



**HAL**  
open science

# L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du malade

Damien Daussy

► **To cite this version:**

Damien Daussy. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du malade. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02958129

**HAL Id: dumas-02958129**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958129>**

Submitted on 5 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
Par  
**Damien DAUSSY**

Le 8 février 2018

TITRE

**L'INSATISFACTION DANS LA RELATION MEDECIN-  
MALADE : LE POINT DE VUE DU MALADE.**

Directeur de Thèse : Docteur Jonathan COHEN-SCALI

**JURY :**

Président : Professeur Philippe LAMBERT (PU de Médecine Générale)

Premier assesseur : Docteur David COSTA (MCU de Médecine Générale)

Second assesseur : Docteur Bernard CLARY (MCU associé de Médecine Générale)

Directeur de thèse : Docteur Jonathan COHEN-SCALI





## ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### *Professeurs Honoraires*

ALLIEU Yves  
ALRIC Robert  
ARNAUD Bernard  
ASTRUC Jacques  
AUSSILLOUX Charles  
AVEROUS Michel  
AYRAL Guy  
BAILLAT Xavier  
BALDET Pierre  
BALDY-MOULINIER Michel  
BALMES Jean-Louis  
BALMES Pierre  
BANSARD Nicole  
BAYLET René  
BILLIARD Michel  
BLARD Jean-Marie  
BLAYAC Jean Pierre  
BLOTMAN Francis  
BONNEL François  
BOUDET Charles  
BOURGEOIS Jean-Marie  
BRUEL Jean Michel  
BUREAU Jean-Paul  
BRUNEL Michel  
CALLIS Albert  
CANAUD Bernard  
CASTELNAU Didier  
CHAPTAL Paul-André  
CIURANA Albert-Jean  
CLOT Jacques  
D'ATHIS Françoise  
DEMAILLE Jacques  
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain  
DU CAILAR Jacques  
DUBOIS Jean Bernard  
DUMAS Robert  
DUMAZER Romain  
ECHENNE Bernard  
FABRE Serge  
FREREBEAU Philippe  
GALIFER René Benoît  
GODLEWSKI Guilhem  
GRASSET Daniel  
GROLLEAU-RAOUX Robert  
GUILHOU Jean-Jacques  
HERTAULT Jean  
HUMEAU Claude  
JAFFIOL Claude  
JANBON Charles  
JANBON François  
JARRY Daniel  
JOYEUX Henri  
LAFFARGUE François  
LALLEMANT Jean Gabriel  
LAMARQUE Jean-Louis  
LAPEYRIE Henri  
LESBROS Daniel  
LOPEZ François Michel  
LORIOT Jean  
LOUBATIERES Marie  
Madeleine  
MAGNAN DE BORNIER  
Bernard  
MARY Henri  
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean  
MICHEL François-Bernard  
MICHEL Henri  
MION Charles  
MION Henri  
MIRO Luis  
NAVARRO Maurice  
NAVRATIL Henri  
OTHONIEL Jacques  
PAGES Michel  
PEGURET Claude  
POUGET Régis  
PUECH Paul  
PUJOL Henri  
PUJOL Rémy  
RABISCHONG Pierre  
RAMUZ Michel  
RIEU Daniel  
RIOUX Jean-Antoine  
ROCHEFORT Henri  
ROUANET DE VIGNE LAVIT  
Jean Pierre  
SAINT AUBERT Bernard  
SANCHO-GARNIER Hélène  
SANY Jacques  
SENAC Jean-Paul  
SERRE Arlette  
SIMON Lucien  
SOLASSOL Claude  
THEVENET André  
VIDAL Jacques  
VISIER Jean Pierre

#### *Professeurs Emérites*

ARTUS Jean-Claude  
BLANC François  
BOULENGER Jean-Philippe  
BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard  
JOURDAN Jacques

MAURY Michèle  
MILLAT Bertrand  
MARES Pierre  
MONNIER Louis

PRAT Dominique  
PRATLONG Francine  
PREFAUT Christian

PUJOL Rémy  
ROSSI Michel  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### *PU-PH de classe exceptionnelle*

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie -  
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

### **PU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
CHANQUES Gérard-Anesthésiologie-réanimation  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophthalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice-Physiologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LALIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
MOREL Jacques -Rhumatologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PRUDHOMME Michel-Anatomie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie



VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

#### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire  
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

#### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### ***PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale***

DAVID Michel  
RAMBAUD Jacques

### ***PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine***

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)  
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence  
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique  
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie  
PUJOL Joseph-Anatomie  
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques  
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie  
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie  
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire  
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire  
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire  
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie  
BRET Caroline -Hématologie biologique  
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire  
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion  
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire  
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**  
BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

##### *Maîtres de Conférences hors classe*

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

##### *Maîtres de Conférences de classe normale*

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

*PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES*

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail ou à ce que je suis aujourd'hui ainsi que ceux avec qui je partage des moments de bonheur ou des passions communes. Certains d'entre eux m'ont grandement influencé et en ce sens ont apporté des pierres à l'édifice dans la construction de l'être global que je suis. Bien que le lien avec cette thèse soit indirect et parfois éloigné, sans eux ce travail n'aurait pu avoir lieu. D'autres ont tout simplement rendu mon quotidien ou mes projets de vie plus agréables.

Premièrement je voudrais remercier mon directeur de thèse, Jonathan Cohen-Scali (docteur en médecine et en sciences politiques), sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Je le remercie pour le guide qu'il a été, pour les réflexions qu'il m'a apportées et pour la patience qu'il a su avoir. Il m'a initié aux sciences sociales dès notre première rencontre et ce fut une joie d'enrichir mon bagage culturel avec cette discipline qui m'était peu familière. Un grand merci pour les lectures qu'il m'a conseillées et pour l'intérêt qu'il a suscité en moi. Grâce à notre lien, j'ai consacré de nombreuses heures à l'étude de la recherche qualitative tant dans sa dimension méthodologique pratique, que dans l'épistémologie.

Merci aux autres membres de mon jury, le Professeur Philippe Lambert, le docteur David Costa ainsi que le docteur Bernard Clary qui ont tous les trois pris du temps pour lire ce long travail. Je les remercie également pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de composer mon jury pour ma soutenance de thèse.

Un grand merci au docteur Jean-Christophe Lacroze (médecin généraliste et urgentiste) qui m'a ouvert les portes de son cabinet médical. C'est au cours de mon post-internat que je l'ai connu, ce qui m'a permis de travailler ma thèse tout en exerçant et me formant à temps partiel.

Je remercie mes amis les plus proches pour ce qu'ils m'ont apporté et m'apportent encore :

Laura Pompié (pharmacienne en officine), une amie douée d'une culture générale phénoménale et d'un grand sens moral. Nous avons la chance de partager régulièrement nos connaissances et nos avis sur de nombreux sujets aussi bien en matière de santé que sur la musique classique, le cinéma et l'actualité. Je la remercie également pour les nombreuses heures passées à la lecture de ma thèse.

Martine Tching-Sin (pharmacienne en milieu hospitalier) mon amie d'enfance avec qui je consolidais mes apprentissages lorsqu'elle et moi passions respectivement nos concours d'accès aux spécialités pharmaceutiques et médicales.

Sophie Besançon. Je l'ai d'abord connue en tant que secrétaire dans le cabinet médical où j'exerçais peu de temps après la fin de mon internat. Je ne peux m'empêcher de mentionner ses compétences professionnelles, son humanité et son dévouement qui rendent mon travail avec elle toujours agréable.

Merci à mes deux amis architectes, Jonathan Rabary et Mélanie Hauptert, pour leur présence à mes côtés, leur humour, leur gentillesse ... Merci pour tous ces moments chaleureux que nous passons ensemble.

Je remercie également tous mes autres amis avec qui j'ai pu partager de bons moments par le passé.

Je remercie grandement mes deux parents, tous deux infirmiers et qui ont très certainement été à l'origine de mon intérêt dans le domaine de la santé. Mon père, Eric Lauret, qui a su mettre de l'ordre là où existait du désordre, et qui m'a donné goût aux sciences formelles logicomathématiques. Ma mère, Muriel Daussy, qui m'a donné la vie et qui a tout fait pour contribuer à mon bonheur et mon confort quotidien.

*Nous sommes incapables de circonscrire clairement les concepts que nous utilisons ;  
non parce que nous ne connaissons pas leur vraie définition,  
mais parce qu'il n'existe pas de vraie « définition ». (1)*

# SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u> .....	15
<u>MÉTHODOLOGIE</u> .....	36
<u>RÉSULTATS</u> .....	47
<u>INTRODUCTION</u> .....	48
<u>Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin</u> .....	51
<u>Partie 2 - Le médecin généraliste dans la société</u> .....	88
<u>Partie 3 - La relation conflictuelle et son évolution</u> .....	104
<u>DISCUSSION</u> .....	114
<u>CONCLUSION</u> .....	154
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	160
<u>ANNEXES</u> .....	168
<u>LEXIQUE</u> .....	177
<u>TABLE DES MATIERES</u> .....	181

# **INTRODUCTION**



Le médecin généraliste est un des acteurs principaux des soins primaires. Il est le professionnel de santé de premier recours pour la majorité des problèmes de santé. Avec lui le patient tisse souvent une relation profonde et intime. Cette relation s'établit bien entendu autour de l'état de santé du patient mais elle ne se saurait se limiter à ce noyau constructeur. Le médecin traitant ayant établi un lien de longue date avec ses patients connaît leur histoire, leurs croyances, leurs attentes, leur mode de vie. Comme pour toutes les relations humaines, cette dernière est mise à l'épreuve des divergences d'opinions et des conflits. L'on pourrait imaginer que l'une des réponses évidentes à une telle situation serait la rupture de la relation médecin-malade. Mais c'est sans rappeler qu'au-delà du lien affectif existant, on retrouve dans cette relation une forme de dépendance du patient à son médecin. Ce dernier est détenteur d'un savoir et de compétences que le patient n'a pas, ce qui premièrement justifie son utilité. Deuxièmement le statut de « malade » rend parfois nécessaire le lien vis-à-vis d'un médecin. Les conflits naissants, la relation évolue alors sur un autre mode que tous deux doivent alors apprendre à gérer. Deux questions m'apparaissent importantes pour déterminer le contexte de l'insatisfaction : cette notion implique des failles dans l'harmonie du rapport entre les deux acteurs. Mais qu'appelle-t-on relation harmonieuse ? Je présenterai d'abord ici quelques données préliminaires de l'état actuel des connaissances sur la qualité de la relation médecin-patient. La deuxième question qui me vient à l'esprit est la suivante : si le rapport du patient à son médecin n'est pas satisfaisant qu'est ce qui conduit à la rupture de ce lien ? J'exposerai également les travaux précédents produits sur ce sujet.

La première partie de l'introduction me semble importante pour deux raisons :

. La première relève de l'honnêteté intellectuelle. Il me semblait nécessaire de présenter ce qui avait déjà été apporté au champ de la connaissance par mes prédécesseurs afin de rendre un (modeste) hommage à ces derniers. Il en va de même pour toutes les données et citations que j'utiliserai au cours de ce travail et qui seront référencées dans la partie bibliographie. Cette présentation du contexte ne se veut en aucun cas exhaustive et ne le pourrait être et ce pour plusieurs raisons : premièrement elle n'en a pas le but car mon travail est d'une autre nature qu'une revue complète de la littérature. Deuxièmement, en raison de contraintes de temps, j'ai dû limiter mes recherches et mes lectures à ce qui me semblait (subjectivement) le plus pertinent et qui allait dans le sens de mes préférences. Enfin pour des raisons de commodité, j'ai limité mes lectures aux articles et ouvrages qui m'étaient immédiatement accessibles, en langue française et anglaise. Pour ces raisons, je présente toutes mes excuses aux auteurs des travaux importants auxquels je n'aurais eu accès et que je n'aurais pas cités.

. La seconde raison de l'importance de cette présentation générale est de fixer le cadre théorique de mon sujet. Sans une vision préalable de ce qui est connu, aucune (bonne) recherche ne peut avoir lieu. La synthèse des savoirs d'un domaine permet aussi d'en dresser les contours, et donc de voir ce qui n'est pas encore connu afin de formuler un problème. La problématique comme le dit Popper vient de cette tension entre savoir et non-savoir : « *La connaissance commence par la tension entre savoir et non-savoir : pas de problème sans savoir – pas de problème sans non-savoir. Car tout problème surgit par la découverte que quelque chose dans notre savoir supposé n'est pas tout à fait en ordre.* » (2)

Dans la seconde partie de mon introduction j'expliquerai comment j'ai construit l'objet d'étude. Ceci, nous le verrons, est une étape assez longue qui passe par l'association conjointe d'un questionnement sur ce qui est ou peut potentiellement être, d'une recherche documentaire minimale, d'une distanciation vis-à-vis du sujet, de la mise en évidence de lacunes ou éventuellement de paradoxes logiques, et de la problématisation. Puis je présenterai mon projet de recherche et son originalité ainsi que la structure adoptée pour présenter le fruit de mon travail.

**D) CONTEXTE**

**A) Qualité de la relation médecin-patient et satisfaction des attentes**

1) La qualité de la relation médecin-patient

La relation médecin-malade, en particulier en médecine générale ne repose pas uniquement sur la résolution d'un problème biomédical. La maladie s'intègre dans un contexte psychosocial plus large. La réponse que le médecin est censé apporter n'est alors pas exclusivement technique et les critères d'évaluation de la qualité ne peuvent se limiter aux recommandations propres aux dernières avancées scientifiques sur la prise en charge des maladies. Mais alors à partir de quoi peut-on définir une relation de qualité ?

