



Motifs de consultation estimés gênants par les patients : impact sur leur prise en charge en médecine générale

François Donette

► To cite this version:

François Donette. Motifs de consultation estimés gênants par les patients : impact sur leur prise en charge en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02868120

HAL Id: dumas-02868120

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02868120>

Submitted on 15 Jun 2020

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.

**MOTIFS DE CONSULTATION ÉSTIMÉS GÊNANTS
PAR LES PATIENTS.
IMPACT SUR LEUR PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 7 FÉVRIER 2020 PAR
François DONETTE

Président du Jury : Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Membres d'honneur :

- Monsieur le Professeur Jean-Marie SÉROT
- Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE

Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT
- Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE
- Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Élodie ALLARD

REMERCIEMENTS

A mon président de jury de thèse,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Médecine Légale et Droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, Médecine Légale et Sociale »

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Je vous remercie pour tous vos enseignements et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail qui finalise mon cursus universitaire.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

REMERCIEMENTS

Au membre d'honneur,

Monsieur le Professeur Jean-Marie SÉROT,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Gériatrie)

Centre d'Activité Pôle Gériatrie

Centre Saint-Victor

Votre présence lors de ma soutenance m'honore et le regard que vous pourrez porter sur ce travail suscite mon intérêt.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Au membre d'honneur,

Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Chirurgie maxillo-faciale)

« Pôle des 5 sens »

Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain Belgique

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous me faites l'honneur d'assister à ma soutenance.

Au cours de mes études, vous m'avez fait découvrir la médecine sous un autre angle, celui de l'humanisme.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A mon membre du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

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

(D.R.I.M.E.)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites de juger ce travail malgré vos nombreuses obligations.

J'ai porté intérêt à vos cours durant mes études et je tenais à vous remercier pour la qualité de vos enseignements.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A mon membre du jury,

Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Cardiologie)

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

Pôle « Cœur – Thorax – Vaisseaux »

Je suis honoré de votre présence.

Vous trouverez ici ma reconnaissance, celui d'un fils qui a pu grandir auprès de son père grâce à vos soins.

REMERCIEMENTS

A mon membre du jury,

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine interne

Je vous remercie pour le soutien que vous apportez aux internes et à leur formation en portant intérêt à leurs thèses.

Veillez trouver ici l'expression de mon respect.

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Élodie ALLARD,

Docteur en Médecine générale

Vous m’avez fait découvrir la médecine de ville, celle qui désormais me passionne et me motive. Vous m’avez guidé sur le chemin du doctorat en consacrant beaucoup de votre temps personnel. Ce travail symbolise la relation de compagnonnage que vous avez pris soin de tisser depuis maintenant deux ans.

Veillez trouver ici tous mes remerciements et l’expression de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

Aux médecins qui m'ont soutenu durant ces études, en particulier et par ordre de rencontre : le Docteur Catherine BERNARD, le Docteur Thierry SENLIS, le Docteur Sylvie DE KERMERCHOU, le Docteur Fazia ABDELLATIF, le Docteur Marc LANTREIBECQ, le Docteur Isabelle BASSE, le Docteur Valérie TSIN, le Docteur Ali HAMZA, le Docteur Marie-Christine DINNOO, le Docteur Emilie GARET, le Docteur Jean-Dominique ALLART, le Docteur Régis REVERT.

A Gabrielle DARRAS, Charles DELAHAYE, Sébastien DITTE, Teddy CLÉMENT, Thomas BLANPAIN, Charlotte FOUCART, Julie DÉMOULIN, mes collègues internes avec qui j'ai passé des moments inoubliables.

A Anne Laure LESAGE, pour ton amitié, et nos échanges durant la thèse. Merci pour la triangulation des données.

A mes enseignants depuis l'école maternelle, veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande reconnaissance. Je citerai en particulier : Hélène DUEZ, Pascale LAIGNEL, Maryse GAREC, Brigitte GARBE, Lysiane DÉCOUTURE, Françoise MARCHESI, Annick VAUCHEL, Catherine DECQUEVAUVILLIER, Odile VAN MARIS, Françoise SELLIEZ, Madame LETOCART et Madame CAPPE.

Aux patients qui ont accepté de participer à ma thèse, merci pour leur aimable collaboration.

REMERCIEMENTS

A ma grand-mère maternelle, Marie-Claude DUEZ. Tu trouveras ici une marque de respect pour les enseignements humanistes que tu t'es efforcée de nous transmettre, et pour l'intérêt que tu as toujours porté aux études de tes petits enfants.

A mon grand-père maternel, Jean DUEZ, ce travail est pour toi. J'espère que tu es fier de ton petit-fils que tu as beaucoup marqué. Fier de la tradition scientifique familiale que tu as amorcée avec tes défis d'ingénieur, je pense en particulier aux vérins hydrauliques de l'Hovercraft.

A ma grand-mère paternelle, Micheline DONETTE, que je n'ai malheureusement pas pu connaître. Tu as attaché de l'importance aux études de tes enfants. Trouve ici une marque de respect pour les origines de la famille.

A mon grand-père paternel, Pierre DONETTE, pour ton travail, ton courage, ta joie de vivre malgré les épreuves. Tu as toujours été humble.

A Micheline CÉSILE, pour ta bienveillance et ta confiance en l'avenir.

A mes arrière-grands-parents maternels et paternels. Fier de la tradition commerçante familiale, et je pense en particulier aux commerces DONETTE en centre-ville d'Amiens. Fier de mes racines et du travail accompli.

A ma mère, Hélène DUEZ, que je respecte beaucoup. Tout cela c'est grâce à toi. Et tu le sais très bien. Comment te remercier ? Tu as su nous porter dans nos projets tout en respectant nos aspirations. A nos promenades à Paris, ville lumière. Eternelle reconnaissance.

A mon père, Patrick DONETTE, pour ton soutien durant mes études et la transmission de tes connaissances littéraires et latines.

A mes sœurs Annabelle DONETTE, Barbara DONETTE et Fanny DONETTE, mes plus fidèles supportrices. Aux bons moments passés ensemble, aux vacances dans les Alpes. A nos fous rires, à nos colères. A l'entraide familiale.

A Charles VANDENDRIESSCHE. Les obstacles de la vie ne sont que les étapes nécessaires à l'accomplissement de sa légende personnelle. A nous, à nos projets, à notre avenir.

A mon ami Pierre POULAIN, pour ton enthousiasme permanent qui te porte très haut dans tes projets. Sache que je t'admire beaucoup.

A mes amis Philippe et Catherine POULAIN, pour votre philosophie de vie et votre bienveillance. Vous êtes très importants pour moi.

A mon ami Clément REMISE. Mon ami d'enfance, mon frère... Je tiens très fort à toi. Tu as tout et tu as tout compris : beau, intelligent, travailleur, et d'une gentillesse sans pareille. Tu es mon plus fidèle ami, mon repère. Trouve ici une marque de respect.

A mes amis Anne DELBRAYELLE et Bernard DELACAMPAGNE. Mes voisins, mes amis. Vous m'avez vu grandir. Vous m'avez toujours soutenu. J'ai beaucoup d'admiration pour vous et partage les mêmes valeurs. Hâte de vous revoir et de discuter à bâtons rompus autour d'un bon verre de vin.

A mon amie Claire DELACAMPAGNE que j'ai vue grandir. Fais de tes rêves une réalité et de tes passions ton métier. Tu iras très loin. Je crois très fort en ton avenir.

A mon ami Philippe DUPREZ. Mon voisin devenu ami. Pour tout ce que tu m'as appris. Je tiens très fort à toi.

A mon ami Olivier ANCEL. Mon voisin devenu ami. Pour ta sagesse, ton esprit créatif et ta bienveillance sans commune mesure. Merci Olivier.

A mon ami Christophe HEMBERT. Pour m'avoir fait découvrir de belles choses. Je pense notamment à ta bibliothèque. A notre amitié !

A Jean HUBERT. Pour ton soutien, ton sens de l'engagement et le respect que tu portes au milieu médical. A tout ce que tu as pu apporter durant ta carrière.

A Régis REVERT. Pour tes bons soins et ton aide. Reconnaissance éternelle.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	19
<u>MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	23
A) <u>Type d'étude</u>	23
B) <u>Recrutement des patients</u>	23
C) <u>Mode de recueil des données</u>	23
D) <u>Mode d'analyse des données</u>	26
<u>RÉSULTATS</u>	29
I- <u>Ce qui était délicat de dire à son médecin traitant</u>	32
A) <u>Les motifs de consultation gênants</u>	32
B) <u>Les causes de l'hésitation à consulter</u>	34
C) <u>Les conséquences de l'hésitation</u>	37
D) <u>Les stratégies en attendant une consultation</u>	39
E) <u>Ce qui décidait à consulter</u>	41
II- <u>La relation médecin-malade</u>	43
A) <u>Les raisons de la gêne vis-à-vis du médecin</u>	43
B) <u>L'attitude du médecin vis-à-vis des sujets estimés intimes par les patients</u>	45
III- <u>Les suggestions des patients pour aborder plus aisément les sujets estimés gênants</u>	48
<u>DISCUSSION</u>	53
I- <u>A propos du travail et de la méthode</u>	53
II- <u>A propos des résultats</u>	56
A) <u>Détermination du ressenti des patients concernant les motifs de consultation qu'ils estimaient embarrassants</u>	56
B) <u>Détermination de l'influence des motifs de consultation délicats sur le délai de prise en charge chez le médecin</u>	61
C) <u>Les pistes évoquées par les patients pour lever les tabous</u>	67

<u>CONCLUSION</u>	75
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	78
<u>ANNEXES</u>	83
<u>Grille d’entretien utilisée</u>	84

ABRÉVIATIONS UTILISÉES :

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DMP	Dossier Médical Partagé
Dr	Docteur
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
ECG	Électrocardiogramme
HBP	Hypertrophie Bénigne de Prostate
Hétéro	Hétérosexuel
HTA	Hypertension Artérielle
INSEE	Institut National Statistique et Études Économiques
M ^{me}	Madame
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
Psy	Psychiatre
SOPK	Syndrome des Ovaires Polykystiques

INTRODUCTION

Le XXI^{ème} est le théâtre d'innovations technologiques touchant particulièrement la médecine. L'offre d'examens complémentaires spécialisés ne cesse de croître, éclairant le diagnostic et le traitement. Mais le développement de cet intermédiaire entre le médecin et le malade rend parfois la prise en charge distante. Les patients peuvent perdre l'habitude d'être examinés et tarder à consulter leur médecin généraliste, avec lequel ils tissent pourtant souvent des liens privilégiés au fil des ans. C'est pourquoi les aptitudes relationnelles du médecin généraliste sont déterminantes.

La relation médecin-malade a rarement été étudiée en médecine générale. La thèse du Dr. Lager-Bonnefoy en 1996 sur les retards de diagnostics en médecine générale, témoigne de l'importance des facteurs relationnels dans la démarche médicale en étudiant le point de vue des médecins, tout comme celle du Dr. Savage en 2014. Le point de vue des patients n'a donc pas été à l'initiative des recherches. C'est pourquoi notre étude occupe une nouvelle place en s'appuyant sur leur vécu.

Nous nous sommes alors demandé en quoi le ressenti des patients concernant des motifs de consultation qu'ils estiment difficiles à aborder influence-t-il la réactivité de prise de rendez-vous chez leur médecin généraliste ? L'objectif était aussi de rechercher des moyens, via les attentes des patients, de limiter l'hésitation à la consultation pour les motifs médicaux pouvant être estimés gênants à aborder. La méthode qualitative libère la parole et fait abstraction de nos éventuels a priori sur le sujet. Logiquement, nous l'avons utilisée et avons réalisé dix-sept entretiens individuels semi-dirigés d'adultes majeurs et volontaires, parmi différentes patientèles de la région d'Amiens, avec pour critères d'exclusion les troubles cognitifs et les troubles de l'expression verbale pouvant altérer les entretiens. Les données ont été analysées par codage à l'aide du logiciel NVivo12® couplé à une triangulation.

L'étude permet de nous sensibiliser et d'éclairer notre pratique quotidienne. Les résultats sont surprenants et à interpréter à la lueur d'une société en pleine évolution. Les motifs de consultation que les patients jugeaient gênants étaient à la fois attendus comme tout ce qui touchait à l'intimité, et d'autres nous ont surpris. Ils étaient fonction du patient, mais aussi du médecin, et par conséquent de la relation qui les unissait. Au-delà de la curiosité suscitée par le sujet, les méthodes de compensation mises en place par les patients qui appréhendaient les conséquences du jugement éventuellement porté par le médecin, avaient un impact à la fois sur la qualité de prise en charge et sur le fonctionnement du système de santé et dépassaient ainsi largement le champ du cabinet de médecine générale. Les patients nous ont apporté des pistes pour qu'ils puissent se livrer plus facilement, utiles dans la pratique quotidienne de tout médecin.

Qu'ils désiraient une relation médecin-malade distante et secrète, ou une relation médecin malade humaine et personnalisée, les patients attendaient de leur médecin traitant des capacités d'adaptation sans commune mesure.

Nous détaillerons la méthode utilisée puis nous présenterons les résultats avant de les analyser.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

A) Type d'étude :

La méthode qualitative a été choisie pour mettre en valeur le ressenti des patients concernant les motifs de consultation gênants en les laissant s'exprimer le plus librement possible. La construction d'une réflexion autour de ce thème avait pour finalité de générer des axes pouvant, dans un second temps, être utilisés pour une thèse quantitative.

B) Recrutement des patients :

Nous avons recruté des patients majeurs et volontaires, parmi différentes patientèles de la région d'Amiens. Les critères d'exclusion étaient les troubles cognitifs et les troubles de l'expression verbale pouvant altérer les entretiens. Le recrutement s'est fait au fur et à mesure par bouche à oreille. Le premier contact était téléphonique. Le sujet était présenté de la façon suivante aux patients : *« Jeune médecin en fin d'étude, je travaille sur le ressenti des patients concernant les motifs de consultation qui pourraient leur faire différer une prise de rendez-vous chez leur médecin généraliste. Je pense notamment à des motifs que vous trouveriez intimes ou embarrassants. Je me permets donc de vous proposer un entretien qui sera anonyme. Il sera cependant enregistré pour pouvoir ensuite analyser vos remarques. L'objectif étant de générer une réflexion sur le sujet à la lumière de vos réponses. »*

C) Mode de recueil des données :

Les données étaient recueillies à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, enregistrés à l'aide de mon téléphone portable, anonymisés et retranscrits mot à mot. Le choix d'un lieu d'entretien était laissé aux patients : la plupart ont choisi de venir chez moi plutôt que dans un lieu public afin d'aborder plus librement les questions intimes. Les entretiens 4 et 5 ont été menés au domicile des patients alors qu'une tierce personne se trouvait dans la pièce adjacente. Les autres entretiens menés à domicile ont été réalisés à un moment où le patient se trouvait seul. La grille d'entretien a été confectionnée et modifiée à plusieurs reprises. Elle a ensuite été testée sur deux entretiens sans que cela n'engendre de nouvelles modifications : les entretiens 1 et 2 ont ainsi été conservés.

