



HAL
open science

Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor (22) : étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit

Hélène Rouet

► **To cite this version:**

Hélène Rouet. Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor (22) : étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569568

HAL Id: dumas-02569568

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569568>

Submitted on 10 May 2021

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

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



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée par

Hélène ROUET

Née le 20/06/1989 à Villeneuve Saint Georges

« Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor (22) : étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit. »

Thèse soutenue à Rennes
Le 11/12/2019

Devant le jury composé de :

Christophe PARIS

PU-PH Médecine et Santé au travail CHU Rennes/
Président du jury

Alain CAUBET

MCU-PH Médecine et Santé au travail CHU Rennes /
membre du jury

Pierric RENAUT

Professeur Associé Médecine générale université de Rennes
1 / *membre du jury*

Alain LEGUERRIER

Professeur Émérite Chirurgie Thoracique et
Cardiovasculaire CHU Rennes / *membre du jury*

Marie-Odile TESSIER

Médecin généraliste, Cancale / *membre du jury*

Cédric GUILLARD

PH Urgentiste CH Yves Le Foll Saint Brieuc / *directeur de thèse*

Professeurs Des Universités

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE- GALIBERT	Marie- Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU- JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD- ROTUREAU	Marc- Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie

DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean- Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

ROBERT- GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean- Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean- François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur EMERITE	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-	Professeur EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie;

	François		addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean- Claude	Professeur EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur CONSULTANAT	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	Professeur EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur EMERITE	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur EMERITE	Maladies infectieuses; maladies tropicales

Maîtres de Conférences Des Universités

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC	Médecine générale
CORVOL	Aline	Associé MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	Associé MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

THIBAUT			
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-	Solène-	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
JACQUET	Florence		
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC	Médecine générale
		Associé	
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro	MCU-PH	Cardiologie
	Raphaël		
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse	Marie-	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LORNE	Clémence		
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

Monsieur le Professeur Christophe PARIS,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pierric RENAUT,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier.

Monsieur le Professeur Alain LEGUERRIER,

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger à ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur Alain CAUBET,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier.

Madame Marie-Odile TESSIER

Ce fut un tel honneur d'être ta dernière interne ! Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance, tes conseils et tout le reste. Merci de me faire l'honneur d'être jury pour cette thèse, j'en suis très touchée.

A mon directeur de thèse et ami, Monsieur Cédric GUILLARD,

Te choisir pour diriger ma thèse fut une évidence. La passion, le sérieux et la quantité de travail que je t'ai vu offrir à ta médecine lors de cette colocation à Saint Briec et depuis, ont éveillé mon admiration. Je te remercie d'avoir accepté cette difficile tâche de chaperon de thèse, de m'avoir encouragée et de m'avoir rassurée au cours de ce travail. Merci pour ton amitié, ainsi que celle de Charlotte et Adrien qui épanouissent ta vie d'homme désormais.

Aux patients,

Merci à ceux qui ont accepté de partager leurs témoignages et leurs émotions pour mon étude. Merci à ceux qui emplissent mon quotidien d'émotion, de difficultés, de réussites, d'amour, de colère, de connaissances, et de tant d'autres adjectifs depuis 12 ans maintenant.

Aux pharmaciens, aux préparateurs en pharmacies, aux biologistes et aux secrétaires,

Merci pour votre accueil bienveillant et enthousiaste, pour votre temps et pour l'aide que vous m'avez apportée dans ce travail.

Aux internes de Santé Publique de Rennes,

Merci pour votre aide, votre temps et vos bons conseils !

A mes correcteurs,

Sylviane, Cynthia, Olivia, Nelly, Claire, merci d'avoir pris le temps de lire et relire ces pages emplies de fautes, ce n'était pas travail aisé. Merci infiniment.

A vous tous, qui avez croisé mon chemin quelques secondes ou bien des années. Chaque rencontre, chaque partage, vous m'avez chacun offert un petit bout de vous et nos échanges, nos liens, nos amours, nos émotions ont contribué à faire qui je suis. Sachez que vous avez tous votre importance dans ma vie, ma personnalité et mon cœur. Merci d'avoir participé à ma construction et merci de continuer à ouvrir mon esprit.

A mes parents, à mon frère,

A chaque étape de la vie, votre soutien et votre amour m'ont accompagnée. Maman, Papa, merci pour l'éducation que vous m'avez offerte et qui m'a transmis les plus belles valeurs de la vie : le respect, la bienveillance, le partage, la gentillesse et l'Amour. Fabien, je suis heureuse de tes nouveaux projets avec Caroline, j'attends avec impatience de partager ces moments futurs de nos vies d'adulte ! Une pensée pour ma Vanille, « mon chat d'amour à la crème fraîche », qui a passé ces 6 dernières années de vie sur mes bouquins ou sur mes genoux pendant ces longues heures d'apprentissage.

A ma famille de sang et de cœur, de Bretagne et d'ailleurs,

Merci d'être là, pour les bonnes et les mauvaises nouvelles, pour le partage, pour les fêtes, les anniversaires, les joggings du dimanche matin, et tant d'autres !

A mes colocs et la team jouanaise, Maiko Cara et Odile, Carmen et Bianca, Kenya et Venise,

Que la vie est plus douce depuis notre rencontre en mai 2017 ! Merci pour l'ouverture d'esprit, les découvertes, les soirées plaid-tisane-feu de cheminée, les folles soirées et les folies de la coloc de l'amour. Merci pour le soutien, les pleurs, le réconfort rhum-arrangé-réunionnais, les défis trail du Glazig, le potager, nos amours d'animaux. Merci d'être vous, d'être nous avec nos défauts, mais toujours avec notre sincérité. Vivre avec vous depuis un an est si enrichissant, je sais que nos projets vont évoluer et que nous allons prendre des chemins différents ces prochains mois/années, mais j'espère que notre amitié et nos envies de vie communes dans un futur plus ou moins proche en seront renforcées ! Je ne m'imagine pas vivre mes concours de déambulateur sans vous ! Je vous aime.

A mes co-externes, mes co-internes,

Merci pour avoir partagé ces longues années d'étude, de formation, de doute, de médecine. Chaton, mon âme sœur de médecine, je t'admire, sache-le ! Une pensée particulière pour ma coexterne de ma vie Julie, mon premier co-interne Adrien, et Thomas duo d'endoc de choc !

Aux médecins,

A vous dont j'ai croisé le chemin au cours de ma formation. Merci pour ce que vous m'avez enseigné, pour votre sympathie ou non, pour votre bienveillance ou non, pour votre humanité ou non, vous avez contribué à être des modèles auxquels je veuille ressembler ou bien le contraire. Valérie et Benoit, j'adore la façon dont vous êtes médecins, vous m'avez confortée dans mon choix de médecine générale et vous m'avez appris à avoir confiance en moi, je vous en suis tellement reconnaissante, merci. Oana, merci de m'avoir reconciliée avec la médecine hospitalière dans ce service si humain où ton amour et ta douceur engendrent une si belle ambiance de travail ; un service dans lequel la priorité est aux soins du patient.

A mes amis, je vous aime, vous le savez !

Un petit mot particulier... Elo et Gregou merci de m'avoir offert ce rôle que je chéris tant : être la marraine de votre fils, Loann ! Lulu tu as été ma première confidente, tu m'as secoué pour que je m'en sorte, je suis en vie ; merci. Axelle ta folie assumée est si belle, merci de m'y avoir initiée ! Oliviou d'amour, je t'aime. Mi titoun et Antoine, pour l'amitié et les bouffées d'air, de délire, de jeux, de marche ! Merci. Estelle, merci pour ton soutien et nos fous rires à Varennes et ailleurs.

Adrien,

Mon amour, je suis impatiente de découvrir ce qui nous attend pour toi, pour nous, pour nous avec ta fille. Bienvenue à ta famille dans mon monde !

« Je pense que le médecin doit être complice des défauts de son patient » (EB)

« Résoudre un conflit c'est chercher un nouvel ajustement créatif
dont chacun puisse espérer un mieux-être. »
Dominique PICARD & Edmond MARC « Les Conflits Relationnels »

Table des matières

Professeurs Des Universités	2
Maîtres de Conférences Des Universités	7
Remerciements	9
Résumé en français	14
Abstract	15
Liste des mots clés	16
Liste des abréviations	17
Introduction	18
Matériels et Méthodes	20
A. Définitions	20
B. Critères d'inclusion, d'exclusion.....	20
C. Taille de l'échantillon.....	20
D. Stratégie d'échantillonnage Procédure de recrutement	20
E. Les entretiens.....	22
F. Traitement et analyse des données	22
G. Cadre réglementaire de l'étude	23
Résultats	24
A. Entretiens réalisés et saturation des données.....	24
B. Caractéristiques de l'échantillon	24
1. Sexe et âge	24
2. Situation matrimoniale	25
3. Répartition géographique	25
4. Catégorie socio-professionnelle	26
5. Profils médicaux	26
C. Le profil des médecins concernés par l'insatisfaction	26
D. Causes d'insatisfaction	27
1. Les causes relationnelles	27
2. Les causes de compétences.....	28
3. Les causes de manquement au devoir du médecin	29
4. Les causes administratives.....	30
D. Les émotions du patient face à ces situations.....	31

E. L'impact sur la relation médecin-patient.....	32
F. Les comportements des médecins décrits au travers du regard du patient.....	33
G. Suggestions d'amélioration	35
Discussion.....	37
A. Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude	37
B. Discussion des résultats.....	40
1. Les causes d'insatisfaction	40
2. Le ressenti des patients	41
3. Le retentissement de l'insatisfaction	43
4. Les facteurs prédisposant aux conflits.....	45
5. Lacunes de l'éducation à la santé	47
C. Ouverture.....	49
Conclusion	51
Conflits d'intérêt.....	52
Bibliographie	53
Annexes.....	57

Résumé en français

Contexte/ Objectif : La relation médecin patient peut être conflictuelle. Les Côtes d'Armor est le département breton où les médecins déclarent le plus d'incidents. Notre étude a pour but de connaître les causes de mécontentement ainsi que le ressenti des patients dans les situations où ils sont insatisfaits du médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative par entretien semi dirigé auprès de patients insatisfaits recrutés au sein de laboratoires d'analyses médicales et de pharmacies des Côtes d'Armor entre février et avril 2019.

Résultats : 23 patients ont été analysés. Les causes d'insatisfaction principales étaient le manque d'écoute, d'empathie et le comportement de supériorité du médecin envers le patient. Les patients ressentaient majoritairement de la colère. La rupture de suivi au décours était fréquente. Les patients n'évoquaient que rarement leur mécontentement à leur médecin. D'après eux, la qualité relationnelle était le principal facteur influençant les conflits et il serait nécessaire, pour une relation médecin-patient efficiente, d'acquérir des compétences psychosociologiques et d'avoir une meilleure gestion du temps.

Conclusion : Le mécontentement dans la relation médecin-patient est le résultat de l'enchevêtrement de plusieurs insatisfactions et amène le patient à ressentir de nombreuses émotions négatives pouvant entraîner des conflits. La démographie médicale actuelle, le système de santé et l'individualisme de chacun influent sur cette recrudescence de conflits. Une éducation à la santé dispensée à la population pourrait être un bon moyen de pallier les incompréhensions médecin-patient.

Abstract

Background / Aim : The doctor / patient relation could be conflict. The Côtes d'Armor is the Breton department where the doctors report the most incidents. Our study has for goal to know the causes of the discontent as well as the patients feeling in situations they are dissatisfied of their general practitioner.

Method : We realized a qualitative study by semi-directed interview between February and April 2019 with dissatisfied patients recruited in medical analyzes laboratories and pharmacies of the Côtes d'Armor.

Results : 23 patients have been analyzed. The main causes of dissatisfaction were the lack of listening, empathy and superior behavior of the physician towards the patient. Most patients felt anger. The break in follow-up was frequent. Patients rarely mentioned their dissatisfaction to their doctor. According to them, relational quality was the main factor influencing conflicts and it would be necessary, for an efficient doctor-patient relationship, to acquire psychosociological skills and to have better time management.

Conclusion : Discontent in the doctor-patient relationship is the result of the tangle of several dissatisfactions and causes the patient to feel many negative emotions that can lead to conflict. The current medical demography, the health system and the individualism of every one influence this recrudescence of conflicts. A health education given to the population could be a good way to overcome the doctor-patient misunderstandings.