Il paraît vraisemblable de répondre à cette question en se plaçant du point de vue du patient vu qu'il est le principal acteur concerné.

En 1992, Une étude Suédoise s'est intéressée aux facteurs qui étaient impliqués dans le vécu positif de la consultation par le malade : la satisfaction était présente lorsque l'entretien permet l'expression des motifs (réels) de consultation, quand le médecin donne la place à l'expression des croyances du malade sur sa maladie, quand des explications compréhensibles sont fournies par le praticien et quand le malade est impliqué activement dans la résolution de son problème (3). L'on rend compte ici du caractère non exclusif voire non prépondérant des compétences biomédicales dans le vécu positif de la consultation mais cela ne signifie pas qu'elles ne sont pas nécessaires.

Deux autres études vont dans le sens de l'importance des compétences relationnelles pour justifier de la qualité de la relation :

. Dans l'étude quantitative de Senand R et al de 1995 (4) un questionnaire avait été distribué à des patients à l'issue de consultations avec leur médecin généraliste. Dans l'ordre décroissant, les patients recherchaient chez leur médecin un conseiller (60%) un confident (32,4%), les compétences techniques apparaissant en troisième position (24%). Le savoir et savoir-faire sont donc importants même si ce n'est pas ce que recherche le patient en priorité.

. En 1997, une seconde étude vient étayer le fait que la résolution d'un problème purement biomédical passe souvent au second plan. En effet 11% des motifs de consultations seraient en lien avec des événements de vie bouleversants sans qu'aucun motif biomédical ne soit mis en évidence (5).

Dans la plupart des cas, il est donc indispensable que le médecin généraliste sache répondre à des critères de qualité dans le savoir-être pour satisfaire les attentes de son patient.

### 2) Les attentes des patients vis-à-vis du médecin généraliste

En 1999, Moreau. A dressait une synthèse du « cahier des charges » que doit remplir une consultation pour combler les attentes des patients (6). A titre d'illustration : l'accueil verbal, le contact visuel, le questionnement ouvert permettant d'exprimer les motifs de consultations, l'intérêt pour les représentations de la maladie, un climat favorisant l'expression des émotions et des craintes, expliquer ce que l'on fait au cours de la consultation, donner les conclusions de l'examen clinique dans un vocabulaire que le patient est apte à comprendre et parler du pronostic, rassurer, s'assurer de la clarté du problème pour le patient, conseiller et informer sur le traitement en négociant celui-ci, exprimer empathie et humour, demander s'il existe d'autres questions pour éviter les « questions du pas de porte ».

Les premières données sur les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste sont surtout issues de la littérature médicale anglosaxonne. Il était nécessaire de déterminer les attentes chez les patients français car elles étaient probablement différentes du fait d'un contexte socioéconomique, politique et culturel propre. Tel était l'objectif de l'étude conduite en 2003 par Dedienne et al. Cette recherche qualitative s'est intéressée aux attentes des patients français et aux critères de qualité de la relation vis-à-vis de leur médecin généraliste par la méthode du [focus group](#) (7). Cette étude montrait des attentes communes à celles mises en évidence dans les travaux anglosaxons comme l'écoute active, la relation négociée, le temps accordé à l'expression des plaintes, la disponibilité et des compétences techniques et biomédicales (la polyvalence, la réalisation d'un examen clinique complet, l'aptitude au diagnostic, la sollicitation d'avis complémentaires ...).

Mais elle faisait aussi émerger des attentes qui jusque-là n'apparaissaient pas dans les études anglosaxonnes : le libre choix du médecin traitant, le désintérêt pour l'argent, la tenue du dossier médical, le non jugement, et l'honnêteté en cas d'erreurs diagnostiques.

Si l'on reprend la classification des compétences professionnelles du métier de médecin établie par Epstein en 2002, l'on retrouve effectivement l'idée que pour pratiquer des soins de qualité et satisfaire les attentes des patients il est nécessaire d'avoir l'association de compétences techniques et de qualités humaines. Cette classification identifie des compétences cognitives (les connaissances), technique (dont l'examen physique), intégratives (le raisonnement médical, la gestion de l'incertitude), contextuelles (gestion du temps), relationnelle (communication), affectives et morales (empathie, intelligence émotionnelle, bienveillance), et enfin la tournure d'esprit (humilité, aptitude à la remise en question et à l'évolution, curiosité) (8).

En 2010, une étude quantitative par auto-questionnaire avait pour objectif de caractériser le médecin idéal selon les patients : le recueil des données s'est effectué sur un mois aux consultations de gastro-entérologie et de médecine interne à l'Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce. Les qualités les plus fréquemment citées sont l'écoute (63,40%) et le fait d'assurer une bonne prise en charge (60,60%). Les défauts qui conduiraient à changer de médecin cités le plus souvent sont le fait de ne pas assurer une bonne prise en charge (41,70%), le fait de ne pas mettre à l'aise le patient (32,60%) et de ne pas être à son écoute (32,60%) (9).

Il existe de nombreux autres critères qui ont été cités et même si le pourcentage est faible, on peut considérer qu'un médecin idéal devrait remplir l'ensemble des critères cités au risque de ne pas satisfaire une (petite) partie des patients.

### 3) La satisfaction de la consultation en médecine générale

La satisfaction est, le produit de la qualité perçue et de la qualité attendue (attentes dont on a déjà exposé les principaux aspects) (10). Cette qualité attendue va différer de la qualité voulue par le professionnel de même que la qualité perçue par le patient n'est pas forcément similaire à celle que perçoit le professionnel de son travail.

La satisfaction est donc un processus complexe qui dépend à la fois d'une composante subjective, ici l'écart entre attente et perception chez le patient et d'une composante objective, les soins tels qu'ils sont délivrés par le professionnel.

La satisfaction est aujourd'hui considérée comme un déterminant de la qualité des soins (11). Nous pouvons l'assimiler à une [variable qualitative ordinale](#) et elle peut donc être évaluée par une échelle type Likert (12). Aussi des échelles de satisfaction ont été construites en vue de l'évaluation et de l'amélioration de cette dernière, certaines sont validées pour les soins ambulatoires (13).

Nous avons déjà exposé les attentes des patients et les conditions qui favorisent le vécu positif de la consultation. Celles-ci étaient déterminées dans la population générale mais l'on peut supposer qu'il va exister des différences dans les exigences et donc dans la satisfaction en fonction des [variables macrosociologiques](#). En 2013, une étude quantitative a été réalisée pour construire une typologie des patients fondée sur la satisfaction en médecine générale et sur les conditions socioéconomiques. Six classes ont été identifiées : les patients les plus âgés avec une certaine dépendance au médecin, atteints de maladies chroniques, exigeant la disponibilité de leur médecin, et pour qui seul ce dernier fait foi, les plus satisfaits (30,6%). Des patients en bonne santé, qui souhaitent que la résolution de leurs problèmes ponctuels soit rapide, tenant à s'informer par eux même via internet, ouverts aux médecines alternatives (24,7%), peu satisfaits en général. Des patients sans exigence particulière ayant un niveau d'étude CAP/BEP très attachés à leur médecin et à l'attention portés en consultation (19,6%), en général les plus satisfaits. Des patients attachés à une prise en charge personnalisée et négociée, sans forcément attendre un soulagement rapide, avec la volonté de se cultiver en matière de santé à l'aide de plusieurs sources (télévision, presse, proches ...), pour qui l'examen doit être minutieux (11,9%). Des patients jeunes, de haut niveau d'étude, très exigeant en particulier sur l'obtention rapide d'un rendez-vous, la performance technique et la prévention, peu attachés à un médecin en particulier, les moins satisfaits (8,5%). Enfin des patients caractérisés par la consommation de soins, avec un profil d'utilisateur de service, exigeant le confort (peu d'attente, amabilité des professionnels) et une information sans tabou (4,7%) (14).

Il est peu probable qu'un médecin puisse répondre en toute circonstances à l'ensemble de ces attentes. Pour cette raison il existe nécessairement des patients insatisfaits. Un sondage BVA réalisé auprès de 1004 personnes représentatives de la population française en 2008, montrait que le taux d'insatisfaction globale vis-à-vis des médecins généralistes s'élevait à 9% (15).

**B) De la relation conflictuelle à la rupture**

1) Les relations médecin-patient conflictuelles

Comme le disait Balint, « *En dépit d'effort sérieux de part et d'autre, la relation entre malade et médecin est souvent insatisfaisante voire malheureuse.* » (16). Cette insatisfaction provient de la non réponse aux attentes, aux divergences de représentation, aux malentendus issus d'une communication malheureuse. « *Une relation harmonieuse suppose des représentations convergentes en revanche, des représentations divergentes sont souvent à l'origine d'incompréhensions et de désaccords.* » (17). « *Chacun pense qu'il voit le monde tel qu'il est parce qu'il pense qu'il est tel qu'il le voit.* » (18).

a) *Les différences de représentations sur la relation*

Nous avons vu dans le concept de satisfaction que celle-ci résulte d'interactions entre prestation délivrée, qualité attendue et qualité perçue. Nous pensons bien que la majorité des médecins souhaite offrir à son patient les meilleurs soins possibles. Il y a donc antérieurement à la prestation délivrée l'idée d'un prototype de soins de qualité selon sa conception. Mais la façon de concevoir la qualité ne converge pas toujours avec celle du patient. De même que la qualité réelle ne correspond pas toujours à la qualité que souhaitait délivrer le professionnel (19).

Une étude qualitative réalisée en 2004 par Alain Moreau, par focus group auprès de médecins généraliste avait pour objectif de caractériser leurs attentes et leurs perceptions vis-à-vis de la qualité de la relation médecin-patient (20). Les résultats ont été opposés à ceux des patients issus de l'étude de Dedianne et al. L'on retrouve des critères communs pour la qualité tels que la relation de confiance, les compétences biomédicales, relationnelles, la gestion du temps (ponctualité, disponibilité), et des critères de commodité (secrétariat, tenue vestimentaire correcte). Certains critères n'ont cependant pas été imaginés par les médecins mais seulement par les patients comme la vision globale et préventive, le fait de ne pas interrompre le patient, de nommer un diagnostic, de la possibilité de visites à domicile, le fait d'avoir un médecin désintéressé par l'argent ...

Médecins et patients ont aussi évoqués des critères qui étaient à l'origine de problèmes dans la relation : ceux communs concernaient les problèmes de disponibilités, le consumérisme médical, et le manque d'assurance du médecin. Certains n'avaient été relevés que par les médecins comme

le mythe de la toute-puissance du médecin, les aspects transférentiels et la question de bonne distance, le fait d'être une femme médecin. D'autres n'ont été exprimés que par les patients comme le fait que le médecin soit pressé, le fait de considérer le malade comme un client.

Cette étude montre en outre que les situations générant de l'insatisfaction chez les patients peuvent être pour certaines d'entre elles imaginées par les médecins mais qu'il peut exister un certain nombre de cas où le professionnel n'a pas conscience des attentes du patient.

Les divergences de représentations ne portent pas uniquement sur la qualité de la relation. On en trouve également sur l'idée que se fait chacun des deux protagonistes du statut et du rôle du médecin et du patient et de leur rapport. Le sociologue Freidson décrit d'ailleurs un modèle de relation conflictuel (21). Dans ce modèle élaboré dans les années 1970, le conflit s'établit à plusieurs niveaux : croyances profanes et connaissances scientifiques, logique de soin et respect de la vie quotidienne du patient, ainsi qu'autonomie du médecin et autonomie du patient s'opposent. Ces confrontations entraînent un conflit de perspectives (22).

### *b) La non réponse aux attentes des patients*

Des travaux se sont intéressés aux causes et aux conséquences des désaccords entre les patients et leur médecin généraliste : en 2013, une étude quantitative française a été réalisée dans ce sens. 4000 questionnaires ont été envoyés dans les salles d'attente des médecins généralistes. Le taux de participation était de 8,15% (majoritairement des femmes entre 20 et 65 ans). Les causes étaient par ordre décroissant : le délai de rendez-vous (46,6%), le comportement du médecin (35%), la prescription (35%), le diagnostic (33,1%). Seuls un tiers des patients en ont parlé avec leur médecin généraliste et 18,1% ont changé de médecin traitant (certains sans exprimer leur désaccord). 7,1% des patients ont envisagé porter plainte et ceci était largement en rapport avec des problèmes de communication (73,9%) (23).

### *c) Conséquences des relations conflictuelles chez les patients*

Les conséquences de tels désaccords ont fait l'objet d'une typologie portant sur les réactions du patient (23) :

- . L'abandon/accommodation dans laquelle le patient investit la relation afin d'apaiser le conflit et renonçant à défendre son opinion
- . La fuite dans laquelle le patient désinvestit la relation, il renonce à défendre son opinion pour ne



pas entrer dans une relation conflictuelle mais en réalité ce conflit est latent.

. La négociation correspond à la situation idéale dans laquelle médecin et patient reconnaissent leur part de responsabilité dans le désaccord, et acceptent d'avoir mutuellement une écoute empathique afin de trouver un espace d'entente, une solution intermédiaire

. La médiation du conflit par un tiers (famille, police, maire, conseil de l'ordre ...)