Dix-sept entretiens ont ainsi été réalisés entre décembre 2018 et mars 2019. Le plus court durait 3 minutes 52 secondes et le plus long 26 minutes 19 secondes. La saturation des données a été définie au quinzième entretien puis confirmée aux deux suivants, signant la fin du recueil des données.

La grille d'entretien utilisée tout au long de l'étude est décrite ci-après mais également en annexe page 84. En italique, apparaissent les éléments donnés à l'oral.

<u>Introduction :</u> <i>Jeune médecin en fin d'étude, je travaille sur le ressenti des patients concernant les motifs de consultations qui pourraient leur faire différer une prise de rendez-vous chez leur médecin généraliste. Je pense notamment à des motifs que vous trouveriez intimes ou embarrassants.</i> <i>Je me permets donc de vous proposer un entretien qui sera anonyme. Il sera cependant enregistré pour ensuite analyser vos remarques. L'objectif étant de générer une réflexion sur le sujet à la lumière de vos réponses.</i>	
<u>Identification du patient</u>	- Sexe : - Age : - Catégorie socioprofessionnelle : - Durée du suivi par le médecin traitant généraliste actuel : - Type de suivi :
<u>Retard de consultation et moyens mis en œuvre</u>	<i>Dans un premier temps, je vais tenter de comprendre ce qui selon vous pourrait être délicat de dire à son médecin traitant, et donc :</i> 1- Quels sont les motifs de consultation pour lesquels vous vous sentez gêné ? 2- Que pensez-vous d'une potentielle hésitation de votre part à différer une consultation ? Selon vous, quelles pourraient-être les conséquences d'une telle hésitation sur votre santé ? 3- Que faites-vous en attendant ? 4- Qu'est-ce qui vous décide alors à consulter ?
<u>Relation médecin malade</u>	<i>Je vais maintenant tenter de comprendre les liens qui vous unissent à votre médecin traitant, et donc :</i> 5- Pourquoi certains sujets vous semblent-ils difficiles à évoquer avec votre généraliste ? 6- Que pensez-vous de votre relation avec le médecin généraliste, et notamment concernant l'écoute, et les sujets que vous pensez ne pas pouvoir aborder ?
<u>Pistes évoquées pour faciliter la consultation</u>	<i>Merci d'avoir répondu à ces questions, j'aimerais pour finir connaître vos suggestions pour palier à ces difficultés et donc :</i> 7- Selon vous, qu'est ce qui pourrait faciliter une consultation pour un motif que vous jugez gênant ?
<u>Conclusion :</u> <i>Ici se termine notre entretien, je tiens à vous remercier de votre participation. Il sera légitime de vous informer des résultats de cette étude une fois terminée.</i>	

Grille d'entretien utilisée

Mes impressions ont été notées sur une feuille à part pour chaque entretien afin d'alimenter la discussion sans pour autant compromettre la neutralité du recueil des données.

D) Mode d'analyse des données :

Les entretiens retranscrits mots à mots ont été codés à deux reprises grâce au logiciel informatique NVivo12®.

En effet, un premier codage a été réalisé au fur et à mesure des entretiens pour s'assurer de la pertinence du recueil des données et dégager précocement les grandes directrices lignes de l'étude. Il a aussi permis de définir la saturation des données. Mais la lisibilité de ce premier codage était insatisfaisante car les nœuds étaient parfois communs à plusieurs questions n'ayant pourtant aucun lien entre elles.

Un deuxième codage a donc été réalisé une fois les entretiens terminés, question par question, pour une meilleure lisibilité des réponses.

Aussi, la triangulation des données effectuée par M^{me} Anne Laure Lesage, en cours de rédaction d'une thèse qualitative de médecine générale, a permis de valider ce deuxième codage et d'assoir mes données. En effet, elle a utilisé le même logiciel informatique de codage pour analyser les données de sa propre thèse. Elle travaille sur les mesures gouvernementales pour favoriser l'accès aux soins en médecine ambulatoire avec pour objectif de déterminer le ressenti des médecins généralistes de Picardie sur cette réforme. Son expérience sur le codage a permis d'analyser un tiers de mes entretiens, et d'extraire les mêmes axes de travail, confortant mon analyse des résultats.

Les résultats sont présentés ci-après.

RÉSULTATS :

Nous allons présenter les résultats. Le recrutement orienté de patients d’Amiens et de sa région a permis un échantillonnage assez large en termes de générations, de catégories socio-professionnelles, de motifs de recours aux soins et de lieux d’exercice médical. L’orientation du recrutement veillait à l’homogénéisation de ces caractéristiques. Ci-après, le tableau descriptif de la population de l’étude :

Entretien	Sexe	Age	Situation socio-professionnelle	Durée de suivi	Type de suivi	Zone d’habitation	Lieu de l’entretien
1	Femme	23 ans	Cadre	1 an	Pilule	Urbaine	A mon domicile
2	Homme	55 ans	Profession libérale	25 ans	Anxiété MST	Urbaine	A mon domicile
3	Homme	27 ans	Profession libérale	26 ans	Recours ponctuels	Rurale	A son domicile
4	Homme	67 ans	Retraité	20 ans	HTA	Rurale	A son domicile
5	Femme	65 ans	Retraîtée	27 ans	Recours ponctuels	Rurale	A son domicile
6	Femme	25 ans	Etudiante	2 ans	Pilule	Rurale	A son travail
7	Femme	32 ans	Secrétaire	10 ans	Recours ponctuels	Rurale	A son travail
8	Femme	21 ans	Etudiante	21 ans	Surpoids SOPK	Urbaine	A mon domicile
9	Homme	80 ans	Retraité	2 ans	Recours ponctuels	Urbaine	A son domicile
10	Femme	83 ans	Retraîtée	10 ans	Recours ponctuels	Urbaine	A son domicile
11	Homme	31 ans	Etudiant	1 an	Syndrome dépressif	Rurale	A son domicile
12	Homme	23 ans	Etudiant	23 ans	Recours ponctuels	Urbaine	A mon domicile
13	Homme	43 ans	Sans emploi	13 ans	Recours ponctuels	Urbaine	A son domicile
14	Femme	40 ans	Professeur à la faculté	15 ans	Recours ponctuels	Urbaine	A son travail
15	Homme	50 ans	Directeur d’entreprise	2 ans	HBP	Urbaine	A son domicile
16	Homme	75 ans	Retraité	15 ans	HTA HBP	Rurale	A son domicile
17	Femme	75 ans	Retraîtée	15 ans	HTA AVC	Rurale	A son domicile

Tableau descriptif de la population de l’étude

La population comportait donc dix-sept patients, dont huit femmes et neuf hommes, de 21 à 83 ans, de toutes catégories socio-professionnelles. Onze n'avaient recours que ponctuellement au médecin généraliste et les six autres consultaient à la fois pour des maladies chroniques et des maladies aiguës. Enfin, neuf consultaient en zone urbaine et huit en zone rurale.

Les zones urbaines et rurales étant définies selon l'Insee (Institut National Statistique et Études Économiques) en 2016 comme suit :

- L'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.
- Sont considérées comme rurales, les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Les résultats sont présentés ci-dessous dans le tableau après codage et triangulation, question par question et par ordre d'apparition au cours des entretiens, à l'exception des réponses négatives qui apparaissent en premier, afin d'assurer la clarté de la présentation. A noter que cet ordre a été modifié dans l'énonciation des résultats pour une meilleure lisibilité. Certaines citations des patients ont été sélectionnées. Les entretiens complets sont disponibles en quatrième de couverture sur clef USB.

<u>CE QUI ÉTAIT DÉLICAT DE DIRE À SON MÉDECIN TRAITANT :</u>	<u>Les motifs de consultation gênants :</u>		- L'absence de gêne - La dysmorphophobie - Les troubles de la libido - Les relations sexuelles extra-conjugales - Les maladies sexuellement transmissibles - La gynécologie - La sphère anale - Les troubles somatoformes - La souffrance psychique - Les médecines non allopathiques	<u>LA RELATION MÉDECIN-MALADE :</u>	<u>Les raisons de la gêne vis-à-vis du médecin :</u>	- Pas de raison d'être gêné - Le sentiment de manque de personnalisation dans la relation - Le médecin de toute la famille - La peur d'être jugé - Le sexe du médecin - Le jeune médecin - L'absence de proximité par manque de recours - La réticence à parler de sa vie - La peur de dévoiler quelque chose de grave
	<u>A propos d'une hésitation à consulter :</u>	<u>Causes :</u>	- L'absence d'hésitation - L'impression de somatiser - La peur d'abuser du système du temps du médecin - Le sexe du médecin - Le risque iatrogène - La possible guérison spontanée - La peur du diagnostic - La relation nouvelle avec le médecin traitant - L'absence ressentie d'écoute - L'appréhension du jugement du médecin		<u>L'attitude du médecin vis-à-vis des sujets estimés intimes par les patients :</u>	- Le manque d'écoute - Les capacités d'écoute - Les caractéristiques du lieu de la consultation - Une relation de confiance - Une relation neutre, sans jugement - Avec une capacité à diriger l'entretien
		<u>Conséquences :</u>	- La culpabilité à ne pas dire - La consultation dans une autre ville - Le diagnostic incomplet - La consultation spécialisée	<u>LES SUGGESTIONS DES PATIENTS POUR ABORDER PLUS AISEMENT LES SUJETS ESTIMÉS GÊNANTS :</u>	- L'anonymat - L'ouverture d'esprit pressentie du médecin - Le temps d'écoute avant l'examen physique - La banalisation - Les qualités humaines	
	<u>Les stratégies en attendant une consultation :</u>		- Pas d'attente - Aucune stratégie - Les recherches - L'avis de l'entourage - Le choix d'un spécialiste d'organe - Les « médecines douces » - L'automédication - Le choix d'un médecin du même sexe - L'avis paramédical			
	<u>Ce qui décidait à consulter :</u>		- Les conseils de l'entourage - L'inquiétude - La douleur - La souffrance psychologique - L'envie de se prendre en main - La persistance ou l'aggravation des symptômes			

Tableau récapitulatif des résultats par ordre d'apparition au cours des entretiens

I- CE QUI ÉTAIT DÉLICAT DE DIRE A SON MÉDECIN TRAITANT :

A) Les motifs de consultation gênants :

- **L'absence de gêne**
- **Les motifs de consultation liés au sexe :**
 - Les troubles de la libido
 - Les relations sexuelles extra-conjugales
 - Les maladies sexuellement transmissibles
 - La gynécologie
- **La sphère anale**
- **Les troubles somatoformes**
- **La souffrance psychique**
- **La dysmorphophobie**
- **Les médecines non allopathiques**

Tous les patients interrogés n'étaient pas nécessairement gênés devant leur médecin généraliste :

1) L'absence de gêne :

« Nan, moi, devant un médecin, pour moi c'est un homme comme moi, donc il a les mêmes fonctions, il a les mêmes, comment dirais-je... Le même corps que moi ! Je lui présente aussi bien les parties intimes que n'importe quoi ça me gêne pas ! » (Entretien 9)

« Comme j'ai de bons rapports humains avec mon médecin traitant, je ne suis pas gênée ! » (Entretien 10)

Même si la plupart des patients étaient gênés, pour des raisons variées, c'est le motif de consultation lié au sexe qui arrive en première position :

2) Les motifs de consultation liés au sexe :

Comme les troubles de la libido :

« Entre nous, je me suis inquiété, à une époque mais je n'en ai pas parlé, d'avoir peur de, à cause d'une médication particulière, d'une perte de libido. J'en ai jamais parlé. Après l'histoire était en suspend ! On verra (rire) ! » (Entretien 2)

Pour les motifs de consultation gênants, il y avait aussi les relations sexuelles extra-conjugales :

« Après X. je pense qu'on peut lui dire à peu près tout ce qui se passe sauf sous cette réserve que j'ai pas envie de lui dire si je suis allé... Euh... Voir ailleurs ! » (Entretien 2)

« Mmmh (rire)... Bah si c'est avec mon médecin traitant, donc avec X. que je connais très bien, c'est si je devais parler, en fait, d'activités sexuelles extra conjugales, parce que c'est un grand ami de V.. Très particulier comme situation ! » (Entretien 2)

Ou les maladies sexuellement transmissibles :

« Bah c'était ça, je prends l'exemple de maladies sexuellement transmissibles, c'est jamais agréable d'en parler à son médecin, surtout quand il nous connaît depuis qu'on est tout petit, et qu'on a une vie sexuelle active quand on grandit ou quoi, ce genre de trucs bah en qualité de jeune ça peut me gêner ouai ! » (Entretien 3)

« Tout ce qui est sérologie, tout simplement ! Les dépistages ! » (Entretien 11)

Et pour finir la gynécologie :

« Bah tout ce qui est... Qui tourne autour de (se touche les cheveux)... La sphère gynéco ou... Euh (semble gênée)... » (Entretien 6)

« Quand c'est quelque chose, bah là par exemple, ma réduction mammaire, je lui en ai parlé, et euh... C'est vrai que c'est un peu mes parents qui m'ont poussée à le faire (rire) ! Je ne voulais pas aller le voir ! » (Entretien 8)

Les troubles du transit et la proctologie ont aussi été mentionnés par les patients :

3) La sphère anale :

« Ouais, bah tout ce qui est digestif, surtout diarrhée ! Constipation moins ! Mais diarrhée, ouais ! Tout ce qui va être diarrhée, problème anal, des trucs comme ça ! » (Entretien 12)

La gêne n'a pas uniquement été d'ordre physique, mais aussi d'ordre psychique avec :

4) Les troubles somatoformes :

« C'est... Euh... (semble gênée). Plus quand j'ai l'impression quand c'est moi qui invente les syndromes du coup j'ai pas envie d'aller embêter un médecin pour euh... Si c'est rien finalement ! Du coup j'ose pas questionner, aller la voir pour ça. » (Entretien 1)

Mais aussi la souffrance psychique :

5) La souffrance psychique :

« Bah si au cours de la consultation, par exemple (se touche les cheveux)... Le médecin en face va dire, bah peut être qu'il y a un peu une part, de stress, de déprime ou quoique ce soit, c'est tout de suite plus compliqué de se livrer, euh... Et de... Fin... Personnellement admettre, qu'effectivement, il y a peut-être une part de ça quoi ! » (Entretien 6)

« Euh, tous les motifs, euh... Au niveau euh... Tête ! C'est-à-dire, quand on va pas bien, on sent qu'on est... Un peu mentalement faible, tout ce qui est recherche de psy, ou... » (Entretien 14)

6) La dysmorphophobie :

« Voilà ! Après, y'a aussi les problèmes avec le poids, parce que j'ai eu des petits soucis aussi avant avec ça. Euh... Le cholestérol aussi ça me gênait ! Euh... Nan après je pense que j'ai fait un peu le tour ! » (Entretien 8)

Enfin, les motifs de consultation gênants ont pu être en lien avec des approches différentes de la médecine ou du bien-être, comme pouvait en témoigner une patiente :

7) Les médecines non allopathiques :

« Et il y a un autre truc aussi c'est toutes les médecines parallèles ! C'est-à-dire que... On demande un conseil en homéo, en naturopathie, en ostéopathie, en... Y'a des médecins ça bugue ! » (Entretien 14)

