure toute une vie. L'amour triomphe de tout, auprès de toi ma vie prend sens, je t'aime.

Table des matières

RÉSUMÉ	15
ABSTRACT	16
Introduction	17
Matériel et méthodes	20
I. L'entretien semi-dirigé	20
II. Pourquoi choisir l'entretien semi-dirigé : justification de la méthode	21
III. La population étudiée	22
IV. Le déroulement des entretiens : modalités pratiques	23
V. Le traitement des entretiens	24
Résultats	26
I. Les patients enquêtés	26
A) Profil social et démographique	26
B) Perception de la maladie par le patient	27
II. L'information médicale reçue par le médecin traitant	28
A) Représentation du médecin par le patient	29
B) La confiance envers le savoir du médecin	30
C) Le discours médical	31
D) La communication	32
III. L'information médicale obtenue par les médias	33
A) Les types de médias	33
B) La recherche d'information médicale et la confiance accordée	34
C) Justification de la recherche	36
D) Les conséquences de l'information obtenue par le biais des médias	38
IV. La relation médecin-malade	39
A) Description de la relation médecin-malade par le patient	39
B) Perspectives de la relation médecin-malade idéale vues par le patient	41
V. L'information médicale obtenue par les médias dans la relation médecin-malade	42
A) L'évocation de la recherche lors de la consultation	42
B) Les réactions du médecin	43
C) L'impact sur la relation médecin-malade	44

Discussion	48
I. La santé et les médias : l'avènement d'internet	48
II. L'utilisation des médias pour la recherche d'informations médicales	49
III. La maîtrise des risques liés aux recherches	50
A) Les risques inhérents à la recherche d'information médicale via les médias	50
B) Les certifications informationnelles sur la santé dans les médias méconnues du grand public.....	51
C) La validation par un professionnel de santé	52
IV. La transformation de la relation médecin-malade	53
V. Le partage des savoirs	56
A) Le partage de ce savoir profane	56
B) Le médecin généraliste, pivot de la relation	57
VI. Biais et perspectives	58
A) Limites sur la méthodologie	58
B) Perspectives	59
Conclusion	60
Bibliographie	62
Annexes	66
Annexe 1 : Guide d'entretiens semi dirigés.....	66
Annexe 2 : Grille d'analyse	68

RÉSUMÉ

Contexte : L'essor médiatique au sujet de la santé a modifié le rapport au discours médical. Les différents supports médiatiques, dont Internet, figure essentielle, et l'évolution des droits au patient avec la loi du 4 Mars 2002, ont contribué à transformer la Relation Médecin-Malade (RMM).

Objectif : Le but de cette étude était d'appréhender les raisons qui incitaient les patients à rechercher des informations médicales via les médias et à rendre compte des effets de ces usages sur la RMM.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de patients picards a été menée entre Décembre 2016 et Février 2017. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par thèmes.

Résultats : Treize entretiens ont été réalisés. Pour les patients, le médecin représentait le sachant, le discours était clair et le temps de communication satisfaisant. Le caractère non omniscient de cet omnipraticien et la communication incomplète pouvaient entraîner la recherche d'information par un autre moyen. Les patients souhaitaient un médecin disponible, compétent et en qui ils avaient confiance. Internet était le média favori, le but était de satisfaire une curiosité, avant la consultation pour obtenir des réponses rapides et préparer l'entretien, après la consultation dans un but de compréhension et de réassurance. Il n'y avait pas de modification de la RMM, si ce n'était d'apporter un savoir médiatique complémentaire.

Conclusion : Les informations obtenues via les médias concourent à une transformation de la RMM, en permettant un échange de savoirs mutuels, mais pour lequel le médecin généraliste reste un acteur central en matière d'information médicale.

ABSTRACT

Context : The rise of the media in the field of health has changed the relation to the medical discourse. The various media, of which the internet plays the prominent role, and the evolution of the rights of the patient following the law of March 4th, 2002, has contributed to the transformation of the Physician-Patient Relationship (PPR).

Objective : The purpose of this study was to understand the reasons why patients sought medical information via the media and to account for the effects of these practices on the PPR.

Method : A qualitative study was carried out between December 2016 and February 2017 in a semi-directed interview of Picard patients. The interviews were transcribed and analysed by theme.

Results : Thirteen interviews were conducted. For patients, the physician represented the knowing, the language was clear and the communication time satisfactory. The non-omniscient character of this general practitioner and the incomplete communication could lead to the search for information through other means. The patients were looking for a physician who was available, competent and confident. The internet was the favourite medium, the goal was to satisfy their curiosity, before the consultation to receive prompt answers and prepare for the interview, and after consultation for the purpose of understanding and reassurance. There was no change in the PPR, apart from providing complementary media knowledge.

Conclusion : Information obtained through the media contributes to a transformation of the PPR, allowing mutual exchange of knowledge, but for which the general practitioner remains a pivotal actor in delivering medical information.

Introduction

Depuis toujours, la santé est au cœur des préoccupations de l'Homme. « Dans l'Antiquité et au Moyen Age, on divulgue; aux XVIIe et XVIIIe siècles on propage; aux XIXe et XXe siècles on vulgarise »¹. La vulgarisation est, d'après le dictionnaire : « l'adaptation d'un ensemble de connaissances techniques de manière à les rendre accessibles à une personne non spécialisée ».

Les médecins ont toujours été moqués ou critiqués. Caton l'Ancien écrivait à son fils de ne pas se confier aux médecins. Tibère déclarait que l'instinct personnel devait l'emporter pour la conservation de la santé sur le jugement des doctes et invitait chacun à se faire médecin de soi-même (*medicus sui ipsus*). Les Romains étaient très méfiants vis-à-vis de leurs médecins parce qu'ils étaient le plus souvent grecs : Galien étant le plus célèbre. Quinze siècles plus tard, les médecins furent la cible des moqueries de Molière. Dans six farces ou comédies, il les représente comme des personnages ridicules et sinistres. Il mourra d'une hémoptysie quelques heures après avoir joué *Le malade imaginaire*. Jules Romains a exposé dans le *Docteur Knock* la doctrine de l'institution d'un pouvoir dictatorial du corps médical. Cette pièce a, depuis les années vingt, conservé une grande renommée, ce qui laisse apparaître la continuité de la raillerie et de la suspicion qui entoure l'exercice médical².

La vulgarisation médicale repose ainsi sur un compromis et partiellement sur un leurre : donner à croire au public qu'il va enfin avoir les moyens de « ménager » l'objet qui lui est le plus familier et qu'il ne se résigne jamais à remettre à autrui, son corps (c'est le rêve de devenir médecin de soi-même), y compris en lui fournissant des raisons d'accepter telle ou telle thérapeutique, d'autre part assortir le savoir diffusé de tant de précautions, restrictions et conditions que son usage ne puisse être pleinement maîtrisé sans le recours au médecin³.

Actuellement, la contestation systématique de tous les pouvoirs, de toutes les structures d'autorité, de toutes les hiérarchies et même les valeurs traditionnelles, familiales et sociales, est un phénomène général. Il ne faut pas y voir l'expression d'une mauvaise conscience mais plutôt d'un esprit épris de justice et de vérité et la preuve que la liberté de pensée règne dans nos sociétés occidentales. De cette mise en cause des conquêtes de la civilisation, un domaine était jusqu'alors excepté, celui de la lutte presque sacrée contre la maladie, la douleur et la mort².

Aujourd'hui, l'évolution tend vers un souci personnel majeur de connaître sa santé. Lorsqu'on demande de nommer les trois sujets qui les préoccupent le plus, 71% des français citent comme principale préoccupation leur état de santé⁴. Se soigner, s'informer, comprendre comment fonctionne son corps semble être devenu une véritable obsession, tendance repérable dans la presse vulgarisant l'information médicale. L'exigence vis-à-vis de sa propre santé est aujourd'hui plus forte. De ce fait, l'accélération des processus d'information et de communication induites par le développement du multimédia (radio, télévision) et surtout l'avènement d'Internet fait émerger de nouvelles pratiques des utilisateurs. Internet est devenu notamment un outil majeur aussi bien dans la vie professionnelle que dans la vie privée. La recherche d'information est grande dans les médias : s'informer, savoir, discuter, comprendre.

Les médias véhiculant des informations médicales sont de plus en plus fréquents dans notre société. Pas un jour, pas une semaine, où l'on ne relate une étude à visée médicale dans une revue, un magazine, une nouvelle pathologie dans un reportage télévisuel ou la création d'un nouveau site web dédié à la médecine. Il existe en France des sites internet médicaux visités quotidiennement. Selon Médiamétrie, Doctissimo® est le site médical le plus visité et se classe dans les trente premiers sites les plus visités en France, en 2007. Le nombre de ces sites ne cesse de croître, parallèlement à l'information médicale télévisuelle ou dans les magazines. Internet et les outils informatiques de plus en plus performants modifient le regard que nous portons sur notre société, et les médias font de plus en plus intrusion dans la sphère professionnelle et privée. En effet, des outils aussi faciles d'accès qu'Internet ont le pouvoir de décrypter instantanément nos vies, nos faits et gestes, et pourquoi pas notre santé. Ainsi la recherche d'informations relatives à leur santé sur internet par les français ne cesse de s'accroître, un sondage d'Avril 2010 effectué pour le conseil national de l'Ordre des Médecins montrait que 64% des français avaient déjà consulté sur Internet pour en savoir plus sur un symptôme ou une maladie⁵. Un sondage plus récent de Mai 2016 pour le compte Medelli MSD France portait cette proportion à 68%⁶.

Certes, les patients sont de mieux en mieux informés, depuis la loi « Kouchner » du 4 Mars 2002⁷, faisant état d'obligation d'information claire loyale et appropriée et dont le consentement doit être libre, c'est à dire en l'absence de contraintes, et éclairé, c'est à dire précédé par une information. Ceci permet de remédier à la dissymétrie relationnelle existant entre le médecin « sachant » et le patient « ignorant ». Aux termes de la loi du 4 Mars 2002, le malade devient acteur de cette décision puisqu'il prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, toute décision concernant sa

santé⁷. La croissance constante des médias, la dissymétrie relationnelle et la place importante que représente le droit à l'information du patient par son médecin nous invitent à réfléchir sur un lien possible entre eux.

Qui sont ces patients, préoccupés de plus en plus par la santé, allant à la recherche d'information médicale obtenue ailleurs qu'auprès de leur Médecin généraliste ? Quelles sont les raisons qui les incitent à cette démarche ? Quel est, selon eux, l'impact des médias dans leur relation avec leur Médecin généraliste ? Dans quelle mesure ce colloque si singulier entre le médecin et son malade peut-il être transformé par la venue d'un tiers, les médias eux-mêmes ?

Ce travail consiste en l'étude qualitative de l'habitus sociétal en termes d'implication des médias dans la santé auprès d'un échantillon de patients relevant de la médecine générale. Nous allons ainsi étudier l'influence des médias sur les patients selon leur point de vue, de mettre en lumière l'impact de la recherche d'informations médicales recueillies sur la relation entre le Médecin Généraliste et le patient, et de mettre en évidence des moyens qui, selon le patient, permettraient de limiter l'influence éventuelle des médias dans la relation Médecin-Patient.

La première partie de cette étude visera à présenter la méthode utilisée pour recueillir des données en lien avec nos problématiques. Nous développerons les modalités de construction de notre échantillon en insistant sur le recrutement et les critères d'inclusion des patients enquêtés. Nous expliciterons la nature de la méthode utilisée, à savoir une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Dans la seconde partie de cette étude, nous analyserons le contenu des entretiens afin de repérer les modalités de cette recherche d'informations par les patients et ainsi de faire émerger les raisons qui motivent ces investigations. Enfin, la dernière partie de ce travail permettra d'approfondir et de discuter des résultats mis en lumière en les confrontant aux données de la littérature sur ce thème.

Matériel et méthodes

Rappel de la problématique : la problématique était de comprendre le but de la recherche d'informations médicales par les patients et les modifications éventuelles de la relation médecin-malade qu'elles engendraient. Cette étude visait à appréhender les raisons qui incitaient les patients à rechercher des informations médicales via les médias et à rendre compte des effets de ces comportements sur la relation entretenue avec leur Médecin traitant.

Nous avons utilisé la méthode d'étude qualitative par entretiens semi-directifs. Cette méthode a été retenue car « les entretiens apportent un grand nombre d'informations approfondies et croisées sur un petit nombre de cas » ; alors que « le regard des questionnaires balaie en extension une très large surface, mais sans y pénétrer en profondeur, celui des entretiens choisit de se concentrer sur un secteur et plonge avec intensité dans l'épaisseur de ses couches successives »⁸. Il semblait donc intéressant d'approcher le point de vue des principaux acteurs concernés : les patients.

I. L'entretien semi-dirigé

Dès la fin du XIXème début XXème siècle, on affirmait déjà l'intérêt de l'entretien dans le domaine de la psychologie et dans celui de l'enquête sociale. Le Play écrivait que : « Mieux vaut écouter qu'interroger »¹ et Piaget expliquait que « l'art du clinicien consiste, non à répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer »². Cette méthode est née de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier se sente libre de donner des informations qui de ce fait sont plus explicatives et plus approfondies (à l'inverse de l'interrogatoire). On peut considérer Roethlisberger et Dickson comme les fondateurs de l'entretien en 1943. Ils menaient une « enquête » centrée au départ sur les conditions matérielles de la productivité dans l'Entreprise. Et, contre toute attente, elle a mis en évidence l'importance des relations interpersonnelles dans la motivation au travail. Ils se sont alors rendu compte de la non pertinence des questions de l'enquête pour expliquer ce phénomène et l'impossibilité d'interpréter les réponses sans contexte discursif. L'enquête s'enrichissait alors d'une approche indirecte d'abord avec prise de notes, ensuite avec enregistrement intégral. On passait progressivement de la recherche des réponses aux

¹ Le Play F. (1862), « Instruction sur la méthode d'observation dites des monographies de famille », propre à l'ouvrage intitulé *Les ouvriers européens*, Paris.

² Piaget J., *La représentation du monde chez l'enfant*, 1926, rééd., Paris, PUF, 1976.

questions de l'enquête à celle des questions élaborées par les enquêtés eux-mêmes. Le principe non directif de l'entretien a été ensuite emprunté en 1945 par Carl Rogers au vocabulaire de la psychosociologie. Ainsi, il a d'abord été appliqué à des entretiens cliniques, puis transposé par extension aux entretiens de recherche⁹.

L'entretien semi directif consiste en une interaction verbale entre interlocuteurs animée de manière souple par le chercheur, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation¹⁰. Ce type d'entretien est composé de questions fondamentales et de questions secondaires, que l'on choisit ou non de poser selon le déroulement de l'entretien. L'interviewer dispose ainsi de choix de relance afin de s'adapter au contexte (environnement, personnalité de l'interviewé), et est aidé d'un guide d'entretien, écrit au préalable dont la trame est construite en fonction des objectifs de la recherche; il s'agit d'un outil d'exploration visant la production de données. En annexe 1, figure le guide d'entretien pour notre étude. L'interviewer mène donc l'entretien avec ce guide comportant des thèmes que l'interviewé doit aborder; lorsque ce dernier n'évoque pas un thème figurant dans le guide, l'interviewer l'invite à en parler. Cependant dans chaque thème abordé, l'interviewé s'exprime librement, l'interviewer représente une aide lorsque celui-ci rencontre des difficultés pour s'exprimer¹¹. Ainsi, dans l'entretien semi-directif, la consigne de départ est fixe, puis les divers thèmes du guide d'entretien sont introduits en fonction du déroulement de celui-ci, et s'ils ne sont pas abordés spontanément par l'interviewé¹².