. L'agression dans laquelle le patient désinvestit la relation tout en voulant affirmer ses convictions avec autorité (haussement de ton, intimidation, culpabilisation ...) ou violence (menace, agression physique, judiciarisation)

. La rupture de la relation avec changement de médecin ou judiciarisation

En 2017, Une étude qualitative française s'intéressait au point de vue des patients sur leur désaccord avec le médecin. Cette étude montrait que la non expression du désaccord était liée à plusieurs facteurs (24) :

. Des freins liés au patient : soit par désinvestissement de la relation, par stratégie d'éviction du conflit, ou encore par respect pour le médecin afin de ne pas blesser ce dernier lorsque l'attachement est important. Une autre étude précisait également que le non-dit pouvait être en rapport avec la personnalité du patient avec un défaut d'image narcissique, une peur du jugement s'il venait à s'affirmer (25)

. Des freins liés au médecin du fait de manque de compétences dans le savoir-être (manque d'écoute, manque d'empathie ...)

. Des freins d'ordre socioculturel : bien que le modèle de relation négociée de Strauss tend à s'imposer de plus en plus (26), le modèle paternaliste de Parsons persiste (27). Dans ce modèle asymétrique et consensuel, le médecin est actif et seul à détenir le savoir et le pouvoir et le malade n'a pas la position permise pour contredire cette figure d'autorité. Ses seuls droits sont celui d'être reconnu comme malade, et celui d'être soigné.

#### *d) Conséquences des relations conflictuelles chez les médecins*

Du côté des médecins, le vécu de la relation conflictuelle conduit à définir des patients *heartsink* (littéralement : « *qui font saigner le cœur* ») (28) O'Dowd les définit comme un groupe très disparate d'individu (malgré la présence importante de femmes, fonctionnaires, en situation de couple stable) avec pour point commun « *le supplice qu'ils imposent au médecin et à sa pratique* ». Ces patients difficiles ont fait l'objet de plusieurs classifications selon les problèmes qu'ils causaient au médecin. Voici l'une d'entre-elles à titre d'exemple (29).

- . Les « ayants-droits » : réclamant examens complémentaires ou médicaments.
- . Les « autodestructeurs dans le déni » : mettant en cause le diagnostic
- . Les « manipulateurs » : mettant systématiquement en échec le médecin
- . Les « crampons » : aux demandes exigeantes, nombreuses, dépendants du médecin

Les réactions des médecins sont variables dans ces situations et la thèse de Bouchacourt Chloé s'attachait à les caractériser (30) :

- . La négociation : même sens que celui expliqué au chapitre précédent.
- . La confrontation : le médecin cherche à imposer son pouvoir. Elle est l'équivalent de l'agression décrite au chapitre précédent (sans la notion de violences physiques).
- . Le repli : le médecin accède aux requêtes du patient mais désinvestit la relation. Il est l'équivalent de la fuite chez le patient.
- . La soumission : elle ne diffère du repli que par le caractère illégitime des demandes conduisant à un non-respect du code de déontologie et de la loi en général.
- . Le recours à un confrère
- . La rupture de la relation

Les résultats de cette étude montrent que la façon de gérer une relation conflictuelle est assez similaire que ce soit du côté du patient ou du côté du médecin.

## 2) La rupture de la relation médecin-malade

Enfin de nombreux travaux se sont consacrés à la rupture de la relation médecin-malade. Cette rupture est rarement précoce, elle est une solution de dernier recours Stokes T (31), car médecin et patient ont tous deux investi un capital personnel important, tirant de leur relation des bénéfices mutuels : c'est ce que Balint nomme la compagnie d'investissement mutuel (16).

En 1997, une étude quantitative française portant sur 1148 patients de la région Lorraine montrait que les principaux motifs de rupture pour cause d'insatisfaction sont le manque d'écoute et d'attention (71,8%), puis l'incompétence supposée du médecin (68%) suivie de l'indisponibilité du praticien (33,3%). Plusieurs motifs étaient évoqués pour justifier le changement de médecin (32).

La relation médecin-malade peut être vue comme une relation sociale telle que G et M Mc Call les définissent c'est-à-dire autour d'un objectif (l'amélioration ou la préservation de l'état de santé du patient) et des « règles limites » à respecter pour maintenir cet objectif (par exemple le principe de bienveillance pour le médecin) (33), (34). Une relation sociale peut ainsi se terminer soit parce que l'objectif initial n'est plus aussi important (par exemple un médecin dont l'objectif premier n'est plus centré sur l'état de santé du patient) soit parce que les règles limites ne sont pas respectées. Stokes parle d'ailleurs de « mauvais patients » pour distinguer ces derniers des « heartsink » ; ceux-la sont ceux qui franchissent les règles limites (31). La relation peut ainsi se redéfinir à travers de nouvelles règles ou bien parvenir à sa dissolution lorsque l'identité personnelle de l'une ou l'autre des parties est menacée. Il existe deux mécanismes possibles qui rendent compte de la dissolution (35) : le « enough is enough » ou « trop c'est trop » dans lequel au moins l'une des deux parties est insatisfaite et aucune négociation n'a pu être trouvée malgré le temps accordé. Le « trigger event » ou « événement déclencheur » lorsque l'une des deux parties a violé une règle majeure de la relation.

Une étude qualitative française réalisée en 2013 montrait qu'il existait plusieurs freins à la rupture chez les patients même lorsque celle-ci était envisagée : obligation vis-à-vis du médecin traitant, méconnaissance des médecins à proximité, incertitude sur les bénéfices d'un changement, espoir de changement, habitude ou accommodation de la situation) (36).

Hayes-Bautista s'est intéressé à la façon dont patient et médecin peuvent rompre une relation lorsque celle-ci n'était plus satisfaisante pour l'une ou l'autre des parties. Il décrit alors sept modes de fin de relation (37) :

- . Le retrait mutuel : avec accord mutuel des deux parties.
- . La confrontation : l'une des parties refuse avec colère le retrait que lui impose l'autre.
- . Le « fade-out » : lorsque le patient insatisfait consulte un des associés du même cabinet
- . Le « walk-out » : lorsque le patient change de médecin définitivement (sans information)
- . Le « hand-off »: le médecin oriente vers un confrère dans le but de mettre fin à la relation.
- . Le « put-off »: le médecin refuse une demande de sorte que le patient s'en aille par impatience
- . Le « lock out » : le médecin demande explicitement de façon impulsive que le patient s'en aille

## **II) PRESENTATION DU SUJET D'ÉTUDE**

### **A) La question de recherche**

#### 1) Les prémisses

C'est à travers mes premiers pas en tant que médecin généraliste que ce travail a tiré ses origines. Plus de trois mois ont été nécessaires pour déterminer la question de recherche. Ce temps est long car premièrement il nécessite de déterminer a priori les limites du champ de la connaissance pour la thématique choisie. Ceci passe par une revue de la littérature bien qu'une revue systématique et exhaustive ne soit pas nécessaire dans ce cas. Celui-ci a été présenté dans le premier chapitre de mon introduction générale. Deuxièmement, cette étape de construction de l'objet d'étude et de la problématisation nécessite un travail sur soi et sur les notions de sens commun. C'est ce processus que j'expliquerai ici.

Je me questionnai tout d'abord sur ce qui déterminait la qualité des soins en médecine générale. Une question qui vient préoccuper la plupart, sinon la totalité d'entre nous lors du commencement de notre activité (et même après) est la suivante : suis-je un bon médecin ? Il y a trois manières d'aborder cette question difficile et dont la réponse pour soi peut être douloureuse :

. La première consiste à se situer à partir d'une référence que l'on considérerait comme absolue et pour laquelle il n'y aurait qu'à valider les critères requis. Ceci me conduisit vers le rôle du médecin généraliste et le référentiel de compétence produit par la WONCA en 2002. La médecine générale y est définie comme « *une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche et de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques et une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* » (38). Ce référentiel donne ensuite les caractéristiques de la médecine générale et les compétences nécessaires. Mais cette première réponse ne sert que d'élément d'orientation et est lacunaire. En effet les caractéristiques ne servent qu'à montrer que le professionnel pratique bien la médecine générale et pas une autre discipline. Quant aux compétences, elles servent de premier point de repère car le praticien pourra juger de sa faculté à en disposer mais celles-ci sont très générales et il est aisé de se retrouver dans ce qui est décrit. Le manque de détail nous empêche de dire si ce que nous produisons est de bonne ou de mauvaise qualité. Faute d'un document précis je renonçai à cette piste.

. Une deuxième méthode consiste à se comparer à d'autres professionnels pratiquant la même spécialité. L'on peut alors pour chaque compétence du référentiel précédent se situer par rapport à un autre praticien. Pour que le positionnement soit valide il faudrait alors effectuer la comparaison avec un grand nombre de praticien pour garantir la représentativité. Il faudrait comparer avec chacun d'entre eux chaque compétence pour un grand nombre de discipline et de patients. Ceci est vain tant il y a de possibilités. D'autre part quelle référence permettrait de dire que la compétence que l'on dispose est d'une meilleure qualité que celle de son confrère puisqu'il n'existe pas d'outil valide à ce sujet ? Le positionnement selon cette méthode est donc nécessairement approximatif et relève davantage de jugement de valeur et de l'égo que d'une démarche scientifique valide.

. La troisième méthode consiste à prendre la satisfaction du patient comme critère de qualité de la pratique médicale. C'est alors que j'entrepris mes premières recherches sur la qualité des soins, les attentes des patients vis-à-vis du médecin généraliste, et la satisfaction des malades. J'ai d'ores et déjà exposé succinctement les données de la littérature à ce sujet. L'on pourrait opposer la question suivante : comment un patient, disposant d'un savoir profane en matière de santé, serait-il apte à juger ce qui est de qualité ou non ? Bien que ceci relève de la subjectivité des individus et de dimensions culturelles c'est la seule voie qui m'apparaissait réalisable.

Mais il ne fallait plus à ce stade considérer qu'il existait une référence absolue mais des éléments d'orientation à prendre en compte pour tendre vers des soins de qualité : savoir ce qu'attendent les patients, le mettre (autant que possible) en adéquation avec ce que mon apprentissage professionnel m'avait appris, et utiliser la satisfaction des patients comme un feed back.

### 2) Origine de la question

Les travaux cités précédemment sur la qualité des soins et la satisfaction des attentes des patients sont nombreux. Aussi renonçai-je à entreprendre des recherches supplémentaires sur cette question. Mais ces premières interrogations ont été déterminantes dans le choix de mon sujet de thèse. C'est pourquoi le chapitre précédent est intitulé « *prémises* ». Les questions suivantes portèrent sur l'insatisfaction des patients (bien qu'en réalité elles furent concomitantes du fait de leur proximité, c'est plutôt la manière de les traiter qui fut ultérieure).

### a) Vers un affranchissement des prénotions

Les premières situations que j'ai rencontrées dans le cadre de mon exercice professionnel au cours desquelles l'insatisfaction du patient étaient manifestes m'intriguaient. Les relations sont le lieu de rencontre de deux psychologies qui peuvent parfois être en désaccord. Partant de ce point de vue, les stratégies de communication apparaissent comme la solution pour accorder les esprits. Mais dans un certain nombre de cas, le problème n'avait pour moi qu'un rapport très éloigné avec un savoir-faire en matière de communication. Celle-ci était insuffisante pour résoudre les conflits auxquels j'étais exposé ou que j'observais entre certains de mes confrères et leurs patients. D'autre part, malgré une vigilance à la remise en question, je ne trouvais pas toujours de critiques tant sur le plan biomédical que comportemental.

Les premières hypothèses que j'ai alors eues étaient plutôt naïves et envisageaient des catégories de patients insatisfaits. Je pensais en particulier que l'insatisfaction relevait de certaines cultures, de certaines catégories socioprofessionnelles ou d'autres variables que je pouvais ignorer.

Une étude nord-américaine avait d'ailleurs montré que l'évaluation de la qualité des soins primaires différaient selon l'âge et le groupe ethnique. Mais cette étude ne fait que supposer des différences dans les attentes ou dans la perception du soin délivré. Elle ne prétend en aucun cas (à juste titre) dire que l'on peut classer les patients satisfaits ou insatisfaits selon ces variables. Mon hypothèse relevait au départ surtout du [subjectivisme](#) et de la [généralisation abusive](#) plutôt que d'arguments scientifiques solides. En effet à cette époque je n'avais nullement conscience des travaux d'ores et déjà réalisés dans ce champ de la médecine puisque je n'étais qu'à l'étape du questionnement. En réalité au cours de ces situations, c'est surtout la frustration que j'avais ressentie du fait de l'absence de reconnaissance de la qualité de mon travail qui m'avait conduit à envisager que je n'étais pas responsable et que cela relevait plus de la personnalité du patient ou de sa culture. J'appuyais d'ailleurs mon argumentation sur une sorte de [conscience collective](#) dans l'univers médical. Nombre de professionnels de santé rencontrés au cours de mon expérience avaient contribué à me forger cette idée. Mais peut-on prétendre être un observateur impartial alors que l'on est personnellement impliqué dans ce qui se produit ?

Ceci n'avait probablement rien de scientifique et n'était qu'une perception de la société à partir de mes propres expériences et de mes propres valeurs. En réalité ce que nous pensons être objectif dans l'analyse d'un phénomène social, est souvent si l'on n'y prend pas garde, une opinion issue de notre trajectoire de vie, de nos valeurs et de notre culture (40). C'est ce qu'on appelle un obstacle épistémologique (41).