B) Les causes de l'hésitation à consulter :

- **L'absence d'hésitation**
- **L'impression de somatiser**
- **La peur d'abuser du temps du médecin**
- **La possible guérison spontanée**
- **La peur du diagnostic**
- **Le risque iatrogène**
- **La relation médecin malade :**
 - Le sexe du médecin
 - La relation nouvelle avec le médecin traitant
 - L'absence ressentie d'écoute
 - L'appréhension du jugement du médecin

Certains patients n'hésitaient pas à consulter, qu'ils aient été gênés ou non :

1) L'absence d'hésitation :

« Parce que moi je fais confiance aux gens ! Je fais confiance si j'ai quelqu'un en face de moi et que je sais qu'il va me soigner ! » (Entretien 16)

« Je trouve que même si c'est gênant, je crois que j'irais quand même ! Je crois que même si c'est gênant, je me dirais il faut se soigner, et on ne peut pas rester sans savoir vraiment les causes du mal, euh... » (Entretien 17)

Alors que la plupart hésitaient, et pour des raisons différentes, comme :

2) La peur de consulter abusivement :

Parce qu'ils avaient l'impression de somatiser :

« Parce que des syndromes peuvent être très petits et moi je peux choisir de l'ignorer en me disant bah non j'suis bête j'invente et finalement. » (Entretien 1)

Ou d'abuser du temps du médecin :

« Mais j'ai pas envie d'être comme certains qui vont chez le médecin dès qu'il y a un petit rhume quoi ! » (Entretien 1)

Ou tout simplement parce qu'ils pensaient pouvoir guérir seul :

3) La possible guérison spontanée :

« Oui, ça m'arrive ! Parce que j'me dis ça va peut-être se guérir tout seul ! La douleur dans l'épaule ou dans la jambe, oh bah elle va disparaître ! Là j'ai eu mal dans le dos depuis deux trois jours, oh... Là j'ai mal dans les côtes, dans l'bas du bassin... C'est un lumbago pour moi ! Dans ma tête hein (rire) ! Et bon on va voir ça la semaine prochaine si ça va pas mieux, j'vais l'voir ! Si ça va, j'ai passé à côté ! Impeccable ! » (Entretien 9)

« Je vais pas aller voir mon médecin pour euh... Si je trouve que je vais m'en sortir toute seule ! » (Entretien 17)

L'hésitation à consulter pouvait être en lien avec la maladie :

4) La peur du diagnostic :

« Euh... Je diffère parce que, j'ai... Enfin du fait de... Des obligations que j'avais envers mes parents quand j'étais enfant, euh... Je diffère... J'ai peur du diagnostic ! C'est le diagnostic qui me fait peur ! Mais si le médecin est assez humain pour me dire : « Bah là c'est pas bien, parce que si ça s'aggrave... ». J'ai peur ! C'est le diagnostic ! » (Entretien 10)

Ou en lien avec son traitement :

5) Le risque iatrogène :

« Pfff ! Bah pas vouloir prendre trop de médicaments ! J'en prends pas déjà ! Donc, si j'vais voir un médecin automatiquement, bah il ouvre un peu son parapluie, chose normale, j'en ferais autant, et il donne des médicaments pour soulager la douleur, tout à fait normal ! Mais bon... Comme j'en prends pas, bah... J'évite dans ces cas-là, bah parce que je sais très bien qu'il va me donner des médicaments ! Donc bon, si ça se passe tout seul, je suis sauvé, j'ai pas pris de médicaments ! » (Entretien 9)

Mais si elle était majoritairement rattachée à la relation avec le médecin généraliste :

6) La relation médecin-malade :

En raison du sexe du médecin :

« Moi je l'ai déjà fait ! Je l'ai tellement fait que mon nouveau médecin traitant est un homme (élève la voix) ! Et pour quelque chose... Pour un... Ou... Un problème gynéco que je n'arrivais pas à soigner toute seule, je suis allée consulter chez un médecin que je ne connaissais pas ! Qui était une femme (élève la voix), dans le même cabinet, mais en dehors de... » (Entretien 6)

D'une relation nouvelle avec le médecin :

« Bah j'hésite à dire... Tout simplement parce que... Je ne le connais pas ! Ça fait qu'un an qu'il me suit, c'est pas mon médecin traitant de base, donc voilà ! » (Entretien 11)

L'hésitation à consulter en lien avec la relation médecin-malade pouvait aussi venir :

De sa conduite, comme l'absence ressentie d'écoute :

« Euh... Parce que si, si je ne vais pas consulter... Si éventuellement je n'allais pas consulter c'est parce que je saurais que mon interlocuteur... Il n'y a pas de dialogue ! » (Entretien 5)

« Moi je... Si je tombe sur un médecin qui ne m'entend pas, je changerais de médecin ! Ah oui moi c'est clair ! Oui, Oui ! Moi si la personne en face... Si on n'a pas ce lien-là, parce que c'est important...Euh... C'est comme avec un psy ! Si on n'a pas ce lien, on passe à autre chose quoi ! » (Entretien 5)

Et enfin de ses réactions ou jugements supposés...

De l'appréhension du jugement du médecin :

« Ah bah j'hésite parce que... Peur du regard... Peur du regard du médecin sur mon état de santé mentale, en disant elle est peut-être faible ou elle est peut-être pas super bien qu'elle n'y parait ! » (Entretien 14)

Après la recherche des motifs estimés gênants, nous nous sommes attardé à recueillir les conséquences de l'hésitation :

C) Les conséquences de l'hésitation :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- La culpabilité à ne pas dire- Le diagnostic incomplet- La consultation dans une autre ville- La consultation spécialisée |
|---|

Selon les patients, hésiter à consulter ou différer une consultation occasionnait diverses conséquences :

1) La culpabilité à ne pas dire :

« C'est peut-être un cancer ou un truc super grave que j'aurais pu signaler avant... »

(Entretien 1)

« Bah pour certaines maladies, il vaut mieux que ça soit traité rapidement ! C'est ça le problème, c'est le... Le délai des traitements qui fait que ça peut être plus grave que si ça avait été traité au départ ! » (Entretien 15)

Les conséquences de l'hésitation pouvaient être un diagnostic erroné :

2) Le diagnostic incomplet :

« Je vais être gênée mais je vais jamais hésiter, et euh, quand ça arrive, je pense que ça peut un peu tronquer la thérapeutique qu'il peut y avoir derrière. Donc pas donner toutes les informations, je me sentrais pas forcément très bien soignée par la suite. Donc j'aurais l'impression que... Qu'il manque quelque chose dans mon diagnostic et euh qu'il peut pas établir un diagnostic réel et complet. » (Entretien 3)

L'hésitation pouvait également engendrer une autre consultation :

3) La consultation dans une autre ville :

« C : Je ne la diffère pas, je peux la faire ailleurs.

F : La faire ailleurs ?

C : Si c'était nécessaire et si mon inquiétude est suffisante, je peux aller consulter ailleurs, et payer en espèce pour pas qu'il y ait de trace. » (Entretien 2)

« je sortirais du circuit amiénois. Voilà ! Parce que je connais trop de monde. Et je ne veux pas que... Voilà ! » (Entretien 2)

Enfin, hésiter à consulter chez le médecin traitant n'était pas systématiquement synonyme de cachoterie. Cela pouvait simplement signifier le choix d'une prise en charge spécialisée en premier intention :

4) La consultation spécialisée :

« B : Bah j'irais voir mon gynécologue !

F : Donc vous iriez voir un spécialiste ?

B : Un spécialiste, tout à fait ! » (Entretien 7)

D) Les stratégies en attendant une consultation :

- **Pas d'attente**
- **Aucune stratégie**
- **L'automédication**
- **Les « médecines douces »**
- **Les recherches**
- **L'avis :**
 - De l'entourage
 - Paramédical
 - D'un spécialiste d'organe
- **Le choix d'un autre médecin :**
 - Ailleurs
 - Ou du même sexe

Certains n'attendaient pas pour consulter :

1) Pas d'attente :

« *donc quand j'ai quelque chose... Quand j'ai besoin d'y aller j'y vais (rire) !* » (Entretien 4)

D'autres attendaient passivement :

2) Aucune stratégie :

« *Rien (rires) ! Je vis ma vie (rire) !* » (Entretien 1)

« *Rien ! Je continue comme si rien n'était ! Voilà j'occulte !* » (Entretien 9)

Pendant que d'autres essayaient de se soigner eux-mêmes :

3) L'automédication :

« *Bah j'ai essayé de... De me débrouiller toute seule, avec des traitements qu'on peut avoir sans ordonnance déjà !* » (Entretien 6)

« *Avant je m'auto-médicamentais si je peux. Si je connais la cause et le pourquoi du comment, et euh... Si je vois que ça perdure à ce moment-là je vais consulter mon médecin !* »
(Entretien 13)

Les « médecines douces » pouvaient être aussi une stratégie mise en place avant de consulter. On suppose que les patients évoquaient les médecines non allopathiques en utilisant ce terme :

4) Les « médecines douces » :

« J'ai tendance à avoir des médecines un peu plus douces... » (Entretien 5)

« Toutes les médecines parallèles (sourire), je vais aller faire de l'étiopathie, du reiki, de l'homéopathie, de l'acupuncture, des massages... » (Entretien 14)

Même si la plupart des patients se renseignaient de diverses manières :

5) Les recherches documentaires :

« je vais chercher des trucs par moi-même, euh sur internet, dans les bouquins » (Entretien 3)

L'avis d'une tierce personne était majoritairement demandé :

6) L'avis :

De l'entourage :

« je pose des questions à des gens qui ont déjà eu la même chose » (Entretien 3)

« Voilà, je vais aller chercher et puis je vais surtout parler à beaucoup de personnes pour savoir si eux ils ont eu ça, et, et à chaque fois il y en a dans l'entourage qui ont eu ça et sur qui cette technique a marché ! » (Entretien 14)

L'avis paramédical :

« B : (Tourne les pages d'un livre nerveusement) Bah ça dépend ce que j'ai ! J'essaye de me renseigner sur le problème !

F : Sur quoi ? Comment ?

B : Auprès d'une pharmacienne par exemple ! » (Entretien 7)

Pendant que d'autres s'attelaient à chercher un spécialiste d'organe :

Le choix d'un spécialiste d'organe :

« *Je choisis le bon spécialiste ! Pour pouvoir aller plus loin dans la recherche de ce que j'ai !* »
(Entretien 5)

La stratégie en attendant de consulter qui visait à demander l'avis d'une tierce personne, et notamment d'un médecin, ne signifiait pas toujours la recherche d'un spécialiste d'organe :

7) Le choix d'un autre médecin :

Ailleurs :

« *Je m'inquiète. Un sentiment d'angoisse. Mais bon franchement si je devais être suffisamment angoissé j'irais consulter ailleurs en urgence. Et si... Oui c'est ça que je pense.* » (Entretien 2)

Ou du même sexe :

« *Une fois vraiment ! Enfin... Une fois, je me suis rendu compte que ça passait pas et... Et qu je comprenais pas ce que c'était et j'ai fini par... Prendre rendez-vous avec... Un médecin femme (élève la voix), parce que l'autre est un homme (insiste sur le mot homme) et que je l'avais pas depuis assez longtemps, à mon avis, pour euh... Pour pouvoir... Voilà ! Et j'avais pas accès à mon gynécologue qui n'est pas ici.* » (Entretien 6)

Se posait alors la question de l'élément décisif à la consultation :

E) Ce qui décidait à consulter :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Les conseils de l'entourage- L'inquiétude- La douleur- La souffrance psychologique- L'envie de se prendre en main- La persistance ou l'aggravation des symptômes |
|---|

Tous les patients révélaient un élément décisif à la consultation, extérieur :

1) Les conseils de l'entourage :

« *si j'en parle un peu autour de moi et qu'on me dit que tu devrais quand même consulter je me dis, bon, si je ne suis pas la seule à le penser je vais peut-être aller poser la question.* »
(Entretien 1)

Ou venant du patient :

2) L'inquiétude :

« s'il y avait une inquiétude majeure euh avec euh des, des obligations de faire des choses complémentaires » (Entretien 2)

« La peur ! Du diagnostic ! » (Entretien 11)

La souffrance pouvait décider à consulter, qu'elle ait été d'ordre physique ou psychologique :

3) La douleur :

« Ça peut être la douleur ! Ou... La douleur ! » (Entretien 7)

4) La souffrance psychologique :

« Euh... J'en pouvais plus ! Psychologiquement parlant j'en pouvais plus du tout ! On allait euh... Même faire les boutiques tout ça je pleurais tout le temps, enfin... C'était plus possible pour moi, même ma vie sociale, enfin... Bref (rire) ! C'était pas ça du tout et je m'entendais avec personne parce que j'étais tellement mal en fait que... J'arrivais pas à m'ouvrir ! Et donc là je me suis dit « non c'est bon stop et on y va ! ». » (Entretien 8)

Et enfin tout simplement l'envie de guérir :

5) L'envie de se prendre en main :

« Euh... Et bah l'envie de changer les choses et de se prendre en main ! » (Entretien 14)

6) La persistance ou l'aggravation des symptômes :

« C'est le fait que ça se passe pas quoi ! Donc euh... On se dit mince faut faire quelque chose quoi ! » (Entretien 15)

« Bah quand on ne peut pas faire autrement ! On est bien obligé ! Ou alors, ou alors c'est... ça s'aggrave ! » (Entretien 17)

II- LA RELATION MÉDECIN-MALADE :

A) Les raisons de la gêne vis-à-vis du médecin :

- Pas de raison d'être gêné
- Le sentiment de manque de personnalisation dans la relation
- La peur d'être jugé
- L'absence de proximité par manque de recours
- Le médecin de toute la famille
- Le sexe du médecin
- Le jeune médecin
- La réticence à parler de sa vie
- La peur de dévoiler quelque chose de grave

Certains patients n'étaient pas gênés :

1) Pas de raison d'être gêné :

« Moi mon généraliste je l'aime bien, il me comprend ! Et puis... Bah non ! Pas gênée, non, non ! » (Entretien 10)

« Bah je n'ai pas de problème particulier, même que ce soit au niveau de la sexualité, ou euh... D'un champ infectieux... Urinaire, prostatique ! Je n'ai aucun problème là-dessus ! » (Entretien 13)

D'autres au contraire l'étaient, notamment en raison d'une distance trop importante :

2) Le sentiment de manque de personnalisation dans la relation :

« On est un numéro ! Enfin c'est pas personnalisé donc on se demande si elle veut vraiment s'occuper de nous cas par cas. Maintenant on a plus l'impression que c'est un business et plus ils font de clients rapidement mieux c'est quoi, du coup on n'a pas l'impression d'être écouté (silence). Même des fois on n'est pas soigné comme il faut sur ce qu'on avait dit. »

(Entretien 1)

La gêne pouvait venir des patients qui appréhendaient la réaction du médecin :

3) La peur d'être jugé :

« et donc euh, lui parler d'autres soucis qui peuvent être un peu gênants, peut-être qu'on peut se sentir, alors que c'est un médecin, on peut se sentir un peu jugé, donc ouais, jugé, évalué. Il y a une certaine échelle. Le rapport soignant-soigné des fois il peut être un peu déstabilisant. »