II. Pourquoi choisir l'entretien semi-dirigé : justification de la méthode

En Sciences Humaines, on dispose de quatre grands types de méthodes : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien⁹. L'étude observationnelle et la recherche documentaire ont été rapidement éliminées, le modèle n'était pas en accord avec le thème de notre étude.

Il était nécessaire de tenir compte de certaines caractéristiques propres à la nature même de l'étude. Ainsi, la thématique (la médecine et les médias), l'objet (les patients) et les objectifs de recherche (le but des recherches médiatiques et la modification du rapport soignant-soigné) ont été des facteurs à prendre en considération.

Le questionnaire permettait une étude plus quantitative que qualitative. Il établissait un lien de causalité probable entre les caractéristiques descriptives et les comportements. Cette méthode a été utilisée dans plusieurs études quantitatives sur ce thème (sondages, enquêtes

par questionnaire, point de vue des médecins généralistes) et des questions persistaient à la fin de ces enquêtes.

L'entretien provoquait le discours dans un contexte défini, qui était aussi important pour l'interprétation que le discours lui-même. Cette méthodologie « s'impose chaque fois que l'on ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées »⁹. L'étude qualitative permettait donc, à travers des entretiens semi-directifs, d'approfondir les résultats issus de ces enquêtes dans le cadre d'une approche plus compréhensive et ce afin d'appréhender les raisons de ces patients en quête d'informations sur leur état de santé. Les questions abordées avec les enquêtés permettaient une exploration approfondie de certains thèmes. Elles entraînaient ainsi une réflexion et peuvent devenir des catalyseurs de prises de conscience et de transformation de la part des personnes engagées : l'interviewer aussi bien que l'interviewé¹⁰.

L'enquête par entretien recouvrait donc pour notre étude toute sa pertinence, pour chercher à analyser le sens que les enquêtés donnaient aux événements et aux pratiques dont ils étaient les témoins actifs¹³.

III. La population étudiée

Le recrutement des enquêtés s'est fait suite à une annonce déposée dans certains lieux publics et dans des salles d'attente de cabinets de médecins généralistes urbains et semi-ruraux. La prise de contact s'est effectuée avant la réalisation des entretiens afin de s'assurer que le patient correspondait aux critères définis par l'enquête.

Les entretiens ont été réalisés uniquement avec les patients afin d'avoir leur vision sur les retombées éventuelles de leurs propres recherches d'informations médicales sur la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant. Le but a été d'obtenir un échantillon à variation maximale (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle, niveaux d'études) afin d'obtenir des résultats contrastés. On pouvait penser détenir l'échantillon complet lorsque l'on arrivait à « saturation », c'est à dire que l'analyse des données sur la question posée ne fournissait plus aucun élément nouveau à la recherche.

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Patients volontaires et disponibles ;
- Age supérieur à 18 ans ;

- Intérêt pour la vulgarisation médicale ;
- Accès à un ordinateur, et / ou à une télévision, et / ou à un poste radiophonique.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- Patients mineurs ;
- Patients exerçant dans le domaine médical ;
- Patients non domiciliés en Picardie ;
- Patients non disponibles, limités par le temps.
- Patients non disponibles, limités par le temps.

IV. Le déroulement des entretiens : modalités pratiques

Le nombre de patients à interroger n'a pas été fixé à priori. Après treize entretiens, une « saturation » des données recueillies par rapport au guide d'entretien dans la grille d'analyse a été constatée et a conduit à ne pas réaliser de nouveaux entretiens.

Les entretiens ont été réalisés de Décembre 2016 à Février 2017. Un entretien test a été réalisé, et inclus au corpus d'entretien car il n'a pas été suivi d'une modification du guide d'entretien. Les entretiens ont eu lieu au domicile des patients. La durée moyenne des entretiens était de 10 minutes et 18 secondes (de 6 minutes et 15 secondes à 13 minutes et 48 secondes). Ce guide a été commun aux treize entretiens.

Le guide d'entretien (annexe 1) a été établi préalablement en fonction des objectifs de l'étude : le but et les modalités de recherche d'informations médicales autres que celles dispensées par le médecin généraliste et l'impact de ces recherches dans leur relation avec leur médecin traitant. Ce guide a été structuré en différentes rubriques, établies en fonction de notre problématique. La première rubrique concernait le patient lui-même dans sa sphère privée et avec son médecin traitant. La deuxième faisait état des médias d'ordres médicaux, et nous avons essayé de comprendre quelles étaient les modalités de recherche d'informations médicales à travers les médias. Enfin, la dernière partie évoquait la détention d'informations médicales par le patient et son impact dans la relation médecin-malade, si tant est que la recherche soit évoquée au médecin traitant. Les différentes rubriques ont été élaborées à partir d'une exploration bibliographique faite au préalable.

Ce guide d'entretien a été développé de manière à confronter les données recueillies aux hypothèses de la problématique. Ce type d'enquête nécessitait de favoriser le discours spontané de l'interviewé en adoptant une attitude d'écoute, mais également en réalisant un échange de la part de l'interviewer sous forme de relances, d'interrogations, d'approbations, toujours dans le respect du guide d'entretien.

Au début de chaque entretien, le contexte et le but du travail sont rappelés, les garanties d'anonymat de la personne interviewée sont données, et il est demandé l'autorisation d'enregistrer l'entretien par dictaphone. Ainsi, les propos de chaque enquêté ont été enregistrés de manière à pouvoir se concentrer exclusivement sur l'échange, de ne perdre aucune information notamment sur l'intonation et les termes employés. Tous les entretiens enregistrés ont fait l'objet d'une retranscription fidèle intégrale sur Word®.

V. Le traitement des entretiens

Le contenu intégral de chaque entretien a été retranscrit mot à mot, en restituant le plus fidèlement possible la forme et le contenu du discours. Ce fut un travail long, chronophage mais indispensable pour la suite de l'étude.

Les citations des patients rédigées dans la partie suivante de ce travail sont des restitutions exactes des paroles des enquêtés, leurs discours n'ont pas été modifiés.

Les entretiens sont analysés en contenu thématique en reprenant, comme catégorie d'analyse, les thèmes du guide d'entretien mais également les thèmes abordés spontanément par le patient. L'ensemble de ces thèmes sont rassemblés dans une grille d'analyse (annexe 2), outil explicatif et trame essentielle qui permet l'exploitation des données.

L'analyse thématique enlevait en quelque sorte la singularité du discours et découpait transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se référait au même thème. Elle ignorait ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherchait une cohérence thématique inter-entretiens. L'analyse thématique était donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations⁹.

Comme le guide d'entretien, la grille d'analyse devait autant que possible être hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires (spécifications), de façon à découper au maximum l'information, séparer les éléments factuels et les éléments de significations et ainsi minimiser les interprétations non contrôlées. Mais à la différence du guide d'entretien

qui était un outil d'exploration visant la production de données, la grille d'analyse était un outil explicatif visant la production de résultats¹³.

Ce travail permettait ainsi de dégager de chaque discours retranscrit des entretiens des traits communs regroupés en thèmes généraux, mais également les différences entre chaque enquêté.

Résultats

I. Les patients enquêtés

Le patient était au cœur de cette enquête, ainsi, dans cette partie nous avons tenté de comprendre qui étaient ces patients interrogés, et quelle était leur propre perception de la maladie.

A) Profil social et démographique

Patients	Sexe	Âge	Lieu d'habitation	Niveau d'étude	Catégorie socio-professionnelle	Durée de l'entretien
1	Femme	56	Urbain	BAC	Agent administratif	09 min 17 sec
2	Femme	60	Rural	BAC	Profession intermédiaire – Fonction Publique	12 min 42 sec
3	Femme	61	Rural	BAC	Cadre administratif	07 min 48 sec
4	Femme	20	Urbain	BAC + 3	Étudiante	11 min 07 sec
5	Homme	27	Urbain	BAC + 3	Cadre commercial entreprise	13 min 48 sec
6	Homme	52	Semi-urbain	BAC	Technicien	12 min 14 sec
7	Homme	64	Rural	CE	Retraité – Artisan	10 min 29 sec
8	Homme	28	Rural	BAC	Employé de commerce	06 min 15 sec
9	Femme	52	Urbain	BAC	Cadre de la Fonction Publique	10 min 25 sec
10	Femme	37	Urbain	BAC + 5	Professeur des écoles	11 min 11 sec
11	Femme	54	Semi-urbain	BAC	Cadre commercial entreprise	07 min 30 sec
12	Femme	28	Urbain	BAC	Commerçant	08 min 39 sec
13	Femme	36	Urbain	BAC + 2	Agent de sécurité	12 min 28 sec

Dans ce tableau étaient détaillées les différentes caractéristiques des patients interviewés pour cette étude. Nous avons recruté 13 patients, allant de 20 à 64 ans. Le panel était varié et comprenait une majorité de femmes (61%) par rapport aux hommes. Les catégories socio-professionnelles étaient variées avec des métiers différents, toujours dans le but d'obtenir une population hétérogène. Les seuls critères les réunissant tous : ils étaient des patients picards relevant de la médecine générale et dont l'intérêt porté à la vulgarisation médicale était commun.

Une étude réalisée par la DRESS en 2004 concernait les consultations et visites des médecins généralistes¹⁴. Cette dernière, bien que datant de 2004, pouvait être mise en

corrélation avec notre étude, puisqu'en effet, les consultations en médecine générale concernaient le plus souvent (55% des cas) des femmes, ce que l'on retrouvait dans notre panel d'entretiens. Concernant l'âge des patients venant consulter leur médecin généraliste, dans cette étude, les médecins voyaient plus souvent des patients âgés de 45 ans et plus ; l'âge médian de notre panel était de 44,2 ans.

B) Perception de la maladie par le patient

La perception de la maladie était différente selon chaque patient. Lors des différents entretiens menés, nous avons pu voir diverses représentations de la maladie selon certains critères :

- La nature de la maladie : selon le type de la maladie, la perception n'était pas la même (P5 « *les blessures en sport ce n'est pas comme un simple rhume* »). Selon la pathologie rencontrée, le besoin de réponse n'était pas le même (P10 « *quand ce n'est pas forcément quelque chose de très angoissant (...) comme là ma fille a une verrue plantaire qui traîne un peu, quand on sait que ça peut attendre plusieurs semaines ce n'est pas gênant après quand on est dans le cas de figure où l'on reçoit des résultats d'examens qui ne sont pas bons on a pas spécialement envie (...) de devoir attendre plusieurs semaines avant d'avoir un rendez-vous* »).

- Le caractère aigu ou chronique : le caractère aigu d'une maladie correspondait au fait que cela allait disparaître, différent pour une pathologie chronique qui impliquait souvent un traitement et un suivi au long cours (P9 « *Je suis suivie pour un reflux gastro-oesophagien et je dois faire des fibroscopies régulièrement, car j'ai un endo-brachy-oesophage (...) je fais très attention à ce que je prends (...) je sais que j'ai une maladie qui ne se guérira pas comme cela* »).

- La compréhension du nom de la maladie ou du terme employé était important, évoquer le nom de la maladie était primordial pour le patient, il mettait un mot sur ce qu'il ressentait. S'il s'agissait d'une pathologie connue ou banale, la maladie était moins redoutée comparativement aux pathologies moins connues (P7 « *et là je vois, suspicion de maladie de Bence-Jones, je ne sais pas ce que c'est moi ça, alors tout de suite ça fait peur!* »). De même que les termes médicaux, comme une de nos patiente au regard de ses résultats d'examens (P10 « *moi je n'y comprenais pas forcément grand-chose, effectivement c'est des termes médicaux un peu mais du coup j'avais vu qu'il y avait quand même quelque chose* »).

- La gravité de la maladie : les patients appréhendaient le caractère grave ou non, malin ou bénin de la maladie. Certains consultaient Internet pour évaluer le niveau de gravité de leur maladie ou symptômes (P10 « *essayer de trouver les conséquences d'un symptôme, voilà quoi, toujours par peur de quelque chose de malin, d'un truc grave* » ; P11 « *A partir du moment où sur Internet je vois des cas qui sont similaires où il n'y a pas de gravité ou c'est courant, ça m'évite d'aller en catastrophe chez le médecin pour des choses pas importantes* »). Ce qui pouvait être un frein à la consultation, d'autant plus si la pathologie paraissait banale et bénigne selon leur point de vue (P5 « *après je m'auto-médicamenter lorsque j'ai un petit rhume, je ne vais pas chez le médecin juste pour ça* » ; P11 « *je ne vais pas quand même très régulièrement voir le médecin, seulement quand j'ai vraiment besoin c'est-à-dire quand je suis vraiment malade et que je sais que je ne peux pas me soigner moi-même* »).

- Le désarroi : les patients étaient parfois démunis face à la maladie, à des symptômes qui faisaient que leur corps ne leur répondait plus de façon habituelle. Cela pouvait les amener à faire des recherches en quête de solutions, mais bien souvent, ils se tournaient vers leur médecin (P7 « *Parfois j'ai l'impression de pas être bien dans ma tête, je suis déprimé. Je lui ai dit, écoute, il faut me faire passer un scanner, je dis parce que mon épouse, elle en a marre et moi aussi j'en ai également marre (...) c'est moi qui avait raison, il y a quelque chose* »).

- Le sens de la maladie : pour certains, la maladie ne représentait pas forcément la finalité d'un médicament, ils avaient recours à d'autres moyens, cependant il n'excluaient pas la possibilité du recours au médecin généraliste (P3 « *quand je vais voir le médecin généraliste par exemple j'aurai essayé si j'ai un virus j'aurai essayé d'abord par les plantes, par les huiles essentielles et tout et je vais voir le si je ne suis pas bien, j'ai besoin de rester au lit deux jours et si je vois que ça tourne mal et que j'ai besoin d'autre chose, d'un antibiotique* »).

II. L'information médicale reçue par le médecin traitant

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés à l'information médicale que transmettait le médecin traitant. La représentation du médecin par le patient, la confiance accordée au discours du médecin, ainsi que la communication au patient pouvaient jouer un rôle dans le processus de recherche d'information médicale autre que celle dispensée par le médecin généraliste au cabinet.

A) Représentation du médecin par le patient

Pour la majorité des patients interrogés, le médecin était celui qui savait, le sachant, il était le professionnel de santé, celui qui détenait l'Art de la Science (P1 « *mon médecin c'est quand même lui qui a la science* » ; P13 « *C'est lui le professionnel de la santé et pas moi (...)* les médecins savent énormément, connaissent énormément de choses »). Mais il était surtout celui qui soignait et prescrivait (P3 « *Il y a des moments, se soigner toute seule ça ne va pas non plus, il faut être réaliste* » ; P12 « *Pour moi en fin de compte, il est juste là pour on va dire valider en tout cas voilà ma maladie et me prescrire ce qu'il faut* »). Souvent, les patients consultaient leur médecin pour un problème bien précis (P5 « *comme je fais pas mal de sport pour me signer un certificat médical ou aussi également lorsque j'ai des blessures principalement liées au sport que je pratique (...) après moi il sait comment je fonctionne, il ne faut pas passer par quatre chemins et surtout quand je veux un remède c'est un truc rapide, enfin ce n'est pas on se revoit dans une semaine et on voit comment ça évolue* » ; P12 « *je suis allée voir mon médecin traitant pour la prescription du médicament qui m'a permis en tout cas de me guérir* »). Certains allaient voir leur médecin uniquement lorsqu'ils étaient malades, pour le rôle principal que représentait le médecin, un rôle thérapeutique (P11 « *je ne vais pas quand même très régulièrement voir le médecin, seulement quand j'ai vraiment besoin c'est-à-dire quand je suis vraiment malade* » ; P3 « *je vais essayer de me soigner toute seule mais si c'est plus important, je vais quand même aller voir un médecin* » ; P9 « *je ne vais pas consulter pour tout et n'importe quoi* »).