Tout d'abord supposer qu'il existe des catégories de patients (toujours) insatisfaits (et d'autres jamais insatisfaits) c'est ignorer le sens du mot « insatisfaction ». La première étape pour ne pas être en proie à l'erreur de jugement était de réfléchir sur cette notion et sur les conséquences qu'impliquait ma première hypothèse. Si l'on en prend sa définition commune : « *Etat de quelqu'un qui n'est pas satisfait. Fait pour quelqu'un de ne pas voir satisfait un souhait, un désir* » (42). Ceci impose de rechercher le sens de « être satisfait » : « *Voir son attente ou ses désirs comblés, être content de ce qu'on a ou de ce qui est* ». (42). Je ne m'attacherai pas à définir le concept de désir qui est plutôt utilisé ici dans son sens commun mais dont les contours ont largement été explicités par Freud et Lacan. Etre insatisfait c'est donc ne pas avoir la réponse qui permet de combler ses attentes.

Le préjugé initial laisse sous-entendre que le médecin devinerait et comblerait les attentes de toute personne sauf pour certaines catégories. Pourquoi ces catégories hypothétiques en particulier ? Si l'on reprend le concept de satisfaction, il s'agirait ici d'un écart entre qualité attendue et qualité perçue. Viennent alors trois réponses possibles (et non mutuellement exclusives) à ma question :  
. Soit les soins produits sont de moins bonne qualité : cette hypothèse est plausible a priori car on sait que la médecine française est différente selon les catégories socioprofessionnelles des patients (43). En particulier les médecins ont tendance à accorder moins de rigueur et d'importance dans la prévention et le dépistage pour les catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées (44) ou encore dans l'information délivrée (45). Mais un élément vient détruire cette hypothèse a posteriori car dans l'étude de Kreuwen (2013) ce sont les catégories socioprofessionnelles les plus aisées qui ont tendance à être les moins satisfaits (14). L'insatisfaction ne s'explique donc pas pour ces catégories par des soins de moins bonne qualité.

. La deuxième hypothèse est que ces catégories ont une perception d'une qualité moins bonne des soins à prestation égale. Une telle hypothèse est difficile à affirmer car il faudrait tester chez des individus avec niveau d'attente identique vis-à-vis du médecin, si à prestation égale, la satisfaction est différente selon certaines catégories (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle). Ceci comporte beaucoup trop de contraintes pour pouvoir être réalisé (sélectionner des individus selon un niveau

d'attente identique, et contrôler la qualité de la prestation des médecins).

. La dernière hypothèse consiste à imaginer que les attentes dans ces catégories (moins satisfaites) sont telles que le médecin ne peut les envisager spontanément ou bien ne peut les combler du fait de leurs exigences. L'étude de Kreuwen (2013) montrait par exemple une tendance plus élevée de l'insatisfaction chez les catégories socioprofessionnelles élevées du fait d'attentes plus difficiles à combler (délai de rendez-vous rapides, performance immédiate ...) (14). Mais le taux d'insatisfait par classe issue de la typologie n'était jamais nul et donc cela remet en cause l'hypothèse initiale que l'insatisfaction est l'apanage d'une classe particulière.

Quant à l'idée éventuelle de vouloir classer les patients ayant été insatisfaits sous l'appellation précédemment définie « *heartsink* », celle-ci se verrait ruiner par les éléments suivants : d'une part O'Dowd ne retrouve aucune catégorie de profils communs (en dehors de la prédominance des femmes).

D'autre part être insatisfait n'implique pas pour autant faire endurer un supplice à son médecin (en particulier je rappelle que seuls un tiers des patients expriment leur désaccord).

Le fait que mon hypothèse soit aussi aisément réfutée par des données scientifiques et déductions logiques et des me suggérait que celle-ci émanait d'une posture [réductionniste](#). Il était donc nécessaire de rompre avec cette idée car elle aurait contraint la recherche dans ce sens et au mieux n'aurait rien apporté de nouveau (l'étude de Kreuwen montre déjà la tendance à l'insatisfaction selon la classe à laquelle appartiennent les patients), au pire selon la manière dont est conduit la recherche, elle aurait conduit à affirmer une hypothèse fautive. On a ici un aperçu de mon travail de déconstruction des prénotions et des préjugés.

### *b) La problématisation*

Quelles interrogations aurais-je dû avoir sur l'insatisfaction des patients ? Si je souhaitais rompre avec mes préjugés je me devais de partir du principe que tous les patients ont des attentes (on les a vues dans le contexte général), certaines plus fréquentes que d'autres en fonction des classes, et qu'il existe des situations où manifestement ces dernières ne sont pas comblées puisqu'il existe des patients insatisfaits. Cette distance n'a pu être prise qu'après un travail préalable de recherche documentaire et d'introspection. Une fois cette distance prise, le chercheur se doit de problématiser ce qui est.



J'ai effectué mes premières recherches documentaires sur le sujet de la qualité de la relation médecin-malade, sur les attentes des patients et sur la perception des soins. Le sujet ayant été largement exploré, on l'a vu, je me suis intéressé dans un deuxième temps à l'insatisfaction des patients, aux relations conflictuelles, et à la rupture de la relation. Les travaux précédents qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs se sont surtout centrés sur le phénomène de relation conflictuelle ou sur la rupture de la relation comme je l'ai exposé lors de la première partie. Ces derniers mettent explicitement en évidence l'insatisfaction des patients car celle-ci existe nécessairement quand on aborde de tels sujets du point de vue des patients. Néanmoins ils doivent être distingués d'un travail sur l'insatisfaction pour la raison suivante : celle-ci peut exister en dehors de tout contexte de conflit ou de rupture. Il ne s'agit pas ici d'une hypothèse mais d'une affirmation basée sur les résultats des études précédentes qui montraient que les désaccords n'étaient que rarement exprimés (23), (24), (25).

Ainsi il existe des patients insatisfaits au sein d'une relation en apparence paisible pour le médecin généraliste. Les études quantitatives portant sur les désaccords du patient vis-à-vis de son médecin rapportaient les motifs invoqués à partir de questionnaires. Les limites de ces études sont liées au caractère très fermé des questionnaires qui d'une part empêche le patient d'exprimer d'autres causes d'insatisfaction et deuxièmement restreint la compréhension du phénomène. L'étude qualitative de Bourcereau et Dépalle s'intéressait au ressenti des patients lors des situations de désaccord. Je tiens alors à signifier la différence entre le désaccord et l'insatisfaction à travers leur lien logique. Dans certaines situations un lien de cause à effet peut être établi entre le premier et le second. Celui-ci n'a rien de systématique et lorsque le désaccord est exprimé, le conflit qui en résulte peut être quelque chose de positif et donc satisfaisant pour au moins l'une des deux parties (46). Il existe donc des désaccords sans insatisfaction. De même toutes les situations à l'origine de l'insatisfaction ne sont probablement pas en lien avec un désaccord entre le patient et son médecin.

A ceci je rajoutais une interrogation : des attentes des patients l'on peut a priori déduire selon leur comblement si le patient sera satisfait ou non. Réciproquement en s'intéressant à la satisfaction des patients comme c'est le cas des précédentes études, l'on en déduit les attentes des patients. Mais il est possible, qu'en s'intéressant au phénomène d'insatisfaction nous révélions également de nouvelles attentes, qui n'auraient pas été explicites dans les études portant sur les attentes des patients envers leur médecin. Ne peut-on pas imaginer qu'il existe des éléments non spécialement attendus par les patients, mais lorsqu'ils sont absents génèrent de l'insatisfaction ?

Des lacunes constatées et des interrogations soulevées est né mon projet de recherche.

*c) Mon projet de recherche*

A l'issue de ce triple travail de distanciation, de recherche bibliographique pour déterminer les limites de la connaissance dans ce domaine, et de problématisation, j'ai pu établir mon projet de recherche.

Ma question de recherche était la suivante : quels sont les mécanismes qui entrent en jeu pour expliquer l'insatisfaction des patients ?

Celle-ci m'apparaissait originale car jusqu'à présent les études s'étaient soit intéressées aux motifs sans les expliquer (études quantitatives) soit à la compréhension des phénomènes des désaccords, des relations conflictuelles, ou des ruptures (études qualitatives).

J'é mets l'hypothèse de recherche suivante : le concept d'insatisfaction chez les patients ne peut se réduire aux situations de non réponse aux attentes explicites de ces derniers. Les facteurs qui entrent en jeu ne peuvent se déduire de façon symétrique à partir de ceux générant de la satisfaction.

Mon objectif principal était donc d'éclairer le phénomène d'insatisfaction des patients en médecine générale et d'en dresser une typologie.

J'avais aussi comme objectif secondaire de décrire l'évolution d'une relation au cours de laquelle le patient se sent insatisfait.

3) La restriction à la relation avec le médecin généraliste

J'ai choisi de restreindre ma question à la relation entre le patient et son médecin généraliste pour plusieurs raisons.

Premièrement on le comprend aisément à travers le chapitre précédent, la question est issue de réflexion sur mon exercice et de mon introspection. Il s'agit initialement d'un travail pour moi-même que je souhaite produire pour éclairer certains aspects de ma spécialité : la médecine générale.

Deuxièmement le lien durable qu'établit un patient avec son médecin généraliste connu de longue date est probablement différent de celui qu'il peut avoir de façon ponctuelle avec d'autres médecins spécialistes jouant le rôle de consultant. Ce lien est suffisamment fort et riche pour devoir s'y retreindre.

Troisièmement, il y avait des raisons de fréquence : la spécialité de médecine générale est la plus représentée et il est alors plus aisé de décrire l'histoire d'une relation entre un patient et son médecin généraliste plutôt qu'avec un autre spécialiste particulier.

Et dernièrement, il me semble important à une période où la médecine générale reste encore décriée de valoriser cette dernière en investissant son capital de connaissance. Nous rappelons que malgré les évolutions positives qu'elle a connu au cours de ces dernières décennies, elle subit encore les conséquences de la réforme Debré (1958) qui lui a trop longtemps donné l'image d'une médecine de moindre importance. Cette mention n'est pas anodine car l'on retrouve dans ma étude des résultats en faveur de l'image négative dont souffre parfois la médecine générale auprès de certains patients. Cette mauvaise appréciation n'est pas uniquement liée à la réforme de 1958 car elle s'est enrichie de faits plus récents de l'actualité notamment à la suite des laborieuses négociations entre les syndicats de médecins généralistes et l'assurance maladie pour la revalorisation tarifaire de la consultation. Mais nous savons que cette réforme au-delà de l'image qu'elle a contribué à donner, a longtemps isolé la médecine générale du milieu universitaire et de la recherche (47). C'est aussi la raison pour laquelle l'apport de connaissance spécifique à cette discipline qui a son fonctionnement propre m'a semblé indispensable. Puisseons-nous espérer que cette image négative disparaîtra progressivement.

### **B) Plan de la recherche**

Cette introduction avait pour objectif de rappeler le contexte général et de préciser l'aspect particulier de mon projet de recherche à travers sa question. Je respecte la structure IMRAD pour la présentation de mon travail telle qu'elle est recommandée pour la rédaction des travaux scientifiques (48).

La partie méthodologie décrira le type de recherche effectuée, la méthode utilisée et les techniques

de recueil des données. J'y présente également des données générales sur la recherche qualitative. La partie suivante est consacrée aux résultats de ma recherche. Il s'agit là d'une description des faits bruts mais aussi d'un travail de catégorisation, de mise en relation et d'abstraction.

Puis je discuterai la méthodologie en particulier la forme des résultats et le caractère scientifique de ma démarche. J'intégrerai mes résultats dans un contexte plus large en rappelant les données de la littérature.

En conclusion je ferai une synthèse de mes résultats et préciserai l'apport de mes travaux dans le domaine étudié.

Je fais figurer en annexe les documents utiles à la compréhension de mon travail si le lecteur souhaite s'y référer.

Les termes de vocabulaire technique sont définis dans l'index figurant juste avant la table des matières en fin de document. Les définitions peuvent être celles communément acceptées et issues du dictionnaire Larousse. Pour les termes peu courants de la langue française, leur définition ou la description des concepts sont issus de plusieurs ouvrages : *Cours de sociologie* de Luc Van Campenhoudt et Nicolas Marquis (40), l'ouvrage *La sociologie de A à Z* de Frédéric Lebaron (49) ainsi que l'ouvrage *cours de philosophie* d'Albert Mendiri (50).

# **MÉTHODOLOGIE**

## **INTRODUCTION**

Au cours des premiers et seconds cycles universitaires des sciences médicales en France, aucun enseignement n'est dispensé autour de la recherche qualitative. Le Deuxième cycle des études médicales aborde succinctement les différents types d'études épidémiologiques et de recherche clinique. L'un des objectifs de la fin de l'externat est de développer une lecture critique d'articles. Il s'agit le plus souvent d'articles originaux issus de la littérature médicale. Pour répondre à ces besoins ce sont des techniques de recherche quantitative qui vont être enseignées. C'est au cours du troisième cycle universitaire de médecine générale que l'étudiant pourra se confronter à la recherche qualitative. J'entends par l'expression "pourra se confronter" qu'il ne sera proposé aucun enseignement d'initiation. C'est par le hasard ou plutôt du fait de la fréquence de son utilisation que les internes font cette rencontre. Pour peu que le doctorant choisisse soigneusement d'éviter l'inconnu, aucun approfondissement ne sera effectué dans ce vaste domaine. Or la recherche qualitative constitue une grande part de la production de connaissances en soins primaires. Tout simplement parce que la médecine générale pose des problématiques différentes de ce que se posent les spécialités hospitalières. Qui dit questionnement d'autre nature fait correspondre une méthodologie de résolution autre. Il m'a donc semblé indispensable de consacrer un chapitre sur ce type de recherche dans cette partie de mon sujet.