Liste des mots clés

Insatisfaction, mécontentement, relation médecin-malade, plainte, conflit, patient

Dissatisfaction, disappointment, doctor-patient relationship, conflict, patient

Liste des abréviations

ACS Aide au paiement d'une Complémentaire à la Santé

ALD Affection Longue Durée

CMU Couverture Maladie Universelle

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP Comité de Protection des Personnes

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LAM Laboratoire d'Analyse biologique Médicale

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

ZIP Zone d'Intervention Prioritaire

ZAC Zone d'Action Complémentaire

Introduction

La relation médecin-patient est complexe et peu enseignée durant les études médicales. Cette relation influence de manière significative la santé du patient et du médecin ainsi que l'adhésion thérapeutique du patient. « La communication patient-médecin est une interaction interpersonnelle complexe qui nécessite une compréhension de l'état émotionnel de chaque partie »(1). Elle évolue au fil des consultations, diffère selon chaque patient et oblige le médecin à adapter son discours et sa manière de procéder à chaque nouvelle consultation. Malgré les efforts de chaque partie, médecin et patient, «la relation entre malade et médecin [serait] souvent insatisfaisante, voire malheureuse» (2). Afin d'être un « bon » médecin, et surtout dans la spécialité de médecine générale, il est nécessaire d'avoir une bonne maîtrise de la relation avec son patient.

Lors d'échanges de pratiques pendant le cursus des études médicales, nombre de médecins généralistes en formation rencontrent des difficultés relationnelles, qu'elles soient auprès des patients, de leur famille ou même auprès des confrères. Dans de nombreux cas, les réactions du patient sont incomprises, et de ces incompréhensions découle un mécontentement.

La satisfaction du patient, définie comme une expérience émotionnelle agréable, constitue l'un des critères déterminants de la qualité des soins. Elle représente un facteur prédictif d'une meilleure adhésion thérapeutique (3).

Avec l'essor d'internet, nous pouvons lire de nombreuses plaintes émises par la population à propos des médecins généralistes, « les plaintes [étant] des déclarations sur des attentes qui n'ont pas été satisfaites » (4). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) reçoit les plaintes, les doléances et les déclarations d'incident aussi bien en provenance des médecins que des patients (5). Les Côtes d'Armor est le département breton qui dénombre le plus de cas d'agression rapportés par les médecins.

Plusieurs travaux ont étudié la relation médecin-patient en s'intéressant à la vision et aux ressentis du médecin (6, 7, 8, 9) mais peu d'études se sont penchées sur l'insatisfaction des patients envers leur généraliste. Seules quelques « pistes » indirectes ou travaux de thèses s'y sont intéressés (10, 11, 12).

Un article sur Le Quotidien du Médecin pose la question suivante : « À quoi pensent les malades dans votre salle d'attente ? Que disent-ils à leurs amis en sortant du cabinet médical ? Difficile de percer ce secret. C'est bien dommage car il pourrait être un indicateur des bonnes (ou des mauvaises) relations des patients avec leur médecin. » ; hélas l'article n'a pas réussi à y répondre autrement que par le rapport de citations de patients (13).

Pour cette étude, nous avons voulu étudier les causes de mécontentement des patients ayant vécu une situation d'insatisfaction au décours d'une consultation ou d'un suivi avec un médecin généraliste des Côtes d'Armor afin de connaître leurs ressentis et de mieux appréhender leur point de vue.

L'objectif secondaire était de permettre une meilleure compréhension des facteurs influençant le conflit.

Matériels et Méthodes

A. Définitions

Nous avons réalisé une étude qualitative transversale par entretiens semi dirigés auprès de patients volontaires au sujet d'une situation d'insatisfaction qu'ils ont vécue envers un médecin généraliste, quelle qu'en soit l'issue. Les entretiens ont été menés entre le 1^{er} février 2019 et le 26 avril 2019 sur le territoire des Côtes d'Armor.

B. Critères d'inclusion, d'exclusion

Les patients devaient être majeurs et avoir vécu une situation d'insatisfaction auprès d'un médecin généraliste. Les patients non francophones, malentendants, souffrant d'un trouble du langage ou d'une désorientation temporo-spatiale ont été exclus de l'étude pour éviter, entre autre, les biais de traduction et d'interprétation.

C. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'était pas définie par avance, le recrutement devant s'arrêter dès lors que la saturation des données était atteinte, soit lorsque 2 entretiens consécutifs n'apportaient pas de nouvelles données par rapport aux entretiens précédents.

D. Stratégie d'échantillonnage Procédure de recrutement

Les patients ont été recrutés au sein de pharmacies et de laboratoires de la région des Côtes d'Armor. Le territoire est divisé d'après l'ARS (Agence Régionale de Santé) en 3 zones selon la qualification de territoire vie-santé : ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire) en rouge, ZAC (Zone d'Action Complémentaire) en orange et Zone Vigilance en blanc (14)

- **les ZIP** : elles représentent 10 % de la population (soit une augmentation significative de la population couverte puisque les zones prioritaires du zonage 2014 représentaient 5,5 % de la population) et seront éligibles à l'ensemble des aides (aides de l'ARS, aides conventionnelles de l'assurance maladie, aides des collectivités territoriales, aides fiscales) ;

- **les ZAC** : elles sont éligibles aux aides de l'ARS et aux aides des collectivités territoriales;
- **les Zones de Vigilance** : elles sont non éligibles aux aides à l'installation mais peuvent bénéficier d'un accompagnement dans la mise en place d'un exercice coordonné pluri-professionnel.

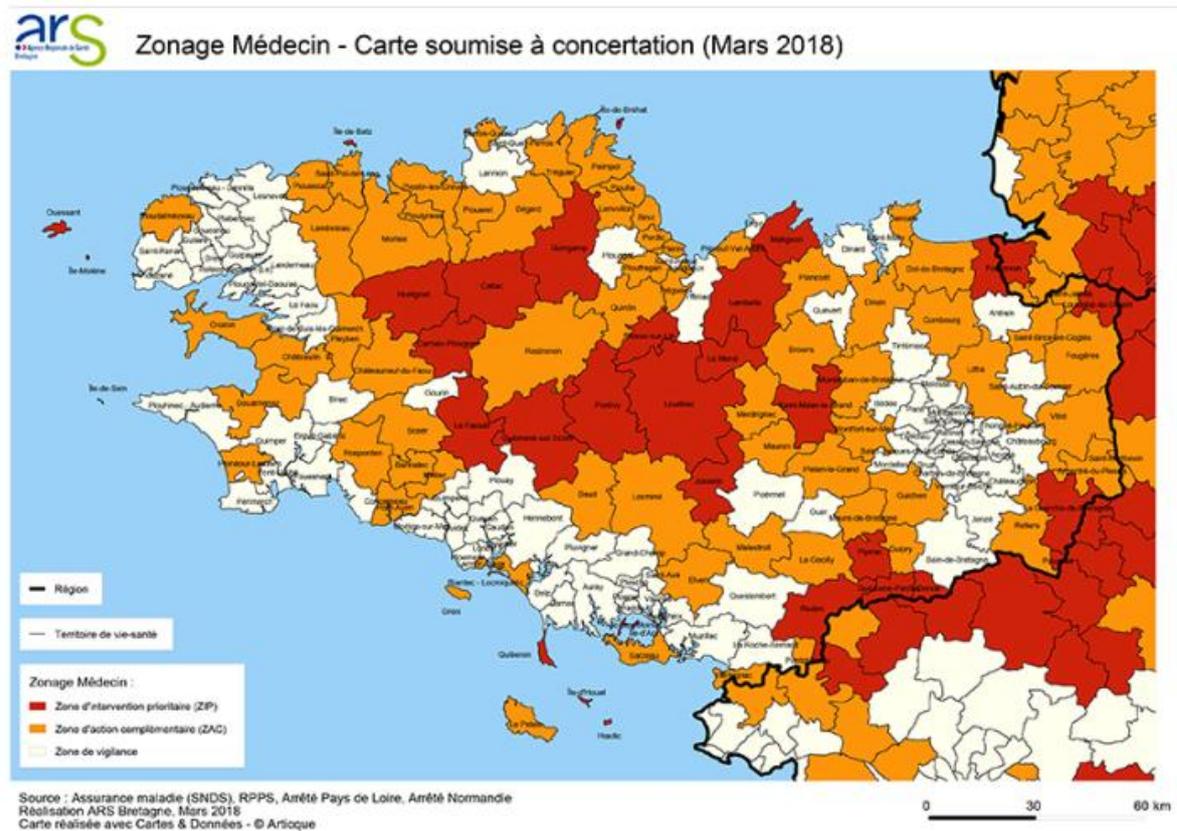


Image 1 Carte de zonage des médecins en Bretagne (14)

Une ville par zonage (rouge, orange puis blanche) a été tirée au sort. Dans chaque ville le lieu a été contacté par téléphone dans l'ordre d'apparition des pages jaunes : tout d'abord le laboratoire d'analyse biologique médicale (LAM) puis les pharmacies si inexistence ou refus du laboratoire. Le lieu devait disposer d'une salle où je puisse réaliser les entretiens en toute confidentialité. Sur chacun des lieux, je me suis rendue une demi-journée, dans l'objectif de réaliser 2 entretiens. J'ai remis aux patients une lettre informative du travail de thèse dans les salles d'attente (Annexe 1), soit nous leur avons expliqué oralement le sujet de l'étude. Suite à cette information les patients volontaires ont réalisé l'entretien.

E. Les entretiens

Le guide d'entretien, présenté à l'Annexe 2, a été élaboré avant l'enquête, sur la base des premières recherches bibliographiques (15), (16), (3), (17), (7), notamment à partir du score EUROPEP qui traite de la satisfaction des patients (18). Son introduction pré rédigée rappelait le sujet de l'étude et les modalités d'enquête pour recueil d'un consentement oral. Puis, elle invitait les patients à s'exprimer sur une situation d'insatisfaction qu'ils avaient eux-mêmes vécue, de préférence récente ou éprouvante, auprès d'un médecin généraliste. L'entretien suivait une trame de questions ouvertes avec relances et clarifications, visant à explorer le contexte, les ressources et attitudes du patient, ainsi que les conséquences de l'insatisfaction. L'accent était porté sur le ressenti du patient face à cette situation. La conclusion lui permettait d'ajouter une réflexion personnelle sur le sujet.

Une pré-enquête a été réalisée en janvier 2019 auprès de 4 patients « test » pour évaluer la pertinence du guide d'entretien. Celui-ci a finalement été réadapté au décours des entretiens (reformulation des questions pour obtenir des questions ouvertes et engendrer une meilleure liberté d'expression pour le patient).

Les entretiens ont été réalisés par la thésarde par conversation en face à face et ont été enregistrés via l'enregistreur du Smartphone.

F. Traitement et analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit textuellement sur Microsoft Word par la thésarde, en incluant des données paralinguistiques entre parenthèses. Les entretiens ont été renommés sous une lettre de l'alphabet, par ordre chronologique de réalisation (EA, EB ...). Les données pouvant nuire à l'anonymat ont été discrètement modifiées sans en perdre la signification : une date remplacée par une durée, la dénomination d'un métier rendu plus évasif, les prénoms modifiés, les lieux ou noms retirés et signifiés par des crochets.

L'analyse des données a été réalisée sur Excel. Nous avons choisi, après concertation auprès des internes de santé publique de la faculté de Rennes, cette méthode d'analyse qui paraissait plus abordable que les logiciels de type NVivo pour les petits effectifs. Après chaque entretien une analyse et une autocritique ont été réalisées afin d'améliorer l'entretien suivant et d'agrémenter le guide d'entretien. Après chaque nouvelle donnée mise en évidence, une recherche bibliographique a été réalisée.

Enfin, une analyse thématique transversale des résultats a été effectuée. Il s'agit d'une méthode d'analyse « principalement descriptive » qui vise à « cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement » (19). Chaque thème est associé aux extraits de témoignages qui ont la même unité de signification.

G. Cadre réglementaire de l'étude

Après avis auprès de Mme COAT Kristell, Assistante de Recherche « Etudes Non Interventionnelles » du CHU de Rennes, et selon les textes de loi, cette étude qualitative ne requiert pas d'avis favorable du CPP (Comité de Protection des Personnes) ni du CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Le consentement oral du patient a été recueilli lors de chaque recrutement et en début d'entretien. L'anonymat était garanti par l'anonymisation des données.

Résultats

A. Entretiens réalisés et saturation des données

24 entretiens ont été réalisés mais 1 entretien a été exclu car le patient avait refusé l'enregistrement et la prise de notes (homme entre 30 et 50 ans, enseignant), soit 23 entretiens analysables.

La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes (minimum 3'46 et maximum 49'39).