(Entretien 3)

« Euh, le médecin traitant dont lequel je parle qui est un médecin classique... Euh... J'ai, j'ai, je... Enfin... On est... On a une relation, très, de confiance, mais c'est vrai y'a un moment donné j'ai eu besoin d'un suivi psy et je me suis vue hésiter à lui demander et avoir un peu peur de lui demander et d'ailleurs la réponse que j'ai eu ce jour-là c'est : « Ah mais y'a plein de psy ! ». Et pas d'adresse, pas de téléphone, pas d'orientation ! « Y'a plein de psy ! ». »
(Entretien 14)

La gêne pouvait venir de la relation nouvelle avec le médecin :

4) L'absence de proximité par manque de recours :

« Parce que je le vois rarement ! On parle de mon cas... On parle de moi ? Je le revois rarement ! » (Entretien 7)

Ou inversement, d'une trop grande proximité :

5) Le médecin de toute la famille :

« Avec le couple. C'est initialement un ami de V. Et qu'effectivement, même, si j'ai une totale confiance dans le respect de son secret professionnel, je ne m'inquiète pas de ça du tout, je me sens moins à l'aise pour évoquer des... des difficultés particulières. » (Entretien 2)

« Parce qu'il me connaît ! Parce qu'un médecin traitant, c'est un médecin de famille (insiste sur ce mot), et qui sait de A à Z ce qui s'est passé dans notre vie en termes de santé »
(Entretien 3)

Mais elle pouvait également venir de certaines caractéristiques inchangeables du médecin comme le sexe ou l'âge :

6) Le sexe du médecin :

« Bah là dans son cas, c'est parce que c'est un homme » (Entretien 6)

7) Le jeune médecin :

« parce qu'il est jeune ! Quand même vraiment jeune ! » (Entretien 6)

« J'ai eu sa fille dernièrement en remplacement, euh... Effectivement, c'est plus la différence d'âge qui me gêne, mais c'est pas la notion de dire à un médecin. A la limite, c'est plus pour ne pas la gêner elle (insiste sur ce mot) que j'aurais la réserve et non pas pour moi ! Pour ne pas la mettre mal à l'aise. » (Entretien 14)

Aussi, la gêne était en lien avec une difficulté à parler de soi :

8) La réticence à parler de sa vie :

« Bah parce que, pour moi, le médecin traitant, même si c'est quelqu'un que je connais depuis très longtemps, euh... J'sais pas ! J'ai pas euh... J'ai pas le rapport, enfin... Le contact euh... Je vais pas lui exposer ma vie privée, enfin pour moi ça me paraît logique ! J'sais pas ! C'est plus dans ce sens-là ! Donc moi c'est pour ça que c'est compliqué ! Je vais pas lui exposer ma vie privée ! Si c'est un truc qui a attiré au sexe, j'ai pas envie de lui exposer ma vie sexuelle, ce genre de choses ! Voilà (rire) ! » (Entretien 12)

Et enfin, certains patients étaient gênés de dévoiler quelque chose de potentiellement grave :

9) La peur de dévoiler quelque chose de grave :

« Je sais pas trop là euh... C'est, nan c'est pas vraiment par rapport au médecin, c'est par rapport à soi-même de dévoiler quelque chose d'un peu plus grave quoi ! Mais je pense que le médecin là-dedans... Pour moi ça a peu d'importance ! » (Entretien 15)

B) L'attitude du médecin vis-à-vis des sujets estimés intimes par les patients :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Le manque d'écoute- Les aptitudes relationnelles du médecin généraliste :<ul style="list-style-type: none">○ Les capacités d'écoute○ Une relation de confiance○ Une relation neutre, sans jugement○ Avec une capacité à diriger l'entretien- Les caractéristiques du lieu de la consultation |
|--|

Les médecins réagissaient différemment face aux sujets intimes. D'abord, pour quelque patients, certains médecins ne semblaient pas favoriser l'écoute :

1) Le manque d'écoute :

« Euh bah justement j'ai changé parce que l'autre j'avais l'impression qu'elle m'écoutait pas »
(Entretien 1)

« Là où d'autres vont n'avoir pas le temps parce qu'il faut passer au suivant. » (Entretien 2)

Puis inversement, l'attitude des médecins vis-à-vis de sujets intimes n'était pas toujours négative et certains semblaient favoriser la libération de la parole du patient grâce à leurs aptitudes relationnelles :

2) Les aptitudes relationnelles du médecin généraliste :

Les capacités d'écoute :

« Alors X. a une capacité d'écoute exceptionnelle. Il a une capacité à entendre mais à entendre au-delà de ce qui est dit. Pour ça c'est quelqu'un qui est... Moi j'ai rien à en dire, il est hyper-humain, hyper attentif. Et ses capacités d'écoute dépassent largement ce que tu peux lui dire. Et il entend au-delà de ce que tu vas lui dire. Euh... » (Entretien 2)

« Ça ne rend pas forcément les choses plus difficiles à dire ! Parce que dans les sujets graves, il prend plus le temps ! Là pour la réduction mammaire il a vraiment pris le temps de m'écouter, de me conseiller, tout ça, et... » (Entretien 8)

Mais aussi les capacités à faire régner un climat de confiance :

Une relation de confiance :

« Moi il est très, très, très bien, très pro, il met vraiment... Bah le fait de ne connaître aussi depuis longtemps ça fait beaucoup de choses aussi, donc il y a vraiment une relation avec lui de... De partage parce qu'on discute pas mal. Il met vraiment en confiance, donc moi j'ai entière confiance en lui, et puis je pense qu'il y a une réelle relation quoi ! » (Entretien 3)

« C'est un médecin qui est, disons... Il comprend l'Homme, il comprend le corps humain, il comprend... Tout ça ! Il se met à notre place ! » (Entretien 9)

La confiance pouvait également passer par l'ouverture d'esprit du médecin :

Une relation neutre, sans jugement :

« *Au niveau de l'écoute, je pense c'est quelqu'un qui est, plutôt... Euh (semble hésiter) ... On va dire ouvert d'esprit !* » (Entretien 11)

« *Je trouve qu'on est très libre de discuter avec lui !* » (Entretien 17)

Avec une capacité à diriger l'entretien :

« *Mmmh... Je préfère que ça soit lui qui engage la conversation ! C'est un médecin ! C'est pas moi qui irait ! (...)* Il pose pas trop de questions trop, trop gênantes ! » (Entretien 11)

« *J'ai très confiance, parce qu'il pose les bonnes questions au bon moment, il va chercher loin !* » (Entretien 13)

Enfin, le choix du lieu de consultation pouvait aussi favoriser l'expression de sujets intimes :

3) Les caractéristiques du lieu de la consultation :

« *Mais aussi dans un contexte particulier : il est à la maison (insiste sur ce mot) quand ça se passe. Donc moi je suis dans mon domaine (insiste sur ce mot), c'est-à-dire que je suis quand même dans mon cadre (insiste sur ce mot). Donc il y a une différence aussi quand on consulte chez... Je pense qu'il y a une différence fondamentale dans le fait de consulter chez le patient, quand le patient est chez lui, ou de consulter dans le cadre du cabinet médical. Et je suppose que le patient dans son cadre habituel, se sent plus... D'abord plus serein, mais aussi plus fort quand il a l'intention de résister. Parce que là on était dans le cadre d'une pathologie qui avait un caractère un peu psychologique, psychiatrique peut-être pas !* » (Entretien 2)

Il est maintenant légitime d'étudier les diverses solutions apportées par les patients pour favoriser l'expression des sujets intimes.

III- LES SUGGESTIONS DES PATIENTS POUR ABORDER PLUS AISÉMENT LES SUJETS ÉSTIMÉS GÊNANTS :

- **L'anonymat**
- **La banalisation**
- **L'ouverture d'esprit pressentie du médecin**
- **Le temps d'écoute avant l'examen physique**
- **Les qualités humaines**

En premier lieu les patients désignaient :

1) L'anonymat :

« C'est très simple : un médecin que je ne connais pas ! » (Entretien 2)

« Mais pour un quelque chose par exemple de gynéco, je pense qu'actuellement je referais la même chose, j'irais pas voir... J'irais voir quelqu'un que je ne verrais qu'une fois dans ma vie (rire) et peut être même que j'irais pas revoir la même personne, enfin le médecin femme que... » (Entretien 6)

D'autre part, les patients suggéraient une banalisation des motifs de consultation estimés gênants :

2) La banalisation :

« Tout ce qui est tabou le devienne un peu moins en étant un peu plus médiatisé, que.... J'sais pas... Par exemple, que ce soit l'examen d'un gynécologue... Gynécologique... Qu'il n'y ait pas tant de tabous sur des choses... Ça me concerne pas, mais le toucher rectal, ou des choses comme ça ! Que ça soit pas, à ce point, tabou, secret, sale, tout ce qu'on veut ! » (Entretien 6)

Notamment par la communication en salle d'attente :

« Je trouve que dans les salles d'attente, il y a des trucs qui sont bien, des petites affiches et tout ça qui expliquent des cas critiques, un peu critiques, et je trouve que c'est bien ! Je trouve que ça, ça permet aux gens de réfléchir un peu... De se dire : « Tiens ce problème là, ça m'arrive de temps en temps, ça vaut le coup d'en parler au médecin ! ». » (Entretien 15)

Ensuite, les patients évoquaient la tolérance du médecin :

3) L'ouverture d'esprit pressentie du médecin :

« Et j'aurais plus confiance par exemple à me retrouver, avec un médecin gay, pour parler de certaines choses, qu'avec un médecin hétéro. Mais c'est peut-être stupide ! Mais c'est comme ça ! Parce que j'aurais plus de facilité à dire que je suis allé trainer à Paris, avec quelqu'un qui sait comment ça se passe, comment se trouve le milieu, plutôt qu'avec un médecin amiénois qui a fait ses études à Amiens et qui n'est jamais sorti de son trou. » (Entretien 2)

« Le lien et puis l'ouverture d'esprit sur différents sujets ! Par exemple, tout à l'heure on parlait du sexe ! Voilà, il y en a qui sont plus ouverts que d'autres sur certains sujets, voilà ! C'est... Donc après, je pense que ça dépend du médecin et son ouverture aussi, son ouverture d'esprit sur certains sujets, voilà ! » (Entretien 12)

Aussi les patients demandaient un temps d'écoute avant l'examen physique pour aborder plus aisément les sujets estimés intimes :

4) Le temps d'écoute avant l'examen physique :

« Ouais voilà ! Avant qu'il y ait l'examen, que ça soit corporel ou qu'il ait des questions, qu'il y ait une discussion avant ! Qu'il y ait peut-être un échange qui est fait, parce que ça permet de briser certaines euh... Certains tabous et puis parce qu'on peut parler de plein de choses et puis après c'est peut-être plus facile pour la suite. » (Entretien 3)

« Ça pourrait être par exemple de... C'est difficile à faire en soi, mais... Par exemple de... La première fois, parler du problème sans avoir à être examinée. Voir intégrer le fait, de, soit revenir voir cette personne qui examinera par exemple deux jours plus tard ou... Voilà ! Intégrer la chose ! Soit se dire que... Aboutir au fait qu'on veut pas être examinée par lui, et dans ce cas-là peut être trouver une autre solution, même peut être avec le médecin en lui-même qui... Pour être vue par quelqu'un d'autre... Là je parle d'un autre contexte par exemple, du blocage homme-femme ou en différence d'âges trop proches ou à l'inverse trop éloignés... » (Entretien 6)

Les qualités humaines du médecin étaient pour finir décisives :

5) Les qualités humaines :

« *Parce que le médecin est agréable !* » (Entretien 9)

« *La relation, l'humain, au cœur du patient et de sa famille ! La relation ! Très, très important !* » (Entretien 10)

Les patients se sont exprimés librement, ce qui a permis une variété importante de réponses. Saturation des données au bout de 17 entretiens. Nous allons discuter ces réponses ci-après.

DISCUSSION :

L'objectif principal de ce travail était de déterminer le ressenti des patients concernant les motifs de consultation qu'ils jugeaient gênants, et leur influence sur la réactivité à la prise de rendez-vous chez leur médecin généraliste. L'objectif secondaire était de trouver des moyens, via les attentes des patients, afin de limiter leur hésitation à la consultation pour les motifs de consultation pouvant être estimés gênants à aborder. Afin de répondre à ces questions, le choix s'est naturellement porté vers la méthode qualitative par analyse d'entretiens individuels semi-dirigés de patients volontaires.

I- A PROPOS DU TRAVAIL ET DE LA MÉTHODE :

Cette étude présentait des points forts, en lien avec sa méthodologie.

A) Les forces :

Premièrement, le sujet était novateur car le ressenti des patients est rarement abordé dans les études. Deux thèses s'en approchent : l'une offre une vision globale sur le retard de prise en charge du point de vue des médecins généralistes ^[1]. L'autre décrit le ressenti des médecins face à leurs erreurs et retards de diagnostic ^[2]. Notre étude était nouvelle car elle étudiait le problème du retard de prise en charge du point de vue des patients. L'aspect technique du diagnostic qui aurait pu être mis en avant si on avait interrogé les médecins n'était donc pas décrit ici. En revanche, la discussion sur la relation que pouvaient entretenir les patients avec leur médecin traitant était centrale. Ainsi l'aspect relationnel primait sur les considérations techniques.

Deuxièmement, le choix de la méthode qualitative permettait aux patients de s'exprimer librement, sans l'influence d'un questionnaire trop orienté. Leur point de vue était au cœur du travail. Les patients pouvaient donc s'exprimer librement, sans jugement et de manière anonyme.

Troisièmement, la population était variée pour l'âge, le sexe et le lieu d'habitation car le recrutement était orienté.

Enfin, la triangulation des données a permis d'augmenter la validité interne de l'étude. C'est une démarche qui permet de croiser différentes approches d'un même objet de recherche, ici par codage d'un tiers des entretiens par une tierce personne, afin d'obtenir des données qui se confirment ou se corroborent ^[3]. Cette triangulation a été réalisée par M^{me} Anne-Laure Lesage, elle-même en train de rédiger une thèse qualitative de médecine générale, et de ce fait, habituée à ce type d'exercice.

Bien qu'un soin particulier ait été apporté à la méthodologie, la méthode qualitative présentait aussi des limites.

B) Les limites :

En effet, le sujet était méconnu. Il n'existe que peu de références bibliographiques, en l'occurrence, deux thèses de médecine générale où seul l'avis des médecins est pris en compte. Il existe par ailleurs des documents très théoriques sur la relation médecin-malade, d'ordre psychologique voire même philosophique. Le sujet choisi était quant à lui un sujet de terrain, où la liberté d'expression des patients était maître mot.

Le recrutement par bouche à oreille limitait la sélection. Les patients timides et gênés d'aller consulter le médecin se sont moins manifestés que les patients communicatifs et décomplexés. De plus, certaines catégories socio-culturelles de patients n'étaient pas représentées, notamment la classe ouvrière. Cet obstacle n'était pas complètement effacé par l'orientation du recrutement.