D'autres comprenaient également que la caractéristique du médecin généraliste, d'être omnipraticien, n'était pas toujours synonyme d'omniscient, et qu'il pouvait y avoir des limites au savoir du praticien (P13 « *malheureusement on est pas à l'abri de tomber sur un cas particulier que l'on ne connaît pas* » ; P5 « *Après je me dis, un moment donné, certes il a une connaissance en médecine approfondie mais je me dis peut être qu'il ne connaît pas tout sur toutes les blessures qui peuvent exister* »). Une des patientes interrogées avait pointé un élément essentiel du rôle du médecin, par le biais des études qu'elle effectuait (P4 « *je sais que j'ai vu en droit, le médecin n'a pas une obligation de résultat il a une obligation de moyen, il doit tout faire pour trouver ce que la personne a mais si il n'y arrive pas ce n'est pas de sa faute, parce qu'il aura tout fait* »).

Ainsi, la représentation du médecin que se faisaient les patients pouvait expliquer la recherche d'information par un autre moyen. En effet, aucun des patients n'avait

évoqué le fait que le médecin pouvait avoir un rôle de conseiller, conseils qu'ils allaient donc chercher ailleurs. De plus le caractère non omniscient évoqué pouvait également motiver leur recherche.

B) La confiance envers le savoir du médecin

Tous les patients interrogés faisaient confiance en leur médecin généraliste (P11 « *Une relation de confiance (...) il me connaît vraiment* » ; P2 « *j'ai confiance en lui* » ; P6 « *Une relation de confiance tout simplement* »). Cette relation permettait de se confier en toute sécurité à son médecin (P4 « *vraiment si j'ai besoin de lui parler de quelque chose, il n'y a aucun problème par rapport à ça* »). Cette confiance était forgée avec les années et une longue histoire de la relation créée (P12 « *Une relation de confiance parce que je le connaissais déjà depuis que j'étais petite, c'est pour ça que j'y suis retournée* » ; P4 « *Ça fait des années que je la connais c'est mon médecin traitant depuis des années, beaucoup de confiance et aucune gêne* »). Pour certains, il était le médecin de toute la famille (P13 « *c'est une relation aujourd'hui aux vues du nombre d'années où il me suit, je dirais que c'est une relation peut être pas familiale ce serait un peu trop exagéré mais oui une relation familiale comme c'est le médecin de famille* » ; P8 « *c'est quelqu'un que je connais depuis longue date, c'est un médecin de famille* »). Les patients avaient confiance en leurs diagnostics mais également en leurs traitements (P2 « *en deux jours de temps franchement j'étais soulagé quoi je peux être que contente de mon médecin là pour le moment jusque-là il a 10/10* » ; P6 « *j'estime que mon médecin généraliste et les médecins en général sont compétents* »).

Aucune mauvaise expérience n'a été évoquée, cependant, il pouvait arriver qu'un patient décide de changer de médecin suite à divers motifs, notamment ce dernier mais également un déménagement ou encore le départ en retraite du médecin qui les suivait. Il fallait alors refaire confiance à un nouveau médecin (P3 « *j'ai déménagé, j'ai un nouveau médecin, il faut faire connaissance après* » ; P9 « *Il a repris la patientèle de mon ancien médecin généraliste qui est parti en retraite mais malgré le fait qu'il me connaisse depuis moins longtemps, cela se passe très bien* »).

La confiance n'était donc pas seulement le reflet des compétences diagnostiques et thérapeutiques du médecin généraliste, mais également des capacités d'écoute, de disponibilité et de proximité du praticien.

C) Le discours medical

En général, les patients trouvaient que le discours du médecin était clair (P1 « *Il me donne des explications claires* » ; P6 « *Son discours est assez simple, des mots simples* »), avec des termes compréhensibles (P7 « *d'habitude mon médecin me parle avec des mots simples que je comprends* »), sans trop de mots techniques (P13 « *c'est vrai que quand il m'explique, il m'explique avec des termes beaucoup plus familiers pour que je puisse comprendre, parce que les termes médicaux ne sont pas spécialement faciles à comprendre* » ; P4 « *Les explications, elles sont très claires et quand il y a quelques chose que je ne comprends pas elle le répète et elle explique avec des mots, des mots courants pas forcément avec des mots de médecin que l'on ne pourrait pas toujours comprendre* »). Il fallait que le discours soit rapide et concis (P13 « *du coup il va vraiment rentrer dans le vif du sujet, m'expliquer des choses* »). Les patients étaient à la recherche d'un échange transparent, qu'on ne leur cache rien de leur santé (P5 « *il n'est pas là non plus pour me raconter n'importe quoi moi je veux qu'il me dise la vérité* » ; P13 « *moi il ne va pas prendre de pincettes pour me dire les choses* »). Le médecin devait également se mettre à la hauteur de ses patients (P6 « *il se met à ma hauteur pour que je comprenne bien la maladie, pourquoi tel traitement* »), afin qu'à la fin de la consultation il n'y ait plus d'interrogations, plus de doutes (P8 « *quand je sors de son cabinet, je n'ai pas de doute* »).

Parfois, même si le discours paraissait compréhensible, il n'était pas suffisamment optimal et induisait une recherche supplémentaire de la part du patient (P3 « *il me donne les explications qu'il faut mais en général je suis quand même allée voir un peu partout* »).

Malheureusement, il arrivait que le discours ne soit pas clair, il existait des discordances avec peut être une rétention d'informations ou un manque de savoir, et on ne disait pas tout au patient, entraînant la recherche d'éléments de réponse par un autre moyen (P7 « *Pour lui, il n'y a rien, (...) c'est la dépression. Le médecin que j'allais voir quand lui n'était pas là, elle me rassure elle dit qu'il n'y a rien, c'est la dépression. Elle, (...) à chaque fois elle me regarde, elle me dit, je ne comprends pas, il n'y a rien, y a rien, y a rien (...) Alors j'ai regardé sur Internet évidemment* »).

Les patients admettaient également qu'il existait des limites dans le discours de leur médecin traitant, qui pouvait aller de pair avec le savoir du praticien (P4 « *mon autre médecin si elle ne sait pas, c'est pas elle me dira je ne sais pas et puis c'est tout* »).

D) La communication

Selon le type de pathologie, le besoin de communication était important, comme pour cette patiente ayant reçu des résultats de frottis cervico-utérin (P10 « *du coup, là j'ai appelé et je me suis dit, si je n'avais pas appelé, avec combien de temps elle aurait attendu avant de m'appeler* »). Pour la plupart des patients, le temps de communication était satisfaisant, le médecin prenait le temps d'expliquer (P6 « *il prend le temps d'expliquer. Si la consultation a besoin de durer une demie heure, elle durera une demie heure même s'il y a du monde à son cabinet* » ; P13 « *au lieu de passer dix minutes avec mon médecin je passe une heure avec mon médecin donc la queue elle s'allonge derrière mais bon je trouve que c'est bien* »).

Parfois la communication n'était pas optimale lors des consultations, le patient ne se sentait pas au centre de l'attention, ce qui pouvait être une raison suffisante pour trouver les réponses par un autre moyen (P7 « *je passais en dernier mais plutôt que de s'occuper, j'étais dans son cabinet mais plutôt que de s'occuper directement de moi, il y a une autre personne qui venait chercher un papier pour aller au pays, il s'est occupé de lui tout de suite et moi après. Pas là mais la fois d'avant, il s'occupait de moi mais des coups de téléphone, il répond et tout, ça a duré, bon on ira manger ensemble (médecin au téléphone)* »). Malgré la plainte, le patient avait le sentiment qu'il existait un manque de communication, que sa plainte n'était pas traitée comme il se devait, et ressentait que le médecin omettait certaines explications et trouvait une solution qui, aux yeux du patient, n'était pas en lien avec la requête initiale (P7 « *Des fois j'allais le voir et je lui disais j'ai mal là. C'était Monsieur D à cette époque-là mais il me dit, t'as rien, t'as rien, t'as rien, alors il me donnait des antidépresseurs* »).

Certains patients pointaient du doigt le temps d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous, surtout s'il n'y avait pas d'urgence, facteur pouvant expliquer pourquoi le patient pouvait aller chercher de l'information ailleurs (P10 « *je ne la vois pas trop souvent par rapport au problème de rendez-vous (...) t'appelle pour avoir un rendez-vous le matin, tu n'es pas sûr d'avoir un rendez-vous dans la journée* »). Cependant ils avaient conscience que cela pouvait être en lien avec la baisse de la démographie médicale (P10 « *même s'ils font tout leur possible* »).

III. L'information médicale obtenue par les médias

Dans cette partie, nous avons détaillé par quels types de médias les patients recueillaient les informations médicales autres que celles reçues de leur médecin traitant, les modalités et le but de leur recherche, ainsi que le crédit qu'ils accordaient aux informations obtenues. Enfin, nous avons évalué les effets de l'acquisition de l'information médicale par le biais des médias.

A) Les types de médias

Tous les patients interrogés ont eu recours à l'utilisation des médias concernant la santé en général. Parmi ceux utilisés pour la recherche d'informations médicales, il existait différents supports retrouvés par ordre d'importance :

- La préférence d'Internet était quasi unanime pour diverses raisons. En effet, il existait une facilité et une rapidité d'accès (P10 « *je pense que ça fait partie un peu de tout le monde le fait et tout le monde y va, c'est un peu la facilité* » ; P12 « *c'est une rapidité aussi (...) c'est vraiment il est 22 heures j'ai ça, je vais aller voir internet, je ne vais pas aller chez SOS Médecins, je ne vais pas aller aux urgences* » ; P13 « *On a internet en quelques secondes on a les informations sur nos téléphones portables* »), le patient accédait à une information diversifiée (P11 « *on peut consulter des tas de sujets (...) On peut lire des tas de choses* ») et à des avis multiples. Ce mode de recherche était moderne et accessible à tous, nous avons néanmoins l'impression que cet outil était générationnel (P4 « *J'ai grandi avec Internet! (...) moi j'y vais, je vais tout le temps sur internet pour tout et n'importe quoi* »). Il avait, cependant, pour les patients qui n'avaient pas toujours connu Internet, changé les habitudes (P11 « *Ça permet au moins d'avoir cette première info que l'on avait pas vraiment avant* » ; P3 « *j'ai toujours lu des bouquins sur la médecine, la médecine douce et depuis qu'il y a internet, dès que j'ai un nom de médicament, une question ou une pathologie même dans ma famille, je regarde* » ; P13 « *c'est vrai qu'avant on va dire il y a 15 – 20 ans en arrière lorsque l'on avait une recherche à effectuer, on avait plus tendance à se diriger vers une bibliothèque alors que maintenant avec la révolution d'internet* »).

- Les médias audiovisuels étaient également consultés, sous différents formats dont les émissions de santé étaient les plus fréquentes (P9 « *Je regarde les émissions sur la santé (...) sur la 5, l'émission avec le Docteur Cymes* »). Venaient ensuite les documentaires, reportages, journaux télévisés et spots publicitaires (P13 « *je tombe souvent sur des émissions* »).

sur RMC » ; P12 « on s'informe aussi beaucoup avec la télé, on regarde beaucoup les informations »).

- Malgré l'avènement de l'audiovisuel et d'Internet, les médias écrits restaient également présents dans l'environnement des patients interrogés, regroupant des magazines de santé (P9 « Je lis aussi des magazines, notamment psychologie magazine, ils ont des articles intéressants » ; P3 « Je lis aussi TOP santé, santé magazine »), des revues (P6 « c'est genre Femme actuelle, ce genre de magazine où il y a des petits articles de santé ») ainsi que des livres spécialisés (P2 « Il y a un médecin qui présente des livres (...) j'en ai acheté plusieurs aussi en le voyant à la télévision » ; P3 « des livres sur les plantes »).

B) La recherche d'information médicale et la confiance accordée

Concernant les modalités de recherche sur Internet, la majeure partie des personnes interrogées utilisaient un moteur de recherche (P8 « Des sites que l'on trouve quand on tape dans Google® » ; P10 « je tape vraiment ma question, la question que je me pose et puis là, là forcément je vais prendre dans l'ordre d'apparition » ; P3 « En général je tape exactement ce que je veux dans un moteur de recherche et après je choisis le site »). Les patients déclaraient connaître des sites médicaux, Doctissimo® étant le plus cité (P1 « Je vais voir sur Doctissimo® » ; P10 « il y avait Doctissimo® » ; P11 « Des sites médicaux, Doc santé®, en général ce sont toujours des sites à consonance médicale » ; P13 « un site que je vais quand je me pose des questions sur certaines pathologies je vais souvent sur Doctissimo® »), ou des sites initialement sans but de diffusion médicale (P13 « quand j'ai le nom de la pathologie, je vais sur Wikipédia® et il me donne vraiment de A à Z » ; P9 « Je regarde beaucoup sur Wikipédia® »). Une majorité consultait des forums, où ils recherchaient la proximité avec le vécu d'autres personnes ayant le même problème de santé (P12 « Principalement c'est des forums parce que bien souvent ça me redirige vers des forums » ; P5 « sur les moteurs de recherche et c'est là qu'on tombe sur pas mal de forums »). Le format pouvait être également ludique et inviter les patients à consulter certains sites (P1 « pour mon psoas cela s'appelle entrainementsportif.fr® (...) et sur YouTube® également mais pour des vidéos d'étirement du psoas et pour la sciatique »). Enfin, une patiente évoquait même être abonnée à un site de santé grand public (P3 « j'ai médisite® aussi je suis abonnée »), et avoir été dirigée par les conseils de sa fille sur des sites particuliers (P3 « Ma fille travaille dans un laboratoire, elle m'a donné des sites de recherche clinique »).

L'information médicale obtenue par les médias écrits était souvent le fruit d'une lecture hasardeuse (P6 « *dans des revues mais alors là je lis un peu pour me distraire (...) Je ne vais pas dire que je m'y attarde vraiment* »). Certains patients admettaient également porter un intérêt pour les lectures sur le thème médical et ne recherchaient pas forcément des réponses en rapport avec des sujets précis (P3 « *j'ai toujours lu des bouquins sur la médecine, la médecine douce* »). Une patiente relatait avoir acheté un livre évoqué dans une émission de santé télévisuelle en rapport avec un problème médical (P2).

En ce qui concernait les médias audiovisuels, il s'agissait d'un visionnage volontaire pour une émission connue (P2 « *je regarde à la 5 l'enquête de santé* »), ou aléatoire lors de moments consacrés à la détente, sans rechercher de thème particulier à ces émissions (P6 « *quand je tombe sur une émission télévisée, il y avait le magazine de la santé de Michel Cymes mais bon c'est quand je suis devant la télé que l'émission passe, je m'y intéresse* »). Pour certains, les médias télévisés sur le thème de la santé se résumaient à des campagnes de prévention pour les pathologies saisonnières (P4 « *mais à la télé on parle des problèmes médicaux mais par exemple on parle souvent de la grippe, quand il y a des épidémies de grippe, des épidémies de gastro* »).