En premier lieu j'aborderai les principes généraux de la recherche qualitative. Ceci sans entrer dans des considérations d'ordre épistémologique qui feront l'objet de la discussion. J'expliquerai certains termes du vocabulaire de la recherche qualitative. D'autres figureront dans le lexique situé en fin de document. Dans un deuxième temps je développerai les techniques ayant trait à l'enquête de terrain. Quelques lignes directrices préliminaires m'ont été nécessaires pour conduire mes entretiens avec les patients. J'expliquerai alors comment j'ai recueilli et analysé mes données.

### **I) BREF DESCRIPTIF DE LA RECHERCHE QUALITATIVE**

#### **A) Caractéristiques de la recherche qualitative**

##### **1) Objet et définition de la recherche qualitative**

La recherche qualitative est utilisée dans de nombreux domaines, elle est transdisciplinaire. Ainsi la retrouve-t-on en sociologie, en psychologie, en économie, en histoire, en sciences politiques et sociales et enfin en médecine (51). Elle s'attache à décrire et expliquer des

phénomènes dans leur profondeur en rendant compte de leur complexité et des relations qui existent entre les différents éléments étudiés. Dans le domaine de la santé, elles s'intéressent à l'expérience de la maladie, aux déterminants sociaux de la santé, aux interactions entre patients et acteurs de santé ou aux échanges interprofessionnels, aux transformations des systèmes de santé (52).

Il est difficile de définir la recherche qualitative de façon unique avec le formalisme que l'on retrouverait dans les sciences logico-mathématiques. L'on devrait plutôt parler des recherches et techniques qualitatives. L'on parle d'« *une famille complexe de termes interconnectés, de concept et de propositions pour décrire la recherche qualitative. Ces derniers incluent des traditions associées au fondationnalisme, au positivisme, au post-fondationnalisme, au post-structuralisme ...* » (53).

De nombreux ouvrages se consacrent aux objets et aux méthodes de la recherche qualitative. Ces derniers l'abordent souvent par les caractéristiques qu'elle possède ou celles qui l'opposent à la recherche quantitative mais n'en donnent pas de définition. J'ai alors choisi de prendre celle donnée par le sociologue Alex Mucchielli. Il s'agit d'une « *forme de recherche empirique, qui vise à l'avancement des connaissances théoriques ou pratique d'un phénomène psychologique, social ou culturel.* » (54).

## 2) Légitimité du qualitatif par rapport au quantitatif

De nombreux débats historiques ont eu lieu afin de valoriser la scientificité des travaux qualitatifs par rapports aux quantitatifs. Les premiers ont souvent été considérés comme des moyens d'aboutir à des hypothèses de recherche, en somme des travaux préliminaires que la recherche quantitative viendrait confirmer ou infirmer. Ce qui donne tant de prestige à la recherche quantitative c'est tout d'abord son objectivité : les variables sont des faits mesurables, des objets qui ne seront pas soumis à l'imprécision et à l'interprétation. A ceci se rajoute la capacité à contrôler les facteurs de confusion dans la démarche utilisée, d'où les différentes strates de niveau de preuve en fonction du type d'étude. Enfin la rigueur des résultats puisque ces derniers sont issus de l'outil mathématique. Ainsi pourrait-on penser que la recherche qualitative n'a que peu de place à l'heure où les essais randomisés, contrôlés et en double aveugle sont légion et font foi dans la production de la connaissance dans les sciences de la santé.

En réalité l'opposition entre recherche quantitative et qualitative ne devrait plus aujourd'hui (comme elle l'a longtemps été dans le passé) faire l'objet de débats portant sur la supériorité scientifique du premier sur le second car on l'a vu leurs objets et objectifs sont différents. Ainsi là où les méthodes quantitatives viennent confirmer de façon robuste des hypothèses par la mesure de variables, la recherche qualitative elle propose des hypothèses et des modèles explicatifs (55). Contrairement à la recherche quantitative qui est exclusivement [hypothético-déductive](#), la démarche est ici mixte, hypothético-déductive, [inductive](#) et abductive. Nous verrons dans la discussion en quoi cette démarche peut être scientifique.

### 3) Méthode et résultats de la recherche qualitative

Qui dit objets et objectifs différents implique également des moyens et des caractères différents. Ainsi la recherche qualitative étant une technique intensive, pour des raisons de gestion du temps, elle ne portera que sur un faible nombre de cas. Elle est une recherche compréhensive. Elle décrit les acteurs et analyse leurs pensées, leurs représentations, leurs ressentis, leurs comportements, leurs interactions. Outre cette visée descriptive et compréhensive, elle peut s'attacher à produire des [typologies](#).

C'est à partir des données empiriques que va avoir lieu le travail d'[abstraction](#) et de [conceptualisation](#). Il existe une grande diversité de techniques de recueil des données ainsi que d'analyse des données. Celles-ci sont propres au chercheur et il n'existe aucun algorithme décisionnel, chacune dispose de ses avantages et de ses inconvénients. Elles seront donc choisies selon le mode de raisonnement. Je ne présenterai au chapitre suivant que les techniques utilisées pour mon travail.

#### **B) Le choix de la recherche compréhensive**

Ma question de recherche s'intéresse à l'insatisfaction des patients et à ses conséquences. A ceci l'on peut opposer deux méthodes : l'une, quantitative, consiste à prendre un échantillon suffisamment important de patients insatisfaits de la relation avec leur médecin généraliste et à l'aide d'un questionnaire préétabli déterminer les causes et les conséquences. Nous l'avons vu en introduction, des travaux ont déjà regroupé les motifs d'insatisfaction sous formes de données quantitatives. Ces travaux tout comme l'évaluation de la satisfaction sont faciles à mettre en place mais sont réductrices et la validité de leurs résultats souvent discutables (56). L'autre méthode



consiste à s'intéresser aux mécanismes impliqués dans l'émergence de l'insatisfaction et aux formes de son expression en fonction du contexte. Il s'agit bien ici d'une recherche qualitative car intensive. C'est ce que j'ai choisi d'adopter.

Une fois la question de recherche déterminée comme je l'ai détaillée en introduction, j'ai dû choisir la méthodologie. Celle qui me semblait la plus adaptée était celle de la théorie ancrée développée par Glaser et Strauss. Il s'agit d'une méthode « *visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives.* » (57). L'objectif de cette théorisation est de donner une nouvelle compréhension du phénomène de l'insatisfaction. L'ancrage se fait toujours à partir des données empiriques. C'est de là qu'émanent les hypothèses. Celles-ci seront réévaluées au cours du recueil du matériau et affinées ou réévaluées. La démarche procède donc par des allers-retours constants pour vérifier l'adéquation entre le matériau et la théorisation.

## **II) L'ENQUÊTE SOCIOLOGIQUE**

### **A) Recueil empirique des données**

#### **1) La constitution de l'échantillon : le principe de l'échantillonnage théorique**

Ma question de recherche n'est pas une question [métaphysique](#) (41) car elle ne peut pas être résolue par la simple logique. L'insatisfaction est un phénomène social et les comportements, les ressentis, ainsi que les causes et conséquences de ces derniers ne sont pas prédictibles par la logique. L'approche empirique est nécessaire.

L'échantillon que j'ai choisi pour cette recherche devait être constitué de patients insatisfaits de la relation qu'ils avaient avec leur médecin généraliste. Je devais choisir des patients respectant ce critère tout en diversifiant les situations : je souhaitais donc avoir dans mon échantillon des patients satisfaisants au moins une des caractéristiques suivantes et faire en sorte qu'aucune de celles-ci soit délaissées à la fin du recueil :

- . Des patients insatisfaits en secret, c'est-à-dire n'ayant pas témoigné à leur médecin cette-dernière.
- . Des patients ayant connu des situations conflictuelles avec leur médecin généraliste.
- . Des patients ayant rompu la relation avec leur médecin généraliste.

D'autre part afin de recueillir une diversité dans les situations (événements, avis, ressenti, valeurs, comportement, caractéristiques sociales ...) mon échantillon se devait d'être non représentatif. J'ai donc cherché des patients issus de divers milieux, avec des problèmes de santé important ou en bonne santé, jeunes ou âgés, présentant une relation avec leur médecin depuis longtemps ou n'ayant qu'un contact récent avec celui-ci.

L'on ne détermine pas en recherche qualitative (comme souvent en recherche quantitative) de nombre de sujets nécessaires. L'échantillon se voulant non représentatif il n'a pas besoin d'être grand (par exemple au moins 1000 sujets comme l'on peut voir dans des sondages). D'autre part les risques liés à ce type de recherche ne sont pas du même ordre (on le verra) que les risques statistiques des recherches quantitatives en rapport avec les fluctuations d'échantillonnages.

De même il n'existe ici aucune notion de puissance statistique. Pour toutes ces raisons, il n'y a pas de nombre de sujet nécessaire calculable. Les contraintes de temps inhérentes à la recherche qualitative conduisent même à se limiter à un nombre faible de sujet (entre 10 et 40) (25).

Pour assurer l'obtention de situations contrastées, j'ai multiplié l'espace dans lequel mon enquête s'est déroulée : ainsi pour m'assurer d'avoir des patients en mauvais état de santé, avec des maladies graves j'ai effectué mes premières recherches en milieu hospitalier tout en diversifiant les secteurs d'hospitalisation. Pour avoir des patients en bon état de santé j'ai cherché par le biais de mes connaissances, des personnes qui avaient des opinions négatives sur les médecins généralistes ou qui avait eu une mauvaise expérience avec l'un d'entre eux. Enfin pour avoir des situations « intermédiaires » j'ai profité de mon expérience en tant que médecin généraliste remplaçant au cours de mon post-internat pour trouver des patients insatisfaits de leur médecin actuel ou passé en cas de changement pour celui que je remplaçais. En procédant ainsi je m'assurais la diversité sur les problèmes de santé et leur gravité. A noter que j'ai volontairement exclu les patients avec des maladies psychiatriques car d'une part pour des raisons pratiques il aurait été difficile de conduire des entretiens avec eux et d'autre part on peut supposer que l'insatisfaction ne se serait pas limitée à un phénomène social mais aurait été aussi le produit des troubles des rapports sociaux en lien avec la maladie. Pour assurer une diversité au niveau de l'âge j'ai cherché des patients majeurs, sans limite d'âge à condition que ces derniers soient exempts de troubles cognitifs. Ces contraintes m'ont conduit à refuser de faire certains entretiens lorsque les profils a priori étaient trop proches de patients avec qui j'avais déjà eu affaire.

## 2) La grille d'entretien

Le recueil des données a été effectué par entretiens semi-dirigés (J'en précise les modalités au chapitre suivant). Pour cela une grille préalable a été établie afin d'orienter le patient à travers les différentes thématiques. Il ne s'agit pas ici d'un questionnaire qui rendrait mécanique l'entretien et donc priverait la recherche de toutes les données intéressantes qui pourraient être obtenues spontanément au cours d'un dialogue plus libre. D'ailleurs il n'est pas destiné à être lu.

Il est plus un outil sur lequel s'appuie le chercheur pour vérifier que tous les thèmes ont été abordés. Il sert également d'outil de relance lorsque les questions relatives à un thème ont toutes été abordées.

Je l'ai découpé en plusieurs parties :

- . La consigne de départ visant à développer la situation générale, les principaux facteurs d'insatisfaction mis en jeu et le ressenti du patient. Celle-ci se devait d'être ouverte pour ne pas inciter le patient à répondre de façon courte et factuelle.
- . Les motifs de recours au généraliste et les attentes vis-à-vis de celui-ci
- . La qualité de la relation médecin-patient
- . Les conséquences de l'insatisfaction sur le patient et sur la relation
- . L'existence d'un conflit éventuel
- . La dissolution ou la non dissolution de la relation

Je fais figurer en [annexe 1](#), la grille d'entretien telle qu'elle était conçue initialement. Cette grille s'est progressivement modifiée et enrichie à mesure du recueil des données et je ne ferais pas état de ces modifications.

## 3) La définition du cadre de l'entretien

Chaque patient a d'abord été rencontré une première fois au cours d'un pré-entretien afin de vérifier que ce dernier pouvait être constitutif de l'échantillon. Lors de cette première rencontre, je me suis présenté comme un étudiant en médecine générale en fin de cursus universitaire et devant soutenir une thèse pour valider mon diplôme de fin d'étude. J'ai ensuite expliqué à la personne considérée que je travaillais sur l'insatisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste. J'ai ensuite demandé si cette personne avait déjà été insatisfaite de son médecin

généraliste ou si elle avait le souvenir d'une telle situation avec un médecin généraliste dans sa vie. J'ai alors proposé à celles ayant répondu par l'affirmative s'il était possible d'avoir un entretien approfondi avec elles sur le sujet. J'en précisai alors les modalités pratiques : le patient était informé qu'il s'agirait probablement d'un entretien long, celui-ci avoisinant souvent une heure. J'ai également garanti l'anonymat des patients et des médecins en précisant qu'aucun nom ne serait cité et qu'il serait fait en sorte qu'aucune personne ne puisse être reconnue à la lecture des entretiens ou de mes travaux. J'ai informé de la nécessité d'enregistrer la conversation à l'aide d'un appareil numérique. Ceci permettrait d'éviter une prise de note intensive qui d'une part ruinerait toute spontanéité dans l'entretien et d'autre part nécessiterait forcément une sélection de l'information que je jugerais pertinente a priori.