Une limite apparaissait aussi concernant la déclaration. En effet, la véracité des propos des patients était difficilement vérifiable. Ces derniers pouvaient avoir oublié de d'aborder certains aspects, volontairement ou involontairement. Leur aptitude à se confier pouvait dépendre des circonstances de l'entretien et notamment de son lieu : en effet, de nombreux patients ont été interrogés en dehors de leur univers, à mon domicile, bien que le choix du lieu d'entretien leur ait été systématiquement laissé libre. D'autres ont préféré être interrogés chez eux, alors qu'une tierce personne se trouvait dans la pièce adjacente, ce qui remettait en question la confidentialité : c'était le cas des entretiens 4 et 5. Enfin, observées, certaines personnes pouvaient changer de comportement. Bien qu'inévitable et difficilement quantifiable, cette

limite était atténuée par le choix d'un lieu calme et insonorisé et par l'anonymisation complète des résultats, annoncée avant le début même des entretiens.

Notons que le délai de consultation n'a pas été quantifié en jours ce qui aurait été contraire à la méthode qualitative choisie, qui par définition ne permettait pas de compter. Notre étude visait simplement à mettre en évidence l'éventuelle hésitation à consulter des patients interrogés.

Enfin, des patients ne se sentaient pas gênés chez le médecin même si la grille d'entretien était moins adaptée au recueil de leurs témoignages. Ces derniers apportaient néanmoins des solutions pertinentes et ont donc été soigneusement conservés.

L'interprétation des résultats devait se faire à la lumière des points forts et des limites de l'étude.

II- A PROPOS DES RÉSULTATS :

Qu'est-ce qu'un motif de consultation gênant ? Quel impact peut-il avoir sur la prise en charge ? Existe-t-il des solutions pour y remédier ? Réponse à ces interrogations en trois temps : tout d'abord le ressenti des patients concernant les motifs de consultation qu'ils estimaient embarrassants. Puis l'influence de cette gêne sur le délai de prise en charge chez le médecin généraliste. Enfin, les moyens pour remédier à ce malaise du point de vue des patients.

A) Détermination du ressenti des patients concernant les motifs de consultation qu'ils estimaient embarrassants :

La gêne est multidimensionnelle et se définit par une « *impression désagréable, un embarras, un trouble, un malaise moral, ou une confusion de quelqu'un dans la situation où il est placé* »^[4]. C'est le ressenti d'un individu dans un contexte et c'est potentiellement celui d'un patient face à son médecin traitant. Ainsi au cours du travail, les patients expliquaient pourquoi certaines situations médicales pouvaient leur être embarrassantes. Mais avant de décrire leur ressenti, citons le cas des patients qui n'étaient pas gênés chez le médecin et le cas des patients qui hésitaient à consulter sans pour autant être gênés.

Les patients qui n'étaient pas gênés chez le médecin décrivaient le rôle d'une éducation libérée, sans tabou, et la fréquentation de clubs sportifs où nudité et promiscuité étaient de mise, comme en témoignait l'entretien 15 : ce patient consultait son médecin traitant pour le suivi d'une hypertrophie bénigne de prostate et n'avait pas de réticence lors de l'examen clinique. Il pratiquait le basket en équipe depuis sa plus tendre enfance, et avait l'habitude d'être nu dans les vestiaires. L'absence de gêne pouvait donc être acquise très tôt au cours de la vie, en dehors des cabinets médicaux. Mais l'absence de gêne pouvait également être le fruit d'une relation de confiance, construite progressivement avec le médecin, et qui permettait l'expression de sujets intimes.

Hésiter à consulter n'était pas toujours synonyme de gêne. Ainsi, un patient à l'aise pouvait hésiter à consulter de peur qu'on ne lui découvre quelque chose de grave, ou par crainte des effets indésirables des médicaments. Citons la patiente de l'entretien 10 qui hésitait à consulter

car elle avait peur d'être atteinte d'une maladie grave qui aurait pu l'empêcher d'être au chevet de ses parents grabataires. Les patients pouvaient tout simplement hésiter à consulter parce qu'ils pensaient guérir tout seul. C'était le cas de trois des hommes de plus de 75 ans interrogés au cours des entretiens 9, 16 et 17, vivant ou ayant vécu à la campagne. Une patiente de 23 ans hésitait à consulter parce qu'elle avait peur d'abuser du temps du médecin (entretien 1), notamment lorsqu'elle pensait somatiser. Trois autres jeunes patients âgés de moins de 32 ans (entretiens 3, 7 et 12) évoquaient également cette notion de temps médical, mais cette fois ci pour l'expression de sujets jugés intimes, cités dans la partie suivante.

Il y avait donc des patients qui n'étaient pas gênés et des patients qui hésitaient à consulter pour des raisons différentes. Le ressenti des patients concernant les sujets jugés gênants était lui aussi varié : certaines notions étaient attendues et d'autres non.

Plusieurs situations étaient qualifiées de gênantes par les patients. La sexualité a été majoritairement évoquée au cours des entretiens, ce qui était attendu. Les jeunes adultes interrogés semblaient être particulièrement gênés face à ce sujet au sortir de l'adolescence. La sexualité regroupait le sexe comme organe, que les patients n'osaient pas montrer à leur médecin. Mais aussi le sexe au sens de sexualité qui définissait l'individu : les troubles de l'érection vécus comme une remise en question de la masculinité, les MST (Maladies-Sexuellement Transmissibles) perçues comme honteuses et les relations extra-conjugales, et la peur des conséquences d'un secret révélé au sein de la famille par le médecin généraliste. C'était en définitive la peur d'un jugement sociétal ou moral. Si la relation manquait de distance, notamment si le médecin était celui de toute la famille, le patient était gêné pour évoquer ses relations sexuelles extra-conjugales par exemple (entretien 2). Tout laissait alors à penser qu'il ne faisait pas entièrement confiance à son médecin traitant : il se justifiait d'ailleurs, sans qu'on ne lui ait demandé, en disant qu'il ne mettait pas en doute le secret médical ! Ce dernier revêt pourtant non seulement une dimension éthique, mais aussi une dimension légale ^[5]. Cette remise en question du secret médical s'expliquait par la relation d'amitié que nouait le médecin avec le couple. Le patient interrogé avait-il en face de lui son ami ou son médecin ? De plus, les rendez-vous avaient lieu à domicile, désacralisant la relation médecin-malade. Soigner les membres d'une même famille permet d'avoir « un aperçu plus complexe de la dynamique familiale, mais une telle complexité distraît souvent de ce que le patient choisit de confier »

comme en témoigne l'article du Collège des médecins traitants du Canada ^[6]. Une relation médecin-malade qui s'inscrivait dans le temps pouvait donc paradoxalement, selon les patients, remettre en question la qualité du secret médical.

Par ailleurs, la difficulté peut aussi venir lorsque le médecin traitant décide de soigner ses proches, comme le décrit le Docteur Anne Rebeyrotte dans sa thèse ^[7] : « même une demande de conseils est une demande de soins », et il est nécessaire d'instaurer des limites.

Dans ces situations, l'enjeu pour le médecin est de « bannir tout jugement de valeur sur ce que fait ou ne fait pas le malade [...]. Car le plus important, c'est ce que vit le malade. Pas ce que pense le médecin. » ^[8].

Mais, a contrario, une relation naissante avec le médecin traitant n'était pas non plus favorable à l'expression des problématiques sexuelles, surtout si le médecin était du sexe opposé ou d'âge différent. Les patients n'avaient pas ce sentiment d'identification au médecin permettant de se sentir compris. Les patients sous-entendaient même après les entretiens qu'un jeune médecin pouvait avoir davantage de préjugés et de sujets tabous qu'un médecin d'âge mûr censé avoir du recul sur la vie. Le patient de l'entretien 4, âgé de 67 ans et consultant pour une HTA avait ainsi peur de mettre mal à l'aise la jeune remplaçante de son médecin traitant en parlant librement de sexe. Ce patient pourrait éventuellement être à l'aise avec la remplaçante, car la relation médecin-malade se construit au cours du temps, mais le processus d'identification est impossible ici.

La sphère digestive était aussi mentionnée par les patients, comme motif de consultation gênant, surtout s'il s'agissait de diarrhée plutôt que de constipation (entretien 12) : la diarrhée étant perçue comme sale et honteuse. Le patient interrogé attachait de l'importance à la représentation, et avouer avoir la diarrhée à son médecin traitant portait atteinte à son estime. La proctologie était également abordée par ce patient : l'éventualité de devoir montrer son anus au médecin était vécue comme humiliante et entraînait une anxiété anticipatoire. Après discussion, ce patient a consulté directement le spécialiste d'organe pour une fissure anale, parce que ce dernier « avait l'habitude d'en voir », pour reprendre ses propos. La gêne ne venait finalement pas de la fissure, mais plutôt de sa cause. Elle révélait des pratiques sexuelles qu'il avait encore du mal à assumer aux yeux de ses proches, et par extrapolation, aux yeux de son médecin traitant, médecin de toute la famille.

Par ailleurs, tout ou partie du corps pouvait être un complexe. Ainsi certains patients souffraient de dysmorphophobie, ou « *préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique* »^[9], à différencier de la pudeur ou « *disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles, et en particulier, l'évocation de choses sexuelles* »^[4]. Véritable enjeu de santé publique, la dysmorphophobie est au cœur de la société avec le développement des réseaux sociaux qui diffusent l'image d'un corps impossible. L'image diffusée se substitue à la norme et les patients développent des défauts imaginaires. La dysmorphophobie était peu évoquée par les patients au cours de notre étude même si tout laissait à penser qu'elle était en partie responsable de leur mal-être face au médecin. Citons par exemple la jeune patiente de l'entretien 8 qui n'osait pas descendre en peignoir dans la salle à manger alors que le médecin de famille était présent de peur de dévoiler ne serait-ce qu'une partie de son corps qu'elle trouvait trop rond. Elle était pourtant de corpulence normale. La lecture de son bilan lipidique par le médecin traitant, réalisé dans le cadre du renouvellement de la pilule oestro-progestative était source d'angoisse, car il aurait pu être témoin de désordres métaboliques rattachés au poids. Le médecin traitant n'était pas informé de cette difficulté et ouvrait machinalement l'analyse sans même se douter que la personne assise en face de lui était gênée. La gêne était donc parfois inattendue par le médecin.

La gêne n'était pas nécessairement en lien avec une affection physique : une grande partie des patients interrogés disait aussi être gênée pour parler de leur santé mentale : l'étude n'a pas retrouvé de profils particuliers à ces patients. Les patients ayant mentionné cette gêne avaient été interrogés dans des lieux particulièrement bien insonorisés. Aucun patient interrogé à domicile avec un proche à proximité (entretiens 4 et 5) n'avait évoqué sa santé mentale comme motif de consultation gênant. La sous-estimation des troubles anxieux et dépressifs est un problème central en santé publique et une enquête prouve que les patients n'osent pas toujours en parler^[10]. Pourtant, ce tabou sociétal sera selon l'OMS la première cause d'incapacité en 2030^[11]. Quand les patients se livrent, ils se rattachent aux qualités humaines du médecin traitant : écoute, ouverture d'esprit et empathie pour les plus importantes^[12]. Cependant, pathologie psychiatrique ne rimait pas toujours avec syndrome anxiodépressif. Certains patients étaient ainsi gênés de devoir avouer leur hypochondrie parce qu'ils avaient peur d'abuser du temps du médecin, comme cité précédemment. La diffusion de l'image d'un médecin pressé et débordé semble avoir des conséquences : Sommes-nous délétères à la relation médecin malade en diffusant des informations concernant les déserts médicaux, l'encombrement des urgences,

ou encore en ne pouvant accorder des rendez-vous rapides aux patients ? Ou persistance d'une dichotomie entre somatique et psychique : les troubles psychiques seraient-ils considérés par les patients comme moins nobles ? Cette dichotomie somatique et psychique concerne également les médecins, comme peut en témoigner la moindre attractivité de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales lors de la procédure des choix après les épreuves nationales classantes.

Enfin, terminons par une touche plus déroutante, les médecines non allopathiques ou pratiques de soins non conventionnelles. Elles se définissent en opposition aux pratiques conventionnelles et ont pour point commun l'absence de validation scientifique ^[13]. Elles regroupent de nombreuses pratiques, comme l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, le thermalisme psychiatrique... La liste est non exhaustive et il semble y avoir confusion sur ce que « les médecines douces », comme les appellent les patients, regroupent, et confusion, non par sur leur efficacité, par définition non scientifiquement prouvée, mais sur leur absence prétendue de nocivité. Confusion aussi avec l'automédication qui se définit, d'après le Larousse®, par l'« *utilisation thérapeutique par un malade de médicaments en dehors d'un avis médical* » ^[4]. Ainsi, dans notre étude, une patiente avouait cacher à son médecin, qui ne partageait pas les mêmes représentations, qu'elle était adepte des « médecines parallèles ». Amenée à lui mentir, de peur de le vexer, elle lui vouait paradoxalement un grand respect. Consciente de l'intérêt de la médecine allopathique, elle le consultait quand elle n'avait pas le choix, en dissimulant son attrait pour l'automédication et les pratiques non conventionnelles. Bon nombre de médecins ne sont d'ailleurs pas convaincus par les médecines non conventionnelles ^[14], comme explique le Dr. Pouchain, dans son article sur les approches théoriques, scientifiques et réglementaires de l'homéopathie : les patients pensent que l'homéopathie n'a pas été assez étudiée et par conséquent n'a pas été jugée à sa juste valeur, alors que les médecins n'y voient simplement que l'absence de preuve d'efficacité. Est-ce utopique de faire abstraction de ses propres représentations pour soigner les patients ?

De manière générale, il était regrettable de constater que la gêne ressentie par les patients nuisait à la relation médecin-malade, et surtout remettait en question la qualité de la prise en charge.

B) Détermination de l'influence des motifs de consultation délicats sur le délai de prise en charge chez le médecin :

Le délai de prise en charge correspond au temps séparant la prise de conscience par le patient de ses symptômes et le rendez-vous chez le médecin traitant. Une fois le patient décidé à consulter, il faut six jours pour obtenir un rendez-vous chez le généraliste en France ^[15]. Au début de l'étude, il était admis que les patients embarrassés tardaient à consulter, ce qui s'est vérifié. Notre étude qualitative ne précisait pas, par définition, le délai en jours mais mettait en évidence l'attente des patients, et les stratégies d'adaptation mises en place jusqu'à ce qu'ils aient pris la décision de consulter. Les conséquences de cette période de doute étaient variables d'un patient à l'autre. Attente, décision et conséquences étaient décrites dans l'ordre ci-dessous.

1) Les différentes stratégies d'adaptation des patients :

Certains patients n'attendaient pas car ils estimaient qu'il fallait consulter tout de suite. Il n'y avait pas de raison d'être gêné puisque le médecin était un individu comme un autre, « *conçu de la même manière* » pour reprendre l'expression d'un patient après un entretien. D'autres préféraient rester dans le déni : le déni pouvant être considéré comme une stratégie d'adaptation, ou comme une absence complète d'action.