Pour atteindre la saturation des données, 10 lieux de recrutement ont été nécessaires :

- **2 LAM et 2 pharmacies en zone blanche** : LAM de Plérin, LAM de Yffiniac, pharmacie Videment à Saint Briec, pharmacie Ledoyer à Erquy
- **1 LAM et 2 pharmacies en ZIP** : LAM de Lamballe, pharmacie Brotelade de Loudéac, pharmacie Troussard à Callac,
- **1 LAM et 2 pharmacies en ZAC** : LAM de Ploufragan, pharmacie Barbe Douard à Broons et pharmacie Gillouard à Bégard.

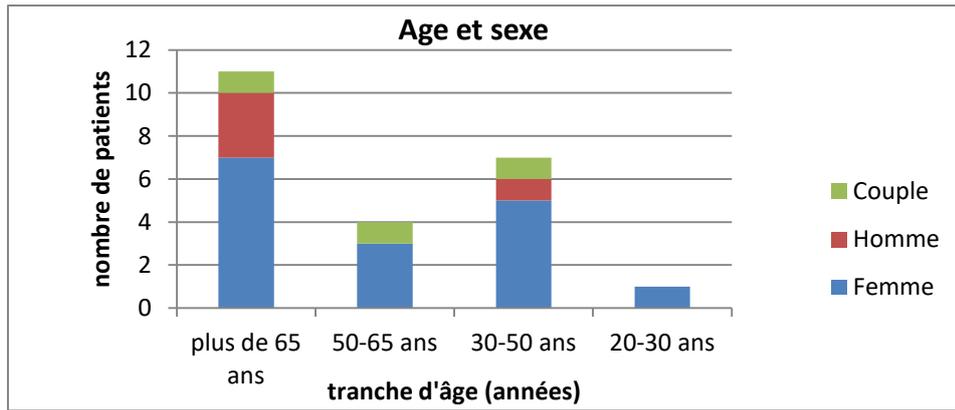
1 LAM de ZAC, 1 pharmacie de ZAC et 1 pharmacie de ZIP ont refusé d'être lieu de recrutement (1 LAM à Lannion, 1 pharmacie à Bégard, 1 pharmacie à Rostrenen).

En moyenne, 2 entretiens ont été réalisés par lieu de recrutement. 1 lieu n'a permis le recrutement que d'un seul patient. 2 lieux ont recruté 3 patients chacun, le 3^{ème} patient s'étant manifesté pendant la réalisation du 2^{ème} entretien. Un lieu a permis de réaliser 4 entretiens, le premier non réalisé jusqu'au bout à cause des contraintes horaires de la patiente et le 4^{ème} entretien recruté par le personnel du lieu de recrutement et très intéressé pour participer.

B. Caractéristiques de l'échantillon

1. Sexe et âge

Les 23 entretiens retranscrits concernaient 16 femmes, 4 hommes, et 3 couples. Pour ces derniers, la situation de désaccord évoquée était survenue alors qu'ils consultaient ensemble et concernait la santé de l'un d'eux. Les patients étaient âgés de 27 à 72 ans.



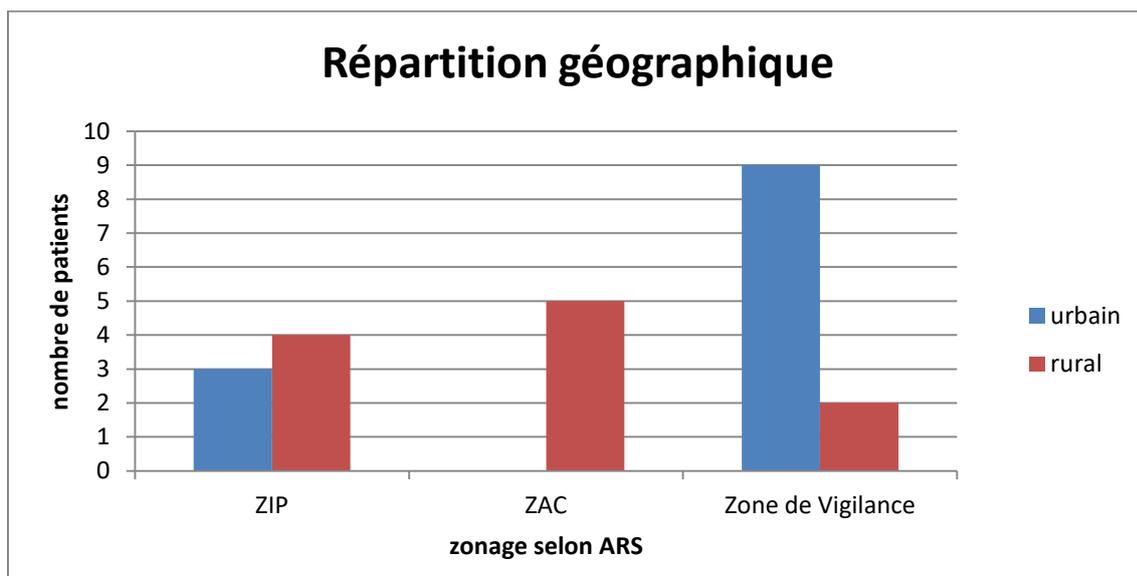
Graphique 1 : Nombre de patients en fonction de leur tranche d'âge

2. Situation matrimoniale

15 des patients étaient en couple sans enfant à charge dont 10 avaient plus de 65 ans. 5 étaient en couple avec des enfants à charge, 2 étaient célibataires sans enfant et 1 était célibataire avec 2 enfants à charge.

3. Répartition géographique

12 patients habitaient en milieu rural et 11 en milieu urbain, dont 11 en zone blanche, 5 en ZAC et 7 en ZIP. Concernant les lieux de recrutement : 6 se trouvaient en milieu urbain et 4 en milieu rural.



Graphique 2 : Répartition géographique de la population en nombre de patients en fonction du zonage ARS (ZIP, ZAC, Zone de Vigilance) et de leur habitat (urbain ou rural)

4. Catégorie socio-professionnelle

Plusieurs catégories professionnelles, selon les classes répertoriées auprès de l'INSEE (20), étaient représentées : 6 ouvriers, 6 professions intermédiaires de santé, 3 cadres, 2 commerçants, 1 chef d'entreprise, 1 ingénieur, 1 artisan et 3 données manquantes (l'un n'a pas voulu donner l'information, une donnée n'a pas pu être récupérée car l'entretien a été écourté par un rendez-vous et une donnée est manquante).

5. Profils médicaux

9 patients étaient en ALD, 2 en invalidité, 1 en arrêt de travail.

4 patients déclarent avoir des problèmes d'ordre non médical au moment du mécontentement : problème d'ordre familial, conflit avec les enfants ou la belle famille, et l'un déclare un problème professionnel.

C. Le profil des médecins concernés par l'insatisfaction

Comme 3 patients ont décrit des situations d'insatisfaction auprès de 2 médecins différents, 26 médecins différents ont été évoqués au cours des 23 entretiens.

Les médecins généralistes concernés étaient 16 hommes et 10 femmes. 13 travaillaient en cabinet de groupe, 10 seul, 1 en MSP. 2 données sont manquantes.

Les durées de suivi, présentées dans le tableau 1, étaient très variables s'étendant d'une unique consultation à 40 ans de suivi.

durée de suivi	nombre de patients
Moins de 1 an de suivi	5 (dont 4 avec 1 seule consultation)
Entre 1 et 5 ans	10
Entre 5 et 10 ans	0
Entre 10 et 20 ans	6
> 20 ans	3

Tableau 1 : Répartition du nombre de patient en fonction de la durée de suivi avec le médecin concerné par l'insatisfaction.

Quatre des médecins exerçaient une activité supplémentaire en dehors de l'activité de médecine générale : acupuncture (EA), médecin pompier (EH), activité associative non médicale (EI), homéopathe (EK).

D. Causes d'insatisfaction

Les causes d'insatisfaction se regroupaient en 4 grandes catégories :

- l'insatisfaction concernant le relationnel entre le médecin et le patient
- l'insatisfaction liée à une remise en cause des compétences
- l'insatisfaction liée à une mauvaise gestion administrative
- l'insatisfaction liée à un manquement du devoir du médecin.

Seuls 5 patients exprimaient un mécontentement portant sur une catégorie unique : 3 patients évoquaient une cause relationnelle et 2 patients évoquaient un manque de compétence. Pour les 18 autres, l'insatisfaction résultait d'événements entremêlant ces 4 catégories.

20 patients ont été insatisfaits pour cause relationnelle, 17 pour cause de compétence, 8 pour cause de manquement au devoir du médecin et 5 pour cause administrative.

1. Les causes relationnelles

Dans le relationnel, le **manque d'écoute et d'empathie** étaient les causes de mécontentement les plus fréquemment cités, respectivement pour 8 et 6 patients. Pour 12 et 7 des patients, ces causes ont été citées lors des suggestions pouvant améliorer la relation médecin-patient dans le but d'éviter les conflits.

Un des éléments souvent mis en avant - dans 6 cas - était le sentiment que le médecin se plaçait dans une **position de supériorité** vis-à-vis des patients. Le patient EN racontait : « Ils se croient supérieurs scientifiquement », « avec un ton autoritaire ! C'est comme ça et puis j'en sais plus que vous ! ». Les patients parlaient « d'étalage de science » (EP), « de blindage de connaissance médicale » (ER) et racontaient que le discours était rapidement stoppé par des phrases type « c'est moi qui [suis] le médecin, c'est moi qui décide » (EQ).

D'après plusieurs patients, les médecins émettaient un **jugement personnel** et non médical sur la santé ou la vie personnelle des patients. L'un d'entre eux, EB, rapportait des propos moralisateurs du médecin : « c'est-à-dire qu'il ne fallait pas fumer, fallait pas boire

(énumère avec ses mains), fallait boire de l'eau, fallait faire du sport, fallait aller marcher tous les jours ». L'une, EO, évoquait un jugement hâtif sur la situation de son mari, alors que la relation médecin-patient existante était de bonne qualité et que le médecin connaissait bien le patient (suivi long) « il avait été un peu sec, comme si que mon mari tirait un peu au flan ». Un autre, EP, décrivait son médecin comme « obtus ».

Un excès de **familiarité** était reporté par 3 patients. L'une, EY, racontait une blague faite par le médecin lors du 1^{er} avril : celui-ci se serait déguisé avec un masque de gorille et se serait amusé à surprendre ses patients en salle d'attente, elle décrivait également l'utilisation de mots vulgaires ainsi que des propos misogynes. Le patient EF évoquait l'attitude particulière de son médecin envers les femmes : « Je ne laisserai pas ma femme y aller seule [...] la femme est un être inférieur on va dire ». Le tutoiement augmentait ce ressenti.

Une relation impersonnelle ou **distante** était source d'insatisfaction chez les patients, comme pour le patient EB : « c'était la froideur ».

Enfin, une cause d'insatisfaction - et pas des moindres – fréquemment citée au cours des entretiens mais plutôt au second plan était que **l'intérêt financier** passait avant la santé du patient et que cet intérêt créait une distance dans la relation et la confiance envers le médecin. Nous pouvons citer les exemples suivants : EQ : « elle est là juste pour l'argent, c'est pas pour ma santé », EP « La médecine ce n'est plus le serment d'Hippocrate qui est porté c'est le serment d'hypocrite. C'est : « Tu réclamera la carte vitale à chaque consultation ».

2. Les causes de compétences

Lors de certaines consultations et de certains suivis, les patients étaient amenés à remettre en question les compétences du médecin.

Les 2 causes les plus fréquemment citées ont été : l'**erreur** ou le **retard diagnostic** (pour 5 patients) et un **examen clinique jugé insuffisant** (pour 5 patients). En voici quelques extraits :

- EH : « ce qui nous a étonné, c'est que voilà, une jeune interne, tout de suite pose les bonnes questions et trouve tout de suite la maladie », « c'est quand même pas une maladie orpheline »

- EK : « Mon problème [...] c'était un truc d'hypotension [...] Vous ne m'avez même pas pris ma tension ! » ; EA « il faut peut-être prendre la tension ? Ben vous pouvez aller chez le pharmacien la faire prendre »
- EP : « il ne s'est pas du tout occupé de ma pathologie pour laquelle je venais consulter », pas d'examen clinique

En deuxième temps étaient évoqués la prescription d'un **traitement inadapté** ou inefficace, un **manque de suivi** au décours de la consultation et un **manque d'approfondissement**. Quelques citations :

- EQ : la médecin prescrit pour avoir un renouvellement tous les 1 à 2 mois, rythme trop fréquent selon la patiente, surtout que lors des consultations il n'y a pas de remise en question de l'efficacité des traitements, « je peux comprendre si j'étais bien consulté »
- EA : « il ne suivait plus très bien », « un manque de sérieux dans son travail »
- EG : « si y'a rien sur les examens, elle va pas chercher plus loin »
- EM : « il a fallu que je réclame pour avoir des séances de kinésithérapie/ pour analyses biologiques »
- ES : « manière protocolaire de prescription, le médecin pense que sa clientèle attend ça donc prescription à la demande, antibiotique facile »
- EC : « j'ai vérifié toutes les notices », cette patiente raconte que le médecin a prescrit un médicament non compatible avec ses antécédents

Les compétences du médecin étaient également remises en question lorsque ce dernier semblait **douter de ses décisions** - que ce soit à propos d'un diagnostic ou d'une prescription d'examens complémentaires - ou bien lors de maladresse dans le discours. Une des patientes estimait que sa médecin avait recours directement au spécialiste avant même d'essayer des examens ou des traitements : EQ : « oh je ne sais pas, il faut que vous alliez au spécialiste ».