Tous les patients concernés par la situation ont accepté d'avoir un entretien avec moi après avoir eu connaissance de ces modalités. J'ai donc fixé un rendez-vous avec chaque patient après s'être mis d'accord sur le lieu et la date de notre prochaine rencontre. Ce cadre est important car il peut influencer le déroulement et le contenu de l'entretien. La situation la plus favorable à l'expression du patient et à une atmosphère sereine est probablement le domicile du patient, à une date que ce dernier aurait choisi. D'autant que ceci permet d'observer le cadre de vie de l'enquêté. J'ai donc autant que possible orienté le choix du cadre dans ce sens. Cependant il n'était pas toujours facile, voire possible d'obtenir cet idéal. Une autre alternative était la chambre d'hospitalisation du patient (à condition que nous soyons seuls et non dérangés) ou le bureau de consultation où je travaillais (en dehors des horaires de consultation habituelles). L'idée générale était d'obtenir un lieu calme, confortable, sans que l'entretien puisse être perturbé ou interrompu.

Différer l'entretien avait au moins trois intérêts : laisser le patient se préparer à cet entretien, réfléchir à ce qu'il avait envie de dire, se remémorer la ou les situations, organiser ses pensées. Ceci permettait également que l'enquêté prenne conscience de l'importance de celui-ci en officialisant l'entretien par un rendez-vous dans son emploi du temps. Enfin cela permettait dans certains cas d'être convié chez le patient (nous avons vu son importance au paragraphe précédent).

#### 4) Le déroulement de l'entretien

Les entretiens débutaient par la consigne de départ. Il s'agit d'entretiens semi-directifs : les questions ouvertes permettent au patient de s'exprimer librement sans que le discours soit interrompu sauf s'il s'écarte du thème à explorer. La partie directive concerne surtout les thèmes

à explorer qui servent à la fois à structurer l'entretien et à délimiter les contours du discours. En ce sens la technique se distingue d'un questionnaire fermé ou d'un entretien totalement libre.

La posture de l'enquêteur reprend les principes de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (58) :

- . L'authenticité ou la congruence : l'enquêteur est impliqué dans la relation (même brève) qu'il tisse avec l'enquêté. Il existe une transparence sur ses sentiments et une congruence entre ce qui est dit et ce qui est pensé. Ceci instaure un climat de confiance et permet d'éviter toute réserve ou suspicion de la part de l'enquêté
- . L'attention positive et inconditionnelle : l'enquêté se sent alors à l'aise et ceci renforce le sentiment que la personne peut se livrer sans craindre un jugement négatif de la part de l'enquêteur.
- . L'écoute active et empathique : en communiquant la compréhension des sentiments et des comportements du patient, l'enquêteur fait progresser le discours en profondeur pour accéder à la vérité tout en renforçant le lien de confiance qui se crée.

Les techniques de communication usuelles appliquées en médecine ont été reproduites afin de favoriser l'expression du patient et de recueillir le matériau. J'ai donc utilisé au cours de mes entretiens, selon les circonstances les outils de communication verbale et non verbale suivants (59) :

- . Une posture montrant au patient qu'il dispose d'une écoute active : buste légèrement incliné en avant, bras ouvert, contact visuel ...
- . Les encouragements : acquiescement par hochements de têtes, onomatopées (hmm), « je vois », « oui », « je comprends » ...
- . Les silences : ils n'interrompent pas la communication et permettent au patient de poursuivre sa pensée.
- . Les répétitions en écho : ceci consiste à reprendre les derniers mots du patient pour l'inciter à développer ses propos.
- . Les reformulations : elles présentent le double intérêt de signifier au patient qu'il est compris et pour l'enquêteur de s'assurer de la compréhension du phénomène qui a été développé.
- . Le résumé : il permet à l'enquêteur de valider l'exploration et la compréhension d'un phénomène et peut être utilisé comme transition vers une thématique différente.

Au cours de ces entretiens des notes ont été recueillies en complément de l'enregistrement afin de s'appuyer sur les propos du patient pour relancer le patient tout en éclairant davantage un phénomène donné.

Les entretiens se clôturent sur le recueil des informations suivantes : âge, sexe, situation familiale, lieu de naissance, lieu de résidence, niveau d'étude, profession des parents

### **B) Analyse des données**

L'analyse des données dans la théorisation ancrée s'effectue au même moment que la collecte de celles-ci. La théorisation conduit à modifier la façon de recueillir les données en enrichissant la grille d'entretien. D'autre part, à mesure que du nouveau matériau est accumulé, la théorisation est peu à peu affinée. Pour ce faire, la théorisation ancrée procède en six étapes (60).

La codification : le matériau est brut et constitué de faits, de paroles recueillies et d'émotions. Cette étape, consiste à reformuler ces données dans une approche plus scientifique, d'appliquer une étiquette, une code sur des mots, des phrases, des paragraphes afin d'en extraire l'idée générale et de caractériser les faits sans les interpréter (55). A la fin de celle-ci, chaque entretien disposait de multiples annotations dans la marge ou dans le corps du texte. Par exemple, certains passages des entretiens pouvaient être regroupés sous le code « manque d'intérêt » chaque fois qu'un patient avait le sentiment que l'attention portée par le médecin à son égard était insuffisante par rapport à ce qu'il estimait nécessaire.

La catégorisation : « Une catégorie est un mot ou une expression désignant, à un niveau relativement élevé d'abstraction, un phénomène culturel, social ou psychologique tel que perceptible dans un corpus de données [...] C'est une opération intellectuelle qui permet de subsumer un sens plus général sous un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà traités et dénommés. » (55). Ces catégories seront quant à elle accessibles au lecteur puisque les titres et sous-titres de la partie résultat représentent cette classification. Chaque catégorie est expliquée (ce dont il s'agit) et étayée par les éléments empiriques (ce que cela comprend) codifiés. Un même matériau peut entrer dans la composition de plusieurs catégories car il peut être en rapport avec plusieurs phénomènes. Par exemple des éléments codés « manque d'intérêt » pourront figurer dans la catégorie « consultation écourtée » ou « attitude mercantile » puisque dans celles-ci le patient n'est pas au centre de l'intérêt du médecin d'après ses témoignages.

D'autres part des matériaux codés différemment peuvent entrer dans une même catégorie comme par exemple « attitude mercantile » et « manque d'empathie » peuvent entrer dans la catégorie « trahison des valeurs du médecin ». Ces catégories peuvent elles-mêmes devenir objet d'une catégorisation. Ce travail d'abstraction et de classification se fait par bricolage. L'idée d'une classification qui prendrait en compte l'ensemble des éléments codés dès la première construction est vaine à moins d'en avoir immédiatement une vue synoptique. Ceci paraît difficile sachant que les données représentent plusieurs dizaines voire centaines de pages. Ce travail procède par tâtonnement. Ainsi avant d'obtenir la catégorisation finale, plusieurs essais ont été effectués et leurs résultats modifiés progressivement jusqu'à obtenir un découpage qui convienne.

La mise en relation : ce travail débute dès la catégorisation. Certains phénomènes sont liés. Ce lien peut être une ressemblance, une dépendance, un rapport de causalité, hiérarchique. Le rapport qu'entretiennent les catégories entre elles peut être fourni lui-même par les données empiriques. Par exemple tel patient rapprochant « attitude mercantile » et « consultation écourtée ». Le lien peut aussi provenir du travail de conceptualisation effectué par le chercheur.

Ces trois premières étapes portent l'analyse des données à un premier degré d'abstraction par la catégorisation et la mise en relation des phénomènes. C'est ce que je présenterai dans les résultats car ceci s'appuie sur les données brutes.

L'intégration : il s'agit à ce stade d'avoir une vision globale sur les catégories afin de comprendre le sens des phénomènes observés en les intégrant dans un phénomène plus général.

La modélisation : « *Le travail consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant le phénomène principal cerné au terme de l'opération d'intégration.* » (54). Il s'agira ici de caractériser les propriétés du phénomène général d'insatisfaction des patients et les processus qui sont en jeu, ainsi que les conséquences d'un tel phénomène.

La théorisation : il s'agit dans cette dernière étape de formuler des énoncés permettant de saisir la complexité du phénomène au niveau conceptuel et empirique (60).

Les trois étapes ci-dessus procèdent à un niveau d'abstraction supplémentaire et seront abordées au cours de la discussion des résultats.

# RÉSULTATS



## **INTRODUCTION**

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur une période de seize mois entre janvier 2015 et mai 2016. Il a fallu un total de douze entretiens pour obtenir la saturation des données.

Les entretiens ont duré en moyenne 64 minutes [49 min, 87 min] avec une médiane à 58 minutes.

Sept patients ont été vus en milieu hospitalier : seul le deuxième patient a été interrogé à son domicile au cours de notre deuxième rencontre. Les autres entretiens ont été passés à l'hôpital dans la chambre des patients après un rendez-vous préliminaire. La patiente n°1 a été interrogée en maladie vasculaire au Centre Hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier. Le patient n°2 était en hospitalisation à domicile (HAD du CHU de Montpellier). Le patient n°3 était le fils de la patiente concernée par la problématique ayant conduit à son hospitalisation en maladies infectieuses. Cette dernière n'était pas interrogeable directement en raison de séquelles d'une méningoencéphalite. La patiente n°4 a été interrogée en médecine interne multi organique au CHU de Montpellier. La patiente n°5 et le patient n°6 ont été interrogés à l'Institut du cancer à Montpellier. Le patient de l'entretien n°6 était suivi par l'équipe mobile de soins palliatifs et est décédé une semaine après notre entretien. La patiente n°12 a été interrogée en médecine interne multi organique au CHU de Montpellier.

Trois autres patients ont été vus au cours de remplacement de médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet privé. Afin de préserver l'anonymat des médecins je ne mentionnerai pas le lieu où les patients ont été interrogés.

Les deux personnes restantes n'ont pas été vues après une rencontre dans un contexte professionnel mais dans un cadre plus privé. La personne interrogée au cours de l'entretien n°7 est une connaissance personnelle qui m'a parlé des difficultés qu'elle rencontrait avec son médecin généraliste. La personne interrogée au cours de l'entretien n°9 m'a été suggérée par une connaissance personnelle mais n'avait quant à elle aucun suivi médical régulier.

Je présente ici à travers un tableau synoptique les caractéristiques des patients interrogés au cours de ces entretiens.

Rang	Durée	Sexe	Age	Situation familiale	Niveau d'étude et profession	Milieu de vie	Problèmes de santé	Evolution de la relation avec le médecin traitant
1	66 min	F	66	Mariée. Avec enfants	Sans Diplôme, Sans emploi	Rural	Diabète de type 2, Artériopathie oblitérante	En voie de rupture
2	87 min	H	71	Marié Avec enfants	Bac +5 Directeur d'établissement médicosocial	Urbain	Myélome, Hypertension artérielle	Rompue
3	76 min	H	44	Célibataire Sans enfant	BTS (Bac +2) Agent municipal	Urbain	Aucun	Maintenue
4	49 min	F	42	Divorcée célibataire avec enfants	Baccalauréat. Militaire	Rural	Sclérodémie systémique	Rompue
5	57 min	F	57	Mariée. Avec enfants	Sans Diplôme, Femme de ménage	Rural	Cancer Pulmonaire, Diabète de type 2	Rompue
6	75 min	H	40	Célibataire sans enfants	Baccalauréat, Chef d'entreprise	Urbain	Sarcome en phase terminale	Rompue
7	58 min	H	34	Marié avec enfants	Bac +3 Professeur d'EPS en lycée	Rural	Gène testiculaire sans diagnostic	Maintenue
8	52 min	F	49	Mariée Avec enfants	Sans diplôme Sans emploi	Rural	Diabète de type 2 Obésité	Rompue
9	58 min	H	23	Célibataire sans enfants	Baccalauréat professionnel Serveur	Urbain	Aucun	Pas de médecin
10	53 min	F	55	Divorcée, avec enfants	Sans Diplôme, Agent SNCF	Urbain	Bronchopathie chronique obstructive.	En voie de rupture.
11	57 min	F	46	Mariée. avec enfants.	CAP, Aide à domicile	Rural	Lombalgie chronique discopathie multifocale	Rompue
12	78 min	F	48	Divorcée avec Enfants	Baccalauréat. Secrétaire de mairie	Rural	Troubles fonctionnels	Maintenue

**Tableau n°1 : caractéristiques principales des patients interrogés**

Les résultats issus de l'analyse des entretiens seront traités au cours de trois parties : les deux premières portent sur les mécanismes de l'insatisfaction. L'objet de l'insatisfaction est soit en rapport avec ce que vient chercher le patient, c'est-à-dire le soin dans toutes ses dimensions, soit il a trait aux rapports humains et dans ce cas c'est la figure du médecin qui est mise en jeu. La dernière partie présentera l'évolution de la relation médecin-malade lorsque le patient est insatisfait. Je donne ici un bref aperçu des parties que je vais développer.