La recherche d'informations était une stratégie d'adaptation courante. Les patients semblaient préférer se renseigner avant. Les recherches pouvaient être documentaires, dans des ouvrages ou sur internet, sur Doctissimo® ou d'autres sites de vulgarisation médicale, comme pouvait en témoigner un jeune patient de 27 ans (entretien 3). Le nombre de connexion à Doctissimo® augmente de presque 30% entre septembre 2018 et septembre 2019^[16]. La discrétion était de mise, et le médecin n'était consulté que dans un second temps, notamment lorsqu'il s'agissait de MST acquises lors de relations extra-conjugales. Bien qu'il y ait des limites à ce comportement, comme le retard de prise en charge, il y a aussi des avantages, et particulièrement celui de voir assis en face de soi un patient éclairé sur le sujet pour lequel il consulte. Ces recherches ne pouvaient cependant pas se soustraire à une éducation thérapeutique bien menée. Elles pouvaient néanmoins apporter une aide précieuse au médecin traitant grâce au partage d'informations. Dans notre étude, les recherches pouvaient également se faire auprès des proches, surtout s'ils avaient présenté au moins une fois les mêmes

symptômes. Consulter un proche plutôt qu'un site internet témoignait d'un stade plus avancé dans le cheminement vers la consultation : le patient osait en parler. Les recherches pouvaient finalement se faire auprès du pharmacien. Pharmacien qui voit son champ d'action s'élargir, notamment au Québec, où il peut prescrire certains traitements dans un cadre limité et prédéfini ^[17]. Ici encore, degré de décision supérieur vers la consultation : les patients concernés par cette stratégie avaient décidé de se tourner non seulement vers l'autre, mais vers un professionnel de santé.

Quoiqu'il en soit, il n'y a jamais eu autant de moyens de communication et pourtant les gens n'ont jamais aussi peu communiqué. Les patients qui choisissaient de se tourner vers une tierce personne, le faisaient en priorité vers leurs proches et leur pharmacien, plutôt que vers leur médecin généraliste. Il y avait donc bien une corrélation entre la gêne et le médecin généraliste.

Les médecines non allopathiques étaient aussi un moyen d'éviter la consultation chez le médecin généraliste, comme pouvait le signaler la patiente de l'entretien 14. Elle préférait se tourner dans un premier temps vers les pratiques non conventionnelles, pour un rhume par exemple, puis, si vraiment les symptômes ne passaient pas, consulter son médecin généraliste. Adepte des produits issus de l'agriculture biologique, elle préférait n'utiliser les médicaments qu'en dernier lieu. Gênée d'avoir recours à de telles pratiques, elle cachait la vérité à son médecin traitant qui ne partageait pas les mêmes représentations, de peur de rompre la confiance. Cependant, il convient de préciser que les « médecines douces » ne sont pas toujours vécues comme stigmatisantes : au contraire, elles sont parfois vécues comme moins culpabilisantes, et c'est notamment le cas des cures de crénothérapies pour la prise en charge du burnout syndrome ^[18]. Dans cette étude, les patients assument plus facilement de partir en cure thermale pour la dépression plutôt que de prendre des antidépresseurs. Le traitement modifie donc en quelque sorte l'image de la maladie. Avouer utiliser les médecines non allopathiques pour se soigner pouvait donc être gênant, ou au contraire moins stigmatisant, en fonction du motif de recours.

Enfin, l'automédication était citée par de nombreux patients. C'était une stratégie d'adaptation qui permettait d'éviter la consultation. Le patient n'avait pas l'intention de consulter : il prenait le risque de poser un diagnostic et de choisir un traitement. L'automédication était donc la preuve d'une certaine résignation. C'était aussi un moyen de se soigner dans les zones

déficitaires en médecins : ainsi, la plupart des patients interrogés ayant recours à l'automédication habitaient à la campagne et avait des difficultés pour accéder aux soins. Inversement, les patients urbains ne semblaient pas être adeptes de cette pratique à l'exception de ceux qui travaillaient dans le milieu médical ou qui avaient un proche professionnel de santé. Aussi, le recours à l'automédication n'était pas seulement un moyen d'adaptation lorsque les patients hésitaient à consulter, mais aussi lorsqu'ils peinaient à obtenir un rendez-vous rapide.

Cette période de questionnement et d'incertitude était brisée par un élément déclencheur.

2) Des facteurs déclenchants variés décidant la consultation :

Les facteurs déclenchants la prise de rendez-vous étaient de trois natures : intrinsèques (l'inquiétude et la peur du diagnostic, l'envie de se prendre en main) et extrinsèques, liés à la maladie (la souffrance psychique, la douleur, la persistance ou l'aggravation des symptômes), ou non liés à la maladie (l'avis de l'entourage). Dans tous les cas, la décision de consultation était rarement une évidence, un réflexe, mais plutôt l'objet d'un questionnement puis d'une décision. A cette hésitation, s'ajoutait le délai d'obtention du rendez-vous. Le diagnostic était donc bien retardé. Nous prendrons deux exemples pratiques pour illustrer nos propos :

Premièrement, celui d'une jeune patiente interrogée (entretien 8). Complexée par sa poitrine, elle n'osait plus sortir en ville et préférait rester isolée chez-elle. Elle a fini par se décider à consulter, encouragée par ses proches lorsque son complexe retentissait trop sur son moral. Le retard de diagnostic était important. Le facteur déclenchant était extrinsèque lié à la maladie (la souffrance morale) et extrinsèque non lié à la maladie (l'encouragement des proches).

Deuxièmement, un exemple issu de notre expérience personnelle, qui nous fait penser aux facteurs déclenchants la consultation, celui d'une personne âgée rencontrée aux urgences vitales du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) d'Amiens. Elle vivait seule et n'a pas eu le courage de montrer son sein atteint par une tumeur extériorisée à la peau. Les modalités de son éducation n'ont pas favorisé la consultation : les femmes de son entourage et de sa génération n'avaient pas l'habitude de se faire suivre par le gynécologue. En lien avec les réponses des patients dans notre étude, on pourrait se poser les questions suivantes : Était-elle dans le déni ? Avait-elle l'impression de somatiser ? Avait-elle peur du diagnostic ? L'hésitation à consulter pouvait

également venir de sa relation avec son médecin traitant. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas de facteur déclenchant authentifié ici et le diagnostic était porté au stade métastasé, lors de la prise en charge d'une embolie pulmonaire aux urgences vitales. L'infirmière en charge de réaliser l'ECG s'est aperçue de la tumeur mammaire en dénudant la patiente, qu'elle comptait cacher jusqu'à sa mort. D'ailleurs, seulement la moitié des Françaises participe au dépistage organisé du cancer du sein en France, très exactement 49.9% en 2017 ^[19]. Ce faible taux de participation peut en partie s'expliquer par la peur du diagnostic ou par une forme de déni : le dépistage pose effectivement le diagnostic au stade asymptomatique donnant d'une certaine manière l'impression d'être le point de départ de la maladie, maladie qui passe inaperçue en l'absence de participation. La santé publique doit prendre en compte ce type de raisonnement pour mener à bien ces actions.

Facteur déclenchant la consultation ou non, hésiter à consulter entraînait donc des conséquences néfastes sur la santé des patients.

3) Des conséquences surprenantes :

Les stratégies d'adaptation mises en place par les patients interrogés hésitant à consulter suggéraient que la consultation était retardée. Au-delà de ce retard, une constante apparaissait : la mise à l'écart du médecin traitant de la prise en charge.

Cette exclusion prenait différentes formes. Le médecin généraliste pouvait être déchu de son rôle d'aiguilleur du parcours de soin, et le patient consultait alors directement le spécialiste d'organe. Habitué à un type de plainte particulier, les spécialistes d'organe étaient considérés comme plus tolérants et une relation privilégiée se tissait. Une jeune patiente interrogée préférait ainsi consulter le gynécologue pour son suivi gynécologique. Une autre patiente choisissait un spécialiste d'organe adapté à ses maux, l'ultra-spécialisation justifiant la plainte. La position multidisciplinaire du généraliste induisait donc dans l'esprit des patients, une moindre confrontation à certains domaines dits gênants comme la proctologie et la gynécologie et par conséquent un risque accru de jugement de sa part. La gêne se définissait donc par rapport à la norme : une situation gênante mais courante pour le médecin consulté était mieux vécue qu'une situation gênante et estimée singulière. Ainsi, les patients consultant de préférence le spécialiste d'organe pour des motifs de consultation jugés intimes sont-ils favorables au développement du DMP (Dossier Médical Partagé) ? Une chose est certaine : seulement 13% des Français ouvrent leur DMP et sur ceux qui ne l'ouvrent pas, deux tiers ont connaissance de

son existence... ^[20]. Les patients semblaient donc peu favorables au partage d'informations médicales. De plus, les spécialistes d'organe adressent peu les patients vers le généraliste, sauf les cardiologues, comment en témoigne l'étude nationale de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des Statistiques) ^[21]. Un patient consultant directement chez un spécialiste d'organe est rarement de nouveau adressé au médecin traitant. Ce dernier était donc définitivement exclu de la prise en charge alors qu'il aurait été préférable qu'il en soit le chef d'orchestre. Peu importe, un patient qui consultait directement le spécialiste était un patient soigné.

L'intervention de plusieurs professionnels de santé au sein d'une même prise en charge n'est pas toujours néfaste. Au contraire, elle peut être bénéfique, comme en témoigne la thèse sur l'accompagnement et l'hospitalisation à domicile en fin de vie ^[22] : il n'y a pas un, mais des colloques singuliers dans l'accompagnement de la fin de vie, entraînant une véritable synergie dans la prise en charge. L'intervention de plusieurs professionnels de santé ne peut cependant se faire qu'à deux conditions : la confiance et la communication. En définitive, il y avait des avantages et des inconvénients à l'intervention de plusieurs professionnels de santé. La prise en charge centrée patient n'exigeait peut-être pas systématiquement une position centrale du médecin traitant, mais simplement des capacités d'auto-orientation du patient au sein du système de soins.

Quand la consultation se faisait dans une autre ville (entretien 5), à l'insu du médecin traitant, le spécialiste d'organe ne lui adressait pas de courrier pour le tenir informé. Il n'y avait pas de trace de la consultation, ni même du paiement qui se faisait en espèces, ni d'informations partagées. Cette volonté de consulter discrètement venait d'une vie publique très développée, où la distance entre le patient et son médecin venait à s'effacer, qu'elle ait été sociale, avec des catégories socio-culturelles équivalentes, ou relationnelle, avec des réseaux amicaux en commun. Être exposé publiquement pouvait exacerber la gêne et conduire à un besoin de confidentialité accru. Ces considérations étaient contraires au concept du dossier médical partagé où le médecin généraliste occupe une place centrale, mais conformes à notre code déontologique qui prône la liberté du patient. Néanmoins, encore une fois, le médecin généraliste était déchu de son rôle d'aiguilleur du système de santé, et n'avait aucune chance ici d'avoir un courrier de la part du spécialiste d'organe consulté. Le patient était quant à lui correctement soigné.

Les conséquences pouvaient être plus problématiques, quand il s'agissait de l'omission de certaines informations : c'était le non-dit.

Le non-dit c'est ce que le patient ne dit pas. Ce n'est pas un synonyme de gêne. D'après la thèse du docteur Vignon, le non-dit touche davantage les jeunes, les hommes, concernant la sexualité, les maladies graves, les troubles psychiques et les addictions ^[23]. Un jeune patient de notre étude a effectivement avoué omettre certaines informations quand il consultait son médecin traitant concernant sa sexualité. Il critiquait son attitude : *« je pense que ça peut un peu tronquer la thérapeutique qu'il peut y avoir derrière. Donc pas donner toutes les informations, je me sentrais pas forcément très bien soigné par la suite. Donc j'aurais l'impression que... Qu'il manque quelque chose dans mon diagnostic et euh qu'il peut pas établir un diagnostic réel et complet. »* (entretien 3).

Le non-dit c'était aussi ce qu'inconsciemment le médecin pouvait ne pas permettre de dire, par manque de personnalisation de la relation médicale, comme pouvait en témoigner la patiente de l'entretien 1 : *« On est un numéro ! Enfin c'est pas personnalisé [...]. Même des fois on n'est pas soigné comme il faut sur ce qu'on avait dit. »*.

Dès lors, on se rendait compte que le problème de communication venait à la fois du patient et du médecin. Ne pas tout dire à son médecin est-il nécessairement à l'origine d'erreur de prise en charge ? Devons-nous tout dire à notre médecin ? Et nous-dit-il tout ? ^[8]

Dans tous les cas, l'exclusion du médecin traitant de la prise en charge en l'évitant, en lui cachant une consultation ou en ne lui disant pas tout, entraînait un sentiment de culpabilité de la part du patient. La jeune patiente affirmait d'ailleurs au cours de l'entretien 1 que : *« C'est peut-être un cancer ou un truc super grave que j'aurais pu signaler avant... »*. Elle utilisait la première personne du singulier ce qui sous-entendait que c'était à elle de tout dire au médecin et non pas au médecin de deviner ce qui n'allait pas. Elle prenait la responsabilité d'un possible retard de diagnostic alors que la logique aurait voulu que ça soit le médecin qui la prenne. Un véritable malaise s'instaurait dans la relation médecin-malade par inversion des rôles. Le risque était aussi de rompre définitivement la confiance nécessaire aux soins.

Enfin, l'utilisation inappropriée du système de soins peut avoir un impact économique en augmentant les dépenses publiques, à l'heure où la politique vise à réduire le déficit financier. Un spécialiste d'organe peut être consulté alors que la prise en charge relève de la médecine générale, ou le retard de prise en charge peut entraîner une aggravation du tableau clinique et un surcoût en soins. Le système de soins se voit fragilisé alors qu'il est déjà en difficulté comme en témoigne l'article de la DREES ^[24] : l'amélioration de l'état de santé de la population française est moins soutenue et la morbidité par maladies chroniques progresse. L'organisation du système de soins était fondée sur la complicité entre le patient et le médecin traitant qui l'orientait si besoin vers un spécialiste d'organe. Il n'était en aucun cas fondé sur le libre cheminement du patient parmi les différents professionnels de santé. Il serait intéressant de chiffrer les dépenses occasionnées par cette consommation non contrôlée de soins.

Pour toutes ces raisons, il était opportun d'étudier les moyens de remédier à cette gêne, du point de vue des patients.

C) Les pistes évoquées par les patients pour lever les tabous :

Certains patients reprochaient à leur médecin traitant de ne pas assez les écouter et de ne pas suffisamment personnaliser la relation médecin-malade. Inversement, d'autres appréhendaient le jugement du médecin et remettaient en question le secret médical quand la distance s'effaçait un peu. Cette ambivalence parcourait les entretiens et une question se pose alors : qu'est-ce qu'attendent les patients de leur médecin pour se sentir plus libres dans l'expression de leurs sujets intimes ?

En fait, les attentes des patients étaient ambivalentes : d'une part la volonté d'une relation anonyme, banale et sans jugement et d'autre part la volonté d'une relation personnalisée, humaine où la confiance régnait.