3. Les causes de manquement au devoir du médecin

Les patients signalaient des entorses au devoir du médecin : refus de soins, délai d'attente, anti-confraternité, oubli de transmission d'information aux confrères, présentation physique et propreté des lieux d'accueil.

Les patients interrogés racontaient des situations de **refus de soins** à la suite du jugement du médecin que ce soit sur leur croyance, leurs antécédents ou leur style vestimentaire. Le patient EF rappelait que « quand vous prêtez serment en théorie vous devez

soigner n'importe qui et [...], que la personne est de l'argent ou non, qu'elle ait une sécu pas de sécu, qu'elle soit alcoolique, qu'elle soit droguée, qu'elle soit n'importe quoi ». Ce même patient racontait le refus de soins du médecin après lui avoir annoncé son antécédent d'alcoolisme : « au bout d'un moment il se lève et puis il dit et ben moi je ne vous soigne pas [...] Ah non les patients comme vous je n'en veux pas », de plus le médecin avait demandé la carte vitale afin d'être rémunéré alors qu'il venait de refuser de soigner le patient. Pour une autre patiente, EL, le refus avait fait suite à l'annonce d'une toxicomanie active, la médecin lui avait répondu ainsi : « ici on ne veut pas des toxicos ».

Le **temps d'attente** malgré la prise de rendez-vous était souvent décrié par les patients. EQ : « En plus quand vous êtes là, oui, souvent j'attends 30 min, 45min, 1h »

Une autre cause d'insatisfaction naissait de la sensation que le médecin ne prenait pas en charge le patient dans sa **globalité** et qu'il fallait prendre un rendez-vous différent pour chacun des symptômes. Par exemple, le patient EQ nous a dit : « tu as le droit à une maladie à chaque visite ».

La patiente EU nous racontait quant à elle que le médecin généraliste de sa belle-mère avait refusé de les recevoir en consultation malgré le rendez-vous programmé et qu'il les avait congédiés, elle et son mari, dans la salle d'attente devant les autres patients.

Une autre patiente, EI, racontait la remarque anti-confraternelle de son médecin : « Si vous avez fait le choix d'écouter ce charlatan, je ne vous suis plus »,

Par ailleurs, selon certains patients, la bonne tenue vestimentaire du thérapeute et la propreté du cabinet feraient partie des obligations du médecin. Un des patients avait été incommodé par le port de la blouse par le médecin généraliste. Citons : EB : « avec sa petite blouse blanche [...] on aurait dit un médecin de 1900 », et EW : « le médecin vapote pendant la consultation ».

4. Les causes administratives

Quelques patients dénonçaient des difficultés administratives auprès des médecins généralistes. Voici quelques extraits de leur histoire :

- EI : « J'ai demandé à avoir mon dossier médical [...] que j'ai eu énormément de mal à avoir. [...] j'y suis depuis l'enfance. [...] J'ai eu quoi ?? 10 lignes »

- EK : « ils sont devant leur ordinateur »
- EH : « Et donc je suis allé la voir, difficilement, parce que bon sur son cabinet il n'y avait pas d'horaires, des jours de présence, des heures de présence, des heures de ci, alors je suis allée plusieurs fois, « ben non elle n'est pas là. Ah bon ? Elle est chez les personnes âgées ». Bon c'est tout. J'ai dit à la secrétaire : vous ne pouvez pas mettre un petit écriteau là sur votre porte pour que les gens sachent au moins quand le docteur est présent ? Ça faciliterait beaucoup les choses. »

D. Les émotions du patient face à ces situations

Parfois, le patient ne comprenait pas les réactions, les dires et attitudes du médecin, comme la patiente EL : « j'ai trouvé ça hallucinant », « j'étais choquée, perturbée ». Face à cette incompréhension, les patients ressentait différentes émotions, citées dans le tableau 2.

Emotion	Nombre de patients
Colère	10
Frustration	5
Surprise	5
Impression de déranger	4
Stupéfaction	3
Résignation	3
Abandon	3
Déception	2
Peur	2
Dégoût	2
Indifférence	1
Angoisse	1
Tristesse	1
Honte	1

Tableau 2 : Emotions ressenties par les patients

Nous pouvons voir que la **colère** était l'émotion la plus souvent décrite par les patients, comme pour EJ : « la moutarde commençait à monter » ou bien EB : « je lui mettais un pain sur la vue, [...] je ne suis pas violent, mais [...] il me cassait les [...] ».

Certains extériorisaient leur colère avec une agressivité verbale, mais la plupart des patients disaient la contenir. On peut citer comme exemple le patient EF : « en général je m'emporte assez facilement, mais ce coup-là je me suis retenu, parce que je me suis dit ça va aller très loin »

Face à un médecin pressé ou qui semble peu enclin à l'écoute, les patients avaient **l'impression de déranger**, de ne pas être à leur place, c'est-à-dire de ne pas avoir choisi le bon endroit ni le bon professionnel de santé pour confier leur état de santé.

- EH : « j'étais un cas puis c'est tout quoi », « pas envie de se confier »
- EL : « on veut pas m'aider quoi ! »
- EI : « on me délaisse », « je m'excuse tout le temps d'être là »

E.L'impact sur la relation médecin-patient

Dans la majorité des cas (16 cas) l'insatisfaction au cours de la consultation s'est soldée par une **rupture de suivi** :

- 1 pour cause de déménagement (EA).
- la rupture de suivi a été à la demande du médecin dans 2 des cas.
- l'un des patients a eu des envies de violences physiques envers le médecin (EB).
- un des patients a changé de médecin après avoir exprimé son ressenti au cours d'une consultation dédiée, le patient EF avait pris rendez-vous dans le but de lui « lâcher ce [qu'il] avait sur le cœur ».
- un des patients en a informé le médecin à la fin de la consultation « bon madame vous ne me reverrez jamais, c'est la première fois que je vois un médecin s'adresser comme ça à des patients » (EJ) ».

En revanche, dans 7 cas, les patients ont **poursuivi leur prise en charge sans jamais exprimer leur insatisfaction** au médecin. Un des patients projetait d'en discuter avec son médecin à la prochaine consultation (car mécontentement récent, EC). Un autre a finalement changé de médecin pour cause de déménagement ; toutefois il avait continué le suivi en confiance avec le médecin dont il avait été insatisfait pour une erreur de diagnostic, sans jamais oser le lui dire (EN). Une des patientes a demandé à la secrétaire un rendez-vous avec un autre médecin du cabinet mais cette dernière ayant refusé, elle a poursuivi avec la même médecin. Quant au patient EI, il trouvait difficile d'« exprimer [son] ressenti à [son] médecin sans l'offusquer » et pensait n'avoir « pas le choix de garder [son] médecin parce qu'autrement [elle n'en avait] plus »

Deux situations d'insatisfaction ont abouti à un **discours virulent et des insultes**, l'un de la part du médecin et l'autre de la part du patient. La patiente EM rapporte l'avoir « bien enguirlandé », mais avec une appréhension pour y retourner par la suite car elle n'était « pas trop fière » de sa réaction envers le médecin. Après cette altercation, la patiente ressentait le médecin plus enclin à faire des explorations complémentaires et plus aimable avec elle.

Plusieurs patients évoquaient la **difficulté à changer de médecin à cause du manque d'alternative**, les médecins sont surchargés et souvent ils ne prennent pas de nouveaux patients. Pour la patiente EL, les démarches pour dénoncer le comportement de certains médecins n'aboutissent pas du fait de cette désertification médicale.

Deux des patients souhaitaient **contacter le Conseil de l'Ordre**. L'un, EF, a enregistré le refus de soins « j'ai mis le dictaphone et j'ai tout enregistré [...] j'ai voulu faire un courrier très long à l'Ordre des médecins », mais il pensait que cette réclamation n'aboutirait pas ; puisque les confrères de la région le savent déjà : « c'est pas un ami parce qu'il est comme ça » et il dit « il met très facilement les patients dehors, il refuse, il veut pas » Et l'autre EG : « J'ai dit que j'écrirai un courrier à l'Ordre des médecins puisque c'est pas la première fois qu'elle fait ça à des gens »

Pour certains, l'insatisfaction ressentie au cours d'une ou plusieurs consultations entraînait une **appréhension** aux consultations futures. Pour 13 des patients interrogés sur 23, ces situations de mécontentement ont abouti à une **perte de confiance** dans le médecin ou dans les compétences médicales et, de ce fait, il existait parfois une **rétention d'information** de peur des remarques du médecin, d'un jugement, d'une sensation de déranger. Voici quelques citations :

- EF : « la première fois, on était en retrait »
- EG : « J'osais pas aller le voir »
- EL : « peur de reconsulter »
- EQ : « je ne suis pas bien soignée je crois »
- EX : intérêt de la consultation « pourquoi j'ai été ? »
- EY : « je préférais attendre »

Citons cette patiente, qui souligne la **nécessité d'être en confiance** : EW « nous on met nos vies entre leurs mains ».

F. Les comportements des médecins décrits au travers du regard du patient

Dans plusieurs des situations décrites, le patient signalait que le médecin se dédouanait avec **indifférence** ; les patients s'entendaient souvent dire « si vous n'êtes pas content, vous n'avez qu'à changer de médecin ». Ces mêmes patients rappelaient qu'au vu de la conjoncture

actuelle sur la démographie médicale et la difficulté à trouver un médecin qui acceptait d'être le médecin traitant et de réaliser leur suivi, changer de médecin n'était pas chose aisée.

- EM évoque une certaine distance et indifférence : « si vous n'êtes pas contente de moi, vous n'avez qu'à aller ailleurs »
- EP raconte que le médecin était énervé car la patiente ne voulait pas suivre les prescriptions, « faites ce que je dis, sinon ne revenez pas me voir »

Les patients trouvaient leur médecin « **pressé, très rapide, préoccupé, inattentif, ailleurs** ».

- EA : « on le dérangeait », « toujours pressé, c'était un travail à la chaîne »
- EK : « préoccupé par autre chose », « ils sont trop pressés [...] débordés »
- EG : « elle était très pressée »
- EH : « elle était ailleurs [...] pas quelqu'un qui s'intéressait au patient »
- EK : « souvent « oh mon médecin n'est pas là, c'est un autre », ben je dis non au contraire, vas-y, parce que il ne te connaît pas, et il va peut-être ausculter, être d'avantage attentif »

Dans 7 des situations d'insatisfaction, le médecin a eu un **comportement obtus** sans possibilité de discussion ni d'adaptation avec le patient.

Six des médecins ont par ailleurs eu un **comportement agressif**, dont :

- EF : « Je refuse de vous soigner, c'est mon droit, au revoir », il n'a manifesté aucune émotion, est resté figé, calme.
- EL : « Elle m'a balancé ma carte vitale [...] elle m'a ouvert grand la porte, [...] « ici on ne veut pas des toxicos ! » »
- EI : « qui peut très vite partir dans l'excessif, peut s'emporter »
- EU : « odieux, insultant »

Un des médecins s'est excusé auprès de la patiente après avoir commis une erreur de diagnostic (EN).

Au final, les médecins paraissaient **froids** et **distants** auprès des patients, comme nous l'exprimait ET : « n'a jamais le sourire, marche très droit, ne parle pas ».

G. Suggestions d'amélioration

Les patients souhaitaient une **meilleure écoute**, une **liberté d'expression sans jugement**, de l'**empathie**, du **professionnalisme**. Il était important, selon les patients, que le médecin ne les culpabilise pas et qu'il les soutienne dans leur santé. Certains proposaient d'inclure des cours de psychologie durant les études de médecine.

Par ailleurs, ils étaient également à la demande d'une **médecine moins médicamenteuse et plus naturelle**, car ils craignaient les effets secondaires et l'inutilité des traitements.

De plus, ils proposaient une meilleure gestion du temps des consultations avec des **durées de rendez-vous plus longues** en fonction des pathologies et des demandes, ainsi qu'un intervalle plus important entre chaque renouvellement. Quatre suggéraient un planning avec **plus de disponibilité** et des horaires d'ouverture de cabinet plus larges.