La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin : le soin on l'a vu, n'est pas seulement une prise en charge technique assise sur la composante biomédicale de la maladie. Il dispose aussi d'une dimension relationnelle et psychosociale. Dans cette partie nous verrons en quoi les critiques des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste révèlent ces composantes. Le premier chapitre traitera de la disponibilité du médecin (délai avant consultation, durée de consultation). Le second se consacrera aux grandes étapes de la consultation dans leur dimension relationnelle et psychosociale : l'examen physique, l'étape diagnostique et les stratégies thérapeutiques. Le dernier chapitre développera la relation médecin-malade en tant que modèle de relation commerciale.

Le médecin généraliste dans la société : tout individu possède ses représentations du médecin généraliste et de son rôle au sein de la communauté. Les attentes vis-à-vis des médecins sont également déterminées par le pouvoir et les caractéristiques qu'on lui accorde. Le premier chapitre présente la confrontation entre la réalité de relations singulières et des images parfois fantasmées, parfois utopistes. Le second présentera, à travers quelques conceptions assises sur le contexte économique et social, en quoi les médecins généralistes peuvent faire l'objet de considérations négatives.

La relation médecin-patient conflictuelle et son évolution : d'une rencontre en terrain neutre au conflit, chaque relation possède sa propre histoire. Néanmoins il existe une certaine homogénéité dans l'évolution de la relation conflictuelle. Cette dernière partie décrira les phases d'une relation insatisfaisante depuis sa naissance jusqu'à sa résolution. Nous verrons en quoi les tensions modifient l'aspect relationnel.

## **Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Comme il existe une triple dimension biopsychosociale de la maladie (61) l'on retrouve également plusieurs dimensions dans le soin. L'on verra à travers cette description que les patients attendent bien entendu une certaine technique de la part de leur médecin. L'on ne pourrait envisager une réponse adaptée aux problèmes de santé sans un socle de connaissances scientifiques (le savoir). De même que l'on ne peut concevoir des soins appropriés sans un savoir-faire minimal. Au-delà de cette composante indispensable, le patient a également des attentes vis-à-vis des interactions que le médecin peut entretenir avec lui. La dimension relationnelle du soin correspond à l'ensemble des échanges verbaux et non verbaux que le soignant peut avoir avec le soigné (62). L'on verra à travers les critiques émanant des patients qu'elle n'est pas un épiphénomène que la performance technique viendrait estomper. Enfin il existe une dernière dimension en lien étroit avec les deux autres : la dimension psychosociale. Il s'agit ici de l'association de schèmes de pensées et des représentations sociales des individus. Les attentes techniques et relationnelles seront influencées par ce dernier champ. Elles seront assises sur l'histoire personnelle du sujet, l'éducation reçue, sa culture, ses croyances.

### **I) DISPONIBILITÉ DU MEDECIN GÉNÉRALISTE**

#### **A) Le délai avant la consultation**

*« Suite à un rapport sexuel, après éjaculation j'ai ressenti une gêne au bas ventre gauche, une gêne que je qualifie pas de douloureuse [...] il faut savoir que je viens d'une famille où on ne va jamais chez le médecin, en général on attend que ça passe et ça passe toujours. Là ça passait pas donc fallait bien que j'y aille. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Monsieur D, 34 ans est une personne en bonne santé. Je signifie par-là que comme la plupart des personnes de son âge, il n'a connu au cours de sa vie que des affections aiguës et bénignes, dont la résolution était rapide et souvent spontanée. Il est professeur d'éducation physique et sportive dans un lycée professionnel et pratique beaucoup de sport.

Il fait pour la première fois l'expérience d'une altération corporelle durable.

*« C'est toujours une source de problèmes d'être malade. Demander un arrêt pour garder les enfants, devoir faire des examens, aller à la pharmacie etc [...] J'aime pas les changements et imprévus. Si j'arrive à gérer sans rien changer, je suis content. »*

L'individu présentant une altération corporelle ou un signal de dysfonctionnement de son organisme prend pleinement conscience de sa maladie. Ceci occasionne très souvent une rupture avec l'équilibre de vie et une gêne voire une souffrance. Etre malade c'est à la fois souffrir et être en proie à la réduction de ses capacités. *« je suis allée la voir plusieurs fois oui parce que je commençais à ne plus pouvoir me servir de mes mains » (Entretien n°4, Mme C, 42 ans)*. C'est non seulement le fonctionnement individuel mais aussi la vie familiale, sociale et professionnelle qui s'en retrouve perturbée. Les maladies aiguës, brèves et peu inconfortables n'occasionnent pas toujours de changement *« si c'est pas grave genre un ptit rhume, une bronchite ou une connerie comme ça ben pas besoin d'aller chez le médecin, on peut se soigner tout seul » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*. Mr L peut être comparé à Mr D, jeune actif, sans problème de santé, il juge que la plupart des problèmes de santé ne nécessite pas la consultation d'un médecin. Mais les propos de Monsieur L montrent un certain subjectivisme. Ce qui est manifeste ici c'est non pas ce qu'il signifie mais plutôt qu'il n'a jamais fait l'expérience de maladies suffisamment handicapante pour devoir consulter un médecin. C'est parce qu'il n'a jamais ressenti le besoin de se lier à l'univers médical que pour lui le médecin généraliste ne présente pas réellement d'intérêt en matière de santé.

*« Après toi peut être que tu n'as pas d'autres problèmes de santé non ?  
— Ben j'ai eu quelques problèmes de dos mais après non j'ai jamais eu rien de grave et heureusement, parce que je pense que les généralistes, mis à part le rhume et le mal de gorge, ils connaissent pas grand-chose et qu'ils vont devoir envoyer chez le spécialiste. »*

Lorsque les troubles persistent ou sont handicapants, rompre avec les habitudes devient alors une obligation. Consulter le médecin devient une nécessité pour restaurer les capacités et apaiser l'inconfort ou les souffrances. Etre malade conduit à se lier à cet univers médical en vue de la suppression des contraintes imposées par la maladie. Les activités habituelles sont mises en suspend de gré ou de force. Cette situation non envisagée jusqu'alors conduit le patient à devoir réorganiser temporairement sa façon de fonctionner, ce qui en soi est déjà décrit comme inconfortable par le patient. *« Il donne une prise de sang, il aurait dû demander quand je vais pouvoir y aller vu qu'il donne pas d'arrêt, et quand je vais pouvoir venir le revoir. » (Entretien n°7,*

*Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin*

Mr D, 34 ans). Ici l'on rend compte d'un manque de considération du médecin pour ce phénomène de rupture avec l'équilibre de vie. Il semble normal voire banal pour le patient que le médecin accorde un intérêt à ce phénomène de rupture avec l'équilibre de vie. L'insatisfaction naît de l'absence de cette facilitation d'un retour le plus précocement possible à la situation antérieure. Ce double phénomène de rupture avec l'équilibre de vie et d'inconfort ou souffrance rend primordiale l'attente d'une résolution rapide de la maladie. « *Tout le monde veut que ça soit court et passager, moi je voudrais que mon myélome il soit court et passager.* » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans).

*« Au déjeuner donc le vendredi midi j'ai vu que bon elle (la mère de l'enquêté) n'était plus la même quoi donc elle n'arrivait même pas à tenir une fourchette, euh elle bougeait énormément les mains, c'était désordonné comme si elle voulait attraper quelque chose mais bon ça ne voulait plus ressembler à quoi que ce soit. Et après bon j'ai fait un petit test je lui ai dit tiens une fourchette par exemple qu'est-ce que c'est ça bon elle regarde mais plus un mot, voilà donc c'était très vague, très vague, donc je me suis dit tiens y'a quelque chose qui a, qui a disjoncté. Donc n'étant pas professionnel de santé j'ai pu constater donc j'ai demandé à mon père il faut quand même faire venir le docteur à domicile parce que je pense voilà que c'est quand même urgent.*

— *Vous pensiez que c'était quoi ? Vous vous doutiez que c'était un problème grave déjà ?*

— *Ah oui moi je pensais une AVC, mais n'étant pas professionnel de santé, je me suis dit il est venu la voir donc mercredi. Jeudi, vendredi, donc vendredi bon le cabinet il ouvre à 14h, la secrétaire médicale (appelle le médecin suite à la demande de Monsieur P) "oui docteur ? Bon la famille demande à ce que vous fassiez un passage à domicile" [...]. Et bien euh (soupir) la secrétaire médicale m'a contacté, et apparemment bon ben euh impossibilité de venir.*

*[...] « Au lieu de soigner une bronchite ou un petit diabète quelconque, quand il y a une aggravation [...] Il y a une partie de jambes cassées on va la soigner après quelqu'un qui a eu un AVC [...] Ben quelque part je me demande s'il a pris la gravité de notre appel et de dire on a besoin de vous. » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Monsieur P, 44 ans est employé municipal. Sa mère a eu une méningoencéphalite herpétique. Il décrit la présentation symptomatique initiale et l'inquiétude que ceci a suscitée chez lui. Ce dernier propos témoigne d'une certaine frustration du fait que l'attente ne puisse être comblée. Le médecin était en visite à domicile auprès d'un autre patient mais cette indisponibilité n'a vraisemblablement pas été comprise.

Nous voyons que ce double phénomène de rupture et de souffrance physique et psychique (l'inquiétude qui en résulte) conduit à un repli sur soi.

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

« Un samedi matin, j'avais atrocement mal [...] je pouvais plus bouger. Alors mon mari avait appelé à son cabinet pour qu'il se déplace. [...] Alors ben le docteur E il a dit "Ah non là j'ai pas le temps, si c'est grave faut aller aux urgences" Quand je pense qu'on habite à dix minutes de son cabinet, vous vous rendez compte ! Là j'étais vraiment pas contente [...]

— Et ce matin-là il était en consultation c'est ça ?

— Oui.

— Vous auriez aimé qu'il se déplace à quel moment ?

— Ben je sais pas moi, peut être après les consultations, avant de rentrer chez lui.

— Il aurait dû venir sur son temps libre ?

— Bah écoutez après moi je suis pas médecin, je vois bien que vous essayez de le défendre, c'est normal vous êtes médecin [...]

— Si je comprends bien il aurait pu faire une exception c'est ça ?

— Je ne sais pas. Pour moi je suis juste à côté je souffre, je fais pas ça pour rien quand même de demander qu'il vienne. » (Entretien n°11, Mme B, 46 ans)

Mme B, 46 ans est aide à domicile. Elle habite en milieu rural et est suivie par son médecin traitant pour des lombalgies chroniques. Ce jour là elle présente une poussée de lombosciatique aigue hyperalgique. Elle est à plus de quarante minutes de distance des urgences en voiture et elle n'arrive pas à se lever de son lit à cause de la douleur. Le repli sur soi se fait parfaitement ressentir dans cet exemple avec une tonalité égocentrique. L'indisponibilité n'est pas légitime alors que le médecin n'a pas les moyens de venir voir sa patiente du fait de soins portés à d'autres patients. L'on peut donner une compréhension de ce repli sur soi par la rhétorique : pourrait-on concevoir que l'intérêt pour autrui soit la part prédominante des préoccupations du patient alors que l'anxiété et la souffrance sont manifestes ?

La primauté de la résolution de la maladie du patient prend tout son sens. Ceci au point d'exiger un certain sacrifice vis-à-vis d'autres priorités professionnelles ou personnelles que la résolution immédiate de leur problème de santé.

**B) La durée de consultation : entre réalité et perception**

*« Même pas cinq minutes il vous fait partir, c'est pas un docteur pour moi ça. »  
(Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

L'on s'intéresse ici à un autre mode de « se rendre disponible » du médecin pour son patient : le temps que le médecin dispose et va accorder à son patient. Certains patients jugent le temps de consultation trop court. Les propos tenus montrent bien que la patiente attendait une disponibilité plus importante de son médecin et nous pouvons en supposer a priori l'une des raisons : l'impossibilité pour le patient de pouvoir exprimer toutes ses demandes en un délai si court. La formulation suggère que le soin doit être quelque chose qui prend du temps, et celui qui le produit (le médecin) n'est pas digne de son statut s'il ne s'y applique pas. Mais si cinq minutes sont insuffisantes quel est le temps minimal ?

*« Ah c'est très rapide, ça c'est bien avec lui c'est que quand il y a beaucoup de monde on attend pas longtemps. La consultation ça dure 5 minutes environ. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Ces propos remettent en cause le postulat précédent car pour des durées estimées identiques de la consultation, le vécu est opposé. Cette satisfaction naît des avantages que procurent des consultations de faible durée : le nombre de consultant quotidien est parfois élevé et le médecin doit adapter la durée de ses consultations. Raccourcir la durée de consultation de chaque patient permet d'une part de répondre à cette demande conséquente et d'autre part d'éviter au patient l'inconfort d'un temps d'attente important. *« Avec lui la consultation c'est trois minutes montre en main [...] c'est pratique c'est vrai, dans son bureau il y a beaucoup de gens mais on attend pas longtemps. Parfois il y a cinq personnes devant moi et au bout d'un quart d'heure c'est à mon tour » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans).* L'on peut voir ce mode d'organisation comme une façon d'augmenter l'offre. Chaque patient voit son temps de consultation réduit mais en contrepartie bénéficiera d'une réponse à son problème dans les plus brefs délais.