1) La volonté d'une relation anonyme, banale et sans jugement :

L'anonymat était une solution phare des patients. Comme définie au début de la discussion, la gêne se vivait en rapport avec l'autre. La solution phare de l'anonymat visait à changer d'interlocuteur contre quelqu'un que l'on ne connaissait pas et que l'on ne consultait qu'une fois. La gêne était présente, mais la discrétion assurée. Cette proposition était celle du patient de 55 ans de l'entretien 2 et de la patiente de 26 ans de l'entretien 6 : tous les deux utilisaient déjà ce moyen pour pallier leur gêne. La question était donc ici celle du secret médical.

L'informatique pouvait également être une solution pour anonymiser les consultations avec la révolution de la télémédecine. D'après le Ministère des Solidarités et de la Santé ^[25], la télémédecine est définie par la loi comme une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* ». Elle peut être une interface d'écrans intéressante pour évoquer des sujets intimes. Ainsi, d'après le Dr. César Ancelle Hansen ^[26], la télémédecine traite notamment certaines pathologies dont le patient hésite à parler (MST, troubles érectiles...). L'utilisation parcimonieuse de l'informatique était donc un moyen de diminuer la gêne face au médecin, plus anonyme qu'une consultation classique de médecine générale, globale et centrée patient. Cependant, la qualité du secret médical est remise en question depuis quelques années avec l'informatisation des dossiers et la présence d'externes et d'internes dans les cabinets médicaux comme en témoigne le Conseil National de l'Ordre des médecins ^[27]. L'anonymisation pouvait donc passer par le changement ponctuel d'interlocuteur et parfois par l'utilisation de la télémédecine. Bien que ces solutions aient eu des avantages, elles avaient aussi des inconvénients. Qui plus est, nombre de patients étaient attachés aux qualités relationnelles de leur médecin traitant.

Une autre solution des patients contre la gêne était la banalisation des ennuis de santé pour se sentir écoutés et compris au-delà du cercle des proches, par la diffusion d'informations concernant la pathologie au sein de la société. Elle peut passer par l'affichage dans les salles d'attente pour lever les freins à la communication autour d'un sujet tabou comme la dysfonction érectile. L'affiche est un outil intéressant et décent ^[28], les forums aussi, même s'ils n'étaient pas cités par les patients au cours des entretiens. Citons un article qui met en avant la dimension de pharmacovigilance des forums, ici sur une discussion autour du stérilet ^[29] : il regroupe des témoignages de femmes permettant de relever les effets indésirables rencontrés qui n'auraient pas forcément été exposés au médecin. La diffusion d'informations médicales était donc un levier pour favoriser l'expression de sujets tabous et pouvait avoir un véritable impact en termes de santé publique. Les patients avaient l'impression de pouvoir s'exprimer plus librement et sans jugement. Cependant, il n'existait pas de spot ou d'affiche à proprement parler sur la possibilité de tout dire à son médecin traitant. Une campagne d'affiche plus directe sur la banalisation des motifs de consultation pourrait-être un moyen plus performant pour vaincre les

tabous face au médecin, et surtout un moyen universel et qui ne présageait pas à l'avance du caractère gênant de tel ou tel pathologie.

Enfin, cette impression d'absence de jugement est aussi relayée par l'image du médecin. D'après le Dr. Chaintron dans sa thèse sur l'influence de l'apparence physique du médecin généraliste sur la relation médecin-patient ^[30], les patients préfèrent un médecin avec une apparence simple et naturelle, peu extravagant, et prêtent importance à l'hygiène. Ces préférences sont évidemment variables d'un patient à l'autre en fonction de son âge, de son expérience professionnelle ou encore de son mode de vie rural ou urbain. Cela souligne un certain attrait des patients pour la norme, qui se font, inconsciemment, une certaine idée du médecin.

Anonymisation, banalisation et normalisation de l'image médecin traitant étaient très probablement en lien avec une peur du jugement, une réticence à parler de soi mais aussi avec une volonté d'absolue discrétion. Cette manière de penser était ainsi dans notre étude celle des patients ayant des professions libérales, des fonctions d'encadrement, étant exposés au public ou habitant préférentiellement en ville.

Mais tous les patients n'étaient pas nécessairement rassurés par la norme, sociétale, culturelle et temporelle. Au contraire, certains préféraient une relation médicale singulière, personnalisée, et mettaient au premier plan les qualités humaines du médecin traitant.

2) Vers une médecine plus humaine :

En effet, de nombreux patients interrogés évoquaient la nécessité d'humaniser la médecine, peut-être en réaction à une technicisation croissante des soins. Ils peignaient alors un certain idéal du médecin généraliste, humain, doué de facultés relationnelles, et enfin et surtout, à l'écoute.

L'écoute était très importante. Ecouter avant d'examiner mettait en confiance le patient, qui se livrait ainsi plus facilement. Ecouter permettait également de s'assurer du caractère urgent ou non de la consultation et d'orienter si nécessaire vers un confrère spécialisé dans le domaine en question : par exemple une consœur pour la gynécologie, ou inversement un confrère pour l'urologie et les troubles de l'érection. Dans notre étude, la jeune patiente de l'entretien 8

préférerait par exemple consulter une femme pour la gynécologie plutôt que son jeune médecin traitant de sexe masculin. Ecouter mettait donc à l'aise, et facilitait l'orientation du patient dans le système de soins. Or une thèse de médecine révèle que le temps d'expression libre du patient lors d'une consultation de médecine générale représente environ 10% de la consultation ^[31]. Le patient semble manquer d'opportunité pour présenter ses plaintes et ses demandes, le médecin devenant maître de la consultation une fois le motif de consultation exposé, et enchaînant tout de suite sur l'examen clinique. Le temps d'expression libre du patient est ainsi réduit. Paradoxalement, les jeunes patients interrogés, ceux de la génération connectée, de l'immédiateté, souffraient le plus de cette sensation d'inachèvement et semblaient vouloir réinscrire la relation médecin-malade dans le temps.

Ecouter au-delà de ce qui était dit, et non pas seulement entendre. Le médecin devait être suffisamment attentif pour saisir l'implicite et anticiper les demandes de ses patients. Dans notre étude, un des jeunes patients interrogés était demandeur d'un entretien directif pour se sentir en confiance : pour lui, le médecin avait un rôle d'autorité. Les nouvelles générations sont-elles à la recherche d'une relation plus protectrice alors que les temps sont à la décision médicale partagée ? Peut-être que le climat d'insécurité dans lequel elles grandissent est responsable de ce retour vers une médecine plus protectrice. Un article de la revue *Exercer* ^[32] témoigne de l'attachement des patients à la logique scientifique, familière et rassurante d'un médecin explorateur qui procède par hypothèses. A l'inverse, un médecin incertain et qui ne s'en cache pas, dans une relation d'égal à égal, suscite colère et déception. Notre étude n'était donc pas la seule à souligner parfois l'intérêt d'une relation médicale protectrice et rassurante.

En fait, les qualités humaines du médecin étaient la solution majeure évoquée par les patients : le médecin devait avoir un bon relationnel. Ces qualités sont indispensables à la décision médicale partagée et éclairée par le patient. Elles favorisent alors l'adhésion thérapeutique et limitent même le risque iatrogène ^[33]. L'éducation thérapeutique libère du paternalisme médical et permet de trouver le sens le plus profond de la clinique, « *sans laquelle la médecine [perdait] son caractère essentiel d'humanisme et d'« art de la vie »* » ^[34]. Les qualités humaines du médecin ne favorisaient donc pas uniquement l'expression des sujets difficiles, elles potentialisaient ses compétences cliniques et favorisaient l'adhésion thérapeutique.

Les qualités humaines du médecin étaient cependant à apprécier à la lumière de notre société. Une société en pleine évolution, où la cellule familiale même évolue, comme en témoigne Elisabeth Badinter ^[35] dans sa lutte pour le mariage pour tous et la valorisation de la place de la femme dans la société. Le médecin généraliste devait vivre avec son temps et s'ouvrir aux différentes problématiques afin d'être prêt à répondre aux attentes des patients qui ne partageaient pas nécessairement les mêmes expériences de vie. C'était d'ailleurs ce que le patient de l'entretien 2 expliquait à propos des relations homosexuelles en affirmant qu'il aurait « *plus de facilité à dire qu'[il est] allé trainer à Paris, avec quelqu'un qui [savait] comment ça se [passait]* ». La société était au cœur de la problématique médicale. Il existe des DU (Diplôme Universitaire) sur la gestion des erreurs médicales ^[36] mais ils n'intègrent pas pour le moment de débats sur les problèmes de société pour aider les médecins à inscrire leur pratique dans le temps. Citons également la mise en place d'entretiens virtuels pour former les médecins généralistes à la psychiatrie, notamment sur la gestion des troubles somatoformes qui nécessitent le maintien d'une alliance thérapeutique de qualité ^[37]. Mais encore une fois, il n'y a pas notion d'intégration des questions de société au sein de la formation. Quoiqu'il en soit, une chose était certaine, les connaissances médicales n'étaient pas une condition unique et suffisante à l'exercice de la médecine. La médecine prenait place dans un ensemble, où les sciences, les arts, l'histoire et la société ne faisaient qu'un.

Le courant de pensée du médecin à l'écoute, humain et faisant preuve d'une grande ouverture d'esprit était celui partagé par des patients de notre étude ayant recours à leur généraliste que de manière ponctuelle. Une relation médecin-malade décousue entraînait donc peut-être chez les patients un besoin accru d'humanité. Un médecin très vigilant à la relation tissée avec ses patients dits « ponctuels » favoriserait l'expression de sujets gênants chez ses derniers.

La confiance nécessaire aux soins naît des facultés d'adaptation du médecin, de ses capacités d'écoute et de son attrait pour l'humanisme. La confiance est d'ailleurs mentionnée dans le Serment d'Hippocrate : « *Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences* » ^[38]. La confiance peut également naître de choses simples et inattendues, comme les visites à domicile. Les patients âgés accordent davantage leur confiance au médecin de famille si ce dernier se déplace à domicile ^[39]. En effet, ils trouvent la prise en charge meilleure et se sentent davantage pris au sérieux. Ponctuer les consultations par une visite à domicile chez des patients qui habituellement faisaient l'effort de venir au cabinet pourrait créer la confiance et donc favoriser l'expression de sujets tabous.

La clef ? Une relation médicale scientifique et directive qui anticipait les questions des patients. Une relation personnalisée et distante à la fois, seul ou en s'aidant des confrères si nécessaire. Enfin une relation qui s'appuyait sur l'éducation thérapeutique pour rééquilibrer la position du médecin et du malade.

En définitive, le ressenti des patients face à des motifs de consultation qu'ils estimaient embarrassants était variable. Quelque chose de gênant pour une personne ne l'était pas pour une autre. Ce ressenti se construisait dans la relation avec le médecin. Il retardait le délai de prise de rendez-vous. Il présentait également un impact économique et social avec la remise en question de la position centrale du médecin traitant dans la prise en charge et la mise en échec du système de santé actuel. Les solutions proposées par les patients témoignaient de l'ambivalence de la relation médecin-malade : à la fois une volonté de distance, de banalisation et d'anonymisation et à la fois une volonté de personnalisation et d'humanisation. Les sciences humaines et sociales doivent se développer dans le cursus des étudiants en médecine pour conserver le « *potentiel d'épanouissement humain* » face aux innovations techniques majeures [40]. Le praticien a une responsabilité qui dépasse l'acte purement technique pour rejoindre le champ de l'humanisme médical [41].

La difficulté vient du fait que le perfectionnement du médecin traitant au service des patients ne relève pas seulement de sa formation mais aussi de sa volonté, de ses capacités de réflexion et de questionnement. L'approche de Balint [42] permet aux médecins de s'exprimer dans le cadre d'un groupe de formation sur la relation soignant-soigné. Le soignant devient soigné en parlant de ses patients et des problèmes relationnels rencontrés, pendant que les autres médecins du groupe qui écoutent jouent le rôle de thérapeutes. Ce changement de position du médecin lui confère dans sa pratique quotidienne un certain recul, une écoute au-delà de ce qui est dit. Le développement de cette approche permettrait sûrement d'améliorer l'expression de sujets jugés gênants. Le médecin étant perçu lui-même comme un remède [43].

Une chose est certaine, il n'y a pas une, mais des vérités, autant que de couples « médecin-malade » et la patientèle se construit en fonction des domaines de prédilection de chacun [44]. Le médecin doit diriger son attention sur le patient, et non pas sur le problème évoqué lors de la consultation, afin de créer une véritable relation d'aide, comme le conseille Carl Rogers, psychologue américain du XX^{ème} siècle [45].

CONCLUSION

Force est de constater que certains patients ne se sentent pas à l'aise devant leur médecin traitant pour des motifs de consultation particuliers. Certains tabous sociétaux et éducationnels semblent tenaces. Nous nous sommes alors demandé en quoi le ressenti des patients concernant des motifs de consultation qu'ils estiment difficiles à évoquer influence-t-il la réactivité de prise de rendez-vous chez leur médecin généraliste ? L'objectif était aussi de rechercher des moyens, via les attentes des patients, de limiter l'hésitation à la consultation pour les motifs médicaux pouvant être estimés gênants à aborder.

Pour la première fois, les patients exprimaient librement leur ressenti, notamment grâce à la méthode qualitative qui accroit la liberté d'expression. Ce travail aborde ainsi la relation médecin-malade sous un angle inhabituel, le point de vue des patients. Les réponses sont surprenantes et interprétées à la lumière d'une société en pleine évolution.

Les motifs de consultation estimés gênants étaient en lien avec : le sexe par peur d'un jugement sociétal ou moral, ou tout simplement par manque d'identification au médecin, mais aussi la proctologie, ou la psychiatrie qui reste tabou dans notre société et enfin les médecines non allopathiques par divergence des représentations du médecin et de son patient. L'hésitation était pluridimensionnelle mais souvent relationnelle. Le diagnostic était parfois retardé ou erroné. Mais les conséquences n'étaient pas nécessairement médicales, elles étaient également économiques avec le mésusage du système de santé et la perte de la position centrale du médecin traitant dans la prise en charge. Le malaise dépassait donc le champ du cabinet et il était nécessaire de trouver des solutions.

Les propositions faites par les patients interrogés pour limiter l'hésitation à la consultation en atténuant la gêne étaient en lien direct avec la relation médecin-malade. Néanmoins, une certaine ambivalence ressortait des réponses apportées au cours des entretiens. En fonction des catégories socio-culturelles, de l'âge des patients et des motifs de consultation, les solutions étaient différentes. Tout d'abord, la solution d'une relation médecin-malade banalisée, distante et discrète, majoritairement prônée par les patients dont la profession les

rend davantage en contact avec le public. L'usage de la télémédecine pour anonymiser la consultation ou la disposition d'affiches dans les salles d'attente afin de banaliser certaines pathologies jugées gênantes ou intimes permettrait peut-être de concrétiser cette première proposition. Venait ensuite la solution d'une relation médecin-malade personnalisée, avec un certain attrait pour l'humanisme dans le soin, défendue en particulier par les patients qui consultaient peu, et qui semblaient avoir besoin d'un climat de confiance optimal pour se livrer.