Les patients estimaient également qu'il fallait plus de médecins formés et que le gouvernement devait donc **augmenter le numérus clausus**. Certains proposaient que chaque médecin travaille dans un désert médical à la fin de son cursus et que les médecins soient nommés dans les différentes communes en similarité avec le système des enseignants.

Enfin, ils suggéraient une meilleure coordination et un **meilleur échange entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux**.

Voici quelques citations, extraites des entretiens :

- EA : « c'est eux qui doivent savoir gérer leur temps », « à l'écoute », « on peut lui poser des questions, c'est pas tabou », « pas surcharger en médicaments »
- EF : « il ne faut pas oublier le côté humain », coté psychologique en cours : « que quand on est médecin on n'est pas au-dessus de tout et qu'on a le droit de se tromper », « différence entre intelligence et avoir fait médecine »
- EG : « sa gentillesse [...], elle ne juge pas, [...] elle ne laisse pas tomber, [...], suit bien ses patients »
- EI : « trop de patients », « on manque de médecin », « ils sont aussi déprimés que la majorité des gens »
- EJ : gentillesse, disponibilité, pas de retard, « plus avenant, se mettre un petit peu dans la peau du patient »
- EL « il a téléphoné directement, bizarrement j'avais le rendez-vous le lendemain ».

- EM : augmenter le numéris clausus. Les médecins devraient faire « 1 an dans tous les coins désertiques »
- EN : suggère qu'il faudrait plutôt que le médecin s'adapte au patient et non l'inverse comme elle le remarque dans plusieurs relations médecin-patient
- EP : « être ouvert aux thérapies alternatives », « ne pas prendre les gens pour des fous » / « soins personnalisés / considérer le patient en tant qu'individu » / « très disponible, être humain »/ « que le médecin ne soit pas intéressé par l'aspect financier »
- EQ : « c'est très important pour les étudiants de comprendre que c'est quelqu'un qui vient chez vous pour une consultation c'est leur vie », « il faut regarder derrière la couverture des gens »
- ER : « faire un roulement pour qu'il y ait une permanence de soin du lundi au samedi soir. Les agriculteurs et les artisans travaillent 7 jours sur 7 et ne prennent que 8 jours de vacances par an »
- EY : « qu'il y ait des limites professionnelles » «confidentialité »

Discussion

A. Discussion de la méthode : forces et limites de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretien semi-dirigé. La recherche qualitative examine et décrit des phénomènes humains et sociaux à partir desquels il existe peu de présupposés. La méthodologie qualitative a paru adaptée à notre question de recherche car elle permet de décrire puis d'analyser les comportements en termes de signification et de participer à leur compréhension. L'entretien semi-dirigé autorise à la fois une liberté de parole et le maintien d'un cadre : il nous est donc apparu comme la méthodologie la plus appropriée à notre étude.

Concernant la réalisation des entretiens, nous avons précisé que nous ne portions aucun jugement et qu'un total anonymat était garanti au patient. Nous ne pouvons cependant pas exclure que, consciemment ou non (car nous faisons appel à leur mémoire sur des situations d'insatisfaction), les patients interrogés ont fait preuve d'une certaine retenue - ou inversement - sur des situations vécues ou ont libéré une exaspération qu'ils n'avaient pas eu l'occasion d'exprimer, cela pouvant constituer un biais déclaratif. De même, considérant ma position de jeune médecin généraliste et mon expérience limitée en matière d'entretien, mon attitude a pu avoir un rôle favorisant ou inhibant la prise de parole lors des entretiens et ainsi entraîner un défaut de recueil d'informations.

Concernant le recrutement, il a été établi sur la base du volontariat : de ce fait, il existe un biais de recrutement. En effet, certains patients habituellement plaintifs ne nous en ont pas fait part lorsque nous leur demandions « Avez-vous déjà été insatisfait d'une consultation avec un médecin généraliste ? » et se disaient complètement satisfaits pour ne pas participer à l'étude. A contrario, les patients exigeants étaient susceptibles de venir participer à l'étude plus facilement que les autres.

En outre, la saturation des données a été difficile à évaluer puisque chaque situation est propre à chaque relation et à chaque couple médecin-patient. Nous pouvons dire que la saturation est atteinte pour les grandes idées mais reste relative pour les détails. Au total, nous avons pu interroger 23 patients, ce qui est un nombre relativement important d'entretiens dans le cadre d'un travail en étude qualitative par entretien semi-dirigé.

Par ailleurs, la durée moyenne des entretiens était de 18 minutes. Cette durée était expliquée par la méthode de recrutement, les patients ont été interrogés lors de leur passage à la pharmacie ou au LAM, par conséquent, le temps pouvant être accordé à l'entrevue était restreint.

Notons que trois entretiens ont été réalisés auprès de couples (soit 13% de notre échantillon) et non auprès d'un patient unique. La présence du conjoint ou de la conjointe est expliquée par le fait que ces patients consultent en couple ou bien parce que les deux étaient présents lors de la consultation au cours de laquelle il y a eu insatisfaction. La thèse de Charlotte PERRENOT retrouve 7% de consultation conjointe chez les adultes (12). L'entretien porté par le récit de 2 personnes amène des données supplémentaires mais induit un biais d'analyse. Pour limiter ce biais, nous avons décidé de considérer les couples comme une seule personne dans les analyses, en étudiant les caractéristiques de celle qui est la victime première de l'insatisfaction.

Enfin, parmi les patients inclus, 3 entretiens sont susceptibles de présenter un biais de retranscription, puisqu'il y a eu un problème technique d'enregistrement pour le patient ER qui a été retranscrit directement avec une prise de notes ; le refus de l'enregistrement par le patient EV mais qui a accepté la prise de notes ; la patiente ES qui n'a pas réalisé l'entretien en totalité par manque de temps.

Concernant la validité externe, l'échantillon constitué n'a pas été suffisamment diversifié pour le sexe (mais reste satisfaisante en terme de répartition géographique). La population étudiée était majoritairement féminine et âgée : on dénombrait 18 femmes pour 5 hommes et la moitié des patients avaient plus de 65 ans.

Nous nous sommes interrogés sur cette différence : les femmes sont-elles plus insatisfaites que les hommes ? La thésarde réalisant les entretiens étant une femme, les femmes se sont-elles senties plus à l'aise pour discuter de ce sujet ? Les femmes ont-elles plus de facilité à exprimer leur insatisfaction ? Les femmes se rendent-elles plus souvent à la pharmacie que les hommes pour aller chercher les médicaments familiaux ? Les femmes font-elles plus d'analyses biologiques que les hommes ?

Nous avons retrouvé peu d'éléments dans la littérature pour répondre à ces interrogations. D'après une étude qui a suivi pendant cinq ans des patients considérés comme difficiles dits « Heartsink » auprès de médecins généralistes, il semblerait que ce phénomène concerne plutôt les femmes (21). Ces patients sont définis comme des patients ayant « en commun la capacité de générer chez leur médecin un sentiment d'agacement, de frustration et/ou

d'incompétence » (15). Les patients « Heartsink » sont des patients pour lesquels les médecins émettent des difficultés et des réticences pour les prendre en charge correctement ; a contrario, ces patients ne ressentent pas forcément d'insatisfaction envers le médecin (15).

La différence concernant l'âge peut être possiblement expliquée par le fait que les personnes retraitées disposaient de plus de temps pour répondre à l'entretien. Selon un rapport de l'INSEE de janvier 2019 étudiant la démographie selon les départements, environ 34% de la population des Côtes d'Armor a plus de 60 ans et 44% entre 20 et 60 ans (22).

Les catégories socioprofessionnelles étaient diversifiées.

Un atout de notre étude est la diversité géographique : chaque zone a été étudiée zone blanche, ZAC et ZIP ; le milieu urbain et rural sont représentés de façon équivalente ; l'éloignement géographique entre les lieux de recrutement permet de couvrir l'ensemble du territoire des Côtes d'Armor.

Concernant les données, la lecture et l'analyse thématique des verbatims ont été réalisées par un seul chercheur (l'auteure). L'absence de triangulation des données nuit à la validité externe de ce travail. Une deuxième analyse des entretiens et des verbatims, par un chercheur formé à cette méthodologie, aurait permis d'y pallier.

De plus toute relation et échange entre deux individus est unique et chacun a des ressentis différents. Cela explique pourquoi un argument d'insatisfaction d'un des patients pouvait être un argument nécessaire à la satisfaction d'un autre. Par exemple, EI était insatisfaite de la relation avec le médecin car le temps de la consultation n'était pas réservé exclusivement à l'écoute de ses symptômes et pathologies : « [elle] me parlait plus de sa vie privée, son association] » ; alors que pour EB pouvoir discuter d'autre chose que de sa santé était nécessaire à la bonne relation. Quant à EY l'humour n'a pas sa place en consultation alors que pour EB il est indispensable.

Enfin, à notre connaissance, il s'agit du premier travail étudiant le ressenti du patient dans les situations d'insatisfaction auprès d'un médecin généraliste réalisé par recherche qualitative en Bretagne. Un travail similaire a été réalisé à Grenoble en 2017 (11), mais celui-ci a recruté 15 patients dont seulement 7 étaient insatisfaits.

B. Discussion des résultats

1. Les causes d'insatisfaction

Le **manque d'écoute**, le **manque d'empathie** et le **comportement de supériorité** sont les principales causes d'insatisfaction retrouvées dans notre étude.

Le fait que le médecin se montre supérieur au patient est fréquemment évoqué. La supériorité est ressentie soit dans les explications, soit dans la présentation ou dans les décisions prises par le médecin. Celle-ci n'est que peu retrouvée dans les études ou publications sur le sujet. Dans ces situations, le patient se sent jugé et catégorisé et ne se sent pas considéré en tant qu'individu à part entière.

L'écoute est la qualité la plus recherchée et la plus appréciée, elle est retrouvée dans la thèse faite à Grenoble (11). Cette étude souligne la nécessité d'une information claire et franche, ce qui dans notre travail n'a pas été mis en avant spontanément par les patients.

L'importance et la difficulté de l'empathie sont retrouvées dans d'autres études, nous pouvons notamment citer un article qui insiste sur la nécessité d'empathie pour éviter le mécontentement : « Il est important de noter que les médecins qui apprennent à faire preuve d'empathie envers les patients lors d'interactions chargées d'émotion peuvent réduire la colère et la frustration, ainsi que leur impact thérapeutique. ». Ce même article décrit l'empathie comme « une curiosité engagée à l'égard de la perspective émotionnelle d'un autre. Les médecins décrivent cinq manières spécifiques de favoriser l'empathie pendant un conflit : reconnaître ses propres émotions, s'attendre à des émotions négatives au fil du temps, s'adapter aux messages émotionnels verbaux et non verbaux des patients et devenir réceptif aux commentaires négatifs » (23).

Une thèse étudiant les plaintes et doléances reçues par le Conseil de l'Ordre dans l'Oise retrouve comme motif principal de plaintes une cause administrative : la rédaction de certificats médicaux (10). Cette thèse regroupe également les causes d'insatisfaction parmi les 4 catégories utilisées dans notre travail. Cette différence peut être expliquée par le fait que l'insatisfaction relationnelle est subjective, alors que l'insatisfaction administrative peut être prouvée et documentée et donc être jugée pénalement.

Dans un autre article « les reproches liés à la prise en charge et le refus de prescription arrivent dans le trio de tête des motifs cités » d'insatisfaction (24).

Les patients mettent en évidence la surcharge de travail et le **manque de médecins**. Ces deux éléments seraient responsables, d'après eux, du fait d'avoir un médecin moins à l'écoute, moins attentif et moins compétent. En Chine, où la démographie médicale pose souci, cette surcharge de travail est décrite comme responsable entre autres de conflits entre les médecins et les patients : « On s'attend à ce que les patients comprennent mieux la surcharge de travail des médecins, qui est affectée par les ressources médicales limitées de la Chine, à mesure que des efforts sont déployés pour établir des relations plus harmonieuses entre le patient et son médecin » (25).

2. Le ressenti des patients

Pour la moitié des patients, la **colère** est la première émotion ressentie. Mais ces situations d'insatisfaction révèlent un panel d'émotions variées. Nous n'avons pas retrouvé d'article scientifique étudiant les émotions des patients, excepté dans une thèse (11) où les émotions ressenties face au désaccord ont été citées sans être quantifiées, la colère en fait partie. En revanche dans la littérature et les sites tout publics, la colère est l'émotion la plus souvent décrite. Elle est notamment souvent citée chez les patients atteints de maladie chronique pour qui la colère est un passage quasi obligatoire dans le processus d'acceptation de la maladie (26). Nous retrouvons cette tendance dans notre étude puisque sur 10 patients ayant ressenti de la colère, 7 étaient en ALD.