A propos de la confiance accordée aux différents médias évoqués, elle restait relative. Il a peu été suggéré de doutes lors de l'évocation des médias écrits ou audiovisuels (P1 « *on ne peut pas se fier qu'aux informations que l'on recueille sur Internet ou dans des magazines* »). Cependant, en ce qui concernait Internet, les avis semblaient aller dans le même sens (P1 « *il faut quand même se méfier de ce qu'on peut recueillir sur Internet il ne faut pas non plus que ce soit de l'intox il faut faire attention quand même il ne faut pas complètement donner acte à tout ce qui est écrit ou dit sur Internet* » ; P5 « *c'est vrai qu'avec internet on ne sait plus trop réellement où est la vérité des fois* » ; P13 « *il y a des médias ou des sites qui sont vraiment biens, qui sont spécifiques et d'autres sites qui induisent pas mal de gens en erreur (...) du coup au niveau des forums, on peut se donner de mauvaises informations* » ; P8 « *quand on pianote sur internet, on est basculé sur des forums qui ne sont pas forcément fiables à mon avis (...) ou des sites internet spécifiques après est ce qu'ils sont fiables ou pas, ça j'en sais rien* »). Malgré cela, les sites à consonance médicale semblaient plus fiables (P10 « *des sites médicaux pour avoir des choses qui paraissent peut être un petit peu plus fiables* »).

Les patients interrogés avaient donc conscience qu'Internet était un excellent outil de recherche, mais qu'il était à utiliser avec précaution.

C) Justification de la recherche

Le but de la recherche d'informations médicales par les médias pouvait être multiple pour les patients interrogés. Les modalités en étaient les suivantes :

Il s'agissait d'une exploration par curiosité (P2 « *Je pense la curiosité, le savoir quoi, savoir un terme médical tout ça je ne retiens pas c'est sûr mais bon je me pose des questions* » ; P6 « *La curiosité, en fait* ») ou par intérêt personnel (P2 « *je regarde par exemple la maladie de Lyme, je ne savais pas ce que c'était bon je vais voir (...) sa sœur qui avait ça justement cette maladie là et moi j'ai déjà eu des tiques (...) donc forcément je me suis intéressée forcément pour mon cas personnel* »). Le fait d'obtenir des informations médicales pouvait être effectué dans le but d'avoir des explications concernant un problème personnel (P9 « *je cherche un peu ce que je pourrais prendre, des amis m'ont parlé de la Valériane ou la baie des incas, alors je suis allée voir sur internet, il paraît que cela marche* ») ou touchant un proche (P3 « *dès que j'ai un nom de médicament, une question ou une pathologie même dans ma famille, je regarde* »).

Les recherches pouvaient se faire avant un rendez-vous médical. Parfois, en raison du délai d'attente de la consultation, les patients souhaitaient obtenir rapidement des informations sur leur état de santé (P10 « *Les besoins de réponse rapide en fait (...) Essayer d'avoir des réponses rapides aux questions qui pourraient m'inquiéter en attendant de voir le médecin* »). Dans certains cas, le patient voulait se constituer des éléments en rapport avec sa pathologie afin de préparer la consultation et de pouvoir échanger avec son médecin (P5 « *C'est vrai que souvent j'essaie vraiment de me documenter avant d'aller le voir comme ça, ça me permet aussi moi de mieux décrire mes symptômes* » ; P2 « *j'ai regardé à la 5 et justement ils ont parlé de mon anti dépresseur (...) donc j'en ai parlé au médecin (...) ça m'a justement apporté quelque chose en regardant à ce moment-là cette émission-là* »). Cette recherche pouvait aussi se faire dans le but de ne pas paraître ignorant ou ridicule face au détenteur du savoir médical (P5 « *j'ai quand même regardé ce qui n'allait pas sur internet ce que j'avais donc du coup ça me permet de ne pas être dans l'ignorance déjà face à lui* » ; P13 « *je vais insister sur un truc bien précis, sur une chose que je ne comprends pas, selon les explications qu'il va me donner sur la maladie* »). Enfin, il arrivait que cette recherche soit

faite dans le but de savoir si le patient devait envisager d'aller consulter son médecin (P11 « *Le but c'est de savoir si je peux moi-même faire quelque chose sans être obligé d'avoir une visite médicale* » ; P1 « *c'était quand même un petit peu avant, avant d'être vraiment obligé d'aller le consulter voir un petit peu ce qui pouvait entrer en ligne de compte pour que j'ai mal comme ça* » ; P12 « *je vais déjà regarder sur internet pour savoir si c'est grave ou pas et puis ensuite voilà aviser en tout cas de voir quel rendez-vous est bon à prendre* »).

Egalement, les recherches pouvaient se faire après une consultation : les objectifs étaient alors différents. Le savoir, l'envie d'apprendre et de connaître les choses qui concernaient leur santé était primordial pour la majorité des patients (P1 « *à savoir aussi après être à l'écoute de son corps* » ; P13 « *Le but de ma recherche c'est d'apprendre aussi, je pense que c'est important d'apprendre pas mal de choses même si on a notre médecin qui est là pour nous expliquer les pathologies* »). Comprendre comment fonctionnaient les choses, comprendre le diagnostic, la maladie ou les symptômes évoqués, afin d'étayer les informations déjà transmises par leur médecin, afin d'avoir des explications complémentaires (P6 « *Alors après la visite comme j'avais une thrombose, je suis allé voir après la consultation ce que c'était vraiment qu'une thrombose* » ; P9 « *souvent après l'avoir consulté s'il m'a parlé de quelque chose en particulier et bien je vais voir, que ce soit pour un médicament ou une maladie* »). Parfois, cette documentation était faite après omission de questions ou d'éléments évoqués par leur médecin, et les patients ressentaient le besoin de voir les solutions thérapeutiques différentes à envisager (P6 « *mon médecin me dit qu'éventuellement, il faudrait envisager d'aller voir un spécialiste éventuellement un chirurgien, je peux donner un exemple un lipome, donc là j'ai un lipome au niveau du front et donc là s'il me dit qu'il faudrait voir à l'enlever, je vais allez rechercher si c'est vraiment nécessaire de l'enlever* » ; P10 « *alors je suis allée voir sur internet ce que l'on pouvait essayer d'autre, pour trouver une solution quoi, parce que là malgré différentes techniques on arrive pas à en venir à bout* »). Ils mettaient en avant également le besoin de réassurance, de lever des angoisses suscitées par le diagnostic posé ou les informations reçues (P10 « *essayez de trouver les conséquences d'un symptôme voilà quoi, toujours par peur de quelque chose de malin, d'un truc grave* » ; P8 « *c'est plus entre le laps de temps de la consultation avec mon généraliste et le délai de l'examen que j'ai besoin d'être rassuré, ça m'arrive de pianoter sur internet* »). Ce besoin de se rassurer était traduit lorsque les personnes interrogées consultaient les forums, afin de comparer leur propre expérience à celle

vécue par d'autres personnes (P10 « *un forum avec des gens qui discutent et puis qui exposent leurs différents avec eux, comment ça s'est passé pour eux, quels traitements...* »).

D) Les conséquences de l'information obtenue par le biais des médias

La première conséquence suite à la recherche d'informations médicales par le biais des médias était l'impact direct sur le patient, en terme de ressenti personnel. Les réactions étaient différentes.

Cela pouvait engendrer la peur (P5 « *c'est là qu'on tombe sur pas mal de forums, et alors là on lit, on a à boire et à manger là-dedans, on peut même se faire peur* » ; P7 « *Alors j'ai regardé sur internet évidemment, j'ai vu ça, ça m'a...(faciès inquiet)* »), l'information alarmante allait aussi générer de l'angoisse face aux informations trouvées (P6 « *ça dramatise un peu parce qu'il prenne la maladie du moins compliqué au plus compliqué. Si on lit vraiment tout, on sort un peu démoralisé de cette lecture* » ; P8 « *Après j'avoue que ce que je trouve n'est pas forcément très rassurant, c'est plus alarmant que rassurant* »). On pouvait aussi trouver des comportements hypochondriaques suscités par la recherche d'informations médicales sur les médias (P4 « *alors moi à chaque fois qu'il y a quelque chose qui ne va pas je pense tout de suite au pire mais après c'est grâce à internet ou à cause d'internet* » ; P7 « *admettons j'ai une angoisse qui monte, je vais me focaliser sur une douleur quelque part, ça va être plus fort que moi ben je vais regarder (...) comme là, je me dis ben j'ai la sclérose en plaque, voyez, alors je tape pour voir les symptômes, pour voir* »).

Mais bien souvent l'information rassurait, notamment lorsque leur ressenti pouvait être partagé avec d'autres personnes malades (P4 « *on aura toujours besoin de se rassurer* » ; P11 « *ça rassure parce que ça permet tout de suite de voir, oui ça existe, oui c'est courant, c'est quelque chose qui est banal, ce n'est pas alarmant* »), les forums allaient apparaître parfois comme une entraide (P5 « *j'ai vu que j'avais mal à telle hauteur du genou, d'autres personnes ont un peu ce même symptôme là, ils ressentent ce même symptôme, c'est plus au niveau du cartilage apparemment* »). Pour certains, cela était une aide morale, un soutien, lorsque la maladie était chronique (P9 « *D'aider à me sentir mieux physiquement, moralement* »).

Il était à noter que pour une patiente interrogée, cela n'allait ni être une source d'angoisse, ni rassurer, mais plutôt une information supplémentaire sur son état de santé (P3 « *c'est un complément* »).

Le second effet consécutif à l'obtention d'informations médicales par les médias, était l'orientation des patients eux-mêmes. Aucun patient interrogé n'avait pris rendez-vous uniquement pour parler de leurs recherches, souvent c'était lors d'une consultation ultérieure en rapport avec un symptôme qu'elles étaient évoquées (P13 « *je vais effectuer mes recherches, mais même en effectuant mes recherches je repars toujours consulter mon médecin* »). Cela pouvait aussi orienter le parcours de soins, à savoir si le patient allait consulter le médecin traitant, ou avoir recours à un spécialiste (P9 « *mais j'ai trouvé cette médecine douce pour avoir moins recours aux consultations* » ; P10 « *si j'ai des doutes, que je suis inquiète et que je ne suis pas rassurée par rapport à ce que j'ai lu, je vais tout de suite aller consulter moi-même directement un spécialiste* »). Les conséquences allaient majoritairement entrer en compte avec le médecin directement lors de la consultation, en matière d'échange, mais surtout pour valider l'information obtenue, afin d'en avoir la confirmation médicale (P3 « *Je lui dis que j'ai vu ça et je lui demande ce qu'il en pense* » ; P11 « *je lui demande son avis en tant que médecin pour avoir vraiment un avis de médecin pas seulement une lecture sur internet* »). Ainsi, les médias ne pouvaient pas remplacer le médecin (P13 « *je pense que la priorité c'est de quand même de passer par un professionnel de la santé* »). Cependant, certains patients allaient garder cette information pour eux ou l'évoquaient à leurs proches pour débattre avec eux sans en parler au professionnel de santé (P12 « *Consulter la famille aussi autour de moi (...) on parle quand même assez facilement entre nous avec la famille des maladies* »).

IV. La relation médecin-malade

Nous avons mis en avant dans cette partie la relation médecin-malade, la représentation que le patient s'en faisait et les attentes de ce dernier de ce colloque si singulier entre le soignant et son malade. Cette description était capitale pour mettre en lumière les motivations des patients à obtenir des informations médicales par la voie des médias.

A) Description de la relation médecin-malade par le patient

Pour la plupart des patients interrogés, il existait une relation très satisfaisante avec leur médecin généraliste (P2 « *Une bonne relation* » ; P9 « *J'ai une bonne relation avec mon médecin traitant* » ; P13 « *je parle de tout avec mon médecin et justement je trouve ça génial* »), laquelle était régie par plusieurs points soulevés par les patients : leur médecin s'occupait d'eux dans leur globalité, en prenant en compte leur environnement (P10 « *maintenant elle connaît mon vécu, mes soucis de santé, mes problèmes familiaux avec la*

séparation »). Ils reconnaissaient à leur médecin une compétence professionnelle, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique (P1 « *il sait très exactement quel remède et quel examen demander et programmer* » ; P12 « *il va me donner ce qu'il faut pour que justement la maladie ou la douleur passe* »). Enfin la disponibilité du praticien a été mise en avant dans les critères de satisfaction des patients (P6 « *Mon médecin est quelqu'un déjà de très disponible* »). Parfois, il n'existait pas de relation « exclusive » avec le médecin traitant pour diverses raisons (P3 « *quand j'ai des problèmes de type féminin je retourne encore voir l'ancien médecin* » ; P7 « *je suis allé à SOS Médecin à Creil, puisqu'on avait plus du tout de médecin* » ; P10 « *c'est souvent compliqué de concilier mon emploi du temps avec les rendez-vous qu'elle me propose, donc il m'arrive entre deux de consulter chez SOS Médecins* »).

Dans notre panel d'entretiens, nous reconnaissons les trois modèles relationnels qui étaient les suivants :

- Le modèle de la décision partagée, selon lequel le médecin proposait les différentes options avec leurs avantages et inconvénients, et dont le patient aurait la décision finale. C'était une relation basée sur le partage du savoir, et celle qui prédominait dans nos entretiens (P9 « *c'est aussi lui montrer que je recherche des choses pour aller mieux, et donc amener quelque chose de plus aux discussions que nous pouvons avoir* » ; P12 « *je lui expose les faits, du pourquoi, les symptômes que j'ai, ce que je pense avoir et puis ensuite, lui, fait son rôle, il me redirige si c'est bien ça ou pas, il me prescrit ce qu'il faut* » ; P13 « *en lui expliquant voilà comme tu m'as expliqué que c'était ça la pathologie du coup je me suis permis de regarder un petit peu, qu'est-ce que tu en penses* »).

- Le modèle paternaliste, où le médecin était décideur, se positionnait comme celui qui avait le savoir, il était un expert et le patient se laissait guider, il acquiesçait les décisions du médecin (P1 « *Je n'exige rien du tout je laisse la libre décision au médecin car c'est quand même lui qui a la dernière décision* » ; P8 « *je fais les examens qu'il me dit de faire et après une fois qu'on est rentré dans le système médical après s'il y a d'autre examens complémentaires à faire, je suivrai ce que le médecin me dit* »).

- Le modèle autonome se situait à l'extrême du précédent, le patient dominait la relation, il était le décideur (P4 « *s'il me faut une lettre du médecin je lui demande, écoutez faites-moi une lettre j'ai besoin d'aller voir telle ou telle personne* » ; P5 « *Souvent moi je lui dis il me faut quelque chose un remède de cheval pour guérir le plus rapidement possible* »).

A travers cette représentation de la relation médecin-malade par le patient, se dégageait une pleine satisfaction du lien qu'ils avaient établi avec leur médecin généraliste. Cependant, les attentes du patient de la relation que devait entretenir le médecin avec son malade sont nombreuses.

B) Perspectives de la relation médecin-malade idéale vues par le patient

Le premier souhait relaté par les patients interrogés reposait sur le fait que le praticien soit efficace dans son rôle de médecin traitant sur le plan diagnostique et thérapeutique (P5 « *qu'il soit efficace, que lorsque je vienne je sois guéri rapidement* » ; P8 « *d'avoir les bons diagnostics et les bons traitements* » ; P12 « *qu'il puisse, comment dire, trouver ma maladie et me prescrire les médicaments pour guérir* ») et qu'il puisse le cas échéant l'orienter vers les bons spécialistes (P4 « *et que si cela ne va pas mieux qu'elle puisse m'orienter vers telle ou telle personne* »).