Evidemment, ces deux principales solutions étaient en réalité moins scindées. Les attentes vis-à-vis du médecin traitant étaient influencées par l'évolution de la société. Notons, en particulier, la nécessité pour les nouvelles générations d'inscrire la consultation dans le temps, comme une confession, une pause, ce qui pouvait paraître paradoxal dans le monde de l'instantané. Retour en arrière aussi concernant l'attitude du médecin traitant : les jeunes avaient ici besoin d'être rassurés et évoquaient parfois leur envie d'un médecin affirmé, qui prenait des décisions, plutôt qu'un médecin négociateur, adepte de la décision médicale partagée.

Les aptitudes relationnelles du médecin étaient inhérentes à l'expression des sujets estimés intimes pour optimiser leur prise en charge. Les patients semblaient en demande d'une banalisation sociétale et éducationnelle et d'un renforcement de la relation médecin-malade, relation à la fois paternaliste et éclairée. En définitive, seules les capacités d'adaptation du médecin traitant pouvaient atténuer la gêne et améliorer la qualité de la prise en charge. C'était ici que naissait l'art médical.

Il serait maintenant opportun de chiffrer ces données dans une thèse quantitative intégrant une population plus importante. Cela conférerait une plus grande portée aux résultats, et, tout comme l'impact des motifs de consultation gênants, ils dépasseraient le champ du cabinet médical. En attendant, le simple fait d'en prendre conscience pourrait avoir un impact positif sur la prise en charge médicale.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Lager-Bonnefoy S. Les causes de retard au diagnostic en médecine générale à propos de 100 observations : étude casuistique. Saint-Etienne : Faculté de Médecine Jacques Lisfranc ; 1996
- [2] Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2014
- [3] Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours – Revue Médicale Suisse [en ligne]. Genève 2004 [consulté le 1^{er} janvier 2020]. Mis à jour en 2004. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
- [4] Larousse – Larousse [en ligne]. Paris : Larousse 2019 [consulté le 27 août 2019]. Mis à jour en 2019. Disponible sur : <https://larousse.fr>
- [5] The Medical Protection Society Limited. Respect for patient confidentiality – The Medical Protection Society Limited [en ligne]. Londres 2019 [consulté le 04 décembre 2019]. Mis à jour en 2019. Disponible sur : <https://www.medicalprotection.org>
- [6] Pless C. Should family physicians treat members of the same family ? – Official Publication of The College of Family Physicians of Canada [en ligne]. Mississauga 2011 [consulté le 28 décembre 2019]. Mis à jour en 2011. Disponible sur : [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- [7] Rebeyrotte A. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste : enquête quantitative auprès de membres de famille de médecins généralistes. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2016
- [8] Bienvault P. Quand les patients mentent à leur médecin. La Croix 2018 ; 41305 :13-4.
- [9] Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie. Troubles somatoformes à tous les âges. Tour : Presses Universitaires François-Rabelais ; 2016. p.285-298
- [10] Bell R-A, Franks P, Duberstein P, Epstein R, Feldman M, Garcia E et al. Suffering in silence : reasons for not disclosing depression in primary care. Ann Fam Med 2011 ; 5 : 439-446

- [11] Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours – Haute autorité de santé [en ligne]. Paris 2017 [consulté le 30 octobre 2019]. Mis à jour en 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf
- [12] Consoli S. Bridging the Gap Between Doctor and Patient. *Dermatol Psychosom* 2002 ; 3 : 88-91
- [13] Ministère Des Solidarités et de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles. Paris 2017 [consulté le 28 décembre 2019]. Mis à jour en 2017. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- [14] Pouchain D, Le Roux G, Renard V, Boussageon et le Conseil national des généralistes enseignants. Approches théorique, scientifique et réglementaire de l'homéopathie. *Exercer* 2018 ; 29 : 460-4
- [15] Bayle-Iniguez A. Six jours en moyenne pour consulter un généraliste mais deux mois pour un dermat... et presque trois pour un ophtalmo - *Le quotidiens du médecin* [en ligne]. Paris : *Le quotidien du médecin* [consulté le 27 août 2019]. Mis à jour le 15 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/six-jours-en-moyenne-pour-consulter-un-generaliste-mais-deux-mois-pour-un-dermato-et-presque-trois>
- [16] Alliance pour les Chiffres de la Presse et des Médias : Site Doctissimo – ACPM [en ligne]. Paris 2019 [consulté le 31 octobre 2019]. Mis à jour en 2019. Disponible sur : <https://www.acpm.fr/Support-Numerique/site/doctissimo-fr>
- [17] Renaud A. Médecin-pharmacien : je décide, il exécute. *What's up doc ?* 2019 ; 44 : 12-3
- [18] Conseil National des Etablissements Thermaux. Se reconstruire après un brunout. *Le magazine de la crénothérapie* 2018 ; 18 : 4-7
- [19] Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2016-2018. Santé publique France [en ligne]. Paris 2019 [consulté le 28 décembre 2019]. Mis à jour le 20 mai 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr>

[20] Quéré L. DMP : 13% des Français l'ont ouvert – Le Moniteur des pharmaciens [en ligne]. Paris 2019 [consulté le 31 octobre 2019]. Mis à jour en 2019. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/13-percent-des-francais-l-ont-ouvert.html>

[21] Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale - drees [en ligne]. Paris 2009 [consulté le 8 août 2019]. Mis à jour le 17 août 2010. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/consulter-un-specialiste-liberal-a-son-cabinet-premiers-resultats-d-une-enquete>

[22] Durand A-C. L'accompagnement par l'hospitalisation à domicile en fin de vie modifie-t-il le colloque singulier du médecin traitant ?. Nantes : Faculté de médecine de Nantes ; 2016

[23] Vignon E. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale. Lyon : Claude Bernard-Lyon 1 ; 2015

[24] Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France [en ligne]. Paris 2017 [consulté le 12 mai 2019]. Mis à jour en 2017. Disponible sur : <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr>

[25] Ministère des Solidarités et de la Santé. La télémédecine [en ligne]. Paris 2019 [consulté le 28 décembre 2019]. Mis à jour le 27 novembre 2019. Disponible sur : <https://www.solidarites-sante.gouv.fr>

[26] de Senneville V, Loye D. La révolution de la télémédecine : la santé au bout du clic -Les Echos [en ligne]. Paris 2019 [consulté le 23 juillet 2019]. Mis à jour le 8 janvier 2019. Disponible sur : <http://www.lesechos.fr/economie-france/social/la-revolution-de-la-telemedecine-la-sante-au-bout-du-clic-339695>

[27] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le secret médical dans l'exercice quotidien : des réponses concrètes – Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. Paris 2018 [consulté le 13 juillet 2019]. Mis à jour en 2018. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

- [28] Dumas A. Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale. Grenoble : Faculté de médecine de Grenoble ; 2016
- [29] Laplace I, Perrotin S, Fassier-Robert M-H, Pipard T, Zerbid Y, Lasserre E et al. Que disent les femmes du « stérilet » sur internet ? Enquête qualitative sur les discours à propos du dispositif intra-utérin dans les forums. *Exercer* 2019 ; 30 : 196-201
- [30] Chaintron L. Influence de l'apparence physique du médecin généraliste sur la relation médecin-patient. Lyon : Claude Bernard - Lyon 1 ; 2015
- [31] Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. Toulouse : Université Toulouse III – Paul Sabatier ; 2012
- [32] Giles de la Londe J, Haghighi S. Percevoir l'incertitude de son médecin généraliste en consultation ; analyse interprétative phénoménologique de vécus des patients. *Exercer* 2019 ; 30 : 272-3
- [33] Allard E. Le patient, son traitement et sa représentation du médicament. Rôle dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. Amiens: Université de Picardie Jules Verne Faculté de médecine d'Amiens ; 2012
- [34] Barrier P. Education thérapeutique, un enjeu philosophique pour le patient et son médecin – Haut Conseil de la Santé Publique [en ligne]. Paris 2009 [consulté le 6 août 2019]. Mis à jour en 2009. Disponible sur : <https://hcsp.fr>
- [35] Badinter E. Mariage pour tous : la Gestation pour autrui ne doit pas être le bouc émissaire. *Le Monde* [en ligne]. Paris 2012 [consulté le 04 décembre 2019]. Mis à jour le 19 décembre 2012. Disponible sur : <http://www.lemonde.fr>
- [36] Galam E. Erreur médicale. *La Revue du Praticien* 2003 ; 5
- [37] Fovet T, Amad A, Geoffroy P-A, Messaadi N, Thomas P. Etat actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique* 2014 ; 90 : 319-22

[38] Ordre des Médecins. Le Serment d'Hippocrate – Ordre des Médecins [en ligne]. Paris : Ordre des Médecins [consulté le 8 août 2019]. Mis à jour en 2002. Disponible sur <http://www.conseil-national-medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-0>

[39] Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse - Revue Médicale Suisse [en ligne]. Genève 2016 [consulté le 6 août 2019]. Mise à jour en 2016. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-537/Visite-a-domicile-par-le-medecin-de-famille-etat-des-lieux-en-Europe-et-en-Suisse>

[40] Fleury C. Le soin est un humanisme. Paris : Gallimard ; 2019

[41] Arlet P. La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale – Ethique et déontologie, relation médecin-malade. Paris ; 2001

[42] Luban-Plozza B. L'approche Balint : une formation à la relation - Revue Médicale Suisse [en ligne]. Genève 2000 [consulté le 3 novembre 2019]. Mise à jour en 2000. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2303/20598>

[43] Collège de enseignants de psychiatrie. La relation médecin-malade – L'annonce d'une maladie grave. L'information du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale – Librairie Médicale [en ligne]. Paris 2002 [consulté le 04 décembre 2019]. Mis à jour en 2002. Disponible sur : <http://www.remede.org/librairie-medicale>

[44] Deriaz S, Bridel Grosvernier L, Tissot J-D. Profession médecin : rêve, réalité et futur - Compte rendu du troisième symposium « Médecins de demain » - Revue Médicale Suisse [en ligne]. Genève 2013 [consulté le 8 août 2019]. Mis à jour en 2013. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-379/Profession-medecin-reve-realite-et-futur>

[45] Bony M. La relation médecin-malade. Amiens : Université Picardie Jules Verne Faculté de médecine d'Amiens ; 2007

ANNEXES

<u>Introduction :</u> <i>Jeune médecin en fin d'étude, je travaille sur le ressenti des patients concernant les motifs de consultations qui pourraient leur faire différer une prise de rendez-vous chez leur médecin généraliste. Je pense notamment à des motifs que vous trouveriez intimes ou embarrassants.</i> <i>Je me permets donc de vous proposer un entretien qui sera anonyme. Il sera cependant enregistré pour ensuite analyser vos remarques. L'objectif étant de générer une réflexion sur le sujet à la lumière de vos réponses.</i>	
<u>Identification du patient</u>	- Sexe : - Age : - Catégorie socioprofessionnelle : - Durée du suivi par le médecin traitant généraliste actuel : - Type de suivi :
<u>Retard de consultation et moyens mis en œuvre</u>	<i>Dans un premier temps, je vais tenter de comprendre ce qui selon vous pourrait être délicat de dire à son médecin traitant, et donc :</i> 1- Quels sont les motifs de consultation pour lesquels vous vous sentez gêné ? 2- Que pensez-vous d'une potentielle hésitation de votre part à différer une consultation ? Selon vous, quelles pourraient-être les conséquences d'une telle hésitation sur votre santé ? 3- Que faites-vous en attendant ? 4- Qu'est-ce qui vous décide alors à consulter ?
<u>Relation médecin malade</u>	<i>Je vais maintenant tenter de comprendre les liens qui vous unissent à votre médecin traitant, et donc :</i> 5- Pourquoi certains sujets vous semblent-ils difficiles à évoquer avec votre généraliste ? 6- Que pensez-vous de votre relation avec le médecin généraliste, et notamment concernant l'écoute, et les sujets que vous pensez ne pas pouvoir aborder ?
<u>Pistes évoquées pour faciliter la consultation</u>	<i>Merci d'avoir répondu à ces questions, j'aimerais pour finir connaître vos suggestions pour palier à ces difficultés et donc :</i> 7- Selon vous, qu'est ce qui pourrait faciliter une consultation pour un motif que vous jugez gênant ?
<u>Conclusion :</u> <i>Ici se termine notre entretien, je tiens à vous remercier de votre participation. Il sera légitime de vous informer des résultats de cette étude une fois terminée.</i>	

Grille d'entretien utilisée

Il sera légitime de vous informer des résultats, si vous le souhaitez.

Titre. Motifs de consultation estimés gênants par les patients. Impact sur leur prise en charge en médecine générale.

Introduction. Les technologies médicales peuvent rendre la relation médicale distante. Les patients peuvent perdre l'habitude d'être examinés et tarder à consulter. L'objectif principal est de déterminer les motifs de consultation estimés gênants par les patients et leur impact potentiel sur la prise en charge en médecine générale. Puis nous recueillerons les solutions citées par les patients pour minimiser cette gêne.

Matériel et Méthode. Nous avons réalisé une étude qualitative de 17 entretiens individuels semi-dirigés d'adultes majeurs volontaires, parmi différentes patientèles de la région d'Amiens, avec pour critères d'exclusion les troubles cognitifs et de l'expression verbale. Analyse par codage et triangulation des données.

Résultats. Les motifs de consultation estimés gênants étaient en lien avec : le sexe, la proctologie, la psychiatrie et les médecines non allopathiques. L'hésitation était pluridimensionnelle mais souvent relationnelle. Le diagnostic était parfois retardé, des informations cachées. Les patients semblaient en demande d'une banalisation sociétale et éducationnelle et d'un renforcement de la relation médecin-malade.

Discussion. Parfois inattendue, la gêne altérait la prise en charge. Les patients semblaient en attente d'une relation à la fois paternaliste et éclairée.

Conclusion. Les aptitudes relationnelles du médecin sont inhérentes à l'expression des sujets estimés intimes pour optimiser leur prise en charge.

Mots-clefs : retard de diagnostic, relations médecin patient, médecine générale, patient, compétence clinique, déontologie.

Title. Embarrassing reasons for patients seeing their general practitioner. Impact on care.

Objective. Medical technologies can make doctor-patient relationship distant. Patients break the habit of being examined and medical examination can be delayed. The principal aim was to determine embarrassing reasons for patients seeing their general practitioner and the impact on care. Secondly, we will collect their solutions.

Method. We realised a qualitative study based on 17 semi-directed individual interviews of voluntary adults, among patients from the Amiens area, with exclusion criteria cognitive and oral expression disorders. Analysis thanks to coding and triangulation method.

Results. Embarrassing reasons for patients seeing their general practitioner were related to : sex, proctology, psychiatry and natural healings. Hesitation was multifactorial, often relational. The diagnosis was delayed, some information was hidden. Patients suggest trivialising and medical relationship strengthening.

Discussion. Sometimes unexpected, this embarrassment affected medical care. Patients seemed to wait for both paternalistic and informed medical relationship.

Conclusion. Human qualities of general practitioners are indispensable for promoting the expression of taboo subjects, to improve patients care.

Keywords: delayed diagnoses, doctor patient relations, general practice, patient, clinical competence, medical ethics.