De plus, il existait une différence sur les médecins concernés par l'insatisfaction. Il s'agirait plus souvent d'hommes (16 contre 10 femmes). L'âge des médecins n'a pas pu être analysé car nous avons trop de données manquantes. Dans 4 cas, la pratique d'une activité supplémentaire à la médecine générale a été critiquée.

La thèse de C. Sarrazin, explorant les attitudes des médecins généralistes en cas de conflit avec leurs patients, met en évidence qu'une médecin femme installée en secteur 1, exerçant depuis plus de 5 ans dans un cabinet de groupe en milieu rural vit moins de situations conflictuelles qu'un médecin homme (27).

L'exercice au sein d'une MSP semble être un facteur protecteur de conflit puisque seulement 1 des médecins concernés par l'insatisfaction exerce dans une telle structure. Cette différence peut, à contrario, s'expliquer par le fait que la mise en place de MSP est récente (on dénombrait 7 MSP en Bretagne en 2007 contre 75 en 2015) et ainsi les patients consultent moins fréquemment un médecin exerçant en MSP qu'en cabinet de groupe ou seul (28).

Les patients interrogés évoquent que le **manque de médecins** est important et qu'il limite la bonne prise en charge et l'efficacité de la relation médecin-patient. Outre les patients inclus dans l'étude, nous avons sur chaque lieu de recrutement entendu les personnes se plaindre du manque de médecins, du délai de consultation pour obtenir un rendez-vous et de la difficulté à trouver un médecin acceptant de devenir le médecin traitant. Ceci peut s'expliquer par le fait que le département des Côtes-d'Armor est le seul département breton qui se situe en deçà de la moyenne nationale 86 MG pour 100 000 habitants (28).

Par ailleurs, la durée de suivi avec le médecin consulté ne semble pas influencer le phénomène d'insatisfaction. Notons tout de même une tendance à la diminution du ressenti d'insatisfaction avec l'augmentation du temps de suivi. Nous avons remarqué qu'il suffit d'une insatisfaction, même après plus de 10 ans de suivi, pour que le patient perde confiance et préfère changer de médecin : « pas le droit à l'erreur quand on est médecin ! ».

Afin d'améliorer la relation médecin-patient, les patients suggèrent en premier lieu la nécessité de **formation psychologique** et d'**allongement du temps de consultation**.

Dans un article anglais (1) il est expliqué que malgré la formation en techniques de communication interpersonnelle dispensée dans les facultés de médecine, les jeunes médecins continuaient à faire preuve de compétences médiocres en matière de communication envers les patients et que le mécontentement des patients à la suite de la consultation se manifestait souvent par des plaintes de patients.

Le manque de cours de psychosociologie est retrouvé dans un autre article qui suggérait une formation des médecins sur un mode évolutif : « Nous avons identifié des défaillances de communication importantes mais négligées, tels que des éléments paralinguistiques non verbaux qui devraient être intégrés au programme de communication, en mettant l'accent sur l'apprentissage dialectique. Celles-ci incluent l'intégration de ces résultats dans un module de communication basé sur des simulations pour la formation de médecins de niveau post-universitaire, ainsi que le suivi et l'analyse régulière des plaintes des patients afin de mettre à jour de manière itérative le contenu du module de formation. Au-delà de cette formation, il est également nécessaire de souligner les émotions négatives des médecins dans les recherches futures, car cela influence leurs modes de communication et leurs attitudes à l'égard des patients, ce qui influe en définitive sur la façon dont les patients les perçoivent. » (1)

Enfin, le souhait d'une médecine plus naturelle était abordé dans ¼ des entretiens (29).

3. Le retentissement de l'insatisfaction

L'insatisfaction apparue lors d'une consultation médicale a un **impact sur l'adhésion thérapeutique** du patient. Pour presque 2/3 de notre échantillon cela a entraîné une perte de confiance avec un retard ou une phobie à reconsulter, une remise en question des prescriptions, une automédication... c'est à dire à une prise en charge de la santé du patient non efficiente. La littérature est en accord avec ce résultat. A propos d'une insatisfaction relationnelle il est écrit dans un article qu' « en coupant la parole à un malade qui relate ses symptômes ou en gardant les yeux sur son ordinateur, le praticien réduit l'efficacité de sa consultation » (30).

Outre l'impact thérapeutique, l'insatisfaction aboutit pour $\frac{3}{4}$ des patients de notre étude à une **rupture de suivi** avec changement de médecin généraliste. Le plus souvent, le patient est à l'origine de cette rupture, mais parfois le médecin lui-même peut refuser la prise en charge. Si nous comparons avec la littérature, nous retrouvons des articles à propos de rupture de relation initiée à la demande du médecin. Par exemple, en Grande Bretagne, les ruptures interviennent au terme d'un long processus conflictuel ou de situations jugées intolérables, elles sont souvent suggérées et implicites (31). Les américains, quant-à-eux, ont établi une procédure standardisée pour rompre avec un patient (32).

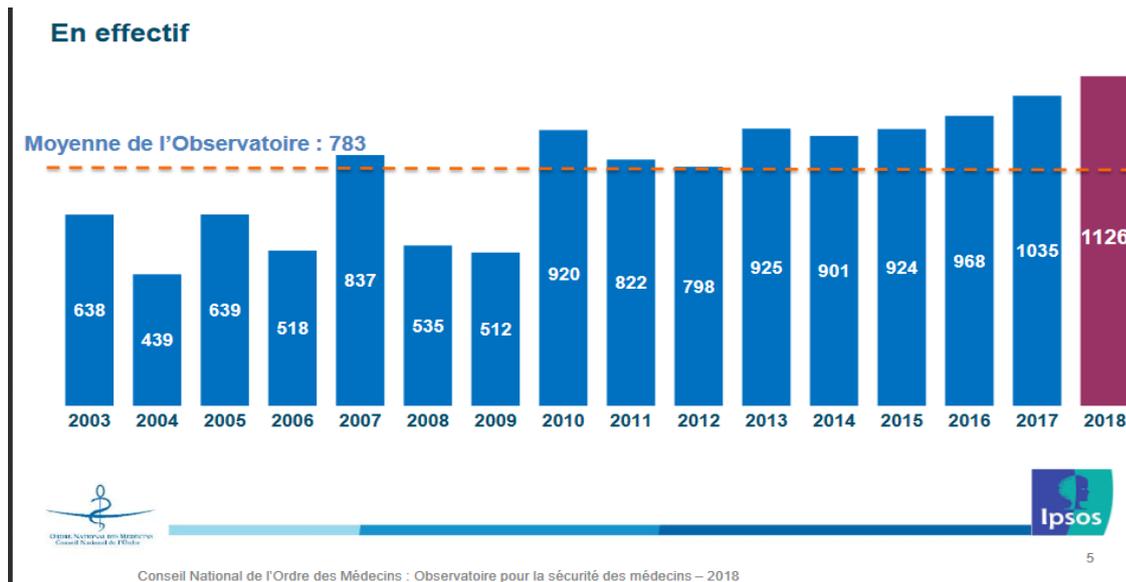
Le médecin, en France, a le droit de refuser d'être le médecin traitant d'un patient, mais ce droit n'est possible que sous un cadre légal, c'est-à-dire : « une information orale sera, de préférence, confirmée par un écrit dont un double pourra être adressé au Conseil départemental de l'Ordre ; le professionnel devra, en outre, favoriser la continuité des soins, notamment en transmettant toutes les informations nécessaires à un confrère désigné par le patient ; le refus de soins ne pourra être fondé sur des motifs discriminatoires ; il ne sera pas possible en cas d'urgence ; il devra être justifié par des exigences essentielles et déterminantes de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins ; les raisons professionnelles ou personnelles du médecin peuvent recouvrir des situations très diverses. Aucune sanction ne pourra être prononcée à l'encontre du médecin qui aura respecté scrupuleusement le cadre légal et les conditions préalables à la rupture du contrat de soins » (33). Malgré cela, le refus de soin est très mal vécu par le patient qui se sent abandonné et livré à lui-même, chez un patient qui est déjà bien souvent en souffrance.

Dans les autres cas, lorsqu'il n'y a pas de rupture de suivi, les patients **poursuivent la relation en taisant leur ressenti**. Ce schéma est retrouvé dans la thèse de Grenoble (11) qui

le dénomme « désaccord douloureux avec repli du patient ». Dans cette étude, un « désaccord apaisé » semble être le schéma le plus fréquent, avec un patient se sentant libre de s'exprimer et un médecin ouvert à la négociation, ce schéma a été le cas pour l'un de nos patients seulement ; cette différence peut s'expliquer du fait du recrutement différent, 23 patients insatisfaits recruté sur la base du volontariat pour notre étude alors que dans l'autre travail les 7 patients insatisfaits ont été recrutés par la technique dite de proche en proche.

Parfois, les patients ont émis des envies de **violences**. Ces violences sont à l'ordre du jour puisqu'elles ont leur place dans les médias, qu'elles font l'objet de nombreux reportages télévisés (34) et qu'elles sont retrouvées dans plusieurs études réalisées auprès des médecins généralistes. EL HADDAD Michel M. a mené, dans le cadre d'une thèse, une enquête rétrospective auprès de tous les médecins généralistes de Rhône-Alpes, sur les situations d'insécurité vécues. Entre 2004 et 2006, 61% de ces praticiens avaient été confrontés à au moins un problème d'insécurité, avec au premier rang les violences verbales et les incivilités (39,3%)(35).

Le CNOM a pour mission, entre autres, la surveillance de la sécurité des médecins. Le graphique 3 présente le nombre de déclarations d'incidents auprès du Conseil de l'Ordre des médecins de 2004 à 2017. Nous observons une augmentation progressive des déclarations d'incident faites par les médecins sur le territoire français. En 2017, 61% des déclarations provenaient des médecins généralistes. Dans les Côtes d'Armor, on dénombre 11 cas d'agression rapportés par les médecins contre 1 en Ile et Vilaine en 2016, 8 contre 4 en 2017 et 15 contre 8 en 2018. Les 5 premiers motifs d'incident sont : un reproche relatif à une prise en charge, le vol, un refus de prescription (médicaments, arrêt de travail...), un temps d'attente jugé excessif, une falsification de document.



Graphique 3 : nombre de déclarations d'incidents faites par les médecins auprès du Conseil de l'Ordre des médecins en fonction des années.

L'insatisfaction dans la relation médecin patient est responsable d'un retentissement sur le bien-être du patient mais aussi du médecin. Des études récentes se sont intéressées au bien-être au travail des médecins généralistes. Celles-ci montrent un surcroît de *burn-out* et de taux de suicide par rapport à la population générale (6), (7), (8). En 2007 le *burn-out* était la première cause d'invalidité chez les médecins libéraux en France selon les statistiques de la CARMF (9). Selon un deuxième sondage BVA*, réalisé auprès de 120 médecins, la relation médecin-malade serait la deuxième cause de *burn-out*. Elle arrive juste derrière la charge de travail (36). Pour pallier ce retentissement, les médecins participent à des groupes d'échange type groupe Balint - c'est un groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne (37)- dans le but d'améliorer la relation médecin-patient et la psychologie indissociable de cette relation malgré un manque de formation initiale durant le cursus médical (15), (38).

4. Les facteurs prédisposant aux conflits

A partir de notre travail et des données que nous avons analysées, nous pouvons parler de facteurs semblant influencer les conflits. Ces facteurs avaient été repérés suite aux recherches bibliographiques (11,15,39). Il s'agissait de la démographie médicale, du niveau d'éducation, de l'existence concomitante de problèmes non médicaux, de l'état de santé du

patient, des qualités relationnelles et communicationnelles, et de l'attitude du médecin dont sa disponibilité.

La qualité relationnelle est le facteur prédisposant au conflit le plus cité par les patients. Les résultats provenant de notre étude décrits plus haut permettent de comprendre en quoi cette qualité est essentielle à la relation médecin-patient et le retentissement qu'elle peut avoir. La thèse de G. BOURCEREAU et C. DÉPALLE (11) étudiait le ressenti des patients lors de situations de désaccord dans la région de Grenoble (en 2018 le nombre de déclaration d'incident au CNOM en Isère est de 30, soit le double des Côtes d'Armor). Pour cette étude, 15 patients ont été interrogés mais seulement 7 d'entre eux avaient vécu une situation de désaccord. Le manquement aux critères de qualités relationnelles et communicationnelles du médecin envers le patient et le changement d'attitude du médecin étaient des facteurs prédisposant retrouvés concordant avec les résultats de notre étude. Elle mettait également en évidence des facteurs aggravants liés au patient telle qu'une attente des patients évoluant au fil du temps, une accumulation d'événements anodin aboutissant à de l'agacement et la mise en comparaison du médecin traitant avec d'autres médecins ayant des qualités différentes. Ces derniers facteurs n'ont pas pu être évoqués dans notre étude car ils étaient en dehors du champ de la question initiale.