Ensuite, le temps d'écoute paraissait primordial dans l'établissement d'une bonne relation (P1 « *ben qu'il soit à l'écoute, qu'il m'écoute* » ; P11 « *Je dirais beaucoup d'écoute, comme le mien* » ; P13 « *Qu'il soit à l'écoute, c'est quand même le plus important* »).

La confiance était aussi très présente dans les discours des patients, elle était le gage d'une relation solide (P9 « *Et puis aussi que je puisse lui faire confiance* » ; P11 « *Et puis une grande confiance pour confier tous nos problèmes* »).

Sur le plan du discours médical, qu'il y ait un échange, basé sur une relation égalitaire même si le médecin représentait le savoir (P5 « *qu'il m'explique les choses clairement sans me cacher des choses* » ; P13 « *et qu'on puisse discuter et qu'il y ait de l'échange entre nous même si c'est lui le médecin* »).

Ainsi, si toutes ces caractéristiques étaient réunies, les patients rechercheraient-ils toujours autant d'informations médicales en dehors du cabinet de leur médecin généraliste ? (P10 « *Qu'elle soit disponible pour rassurer rapidement et prendre le temps, prendre le temps d'expliquer les choses, si elles sont graves ou pas avec des mots qu'on comprend. Mais surtout oui, tout ça, pour ne pas être tenté d'aller voir tout de suite sur Internet* »).

V. L'information médicale obtenue par les médias dans la relation médecin-malade

Majoritairement, les patients interrogés évoquaient clairement leurs recherches lors de la consultation avec leur médecin généraliste (P3 « *Après j'en parle à mon médecin et je regarde s'il est d'accord ou pas avec ce que les médias disent* » ; P9 « *Je lui en parle ouvertement* » ; P10 « *ça ne me dérange pas de lui dire que je suis allée, que je me suis renseignée* » ; P11 « *En général je lui dis ce que j'ai pu lire* » ; P12 « *Je lui évoque que j'ai déjà recherché avant même d'aller le voir* »). Ce comportement pouvait être mis en corrélation avec la prédominance du modèle informatif de la relation médecin-malade dans notre panel d'entretiens.

A) L'évocation de la recherche lors de la consultation

Les patients interrogés avaient formulé plusieurs arguments pour légitimer l'intervention des informations obtenues via les médias lors de la consultation avec leur médecin.

En premier lieu, il s'agissait de valider les informations retrouvées dans les médias par le médecin, le sachant, afin d'accorder une crédibilité aux recherches réalisées (P3 « *Je lui dis que j'ai vu ça et je lui demande ce qu'il en pense* » ; P5 « *Je lui demande aussi, je lui dis j'ai vu sur internet que ça demandait temps de temps pour soigner, pour guérir, est ce que c'est aussi long* » ; P10 « *Souvent ça se complète ou ça se confirme* » ; P11 « *je lui dis ce que j'ai pu lire et je lui demande son avis en tant que médecin pour avoir vraiment un avis de médecin* »).

L'échange était une raison majeure de l'évocation de la recherche d'informations. Le patient pensait mieux cibler ses symptômes et amener des informations qui pouvaient aider le médecin dans la démarche diagnostique et thérapeutique (P1 « *il faut plus l'orienter pour voir exactement de où ça provient* » ; P5 « *D'avoir un peu plus de mots pour décrire vraiment bien la blessure, ça permet aussi d'être un petit peu plus précis dans ce que j'ai et lui je pense que ça lui permet aussi de mieux du coup cerner ce que je pourrais avoir* » ; P9 « *amener quelque chose de plus aux discussions que nous pouvons avoir* » ; P13 « *ça nous arrive aussi d'en débattre aussi* »). Le patient pensait aussi être plus légitime et montrait qu'il était assidu face à son médecin (P1 « *de lui faire voir aussi que je me suis intéressée à, à mon mal et que j'ai cherché un petit peu à savoir de où ça pouvait provenir* » ; P9 « *c'est aussi lui montrer que je*

recherche des choses pour aller mieux » ; P13 « souvent il me dit même c'est bien de t'intéresser à ça »).

Certains patients cherchaient à confronter les éléments à la fois dispensés par leur médecin à ceux qu'ils avaient glané par le biais des médias, afin d'estimer le savoir du médecin (P2 « *s'il me prescrit admettons un médicament que j'aurais vu dans un magazine tout ça, j'aurais dit c'est vrai que ça doit être bien quand même, que finalement ils ont bien fait quand même et que j'ai bien fais de lire ça* » ; P4 « *j'attends de voir avec son diagnostic et après je vois si elle, elle a déjà une idée de ce que moi je pourrais avoir par rapport à ce que moi je lui ai dit et par rapport aussi à ce que j'ai pu voir sur internet* » ; P5 « *j'aime bien le confronter pour voir si jamais ce que j'ai trouvé sur internet après l'avis de différentes personnes si ça correspond avec lui ce qu'il me décrit comme pathologie* » ; P8 « *quand j'ai quelques doutes sur son pronostic* »).

Cependant, d'autres patients ne voulaient en aucun cas comparer le savoir du médecin et le savoir médiatique (P6 « *ça n'interfère jamais lors de mes visites parce que comme je vous disais, j'accorde une grande confiance, je fais confiance au médecin donc je ne vais pas polluer la consultation avec des informations que j'aurais pu recueillir* » ; P10 « *dans la mesure où je ne les amène pas tout de suite, quand je suis en rendez-vous et que je le laisse parler et que je le laisse faire son diagnostic* »).

Enfin, il arrivait parfois que l'information ne soit pas relatée lors de la consultation, à cause d'un changement récent de médecin traitant (P7 « *Lui, il ne le sait pas celui que l'on a là* »), par oubli (P8 « *J'en ai jamais parlé, je n'en parle pas parce que je n'y pense pas forcément* »), ou simplement parce que les réponses du médecin allaient dans le même sens que les recherches effectuées (P6 « *je n'ai jamais eu l'occasion d'avoir non plus une explication totalement contraire à ce que mon médecin m'a annoncé. Si c'était le cas peut être que j'évoquerais ma consultation d'internet. Mais jusque-là enfin c'est toujours resté à peu près similaire entre internet et le médecin* »).

B) Les réactions du médecin

Les comportements des médecins suscités par l'évocation des informations recherchées par les patients étaient divers.

L'attitude était souvent positive, le médecin réagissait bien (P5 « *il réagit très bien* »), il était satisfait (P3 « *Mon médecin le prend plutôt bien (...) Moi je pense qu'il est content* »),

et même compréhensif envers le patient (P10 « *En général le médecin me dit qu'il comprend, qu'il comprend ma démarche* »).

Parfois, la réaction était négative (P7 « *mais arrêtez, terminé, ce n'est plus la peine d'aller sur Google® rechercher des choses!* » ; P12 « *il me dit pas que ce n'est pas bien* »), il paraissait vexé (P2 « *pour moi il a été vexé, il l'a mal pris quand même* » ; P11 « *il y a une réaction je dirais un peu négative (...) qu'il peut mal réagir en disant on va chercher l'information médicale ailleurs que vis-à-vis d'un professionnel* »).

Mais bien souvent, l'indifférence du médecin était ressentie par les patients interrogés (P1 « *il n'a pas tellement relevé (...) Il n'a pas vraiment eu de réaction* » ; P4 « *Mon médecin à moi, je pense qu'elle en a un peu rien à faire* » ; P12 « *Je dirais, pas vraiment de réaction, (rires)* »).

C) L'impact sur la relation médecin-malade

L'impact du savoir obtenu par les médias sur la relation médecin-malade était partagé ; en effet pour certains patients interrogés cela allait modifier la relation, alors que pour d'autres non.

Tout d'abord, le ressenti du patient lorsqu'il reconnaissait avoir recherché une information médicale autre que celle reçue de son médecin généraliste, était la culpabilité (P1 « *D'aller chercher les informations sur internet alors que lui il est là pour t'ausculter* »), d'être à la mauvaise place (P6 « *C'est un peu prétentieux parce que ce n'est pas moi qui allait dire il ne faut pas faire ça* »), et pour une patiente interrogée, d'éprouver le sentiment de faire le travail du médecin (P12 « *De lui avoir peut être un peu mâché le travail parce que quelque part je suis consciente de ce que j'ai* »).

Amener ces informations auprès du médecin n'allait pas modifier cette relation dans le sens où le savoir médical était prééminent au savoir médiatique (P1 « *je n'ai pas modifié mon approche et ma relation avec le médecin parce que mon médecin c'est quand même lui qui a la science* » ; P6 « *Mes consultations sur Internet sont purement informatives et n'influencent pas ma relation avec le médecin* » ; P8 « *ça modifie rien (...) Je ne vais pas remettre en doute l'avis d'un médecin par rapport à ce que je peux voir sur internet* »), pour lequel il était accordée une totale confiance (P1 « *Ça n'a rien changé du tout je continue à aller le voir parce que j'ai confiance en lui* » ; P6 « *il ne faut pas faire ça parce qu'en règle générale, j'ai quand même une très grande confiance dans le monde médical* » ; P8 « *Ma recherche n'aura*

pas d'impact négatif sur mon médecin et ce que je pense de lui » ; P11 « Je ne pense pas que l'influence des médias puisse modifier la relation avec le généraliste à partir du moment où on a une relation de confiance »).

Lorsqu'il était ressenti une modification de la relation entre le médecin et son malade suite à l'évocation de ces recherches, cette modification était soit positive ou négative.

Elle était positive, et allait amener une approche différente de la relation, plutôt focalisée sur un échange mutuel des informations, où le patient apportait « un plus » (P5 « ça peut aussi lui amener pour les futurs patients auxquels il pourrait retrouver les mêmes blessures, les mêmes pathologies que j'ai eu et ça pourrait peut-être l'aider justement après pour mieux soigner, pour mieux cerner déjà la blessure au départ et pas prescrire de mauvais traitement » ; P13 « l'approche que je vais avoir va être différente dans la mesure où je vais insister sur un truc bien précis, sur une chose que je ne comprends pas, selon les explications qu'il va me donner sur la maladie »).

Cependant, la relation pouvait être modifiée et ce colloque si singulier qui liait le médecin à son patient allait être remis en question. En effet, ces recherches médiatiques apportaient un savoir normalement détenu par le médecin (P10 « Disons, que je pars déjà dans ma tête avec pratiquement les réponses à mes questions du coup forcément c'est sûr que ce n'est plus du tout la même approche ») et réduisait alors le médecin à celui de prescripteur (P10 « quand je consulte j'ai plus l'impression que je viens du coup pour le traitement plutôt que la réponse à mon soucis »). Cela allait aussi parfois « shunter » l'avis du médecin notamment sur l'indication à une consultation spécialisée (P12 « selon mes symptômes et ce que je vais avoir, je ne vais pas consulter les mêmes personnes du coup. Je vais sois allez voir mon médecin généraliste si ce sont des choses pour moi on va dire qui peuvent être en tout cas guéries par lui (...) j'ai directement été voir ma dermatologue, je ne suis pas passée par mon médecin généraliste »).

En termes de consultation, la recherche d'informations médicales allait également avoir un impact diamétralement opposé, soit plus consulter le médecin (P4 « c'est pas forcément une bonne idée d'aller voir sur internet parce que ça nous amène à aller voir plus souvent le médecin et forcément à creuser peut être trouver quelque chose ou alors ne rien trouver du tout » ; P7 « C'est-à-dire que j'y vais plus souvent chez le médecin »), soit au contraire, moins le consulter (P9 « En me soignant de cette façon, je vais moins en visite »).

Des solutions étaient évoquées par les patients interrogés pour limiter l'influence des médias dans la relation médecin-patient : en effet, la plupart des personnes interviewées s'accordaient à dire qu'il fallait arrêter ces recherches d'informations autres que celles données par le médecin (P1 « *Déjà c'est de ne plus y aller mais je crois qu'il vaut mieux pas trop aller consulter sur Internet* » ; P7 « *Il faudrait que j'arrête de regarder ces conneries là, je reconnais que c'est des conneries* »), de se fier aux médecins et que l'information soit diffusée au grand public (P4 « *c'est plutôt à nous de nous bouger à aller voir le médecin ou de faire les examens que plutôt de dire qu'internet il m'a dit j'ai ça* » ; P6 « *Peut être communiquer auprès de la population en réaffirmant la bonne formation de notre corps médical et peut être accorder moins de crédit à tout ce qu'on peut lire dans les revues, sur internet (...) de dire écoutez nos médecins sont compétents faites leurs confiance et arrêtez peut être un peu de lire n'importe quoi, tout et n'importe quoi* »). Etait évoqué également un meilleur contrôle de ces médias en particulier les sites internet (P2 « *Arrêter un peu les pubs, arrêter les pubs* » ; P4 « *J'allais dire, interdire tout ce qui est site internet de santé* » ; P13 « *limiter éventuellement certains sites* »). Parfois, certains patients évoquaient des solutions en rapport direct avec leur médecin, c'est à dire avoir des rendez-vous plus rapides ou la possibilité d'avoir des contacts téléphoniques (P10 « *Je pense que si on avait la possibilité d'avoir des rendez-vous rapides ou au moins des contacts téléphoniques (...) On irait moins peut être voir tout de suite* »), un autre patient avait suggéré d'aborder son médecin généraliste via une application smartphone afin de vivre avec son temps et les technologies actuelles tout en conservant le pilier que représentait le médecin traitant (P5 « *une application ou un lien direct avec mon médecin généraliste auquel il pourrait me répondre et très rapidement j'ai envie de dire instantanément comme pourrait le faire internet en fait (...) si je pouvais disons avoir son avis assez facilement sans forcément prendre un rendez-vous peut être sous forme de chat ou je ne sais pas après tout est imaginable avec les applications que l'on peut faire maintenant. Après, si c'est aussi réactif oui, je pourrais shunter Internet* »).

Cependant, les patients pointaient du doigt la puissance des médias, outil moderne et indispensable à notre quotidien (P4 « *on ne peut pas les interdire parce que l'on en aura toujours besoin même si ça nous exagère la réalité* » ; P12 « *Je pense qu'aujourd'hui, nous sommes dans une société où malheureusement et heureusement, on vit avec ça tous les jours donc par les informations, notre smartphone est on va dire un peu notre meilleur ami de tous les jours, de tous les moments. Et donc pour moi je ne vois pas en tout cas d'issue pour arrêter de consulter internet ou des forums. Pas en tout cas dans le monde d'aujourd'hui,*

pour moi, ça prend trop de place » ; P13 « Malheureusement aujourd'hui je pense que c'est quelques chose de très, très difficile parce que tout est dirigé par les médias (...) on ne peut quasiment plus vivre sans notre smartphone je pense que ça peut être quelque chose de très, très difficile »), et malheureusement ouvert à tous (P1 « Malheureusement internet c'est ouvert à tout le monde »).

Discussion

I. La santé et les médias : l'avènement d'internet

La santé est une des préoccupations majeures des Français. La place qu'accordent ces derniers au maintien d'une bonne santé est prépondérante dans notre société moderne. Ainsi, pour la majorité des patients interrogés, il était capital de remettre l'équilibre de leur santé entre les mains d'un médecin compétent qui leur prodigue les bons soins. En effet, parce que la santé figure d'abord un équilibre, tant du corps que de l'esprit, le souhait général qui s'exprime depuis de longs siècles est que se manifeste « un esprit sain dans un corps sain »¹⁵. Dans les sociétés développées, la santé n'est plus seulement matière de soins mais de plus en plus affaire de prévention, d'éducation, et repose donc sur la diffusion d'informations. Il s'agit donc, pour chaque individu, de gérer sa santé personnelle, l'objectif étant de la préserver. On comprend dès lors la place que prennent l'information et la médiatisation de la santé. Non seulement, c'est un sujet médiatiquement porteur et vendeur mais l'information sur la santé fait surtout sens : elle poursuit le colloque singulier entre le professionnel de la santé et le malade, au-delà du cadre strictement médical, pour pénétrer l'ensemble des espaces de vie¹⁶.

Se soucier de sa santé est donc devenu une obsession majeure dans notre société actuelle, une importante préoccupation pour laquelle de multiples supports, au premier rang desquels figure Internet, existent en dehors des professionnels de la santé et sont accessibles au plus grand nombre. En effet depuis le début des années 1990, la santé a subi un lent processus de médiatisation : les thématiques ayant trait à la santé se sont multipliées dans les médias, la presse, la radio ou encore la télévision qui diffusent des programmes spécifiques. Au cours des différents entretiens menés dans notre étude, nous avons mis en lumière que le premier moyen d'obtenir une information médicale autre que celle dispensée par le médecin généraliste était Internet. L'arrivée d'Internet dans notre quotidien détrône la presse écrite, laquelle suscitait un intérêt certain dans les années 1990, comme le souligne Georges Vigarello dans son ouvrage *Histoire des pratiques de santé* : « le nombre de magazines spécialisés dans la prévention (...) s'est multiplié depuis une vingtaine d'années : plus de 15 titres aujourd'hui en France, alors qu'un ou deux existaient seulement dans les années 90 »¹⁷. La presse écrite est donc détrônée par l'avènement d'Internet, qui apparaît comme plus puissant en matière d'information médicale. Tous nos patients interrogés sont unanimes pour attester de leurs recherches par le biais d'Internet et moins à travers les médias écrits. Un

sondage effectué par l'institut IPSOS en 2010 reflète la même tendance : les informations en matière de santé sont obtenues par l'intermédiaire du médecin (89%) puis vient en second plan Internet (64%). La presse écrite est antépénultième avec 33%⁵.

Que ce soit pour obtenir des renseignements sur des symptômes, sur une pathologie diagnostiquée, en savoir plus sur les effets secondaires d'un médicament, ou simplement suivre l'actualité de la santé, de plus en plus de personnes recourent à Internet pour se procurer de l'information. En France, l'évolution du nombre d'internautes va croissante, on estime que 43,5 millions de Français ont un accès à Internet et 83,6% ont un ordinateur³. Les patients de notre étude mettaient en avant la rapidité, la puissance et l'accessibilité de ce média universel qu'est Internet. Ils citaient le site le plus fréquemment consulté, Doctissimo®, qui est aujourd'hui le site Internet de santé le plus fréquenté en France d'après le classement de Médiamétrie, qui le situe au rang 25 des 30 sites les plus visités avec un taux de fréquentation de près de 8 millions de visiteurs par mois. Autrement dit, plus de 10 % des Français qui se connectent vont sur Doctissimo® pour obtenir de l'information de santé. Dans le classement des 1000 sites les plus visités, Doctissimo® se classe au 722^{ème} rang en 2010⁴.

Le média audiovisuel a un statut individuel, il est encore bien présent dans notre quotidien. Ainsi, 94,4% des Français possèdent une télévision³. Le premier média de l'image reste la télévision, même si Internet tend à progresser. Les images ont plus d'impact que les écrits dans la presse, et aujourd'hui, comme la plus jeune de nos interrogés, les enfants naissent avec Internet et son futur ancêtre, la télévision.

II. L'utilisation des médias pour la recherche d'informations médicales

La vulgarisation médicale touche une majorité de femmes. En effet, le panel de patients interrogés contient plus de femmes. En référence à l'étude faite par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), les consultations et visites des médecins généralistes concernent le plus souvent des femmes¹⁴. Concernant la recherche sur Internet au sujet de la santé, les femmes (63%) sont plus nombreuses que les hommes (53%)¹⁸. Pourquoi la population féminine est-elle plus disposée à s'informer sur sa santé? Certes, elles sont en charge de gérer la plupart du temps la santé de leurs enfants, mais sont plus soucieuses de leur santé que les hommes. Les différentes étapes de leur vie nécessitent également différents dépistages et surveillances (puberté, prescription d'une

³ Source Médiamétrie Décembre 2016.

⁴ Edité par Google® le 31 Mai 2010

contraception, grossesse, ménopause). Ce qui pourrait expliquer une autre raison d'un intérêt à la santé à prédominance féminine : l'attention plus importante portée à l'écoute du corps et de la plainte. Internet est un reflet certain de cette prédominance, avec par exemple, une supériorité de forums traitants sur le cancer du sein comparativement au cancer prostatique. La catégorie socio-professionnelle a peu d'influence dans notre étude, puisque tous nos patients interrogés toutes catégories confondues, sont à la recherche d'informations médicales qui concernent leur santé. Cependant, l'assimilation du contenu de l'information retrouvée va varier. La compréhension des termes et du discours transmis par les médias peut s'avérer plus difficile pour les patients ayant un niveau d'étude plus bas. Les conséquences peuvent donc être des erreurs de compréhension du discours scientifique. Il y a donc un impact plus fort du niveau d'éducation scolaire que le niveau économique sur la compréhension du discours médical. Pour le sociologue Luc Boltanski, l'information médicale qui se transmet au cours de la consultation est d'autant moins importante que le malade est situé bas dans la hiérarchie sociale ou que son aptitude à comprendre et manier la langue savante est plus faible¹⁹. En 2007, l'étude WHIST menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) énonce que l'âge, le niveau d'éducation et le niveau de revenu sont associés à cet usage d'Internet²⁰. Aujourd'hui, la donne a changée ; le nombre d'ordinateurs et d'accès Internet ont considérablement augmentés par foyers, il existe à notre époque des accès Internet gratuits par Wi-Fi dans les lieux publics (gares, aéroports, restaurants, monuments, lieux et places célèbres), moyens mis en œuvre pour que l'utilisation de cet outil soit possible par tous.

III. La maîtrise des risques liés aux recherches

A) Les risques inhérents à la recherche d'information médicale via les médias

Les patients enquêtés confiaient leur ressenti émotionnel que suscitait cette recherche d'informations médicales par le biais des médias, surtout sur Internet. Il existait en effet des craintes concernant les symptômes ressentis, pouvant se présenter à l'extrême comme de l'hypochondrie. Ainsi est né un nouveau terme : la cyberchondrie²¹, qui désigne l'hypochondrie virtuelle, une anxiété pathologique liée à la pratique abusive de l'autodiagnostic et de l'autopronostic sur Internet. Il a pu être mis en lumière de tels comportements pour certains de nos patients interrogés. Cette attitude peut aussi majorer le risque de l'automédication. En effet, bon nombre de patients interrogés affirmaient rechercher le caractère bénin d'une pathologie, ce qui leur évitait d'aller consulter leur médecin. Ainsi,

un tiers des patients avaient recours à l'automédication après des recherches faites sur le Net selon une étude de 2010²². Cette automédication tend à remplacer une consultation médicale. Cependant, la majorité des patients ne substituaient pas la recherche d'informations médicales par le biais des médias à une consultation chez le médecin traitant. Cela peut être mis en corrélation avec l'étude WHIST, selon laquelle 44% des internautes affirment ne jamais avoir consulté Internet en remplacement d'une consultation médicale, tandis que plus de 16% d'entre eux affirment le faire assez souvent ou très souvent²⁰. De plus, il existait un risque dans la réaction du médecin, engendrée par ces recherches d'informations médicales par un tiers médiatique, et une majorité des patients interrogés disaient vouloir protéger le médecin contre ce qu'il pourrait interpréter comme une remise en cause de son savoir ou de ses compétences, appelé également « paternalisme inversé »²³. Enfin, le risque de trouver une information erronée est fort. Il existe donc des stratégies d'évaluation de confiance envers les médias.

B) Les certifications informationnelles sur la santé dans les médias méconnues du grand public

La part des internautes ayant confiance en l'information offerte sur Internet est passée de 48% en 2006 à 74% en 2010. De plus, 71% des patients ne savent pas faire la différence entre les sites certifiés et les autres⁵. Il est donc incontestable que la recherche d'informations ayant trait à la santé sur Internet se pérennise et se banalise. Les Français en ont fait une source d'informations comme les autres.

L'information de santé grand public n'est pas soumise au même contrôle que les sites où l'on trouve de l'information publique et scientifique. Cette situation a amené le législateur, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins à proposer des modalités de contrôle de l'information de santé grand public en ligne. En 2004, le législateur confiait à la HAS la mission de déterminer les règles de bonne pratique devant être respectées par les sites dédiés à la santé et de mettre en place un dispositif de certification. Les experts de la HAS, ne disposant pas de moyens satisfaisants, se sont donc adressés à la fondation Health On the Net® (fondation HON®, fondation de droit privé Suisse à but non lucratif, créée en Mai 1996), qui plutôt que de garantir le contenu, s'attache à encadrer le contenant en ce qui concerne l'accessibilité et la fiabilité de l'information médicale de santé en ligne.

On peut s'interroger sur le rôle réel de cette certification : puisqu'elle repose sur une démarche volontaire et qu'elle est dépourvue de tout système de sanction, certains sites n'ont aucun intérêt à la demander. Elle devient donc utile pour les sites moins connus et joue alors le rôle de légitimation, mais apparaît comme inutile pour les sites bénéficiant déjà d'une bonne notoriété. Ainsi, des sites appartenant à de grands groupes de médias comme Doctissimo®, cité pour la majeure partie des patients interrogés de notre étude, n'affichent pas la certification HON®. La norme HON® est donc devenue un outil de marketing, un gage de légitimité plutôt qu'un moyen de contrôle.

En ce qui concerne la presse écrite, il n'y a pas à proprement parler de véritables informations jugées utiles retrouvées par ses lecteurs, et les ouvrages utilisés sont plutôt des livres spécialisés, pour lesquels la confiance accordée et les moyens de contrôle sont importants. Enfin, les médias audiovisuels rapportent le plus de confiance dans nos entretiens, car les patients estiment que l'information y est mieux contrôlée par le biais du statut des intervenants directs spécialisés dans le domaine. Le fait qu'une émission soit présentée par un médecin, montre que le risque de la transmission d'une mauvaise information est mieux maîtrisé et donc l'information mieux contrôlée. De plus, les magazines télévisuels médicaux proposent des reportages scientifiques où de multiples spécialistes sont interviewés sur leur lieu de travail, avec leurs statuts présentés, rappelant leur appartenance aux professions médicales. Il existe donc un souci de pédagogie et de compréhension par le plus grand nombre dans ces émissions. Hélène Romeyer, Professeur en sciences de l'information-communication écrit que « La force de la télévision est de montrer et donc, une image d'un bloc opératoire, ou d'un schéma en 3 dimensions sont bien plus explicatifs qu'un long discours »²⁴.

C) La validation par un professionnel de santé

Les patients tentent donc de rechercher une information de qualité par le biais des médias. Or, la majorité des patients admettent manipuler un outil pratique et rapide, mais également dangereux, et l'information retrouvée présente toujours le risque d'être fautive. En effet, les certifications des sites Internet et d'autres formes de médias sont inconnues du grand public. Toujours selon l'étude WHIST de 2007 menée par l'INSERM, 42% du grand public s'enquiert de l'origine de l'information qu'ils obtiennent, et vérifient la mise à jour²⁰. De même, l'étude menée par l'HON en 2010 montre que 83% des utilisateurs disent vérifier si le site Web est digne de confiance ou pas, en vérifiant la source d'information et beaucoup

moins les sources de financement²². Les patients interrogés développaient leurs propres critères d'évaluation, comme la provenance et le producteur du site (site à consonance médicale, multiplicité des avis, formes dont l'information semble validée), gage de confiance et de sécurité pour beaucoup de patients. Mais le contenu de cette information ne saurait être d'une fiabilité ultime que lorsqu'elle est validée par un professionnel de santé en aval. L'information donnée par le médecin reste donc la première source de recherche en termes de confiance dans un contexte où 88% des patients s'estiment satisfaits de la qualité de l'information délivrée par leur praticien²⁵. En effet, la plupart de nos patients interrogés déclaraient faire valider leurs recherches par leur médecin généraliste. Il est l'art du savoir, et la majorité leur fait confiance ; suite à une période parfois de longue date, la relation a été établie sur des bases solides dont la principale qui reste citée est la confiance.

IV. La transformation de la relation médecin-malade

Depuis longtemps, en France, le modèle prédominant dans la relation médecin-malade était le modèle paternaliste, un modèle basé sur le droit romain, qui repose sur le constat de la dissymétrie entre le médecin et le patient. L'un a le savoir scientifique, la compétence pratique et la distance nécessaire pour juger, tandis que l'autre ne connaît de sa pathologie que ses symptômes et est perturbé par sa souffrance²⁶. Dans ce modèle, une place est faite à l'information mais elle ne va que dans un seul sens : du médecin au malade. Le patient, dépourvu de savoir, affecté par la souffrance n'est pas en état de délibérer et la décision, pleine et entière, revient au médecin. Ceci fait référence au modèle sociologique dit « consensuel » de PARSONS²⁷ selon lequel le patient et le médecin ont le même but, la guérison et chacun va accepter le rôle de l'autre car ils sont complémentaires. Ainsi, d'un côté le patient souhaite guérir, il a besoin du médecin et lui demande de l'aide, et de l'autre le médecin, qui possède le savoir permettant de le soigner, en bon professionnel compétent altruiste et dévoué, ce que développe le serment d'Hippocrate²⁸.

Par l'avènement des médias et l'importance des questions relatives à la santé, le législateur fait émerger un malade adulte, maître de ses choix et acteur de sa propre santé : la loi du 4 Mars 2002 est née⁷. Cette loi sur les droits des malades et la qualité du système de soin a permis l'accès des patients à leur dossier médical et a posé les bases de la « démocratie sanitaire », le patient doit ainsi être informé de manière loyale et transparente, et dont le consentement doit être libre et éclairé. Un nouveau modèle émerge, basé sur les pensées philosophiques de Kant et Rousseau où le patient est seul décideur : le modèle autonome.

L'acteur central est le patient-client, le médecin étant assimilé à un prestataire de service. L'accent est mis sur la qualité de l'information donnée par le médecin, muni de toutes les informations et après avoir posé toutes les questions qu'il veut, c'est le patient qui décide entre les différentes options. On peut comparer ce modèle au modèle sociologique dit « conflictuel » de Friedson, disant que les différents groupes sociaux ont des intérêts divergents et s'opposent²⁹. L'intérêt primordial du médecin est donc de protéger la profession médicale contre le risque de perdre son monopole sur la santé.

Au sein de notre panel d'entretiens, il existe des relations se référant au modèle paternaliste plus qu'au modèle autonome, malgré l'existence de nombreuses lois^{7 30}, code de déontologie³¹ et recommandations éthiques³² en faveur de ce modèle. Cependant, on voit se profiler une part majoritaire d'un autre modèle de relation déjà connu, situé entre ces deux modèles, basé sur le partage d'informations, dont l'implosion des informations médicales véhiculées par la sphère médiatique est certainement en cause. Les difficultés liées à la relation médecin-malade sont souvent posées en terme d'incompréhension, à la fois de la part du patient qui doit avoir recours au médecin en rapport à une plainte dont il ne peut venir à bout seul, et d'autre part du médecin, qui se trouve dans la difficulté de discerner ce que vit le malade. Cette incompréhension est mise en avant dans le discours employé par deux interlocuteurs : un discours médical, technique et objectif face à un discours émotionnel et subjectif.