Concernant la **démographie médicale**, dans notre étude, quelque soit la zone géographique, les patients évoquaient des situations d'insatisfaction touchant les quatre catégories décrites dans les résultats. Les remarques sur l'accès aux rendez vous, le délai et le temps d'attente étaient aussi nombreuses en ZIP qu'en zone de vigilance ou ZAC. Dans tous les cas la désertification médicale était évoquée et responsable de mécontentement.

Concernant le niveau socio-économique, notre étude ne suggère pas de franche différence, les catégories socioprofessionnelles sont diversifiées. Pour faire ressortir une différence, comme c'est le cas dans une autre étude (39) qui trouvait une insatisfaction majorée chez les chômeurs et chez les personnes de bas niveau socio-économique, notre étude manque de puissance.

Quant à l'existence concomitante de problèmes non médicaux et l'état de santé du patient, ils ont peu été explicités au cours de notre étude, cela possiblement par manque de puissance et par un biais de recrutement.

D'autres facteurs seraient à étudier tels que le fait d'être face à des avis médicaux discordants ou bien que le médecin exerce une activité supplémentaire à celle de médecin généraliste.

Au final, la thèse n'a pas permis de repérer des facteurs prédisposants aux conflits particuliers, il aurait, pour cela, été nécessaire de réaliser une étude à part entière. Quand on parle de facteur prédisposant, il faut avoir préalablement fait une étude analytique en plus de descriptive avec une hypothèse H0 et H1, ce qui n'est pas finalement pas le cas (à juste titre puisque le sujet principal de l'étude est de montrer les causes de mécontentements). Les facteurs prédisposants n'ont donc pu être analysés même par regroupement du fait d'un nombre de sujet nécessaire non optimal pour une étude analytique.

5. Lacunes de l'éducation à la santé

Au fil des entretiens, nous avons été interpellés par certaines remarques de patients concernant les rôles et le devoir d'un médecin généraliste, ainsi que sur le fonctionnement du système de santé français. Il est vrai que le rôle du médecin généraliste revêt de multiples tâches et que la limite entre le médical et le non médical est floue. Comme nous pouvons lire sur un site internet à destination des patients : « le problème, c'est que les attentes des patients ne sont pas strictement superposables à la formation des médecins... »(40).

Ces remarques reflètent une mauvaise utilisation du système de santé liée à une méconnaissance de celui-ci et à une carence en terme de « savoir gérer sa santé ». Il faudrait une étude dédiée pour évaluer les connaissances des patients à propos de leur santé et pouvoir mettre en évidence ou non, comme le suggèrent certains dires de patients de notre étude, qu'il existe une lacune sur l'éducation à notre santé.

Voici quelques citations et situations recueillies au cours de nos entretiens permettant d'illustrer ces propos :

- EK : « C'est aussi aux personnes, aux gens de, de prendre leur responsabilité. », c'est-à-dire de savoir quand ont été faits leurs derniers examens, si un cycle de surveillance a été préconisé, de prendre rendez-vous aux bons moments pour le renouvellement/ la surveillance/ le contrôle des examens...
- EB : « oui il aurait pu avoir un peu plus d'humour. Bon c'est-à-dire que pour un médecin, pour un jeune qui a par exemple, bon entre 25-35-45, bon on fait gaffe à sa santé. Mais un vieux comme moi, bientôt 67 ans, qu'est-ce qu'il risque de m'arriver ?

Ben euh le cimetière ». Ce patient nous amène à se poser la question du rôle du médecin en fonction de l'âge, doit-il être plus laxiste quand l'âge augmente ? Ce patient estime-t-il bien quel est le rôle du médecin ? Le médecin n'est pas là pour dire ce que le patient veut entendre mais pour traiter les pathologies et préserver la santé de l'individu selon la définition de la santé par l'OMS (41).

- EC : le rôle du médecin généraliste est de contrôler les ordonnances faites par l'hôpital dès le jour de la sortie d'hospitalisation.
- EC : la patiente raconte une situation où il y a eu une automédication par l'entourage car l'entourage prenait ce traitement pour des symptômes estimés similaires et ont donc modifié les posologies sans avis médical.
- EG : La patiente pense que lorsque le médecin évoque une cause psychologique à un mal cela équivaut à ne pas être pris au sérieux. La patiente estime que pour être bien suivie il faut avoir tout le temps le même médecin, pas de médecins à 40-60 %.
- EH : « c'est vrai qu'il y a des gens qui vont voir le médecin des fois pour pas grand chose » « on ne va pas voir le médecin parce qu'on a un rhume, non ! ».
- EK : au patient de se responsabiliser dans le suivi de sa santé, « prendre leur responsabilité »
- EL : ça ne sert à rien de signaler un comportement abusif d'un médecin car ils sont protégés par une « banque financière »
- EM : « A l'époque vous appeliez un médecin à minuit il se déplaçait »
- EN : pense que quand il y a un problème il faut augmenter les médicaments et non diminuer ou changer les médicaments déjà en place surtout s'ils ont été instaurés par un spécialiste, « s'est fait chouraver une boîte » par la pharmacie : car contrôle des prescriptions et de la dose après que le médecin ait diminué une dose de médicament.
- EO : il y a des patients qui abusent du système et des droits
- EP : Pour la patiente, voir un psychiatre c'est parce qu'on est fou ou dingue. Elle estime que c'est aux médecins généralistes de présenter et proposer les thérapies alternatives. Elle pense que les médecins fonctionnent avec les laboratoires et touchent des avantages financiers. Elle explique que le médecin a déposé une ordonnance à son domicile et elle trouve cela normal de le faire et en plus de le faire sans rémunération.
- EQ : Le patient est pour le renouvellement sans consultation.

Pour remédier à certaines incompréhensions, le CNOM met à disposition des médecins une affiche rappelant des règles indispensables afin d'améliorer la relation médecin-patient (Annexe 3).

Dans la littérature, nous retrouvons un article qui souligne également cette lacune d'éducation, dans lequel nous pouvons lire : « il faudrait que soit faite une véritable éducation sanitaire qui permette de faire **coexister l'autonomie et l'observance**, et de **donner au malade tous les moyens de gérer sa santé**, sans mettre en péril la prise en charge médicale de son mal. Une telle éducation ne se fait certes pas par le moyen des seuls messages sanitaires. Elle peut se faire aussi dans le cadre de la relation médicale, avec la nécessaire contribution du médecin, par l'attitude qu'il a avec les patients. Elle pourrait également se faire dans le cadre de la société globale, avec pour toile de fond l'évolution des rapports des individus avec le savoir et l'autorité, de telle sorte que la déférence pour la compétence des médecins n'implique pas nécessairement chez les patients une démission devant l'autorité médicale ou la peur de l'affronter. » (42)

C.Ouverture

Notre travail suggère qu'il existe beaucoup d'incompréhension entre le médecin et le patient. Les désaccords, incompréhensions et transferts négatifs sont à l'origine des conflits (43,44)

Il serait intéressant de réaliser une étude auprès de patients pour connaître leur niveau de connaissance et d'éducation sur le système de santé français. Nous pensons que des cours d'éducation à la santé dispensés dès l'école primaire pourrait permettre une réduction de la surconsommation de soins et par ce fait un allongement du temps disponible des médecins, une meilleure compréhension du patient dans le cheminement et la prise en charge de sa santé et favoriserait ainsi la réduction de l'insatisfaction qu'il pourrait ressentir au décours d'une consultation.

En outre, réduire l'insatisfaction paraît être nécessaire pour diminuer les situations de violence dont sont victimes les médecins généralistes ainsi que tous les professionnels de santé. Un article paru au bulletin de l'Ordre National des Médecins (45) souligne la hausse croissante des agressions des professionnels de santé. Il serait intéressant de réaliser une étude sur le ressenti et le vécu de ces situations, non pas des médecins, mais des patients qui ont été

agressifs envers leurs médecins. Ce travail pourrait permettre de mieux comprendre leur agressivité et d'instaurer des actions pour réduire leur mécontentement.

De nombreux autres articles, publications, émissions de télévision traitent et alertent sur l'état précaire de la relation médecin-patient en lien avec des conflits et des actes de violence de plus en plus virulents (26) ,(34).

Réduire l'insatisfaction est également indispensable pour être en bonne santé.

Dans cette optique, nous pouvons proposer la mise en place de cours et d'ateliers de psychosociologie dans le cursus médical. Il serait également intéressant de favoriser les médecins à participer à des groupes de type Balint afin de les préparer à l'analyse du patient et de détecter des situations conflictuelles en amont de l'agression.

Conclusion

Cette étude s'intéresse aux ressentis des patients lors d'insatisfactions au décours d'une consultation auprès du médecin généraliste. Elle permet de leur donner la parole afin d'améliorer la relation médecin-patient. Pour la réalisation de ce travail, les patients ont témoigné spontanément sur les comportements de leurs médecins et sur leurs propres réactions, tels qu'ils les vivent et les ressentent. Ils en ont parlé comme ils le font au quotidien, sans tabou, en utilisant parfois un langage familier voire péjoratif, qui traduit les difficultés qu'ils éprouvent.

Le manque d'écoute, le manque d'empathie et le comportement de supériorité du médecin sont les 3 principales causes de mécontentement que l'on retrouve dans notre étude pour expliquer l'insatisfaction du patient envers le médecin généraliste. L'absence de jugement, de catégorisation et une personnalisation de la consultation pour chaque patient sont des critères également recherchés par les patients pour une relation médecin-patient de qualité. De plus, ces derniers pensent que, pour le médecin, l'intérêt financier semble parfois prioritaire à celui de leur santé.

Au décours d'une insatisfaction, la colère est la principale émotion ressentie et peut aboutir à des conflits. Souvent, le patient n'évoque pas son mécontentement au médecin et dans la plupart des cas, il arrête de le consulter et rompt la relation. De plus, avec la démographie médicale actuelle, le manque de médecins et de disponibilités sont critiqués.

Le principal facteur influençant ces conflits d'après les patients est la mauvaise qualité relationnelle du médecin.

Ainsi, une formation de psycho-sociologie semble-t-elle indispensable dans le cursus des études médicales pour préparer les médecins à une écoute attentive, à la détection des émotions et des besoins des patients afin de renforcer une relation médecin-patient de confiance et d'empathie, permettant ainsi une adhésion thérapeutique de qualité supérieure. Plusieurs patients proposent par ailleurs d'allonger le temps de la consultation pour augmenter la satisfaction.

Enfin, l'étude suggère qu'il existe un manque d'éducation à la santé des patients, notamment sur le rôle du médecin généraliste, ses limites, ses droits, ses devoirs, ainsi qu'un manque de responsabilisation des patients pour leur santé. Alors, à quand des cours sensibilisant dès le plus jeune âge à sa santé ?