On ne peut ignorer les capacités humaines du médecin qui cherche le meilleur moyen d'aborder son patient, ni les facultés du malade à vouloir poser un regard objectif et scientifique sur sa pathologie. Cela a conduit la profession médicale à intégrer à sa pratique une attention importante au ressenti et à la subjectivité de la plainte à traiter. D'autre part, l'intérêt grandissant du grand public dans le domaine de la santé a entraîné un développement du savoir médical accessible à tous. Ce nouveau modèle existant a été démontré dans nos entretiens, il résidait dans le partage de l'information obtenue via les médias et dans la perspective ou non d'ailleurs de la confronter aux données du médecin. Ce modèle est appelé modèle de la décision partagée où le partage est le mot-clé de la relation : le partage des connaissances médicales du médecin, le partage des préférences et du contexte psycho-social du patient, le partage de la délibération devenue dialogue, le partage de la décision résultant de la réalisation d'un accord entre les deux parties²⁶. La transformation de la relation médecin-malade rend possible ce partage de savoirs, de même que l'essor des médias et

l'importance accordée à la santé. Le patient devient alors un acteur capital dans une relation qui tend à être moins asymétrique. En effet, les patients semblent rechercher un échange avec leur médecin, une coopération pour laquelle les professionnels de santé s'ajustent, et se retrouvent face à des patients plus informés, plus réceptifs aux arguments et plus empreints à une responsabilisation de leurs comportements. Internet se montre être un facilitateur de relation³³, comme beaucoup de travaux le montrent, et également la majorité des personnes interrogées de notre étude sont très soucieuses de respecter le partage des rôles et de ne pas empiéter sur les prérogatives du médecin²³.

Ce modèle tend à être le modèle idéal, modèle que chaque patient cherche à construire avec son médecin. Cependant, selon le type de pathologie, il ne va pas exister un seul type de relation médecin-malade. Nos enquêtés exprimaient donc que selon la maladie ou les symptômes rencontrés, le modèle de relation entretenue n'était pas le même. Les conseils avant une intervention chirurgicale ou l'annonce de mauvais résultats d'examens reposaient sur un modèle « activité-passivité ». Au contraire, une consultation pour une blessure sportive ou la prise en charge d'un Burn Out comme retrouvés dans notre étude, relevaient plus d'une « participation mutuelle », termes fondés par Szasz et Hollander³⁴. On assiste donc à une « pluralité de configurations de l'interaction médecin-malade » selon Philippe Adam et Claudine Herzlich³⁵, dépendant du type d'acte médical, plus qu'à la fin des modèles paternalistes et autonomes. De même, la relation ne sera pas la même selon qu'elle vise à guérir un patient ou à changer un comportement addictif par exemple. C'est le cas d'un de nos patients traités par un médicament préconisé dans l'arrêt du tabac. Dans les situations de prévention, le médecin est un acteur de santé qui ne peut qu'espérer être persuasif plutôt qu'autoritaire. En effet, il ne dispose pas de moyens de contrôler son autorité sur le patient et plus largement sur la population dont il a la charge en termes de santé publique. Ainsi, la relation entre un médecin et son malade dépend de facteurs sociologiques, démographiques et du type de maladie, mais désormais le médecin ne constitue plus le seul référent afin d'élaborer la stratégie du soin en général. Au sein du lien qui relie un patient à son médecin, il n'y a pas un mais plusieurs types de relations de soin variables, complémentaires, qui ne se construisent que dans un échange, un partage mutuel prenant en compte des protagonistes multiples (famille, médias, autres professionnels de santé).

V. Le partage des savoirs

Les recherches médicales réalisées via les médias par les patients de notre étude étaient aussi bien effectuées avant qu'après une consultation chez leur médecin généraliste. Le but ultime était de savoir et comprendre un symptôme ou une maladie les touchant personnellement ou dont étaient atteints leurs proches. Avant la consultation pour se faire une idée de la pathologie présentée, après la consultation pour approfondir le diagnostic du médecin et compléter ou trouver d'autres informations supplémentaires. Ainsi, selon le sondage réalisé par IPSOS en Avril 2010, les principales motivations de la recherche d'informations médicales sur Internet étaient le savoir et la curiosité⁵. Cette information de santé médiatique, moins technique, moins « médicale », apparaît comme un véritable complément plus qu'un concurrent de l'information médicale offerte par le médecin généraliste, surtout sur Internet, où elle se concentre sur le malade et autorise à mêler des informations scientifiques à un ressenti, à l'expérience vécue, à une émotion. Ainsi, l'information est émotionnelle et l'émotion informative. La sociologue Sylvie Craipeau cite « la création d'un savoir collectif ou savoir profane : une connaissance qui n'est pas de la connaissance médicale, mais liée à l'expérience »³⁶. L'essor d'Internet et des différents supports utilisés à visée d'information de la santé grand public sont donc qualifiés de nouveau savoir collectif ou « profane ».

A) Le partage de ce savoir profane

Ce savoir complémentaire obtenu par les différents médias, va pouvoir être le fruit d'un échange, d'un partage à travers divers forums, groupes de discussion ou encore chats. De vrais patients sont présents sur Internet et s'ils font part de leurs symptômes, de leurs traitements, ils exposent aussi leurs doutes et leurs craintes. Une discussion mêlant une information scientifique plus ou moins vulgarisée et une information émotionnelle, basée sur le vécu et l'expérience. Cet échange semble être l'une des premières motivations des patients interrogés dans notre étude. Cependant, le caractère anxiogène des informations échangées est observé dans cette dernière comme dans d'autres travaux^{20 21}. Ces forums sur des sites de santé généralistes servent en fait d'exutoire où certaines personnes expriment leurs angoisses, sans se préoccuper de qui est en train de lire, et pour des personnes fragiles ces informations sont perçues comme des messages violents sans code ni déchiffrement, et bien souvent une information erronée non transposable. Le besoin d'une régulation sur certains sites par des modérateurs experts devient indispensable pour canaliser les émotions de chacun. La notion

de « e-patient » se profile donc, avec la possibilité à terme, de mettre en ligne son dossier médical pour pouvoir le partager avec des proches²¹. Les patients peuvent donc consulter ces lieux d'échange d'informations dites « profane » comme la majorité de nos patients interrogés, mais ils peuvent également devenir producteurs de l'information à travers ces supports. Dans le domaine de la santé, les informations diffusées à travers les forums de discussion sont effectivement importantes et utiles pour les usagers car elles proposent des récits d'état physique, de traitement et d'expériences vécues qui transcendent un savoir médical de plus en plus spécialisé et modelé par la « médecine des preuves »³⁷. Internet et les médias en général pourraient ainsi redonner du pouvoir aux usagers en leur fournissant des sources d'informations et des opinions différentes de celles qui leur sont offertes par les sources conventionnelles et le praticien³⁷. Le pouvoir ainsi obtenu peut entrer en compte lors de la consultation avec le médecin traitant. En effet, plus de la moitié des patients recherchaient des informations médicales avant la consultation afin de favoriser l'échange, d'équilibrer la relation et ne pas paraître ignorant face au médecin. Ces informations permettent de questionner ou contester les avis des professionnels de santé. La relation médecin-malade devient donc plus égalitaire sous forme d'échange entre le savoir du sachant, et le patient détenteur de connaissances nouvelles recueillies par le biais des médias.

B) Le médecin généraliste, pivot de la relation

La représentation du médecin généraliste demeure globalement très positive et ses compétences sont reconnues. C'est le cas de tous les patients interrogés de notre étude, même si pour certains, le lien créé n'est pas le fruit de plusieurs années de relation de confiance. Un sondage effectué par l'institut Louis Harris 2 pour le Comité Inter-associatif Sur la Santé, relève que les relations entre les médecins et les malades sont bonnes, puisque 88% des personnes interrogées s'estiment satisfaites de l'information délivrée par leur médecin sur leur état de santé, les soins, et les traitements²⁵. Ce face à face entre le médecin généraliste et le patient va permettre le partage d'informations et de décisions, « la confiance s'établit à travers des interactions au cours desquelles le diagnostic et la thérapie sont négociés »³⁷. Dans notre échantillon, la plupart des personnes recherchent préalablement des informations afin de mieux échanger avec leur médecin lors de la consultation, et de pouvoir partager les savoirs, maillon solide de ce nouveau type de relation médecin-malade. Pour certains d'entre eux, il s'agissait de ne pas paraître ignorant face au médecin et aux informations délivrées par ce dernier. Il faut savoir que dans ce nouveau profil relationnel, le médecin doit être transparent dans les explications données, mais il doit également s'assurer que le patient a bien compris

avec une reformulation possible. Aujourd'hui, une grande partie des insatisfactions des patients provient de la mauvaise qualité de l'information donnée⁵. La Haute Autorité de Santé montre que les médias ne se substituent pas aux pratiques « traditionnelles » de recherche d'informations des patients. Le médecin demeure la source numéro un pour la majorité d'entre eux²¹, tel est le constat de notre étude.

On peut donc dire aujourd'hui que la confiance accordée au médecin généraliste demeure pérenne, et qu'elle ne saurait se substituer à la recherche d'informations médicales à travers les médias, dont l'influence sur notre quotidien est immense.

VI. Biais et perspectives

A) Limites sur la méthodologie

Il existe un biais de sélection des personnes interrogées de notre étude. Les patients sollicités étaient à priori des patients portant un intérêt à la vulgarisation médicale. Il aurait été opportun d'interviewer également les patients n'y portant pas d'intérêt et d'en saisir les raisons. Il serait donc présomptueux de penser que notre échantillon est représentatif de l'ensemble des patients recherchant de l'information médicale et à partir de là généraliser les résultats obtenus.

La majorité des patients interrogés dans notre étude se situaient dans une zone majoritairement urbaine ou semi-urbaine, et avaient donc un accès plus facile à Internet pour citer le média le plus utilisé. On peut donc se demander si les réponses auraient été similaires si plus de patients étaient venus de milieux ruraux. En effet, nous avons fait le choix de relever quelques variables qui nous semblaient discriminantes par rapport au sujet, et la taille de l'échantillon ne permettait pas de multiplier les critères d'inclusion.

Il peut également exister un biais sur le sujet même de cette étude à savoir si les médias pouvaient influencer la relation avec le médecin généraliste, d'autant plus si l'interviewer se présente comme future thésarde dans un travail de médecine générale. Si le sens même des réponses est globalement le même que celui retrouvé dans la littérature, on peut penser que les détails plus sombres qui entouraient le patient avec leur médecin généraliste puissent avoir été estompés pour ne pas atteindre l'interviewer certes, mais surtout le futur médecin généraliste qui se trouvait en face.

B) Perspectives

Notre étude a été centrée sur le patient sans se soucier du ressenti du médecin dans cette intervention des médias dans la relation médecin-malade. Il serait ainsi intéressant de réaliser un travail sur le point de vue du médecin généraliste.

Le « e-patient »³⁷ peut se définir comme un patient ayant accès à suffisamment de données pour jouer un rôle actif et acquérir une certaine autonomie. Ne faudrait-il donc pas le former et l'éduquer à la recherche d'informations médicales dans les médias ? Pour cela, faudrait-il que les professionnels de santé structurent eux-mêmes les sites dédiés à la santé, en particulier les médecins généralistes, et qu'ainsi ils puissent former leurs patients à rechercher correctement les informations médicales adaptées ?

Dans une époque où règnent les nouvelles technologies, notamment le dossier médical personnel, le médecin doit maintenant envisager une collaboration avec ces nouvelles technologies de l'information et de la communication. Ainsi, ne faudrait-il pas créer de nouvelles plateformes collaboratives entre professionnels au sein de communautés connectées où chaque médecin pourrait être un « follower » actif, co-créateur du contenu qui sera échangé et enrichi de manière transversale ? Malgré l'éventualité de cette création de plateformes santé tenues par les médecins généralistes eux-mêmes, outre la baisse de la démographie médicale, ces derniers n'ont pas de formation dans la stratégie de communication dans les médias. Il faudrait alors apprendre la gestion de la distance avec les patients tout en restant à l'écoute de la masse informative obtenue dans les médias.

Ainsi, la télémédecine et les supports tels que Medaviz® ne sont-ils pas un début de réponse, une stratégie pour contrer la puissance de ces nouvelles technologies informatives liées à la santé ? Cette fameuse relation médecin-malade est donc définitivement en perpétuelle mutation...

Conclusion

L'information médicale transmise par le biais des médias tend à se multiplier notamment grâce à l'avènement des outils informatiques comme Internet, ce d'autant plus que l'importance accordée à la santé dans notre société actuelle est majeure. Notre étude s'est attachée à mettre en lumière les raisons qui motivent les patients à rechercher des informations médicales via les médias et à rendre compte de l'impact de cet usage sur la relation médecin-malade.

Aujourd'hui dans notre société, les médias audio-visuels, la télévision et radio sont les sources privilégiées des messages ayant trait à la santé à travers des programmes ciblés et divers, touchant un public large et varié. Ce sujet touche également la presse écrite, via les pages destinées à la santé dans la presse quotidienne. Les publicités, messages de prévention et annonces relatives à la santé sont véhiculées à la fois par la presse écrite et audio-visuelle. Cependant, dès le début des années 2000, on observe l'essor d'Internet et la multiplication des supports informatiques en lien avec la santé, ce qui fait de ce média un outil incontournable dans notre société actuelle. L'internaute devient alors un acteur principal, il fait lui-même la démarche de recherche d'informations et peut également devenir producteur d'information santé, contrairement aux autres médias minimisant l'interaction dans le fait d'imposer leurs contenus dans des programmes préétablis. Ainsi, en complément de sites déjà abondants ayant trait à la santé, un autre mode de communication se développe sous forme de blogs, chats, forums et sites personnels. Ces supports permettent aux patients de raconter leur expérience de la maladie sous la forme de témoignage, et de venir chercher de l'information présentée sous la forme classique d'information scientifique plus ou moins vulgarisée sur le sujet qui les concerne directement.

Cependant la maîtrise des risques inhérents à ces recherches d'informations médicales suppose au préalable une connaissance de la part du patient des sites certifiés, malheureusement peu répandue. Ces certifications seraient alors un atout de confiance envers ces supports d'informations médicales auxquels accèdent tout patient, et pourraient être dans un avenir proche, contrôlés par l'intermédiaire de professionnels de la santé.

En effet, le but de la recherche d'informations médicales obtenues via un autre moyen que le médecin généraliste est de savoir et comprendre. On assiste donc à une transformation de la relation médecin-malade devant l'émergence de ce savoir médiatique, dit « profane ».

Du modèle paternaliste, en passant par le modèle autonome promu par la loi dite Kouchner, et le modèle basé sur le partage des savoirs, le colloque singulier a fait l'objet d'une littérature scientifique objectivant l'évolution de la relation médecin-malade afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins dispensés. A travers les treize entretiens de patients picards relevant de la médecine générale, nous montrons qu'il n'existe pas un seul modèle de relation médecin-malade, mais que les modalités de ce colloque si singulier tendaient à se diversifier. En effet, il existe une multitude d'approches de la relation médecin-malade en fonction du type de pathologie rencontrée, mais également des connaissances des patients obtenues par le biais des médias. Cette modification de la relation entre le médecin et son patient existe à la fois par les mutations sociétales mais également de manière plus récente par la montée en puissance des médias ayant trait à la santé. On assiste donc à une nouvelle forme de configuration de ce colloque singulier, basé sur l'échange et la communication.