Conflits d'intérêt

Néant

Bibliographie

1. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Prof Educ.* 1 juin 2018;4(2):97-106.
2. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris: Payot; 2009.
3. La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminants, *Exercer* 2013;109:196-202.
4. Weiss Y, M.p.h PD, Ash N, Ms M. Be a Leader, Be Accountable to patient Complaints. *GSTF J Biosci JBio* [Internet]. 8 mai 2018 [cité 18 janv 2019];2(1). Disponible sur: <http://dl6.globalstf.org/index.php/jbio/article/view/1422>
5. Résultats 2018 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/resultats-2018-lobservatoire-securite-medecins>
6. La souffrance du soignant - « Le médecin ne doit rien laisser passer ». [Internet]. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.souffrancedusoignant.fr/les-symptomes/dossier-special/94--le-medecin-ne-doit-rien-laisser-passer-.html>
7. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion? :155.
8. Les médecins généralistes libéraux en burnout selon une nouvelle étude SPS [Internet]. [cité 27 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.caducee.net/actualite-medicale/13760/les-medecins-generalistes-liberaux-en-burnout-selon-une-nouvelle-etude-sps.html>
9. Donnet DM. *Doctor's blues ou le burnout des médecins.* EDP Sciences; 2017. 113 p.
10. Colas T. Incidence des plaintes et des doléances au conseil de l'ordre des médecins de l'Oise en médecine générale de 2010 à 2013. :51.
11. Bourcereau G, Dépalle CP. Peut-on prévenir le conflit en médecine générale? Étude qualitative sur le ressenti des patients en situation de désaccord. :134.
12. PERRENOT C. La consultation conjointe en médecine générale: perception et ressenti des patients et des médecins- études qualitative 25/02/2011.
13. Ce que les patients disent de vous sur les réseaux sociaux [Internet]. [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/02/23/ce-que-les-patients-disent-de-vous-sur-les-reseaux-sociaux_661261
14. Zonage médecin : l'ARS Bretagne soumet la nouvelle carte à la concertation [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.bretagne.ars.sante.fr/zonage-medecin-lars-bretagne-soumet-la-nouvelle-carte-la-concertation>

15. BOUCHACOURT C. Les patients «Heartsink» : la prise en charge de ces patients difficiles en médecine générale 3/06/2014.
16. Corinne Perdrix, Xavier Gocko, Catherine Plotton, La relation médecin patient, www.exercer.fr exercer 2017 ; 132:187-.
17. Elder N, Ricer R, Tobias B. How Respected Family Physicians Manage Difficult Patient Encounters. *J Am Board Fam Med.* 1 nov 2006;19(6):533-41.
18. EUROPEP | Equip [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <http://equip.woncaeurope.org/tools/europep>
19. Paillé P, Mucchielli S. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2e éd. Paris: Armand Colin; 2010.
20. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics | Insee [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2497958>
21. O' Dowd TC. Five years of heartsink patients en général practice. *BMJ (Clin Res)* 1988 ; 297 :528-30.
22. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2019 | Insee [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
23. Halpern J. Empathy and Patient–Physician Conflicts. *J Gen Intern Med.* 1 mai 2007;22(5):696-700.
24. Monneuse D. Une négociation qui ne dit pas son nom. La prescription des arrêts de travail par les médecins... et certains patients ! *Negotiations.* 25 mai 2015;n° 23(1):151-67.
25. Zhang W, Deng Z, Hong Z, Evans R, Ma J, Zhang H. Unhappy Patients Are Not Alike: Content Analysis of the Negative Comments from China's Good Doctor Website. *J Med Internet Res [Internet].* 25 janv 2018 [cité 18 janv 2019];20(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806007/>
26. « L'émotion des patients ne doit pas être vécue comme un problème, mais comme une ressource » | Voix des patients [Internet]. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <https://www.voixdespatients.fr/maladies-chroniques-lemotion-ne-etre-vecue-probleme-ressource.html>.
27. SARRAZIN C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale 3/09/2012 Poitiers.
28. Bilan de l'offre de santé en Bretagne, PRS Santé 2018-2022, ARS Bretagne.
29. La médecine naturelle, une vogue qui se confirme - L'Express [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/la-medecine-naturelle-une-vogue-qui-se-confirme_859479.html

30. L'attitude du médecin avec son patient a un impact sur sa santé [Internet]. 2014 [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/05/04/22297-lattitude-medecin-avec-son-patient-impact-sur-sa-sante>
31. Stokes T, Dixon-Woods M, Mc Kinley R. Ending the doctor-patient relationship in general practice: a proposed model. *Fam Pract*. 2004; 21(5): 507-14.
32. Willis D, Zerr A. Terminating a Patient : Is It Time to Part Ways ? *Fam Pract Manag*. 2005; 12(8): 34-8.
33. Professionnel ME. Le refus de soins du médecin [Internet]. [macsf-exerciceprofessionnel.fr](http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr). [cité 14 août 2019]. Disponible sur: <http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/Refus-de-soins-du-medecin>
34. Télématin Santé - Un généraliste : oui, mais le bon ! [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.france.tv/france-2/telematin/974051-sante-un-generaliste-oui-mais-le-bon.html>
35. Elhadad - Michel M. L'insécurité en Médecine Générale en Rhône-Alpes : étude rétrospective auprès des médecins généralistes de la région. Thèse : Med : faculté de Lyon 2009.
36. Sondage : ce que les patients reprochent à leur médecin [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/3579-Sondage-ce-que-les-patients-reprochent-a-leur-medecin>
37. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
38. Patients difficiles - Prévention médicale [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Revue-de-question-thematique/Toutes-les-revues-de-questions/Patients-difficiles-conflits-avec-les-patients/Patients-difficiles>
39. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs-medecins>
40. Que peut-on attendre de son médecin généraliste ? [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2013 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/Communaute/Blogue/Fiche.aspx?doc=que-peut-on-attendre-de-son-medecin-generaliste->
41. Constitution [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
42. La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs - EM|consulte [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/157082>
43. Curchod C. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson; 2009.

44. Picard D, Marc E. Les conflits relationnels. 1e éd. Paris: PUF; 2008.
45. Giannotti A. 31. culture médicale 32. rencontre. 2019;32.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information pour recrutement des patients

Mesdames, Messieurs,

Avez-vous été insatisfait/mécontent au moins une fois d'une consultation avec un médecin généraliste ?

Si vous pouvez répondre oui, votre avis et votre expérience m'intéresse. Je réalise actuellement une étude pour comprendre l'insatisfaction des patients envers les médecins généralistes.

En effet grâce aux réseaux sociaux ou autres moyens informatisés nous pouvons observer de nombreux témoignages de patients insatisfaits. Cette insatisfaction grandissante, accompagnée d'un nombre de doléances et de plaintes en hausse est préoccupante.

C'est pourquoi je suis à la recherche de personnes ayant vécu une situation d'insatisfaction ou de conflit avec un médecin généraliste (que celui-ci soit ou non le médecin traitant), pour m'entretenir avec elles afin de mieux comprendre et d'analyser les causes de mécontentement.

Je suis présente ce jour au sein de votre laboratoire d'analyse. Si vous êtes d'accord **nous pouvons en discuter après votre prélèvement ou bien dans la journée à l'heure qui vous convient**. N'hésitez pas à vous manifester auprès d'un membre du laboratoire ou bien de moi-même.

Merci par avance pour votre aide précieuse, pour votre participation et pour l'intérêt que vous porterez à mon étude. Je tiens à préciser que toutes les données que vous me confierez seront **anonymes**.

Hélène ROUET

Annexe 2- Guide d'entretien

Confirmez-vous votre consentement à l'enregistrement et à l'utilisation des données que vous allez me confier ?

Caractéristique de l'échantillon

- Age
- Sexe
- Habitat : ville - rural - semi rural
- Catégorie professionnelle ou niveau d'étude
- Entourage familial : concubinage - célibataire - enfant - isolé - veuf
- En arrêt de travail/maladie/ invalidité / ALD
- Durée de suivi avec le médecin traitant/ nombre de médecins traitants déclaré
- Exercice du MT : seul/ en MSP/ cabinet de groupe / CH privé, CH publique

Entretien

- Avez-vous actuellement ou avez-vous eu un médecin traitant ?
- Si non, pouvez-vous m'expliquer pour quelles raisons vous n'avez pas de médecin traitant ?
Quand vous avez besoin, qui consultez-vous ? (médecin généraliste le plus proche, celui qui a de la place, un autre professionnel de santé, les sites internet ...)
- **Racontez-moi ce qu'il s'est passé avec votre médecin pour que vous en soyez mécontent.**
 - o Compétences
 - Erreur diagnostic : pas le bon ou retard
 - Examen clinique insuffisant
 - Prescription d'un traitement inefficace / inadapté / dangereux /
 - Réclamation non satisfaite d'examen complémentaire
 - Défaut d'hygiène
 - Manque de suivi
 - Manque de confiance de manière générale
 - o Administratif
 - Certificat de complaisance
 - FS non faite,
 - Dépassement d'honoraire non justifié,
 - délais de délivrance du dossier médical,
 - refus de faire certificat
 - o Relationnel
 - Propos familiers
 - Gestes inconvenants
 - Manque d'empathie
 - Durée d'attente
 - Refus de déplacement à domicile
 - Manque d'écoute
 - Refus d'être reçu en urgence au cabinet

- Devoir du médecin
 - Violation du secret professionnel
 - refus de soins,
 - manque d'explication,

- **Qu'avez-vous ressenti ?**
 - Colère
 - Frustration
 - Angoisse
 - Infantilisation
 - Indifférence

- **Comment cela-a-t-il évolué ?**
 - rupture du suivi avec le généraliste,
 - poursuite du discours, accord trouvé
 - discours virulent, insultes
 - doléance au conseil de l'ordre
 - plainte au conseil de l'ordre

- **Lors de ce mécontentement, aviez-vous des soucis ?**
 - Personnels
 - professionnel
 - familial
 - psychologique
 - santé

- **Quel a été le comportement du médecin ?**
 - Fin du contrat de médecin traitant
 - Calme
 - Agressivité, colère

- **Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la relation (ou l'amélioration de la relation) médecin-patient et éviter le mécontentement ?**

Merci infiniment de votre participation.

Annexe 3- fiche du CNOM

POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.

Pensez à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.

Examiner deux personnes prend plus de temps que de n'en examiner qu'une seule.

Pensez à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.

Moins votre médecin consacre de temps à l'administratif, plus il consacre de temps à votre santé.

Pensez à préparer votre consultation : apportez votre dossier médical (radios, résultats de laboratoire, anciennes ordonnances, lettres...), votre carte vitale mise à jour, votre attestation de prise en charge (CMU-C, AMÉ, ACS) ...

La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.

Pensez à prendre rendez-vous. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport... Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.

Un dossier médical est un document strictement personnel.

Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.

ROUET, Hélène.- Relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale dans les Côtes-d'Armor (22) : étude des causes de mécontentement du point de vue des patients envers leur médecin et compréhension des facteurs prédisposant au conflit.

60 feuilles, 1 illustrations, 3 graphiques, 1 tableau. 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Résumé français

Contexte/ Objectif : La relation médecin patient peut être conflictuelle. Les Côtes d'Armor est le département breton où les médecins déclarent le plus d'incidents. Notre étude a pour but de connaître les causes de mécontentement ainsi que le ressenti des patients dans les situations où ils sont insatisfaits du médecin généraliste.

Méthode : Etude qualitative par entretien semi dirigé auprès de patients insatisfaits recrutés au sein de laboratoires d'analyses médicales et de pharmacies des Côtes d'Armor entre février et avril 2019.

Résultats : 23 patients ont été analysés. Les causes d'insatisfaction principales étaient le manque d'écoute, d'empathie et le comportement de supériorité du médecin envers le patient. Les patients ressentaient majoritairement de la colère. La rupture de suivi au décours était fréquente. Les patients n'évoquaient que rarement leur mécontentement à leur médecin. D'après eux, la qualité relationnelle est le principal facteur influençant les conflits et il serait nécessaire, pour une relation médecin-patient efficiente, d'acquérir des compétences psychosociologiques et d'avoir une meilleure gestion du temps.

Conclusion : Le mécontentement dans la relation médecin-patient est le résultat de l'enchevêtrement de plusieurs insatisfactions et amène le patient à ressentir de nombreuses émotions négatives pouvant entraîner des conflits. La démographie médicale actuelle, le système de santé et l'individualisme de chacun influent sur cette recrudescence de conflits. Une éducation à la santé dispensée à la population pourrait être un bon moyen de pallier les incompréhensions médecin-patient.

Abstract

Background / Aim : The doctor / patient relation could be conflict. The Côtes d'Armor is the Breton department where the doctors report the most incidents. Our study has for goal to know the causes of the discontent as well as the patients feeling in situations they are dissatisfied of their general practitioner.

Method : We realized a qualitative study by semi-directed interview between February and April 2019 with dissatisfied patients recruited in medical analyzes laboratories and pharmacies of the Côtes d'Armor.

Results : 23 patients have been analyzed. The main causes of dissatisfaction were the lack of listening, empathy and superior behavior of the physician towards the patient. Most patients felt anger. The break in follow-up was frequent. Patients rarely mentioned their dissatisfaction to their doctor. According to them, relational quality was the main factor influencing conflicts and it would be necessary, for an efficient doctor-patient relationship, to acquire psychosociological skills and to have better time management.

Conclusion : Discontent in the doctor-patient relationship is the result of the tangle of several dissatisfactions and causes the patient to feel many negative emotions that can lead to conflict. The current medical demography, the health system and the individualism of every one influence this recrudescence of conflicts. A health education given to the population could be a good way to overcome the doctor-patient misunderstandings.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Insatisfaction, mécontentement, relation médecin-malade, plainte, conflit, patient

Mots-clés anglais MeSH : Dissatisfaction, disappolement, doctor-patient relationship, conflit, patient

Président : Monsieur Christophe PARIS

JURY : Assesseurs : Monsieur Cédric GUILLARD
Monsieur Alain CAUBET
Monsieur Pierrick RENAUT
Monsieur Alain LEGUERRIER
Madame Marie-Odile TESSIER