La finalité de ces recherches d'informations médicales obtenues par les médias réside, pour la majorité des patients interrogés, en la validation d'aval par leur médecin généraliste, qui demeure central et indispensable du point de vue du patient. Le lien de confiance ainsi établi avec le médecin, parfois fruit d'un long chemin parcouru ensemble ne se trouve pas bouleversé par l'intrusion des médias dans leur relations. Ainsi, en plein essor de la télémédecine, les rapports humains entre soignants et soignés restent primordiaux et le médecin généraliste demeure une figure incontournable en matière d'information médicale. De fait, même s'il semble évident que le médecin généraliste craigne l'impact des médias dans la relation avec ses patients, il a finalement plus à gagner à se servir de ce nouveau support d'informations. Cela permettrait de délivrer une information médicalement plus maîtrisée renforçant la confiance que les patients placent en leur médecin traitant, et donc de favoriser une coopération entre l'information de santé véhiculée par Internet et par les médias traditionnels pour couvrir l'intégralité de la réalité actuelle de l'information de santé.

Bibliographie

- ¹ G. CANGUILHEM, Nécessité de la vulgarisation scientifique. 1961.
- ² G.LAZORTHE, Sciences humaines et sociales : L'homme, la société et la médecine, 6ème édition. Paris, Editions Masson, 2000, p.
- ³ R. REY, La Vulgarisation médicale au XVIIIe siècle : le cas des dictionnaires portatifs de santé [Article], issu de la Revue d'Histoire des Sciences, Année 1991, Volume 44, Numéro 3, p 433.
- ⁴ Institut TNS-SOFRES, Baromètre Axa Prévention de la santé des français, [Internet] Juillet 2013, [consulté le 28/12/2016] disponible en ligne sur : <<http://www.tns-sofres.com/publications/barometre-axa>>.
- ⁵ Institut IPSOS pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Les conséquences des usages d'Internet sur les relations patients-médecins, [Internet], Avril 2010, [consulté le 25/11/2016], disponible en ligne sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sondage%20internet%20CNOM%202010_0.pdf>.
- ⁶ Institut IPSOS pour le compte Medelli/ MSD France, Usages et attentes des français à l'égard du digital en matière d'information sur leur santé, [Internet], 27/05/2016, [consulté le 23/11/2016], disponible en ligne sur : <<http://m.ipsos.fr/decrypter-societe/2016-05-27-usages-et-attentes-francais-l-egard-digital-en-matiere-d-information-sur-leur-sante>>.
- ⁷ Journal Officiel de la République Française, Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [Internet], [consulté le 20/11/2016], disponible en ligne sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr>>.
- ⁸ S. BERTAUX, L'enquête et ses méthodes : le récit de vie. 2ème édition. Paris, Editions Armand Colin, 2005.
- ⁹ A. BLANCHET, A. GOTMAN, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris, Nathan Université 2000, p. 97-168.
- ¹⁰ L. SAVOIE-ZAJC, L'entrevue semi-dirigée. En recherche Sociale : De La problématique à la collecte de données, sous la direction de B. GAUTHIER, Presse de l'Université du Québec, 1992, p. 263-285.
- ¹¹ H. FENNETEAU, Enquête : Entretien et questionnaire, Edition Dunod, Paris 2002, p. 128.

¹² L. JOVIC, L'entretien de recherche. Recherche en soins infirmiers, N°9, Juin 1987, p. 75-82.

¹³ A. BLANCHET, A. GOTMAN, L'entretien, 2ème édition, Editions Armand Colin, 2007, Coll. Sociologie, p. 128.

¹⁴ Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Rapport sur les consultations et visites des médecins généralistes, N°315, [Internet], Juin 2004, [consulté le 11/01/2017], disponible en ligne sur : <<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>>.

¹⁵ F. DESFORGES, Histoire et Philosophie : Une analyse de la notion de santé, Histoire, économie et société, Année 2001, vol 20, numéro 3, p. 291-301.

¹⁶ F. LIEBENS, M. AIMONT, B. CARLY, A. PASTIJN, S. SWIMBERG, S. ROZENBERG, M. DEGUELDRE, Interne, Presse, Médias : nouveaux éléments dans la communication médicale. 27^{èmes} journées de la SFSPM, Deauville, France, Novembre 2005.

¹⁷ G. VIGARELLO, Histoire des pratiques de santé, 1999, réédition de Le sain et le Malsain, santé et mieux être depuis le Moyen-Age, Paris, Ed Seuil, 1993, p. 416, Edition de poche : Seuil, collection « Point », 1999, avec un nouveau titre : Histoire des pratiques de santé.

¹⁸ CSA-GENERALI, Observatoire des femmes et de l'assurance, étude les femmes et la santé, Avril 2014, [consulté le 14/01/2017], disponible en ligne sur : <<http://institutionnel.generalali.fr/prevenir-plutot-que-guerir>>

¹⁹ L. BOLTANSKI, Les usages sociaux du corps. In : Annales. Economies, Sociétés, Civilisations. 26^{ème} année, N. 1, 1971, p. 205-233.

²⁰ E. REHANY, I. PARIZOT, S. LESIEUR, P. CHAUVIN, WHIST, une enquête Web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. Paris, INSERM UMR-S 707, Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3), [Internet], Novembre 2007, [consulté le 24/11/2016], disponible en ligne sur : <http://www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf>.

²¹ Haute Autorité de Santé, Internet un atout pour la relation médecin/patient, rencontre HAS 2-3 Décembre 2010, Paris, France.

²² N. PLETNEVA, S. CRUCHET, M-A SIMONET, M. KAJIWARA, C. BOYER, Evolution d'internet dans le domaine médical, [Article], Fondation Health On the Net, Genève, Suisse,

2012, [consulté le 16/12/2016], disponible en ligne sur :
<<https://www.hon.ch/Global/pdf/JFIM2011/UtilisationInternetHON.pdf>>.

²³ M. AKRICH, C. MEADEL, Internet, Tiers nébuleux de la relation patient-médecin, Presses de Sciences Po, N°29, 2010/4, p. 41-48.

²⁴ H. ROMEYER, La santé à la télévision, Questions de communication, 2007, N°11, p. 51-90.

²⁵ Louis Harris 2, pour le Comité Inter-associatif Sur la Santé, Rapport d'étude sur le baromètre des droits des malades, [Internet], Février 2012, [consulté le 02/01/2017] disponible sur :
<http://www.leciss.org/sites/default/files/120302_LH2pourCISS_BarometreDroitsMalades_Rapport2012.pdf>.

²⁶ Bremond A, Goffette J, Moumjid-Ferdjaoui N, Qui décide en médecine : entre obéir, consentir et s'accorder, Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants, [Internet], Novembre 2006, [consulté le 12/01/2017] disponible sur :
<<http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>>.

²⁷ T. PARSONS, The social System, New-York, Etats-Unis, Free Press, 1951.

²⁸ Le serment d'Hippocrate, [consulté le 15/01/2017], disponible en ligne sur :
<<https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>>.

²⁹ E. FRIEDSON, Profession of Medecine, New-York, Etats-Unis, Harper and Row (traduction française en 1984 : La profession médicale, Paris, ed Payot).

³⁰ Journal Officiel de la République Française, Loi n°2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, [Internet], [consulté le 28/11/2016], disponible sur :
<<https://www.legifrance.gouv.fr>>.

³¹ Journal Officiel de la République Française, Code de déontologie médicale, Décret n° 95-1000, 6 Septembre 1995 (articles 35 et 36), [Internet], [consulté le 28/11/2016], disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr>>.

³² Rapport et recommandations n°58 du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé : Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. Cahiers du CCNE 1998, N° 178, p. 3-22.

³³ M. AKRICH, C. MEADEL, Internet : intrus ou médiateur dans la relation patient/médecin?, Santé, Société et Solidarité, N°2, 2009, p. 87-92.

³⁴ C. FOURNIER, S. KERZANET, Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Santé Publique, 2007/5 vol.19, p. 413-425.

³⁵ P. ADAM, C. HERZLICH, Sociologie de la maladie et de la médecine, ed. Paris : Armand Colin, 2004, p. 74-90.

³⁶ S. CRAIPEAU, G. DUBAY, Enquêtes sur les sites Internet de santé, Telecom Ecole de Management, Evry, Septembre 2011, [consulté le 26/01/2017], disponible sur : <<http://telecom-em.eu/sites/default/files/CP22%20-%20etudeRsetsante.pdf>>.

³⁷ M. HARDEY, Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine, Sciences sociales et santé, Volume 22, N°1, 2004, p. 21-43.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretiens semi dirigés

- Présentation succincte de l'enquête.
- Anonymat de l'entretien, aucune identité ne sera dévoilée lors de l'analyse des résultats.
- Demande d'autorisation pour enregistrement vocal des entretiens dans le but d'une meilleure retranscription des résultats.

Les questions présentées ici seront probablement posées de cette manière mais le sens global pourra être abordé d'une manière ou d'une autre selon la relation enquêteur – enquêté qui s'établira.

Le patient interrogé (à but démographique)

- Sexe, âge.
- Lieu de résidence (rural, semi rural, urbain).
- Catégorie socio professionnelle, parcours professionnel, éducatif et social.

Les grands axes

Questions	Relances éventuelles
1) Pouvez-vous me décrire simplement la relation qui s'est établie entre vous et votre Médecin Généraliste ?	Expliquez-moi le déroulement de la consultation ? Décrivez-moi l'attitude de votre médecin, le discours qu'il emploie, les explications qui vous sont données ?
2) Quels sont les facteurs incitant votre recherche d'informations médicales autres que celles données par votre Médecin Généraliste ?	Quel est le but de votre recherche ? Suite à quel(s) évènement(s), ou non, votre recherche a-t-elle été effectuée ?
3) Par quels médias recherchez-vous des informations concernant votre santé, vos soins ?	

4) Lorsqu'il vous arrive de rechercher ces informations médicales par vos propres moyens, comment cela intervient-il lors de vos consultations avec votre Médecin Généraliste ?

Comment lui annoncez-vous ?

Comment réagit-il ?

Que pensez-vous du fait d'amener ces informations auprès de votre Médecin Généraliste ?

Que ressentez-vous, à votre avis, votre Médecin lorsque vous amenez de tels documents ?

5) En quoi ces informations médicales modifient-elles votre façon de consulter votre Médecin Généraliste ou d'utiliser le système de soins ?

Cela entraîne-t-il / a-t-il entraîné des modifications dans votre relation avec votre Médecin Généraliste tant de sa part que de la vôtre ?

Comment cela vous incite-t-il à consulter un spécialiste ou exigez-vous de votre Médecin Généraliste qu'il vous adresse à un spécialiste ?

6) De quelle manière pensez-vous qu'il faudrait améliorer la relation entre le Médecin Généraliste et son patient ?

De quelle manière pensez-vous qu'il serait possible de limiter l'influence des médias dans la relation entre vous et votre Médecin Généraliste ?

Que faudrait-il changer pour limiter cet impact des médias dans votre relation avec votre médecin ?

-
- Remercier le patient pour le temps passé et s'il le désire le tenir informé des résultats.

Annexe 2 : Grille d'analyse

A) LE PATIENT ET SON ENVIRONNEMENT

- 1) Versant socio-démographique
- 2) Représentation de la maladie par le patient

B) SAVOIR MEDICAL PAR LE MEDECIN GENERALISTE

- 1) Représentation par le patient du médecin généraliste
- 2) Confiance envers le savoir du médecin traitant
- 3) Compréhension du discours médical
- 4) Communication au patient

C) SAVOIR MEDICAL PAR LES MÉDIAS

- 1) Types de médias
- 2) Modalités de recherche, tri
- 3) Confiance, crédibilité
- 4) But de la recherche, avant ou après la consultation ?
- 5) Conséquences de la recherche

D) LA RELATION MEDECIN-MALADE

- 1) Représentation de la relation par le patient
- 2) Attente d'une relation médecin-malade par le patient
- 3) Les différents modèles de relation médecin-malade

E) INFORMATION MEDICALE DANS LA RELATION MEDECIN-MALADE

- 1) Intervention lors de la consultation

- 2) Réactions du médecin
- 3) Conséquences dans la relation médecin-malade : modifications?
- 4) Ressenti du patient
- 5) Limitation de l'influence des médias dans la relation médecin-malade

Médias, Médecin, Patient : une relation à haut risque ? Etude qualitative auprès de treize patients de médecine générale dans la région Picardie.

Contexte : L'essor médiatique au sujet de la santé a modifié le rapport au discours médical. Les différents supports médiatiques, dont Internet, figure essentielle, et l'évolution des droits au patient avec la loi du 4 Mars 2002, ont contribué à transformer la Relation Médecin-Malade (RMM).

Objectif : Le but de cette étude était d'appréhender les raisons qui incitaient les patients à rechercher des informations médicales via les médias et à rendre compte des effets de ces usages sur la RMM.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de patients picards a été menée entre Décembre 2016 et Février 2017. Les entretiens ont été retranscrits et analysés par thèmes.

Résultats : Treize entretiens ont été réalisés. Pour les patients, le médecin représentait le sachant, le discours était clair et le temps de communication satisfaisant. Le caractère non omniscient de cet omnipraticien et la communication incomplète pouvaient entraîner la recherche d'information par un autre moyen. Les patients souhaitaient un médecin disponible, compétent et en qui ils avaient confiance. Internet était le média favori, le but était de satisfaire une curiosité, avant la consultation pour obtenir des réponses rapides et préparer l'entretien, après la consultation dans un but de compréhension et de réassurance. Il n'y avait pas de modification de la RMM, si ce n'était d'apporter un savoir médiatique complémentaire.

Conclusion : Les informations obtenues via les médias concourent à une transformation de la RMM, en permettant un échange de savoirs mutuels, mais pour lequel le médecin généraliste reste un acteur central en matière d'information médicale.

Mots-clés : relations médecin-malade ; santé ; mass-média ; information en santé des patients et des usagers ; médecine générale.

Media, Physician, Patient : a high-risk relationship? Qualitative study of thirteen general medicine patients in the Picardie region.

Context : The rise of the media in the field of health has changed the relation to the medical discourse. The various media, of which the internet plays the prominent role, and the evolution of the rights of the patient following the law of March 4th, 2002 has contributed to the transformation of the physician-patient relationship (PPR).

Objective : The purpose of this study was to understand the reasons why patients sought medical information via the media and to account for the effects of these practices on the PPR.

Method : A qualitative study was carried out between December 2016 and February 2017 in a semi-directed interview of Picard patients. The interviews were transcribed and analysed by theme.

Results : Thirteen interviews were conducted. For patients, the physician represented the knowing, the language was clear and the communication time satisfactory. The non-omniscient character of this general practitioner and the incomplete communication could lead to the search for information through other means. The patients were looking for a physician who was available, competent and confident. The internet was the favourite medium, the goal was to satisfy their curiosity, before the consultation to receive prompt answers and prepare for the interview, and after consultation for the purpose of understanding and reassurance. There was no change in the PPR, apart from providing complementary media knowledge.

Conclusion : Information obtained through the media contributes to a transformation of the PPR, allowing mutual exchange of knowledge, but for which the general practitioner remains a pivotal actor in delivering medical information.

Keywords : physician-patient relationship ; health ; mass media ; Patient and user health information ; general medicine.