*« Moi je n'aime pas attendre [...] c'est pas parce qu'on est chez le médecin qu'on doit trouver normal qu'il faut attendre des heures [...] Si on attend une heure dans la salle d'attente faut laisser tomber c'est que le médecin est pas efficace [...] Quand vous allez au restaurant, si il y a trois personnes avant vous, vous attendez pas une heure sinon vous trouvez pas ça normal ben là c'est pareil c'est pas raisonnable. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*



**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Mme L, 49 ans, mère au foyer est très exigeante sur la ponctualité. Pour cette patiente le retard chez un médecin ne doit plus constituer un dogme. Ces données nous confortent dans le choix des termes « offre » et « demande ». L'on a à travers les propos de cette patiente une vision marchande de la médecine. Le soin est vu ici comme une prestation comme une autre au sens commercial du terme. Si l'on se situe dans ce modèle stricto sensu le retard n'est pas plus acceptable qu'il ne le serait dans d'autres situations où le patient est un consommateur. Il révèle les dysfonctionnements du prestataire et son incompétence.

Augmenter sa productivité en réduisant le temps de consultation peut donc se présenter comme un moyen de satisfaire davantage le patient en se rendant plus disponible. Mais les propos de la patiente de l'entretien n°1 montrent que cette solution crée un nouveau problème. Vis-à-vis de la satisfaction globale ceci est donc à double tranchant. L'on peut se poser la question suivante de par l'analyse des deux vécus opposés : puisque ce n'est pas réellement la durée en soi qui importe, quel est le support de l'insatisfaction chez les patients ayant un vécu négatif ?

*« On parle on parle mais on dirait qu'il est pressé [...] Il fait comme d'habitude, regarde l'ordi, "Bon allez ça y'est toi t'as pas grand-chose tu peux partir". » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Effectuer une consultation avec toutes les étapes que l'on conçoit dans des durées faibles conduit à une accélération du tempo. Ceci provoque chez le patient un certain malaise. Ce dernier a deux origines : tout d'abord la discordance, le ressenti immédiat que les actions ne se déroulent pas à la même vitesse. Le patient prend son temps, explique son problème de façon plus ou moins minutieuse, une certaine lenteur réside. Le médecin ne s'accorde pas à ce dernier, il existe une dysharmonie. Ensuite vient l'interprétation donnée à ce décalage ; le sentiment que l'autre n'accorde pas d'intérêt pour les problèmes présentés alors que, on l'a vu, ces derniers priment pour le patient. « *Quand on a quelque chose là il vous écoute pas, il examine pas, il vous dit « ah ça c'est rien », l'air de dire "j'ai pas envie de prendre du temps pour ça quoi" (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*. Le médecin n'a guère de temps et agit en conséquence. La consultation s'effectue rapidement, et ce qui vient préoccuper le médecin c'est ce souci du temps. La performance réside dans la rapidité. Divers signaux attestent au patient qu'il participe qu'il le veuille ou non à cette course contre la montre : l'écoute est distraite et combinée à d'autres tâches, les gestes sont empressés, l'examen est sommaire voire absent, le dialogue et les explications pauvres.

## **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

*« Limite une fois je lui montrais une rougeur sur le ventre. J'étais pas encore rhabillée qu'il m'avait pressée pour prendre le patient d'après [...] On a pas le temps d'expliquer ses problèmes [...] Il nous fait bien comprendre qu'on l'agace, il regarde sa montre, il vous rend la carte vitale et se lève de sa chaise et là on est déjà dans le couloir. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

Mme H, 55 ans est agent SNCF, elle a l'habitude de consulter son médecin généraliste pour des problèmes bronchopulmonaires chroniques. L'une des raisons principales ayant contribué à choisir et à garder ce médecin généraliste tient au fait que ce médecin est rapidement disponible et qu'il y'a peu d'attente dans la salle de son cabinet. Elle apprécie donc que les consultations soient rapides car de ce fait découle la disponibilité de son médecin. Il est intéressant de constater en comparant les propos précédents de cette patiente qu'il existe un certain paradoxe : les consultations de courte durée sont valorisées par le faible temps d'attente qu'elles permettent, mais elle ne sont pas souhaitables car pour pouvoir exprimer pleinement ses problèmes, le patient a besoin d'attention et donc de temps. Ceci nous conforte dans l'idée que cette façon d'opérer est à double tranchant.

Ce qui est en défaut ou réduit jusqu'à en perdre son sens ici ce sont les étapes indispensables de la consultation : les gestes techniques de l'examen physique, l'écoute active et le dialogue pour la dimension relationnelle du soin. C'est ce que j'appellerai les temps forts car au-delà de leur rôle médical propre (si celui-ci pouvait être dissocié du reste), ces étapes ont leur ancrage psychosocial qui les rend nécessaires.

## **II) LES TEMPS FORTS DE LA CONSULTATION**

### **A) L'examen physique : un rituel nécessaire**

*« Il faut qu'il m'ausculte quand même [...] S'il m'avait examinée comme avant il aurait vu et on en serait pas là. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans, l 94)*

Mme A, 66 ans, vit en milieu rural et a une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Elle critique une différence de l'implication de son médecin entre les premières années où elle fut sa patiente et les dernières années, avant qu'elle n'envisage la décision de changer. *« Moi j'étais contente de mon docteur, jusqu'à ce qu'il ne s'occupe plus de moi [...] Avant il m'auscultait comme il faut, m'allongeait sur la table, auscultait le cœur, le dos, maintenant je rentre, il prend ma tension, regarde le cœur ... "bah ça va". »* Pour un grand nombre de patient, l'examen physique

### **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

est une étape obligatoire de la consultation. Bien que que celui-ci n'est pas toujours pertinent sur le plan de la démarche diagnostique nous observons les conséquences de son absence ici : le patient rapporte la dégradation de l'état à cette absence. Or ici établir un lien de causalité entre ces deux faits n'est pas un raisonnement rigoureux. Mais ces raisonnements sont fréquents.

*« Une fois j'étais venue pour ma fille. Elle s'était brûlée la jambe avec de l'huile chaude. Il a à peine regardée, j'étais pas contente, puis il lui disait "ah ben tu t'es brûlée, c'est rien". De toute façon pour lui c'est jamais rien. Au final il a donné une crème là et puis c'est tout, ben quatre jours après on a fini aux urgences parce que c'était infecté. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans, l 88)*

Le raisonnement du patient n'est pas valide car parmi les autres causes possibles d'une aggravation d'une maladie l'on peut citer l'évolution naturelle de la maladie ou encore le choix d'une thérapeutique non adaptée. Deux hypothèses peuvent être émises pour le choix de cette inférence plutôt qu'une autre : soit le patient n'envisage pas qu'il puisse exister d'autres liens de cause à effet, soit ces derniers sont minimisés voire totalement occultés par la place majeure que prend l'absence de réalisation de l'examen.

Dans les deux cas l'examen physique est un basique, c'est-à-dire une prestation qui si elle n'est pas réalisée conduit à l'insatisfaction du patient. Mais peut-on trouver des raisons au fait que celui-ci doit s'imposer (en dehors du risque qu'en cas de dégradation de l'état, le patient établisse hâtivement un lien de cause à effet) ou devons-nous en rester au fait que sa nécessité relève du truisme ?

*« (En personnifiant le médecin) "je lui ai touché la main [...] mais elle n'avait pas de fièvre" parce que quand on touche la main on peut savoir la fièvre que l'on a ? (avec étonnement) [...] Quand il y a des patients qui sont un peu âgées, déshydratation, c'est comme les nouveaux nés, [...] il y a des critères faut y penser, ça doit être technique [...] Bon voilà pour voir chez une personne âgée il y a des signes hein, on pince un peu comme ça (signe du pli cutané). » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Beaucoup de patients ont eu du mal à dépasser la simple dogmatique. Nous pouvons cependant entrepercevoir dans ces propos l'idée que l'examen est là pour révéler ce qui ne s'impose pas de soi. Examiner c'est vérifier la cause des maux et des souffrances. C'est une étape vers le diagnostic. C'est aussi une façon de s'assurer que tout va bien ou qu'à l'inverse il existe des signes de gravité. Cette idée est tout à fait en accord avec la dimension diagnostique de l'examen.

Mais si l'on se limite à celle-ci, nous connaissons tous des cas où l'examen physique est inutile car l'anamnèse est l'interrogatoire nous apportent tous les éléments nécessaires et suffisants.

*« Vous avez pas fini de parler que lui il a trouvé ... MAGICIEN. Il doit avoir des boules de cristal grosses comme des ballons de foot. Parce qu'ils vous auscultent même pas des fois. Ah oui oui, moi j'ai vu un toubib, il a décidé que ... il m'avait même pas ausculté seulement. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Cette étape chère au médecin, souvent plus importante même en terme de pouvoir diagnostique que l'examen physique semble avoir beaucoup moins de valeur pour le patient. L'interrogatoire semble moins puissant dans sa capacité à déterminer la nature du problème. De ceci nous en déduisons qu'aux yeux des malades, ce qui en émane de l'anamnèse est nécessairement subjectif et imprécis. Il s'agit plus pour le patient d'un moyen d'exprimer sa plainte, de lui donner un sens et d'orienter le médecin. Alors que l'examen physique révèle de façon objective la nature des maux dont souffre le malade et c'est en ce sens que cette étape devient un temps fort. Mais d'autres propos suggèrent que sa nécessité ne se limite pas à cette fonction diagnostique. *« Il vous ausculte de la tête au pied, même le cœur si vous avez pas mal au cœur. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans).* Ici il n'est pas question de scientificité mais plutôt d'une attention systématique. L'examen prend un caractère rituel, avec derrière l'idée d'une certaine complétude selon ce à quoi renvoie cette notion pour le patient. *« Ce n'est plus allongez-vous je vais vous appuyer sur le foie, l'estomac, ou mesurer les réflexes. Parfois je lui ai dit "ben docteur vous me prenez pas la tension", "docteur vous ne faites pas ça" ? » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans).* Comme il en existe une représentation, l'examen du médecin fait l'objet d'une comparaison à ce référentiel, il devient alors critiquable. Ici la non prise de la tension artérielle provoque l'insatisfaction, elle fait partie aux yeux du patient du minimum d'attention requise alors que pour le médecin sa mesure systématique n'est pas forcément pertinente.

## **B) Le diagnostic**

### **1) La gestion de l'incertitude**

Dans un premier temps je décrirai ici tout le contexte qui précède la consultation médicale lorsque l'individu présente des signes et des symptômes. Ceci permettra de mieux comprendre l'état du patient, les émotions ressenties et les attentes vis-à-vis du médecin.

## **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Dans un second temps nous verrons comment le médecin fait face à l'incertitude diagnostique et ce que le patient éprouve en fonction des situations rencontrées.

### *a) Le contexte initial*

*« Je me réveille le matin, mon corps ne répond plus, moi je me dis c'est un AVC, pas besoin d'être docteur pour savoir ça. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Mme L, 49 ans, est une personne diabétique de type 2, traitée par insuline. Elle vit son diabète à travers la contrainte d'aller chez le médecin chaque mois pour renouveler et équilibrer son traitement. Elle n'a jamais perçu les conséquences de son diabète jusque-là. *« Moi je me suis jamais plaint de rien. Ça fait des années qu'on me traite pour le diabète mais moi j'ai rien moi. Il n'y a donc aucune nécessité pour elle d'établir un lien spontané avec le médecin. Mais ici elle fait l'expérience d'une complication. La maladie lorsqu'elle n'est pas asymptomatique entraîne chez le patient une interprétation des signes présents. Il confronte l'observable et le perceptible à ses représentations, ses croyances ou à ses connaissances. Le raisonnement est analogique. Il se fait par rapprochement et reconnaissance de signes d'une situation évocatrice soit parce qu'il l'a déjà vécue, soit parce qu'il en a déjà entendu parler. Mais dans de nombreuses situations le patient ne dispose pas d'un savoir suffisant pour identifier l'origine de ses troubles.*

*« Je n'étais pas plus inquiet que ça car je ne ressentais aucun symptôme, aucune douleur et lorsque je suis parti en Corrèze je faisais beaucoup de vélo de route, au moins cinquante kilomètres par jour, je ne ressentais rien si ce n'est qu'une très légère fatigue et j'étais loin de m'imaginer avoir une maladie grave. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Ici, les signes ne sont pas parlants, l'analogie ne peut avoir lieu. Lorsque la gêne est peu importante voire inexistante certains patients ne se préoccupent pas de lever l'incertitude immédiatement puisqu'il n'existe aucune rupture de l'équilibre de vie et aucune inquiétude particulière. Un certain temps est accordé en vue d'obtenir une résolution spontanée.

*« Ce problème t'a beaucoup inquiété quand il est apparu ?  
— Non pas du tout [...] Je pense que beaucoup des choses se remettent toute seules. Pendant les deux ou trois premières semaines je pensais que ça allait passer tout seul. Comme une petite entorse. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

L'on voit immédiatement dans la première situation les motifs conduisant le patient à consulter : le raisonnement analogique identifie un AVC, la gêne est importante, l'équilibre de vie à court et long terme est menacé ; le médecin est consulté pour confirmer le diagnostic et mettre en place une prise en charge thérapeutique adaptée afin de prévenir cette situation.

Mais dans la seconde situation, qu'est-ce qui conduit à établir un lien avec le médecin puisqu'il n'y a pas d'attentes particulières en raison de l'absence de gêne ou de risque ?

En fait, qu'ils aient des signes peu gênants ou très importants, tous les patients enquêtés s'interrogeaient sur les altérations qu'ils connaissaient. *« Vous-même vous essayez de cogiter dans votre tête. Qu'est ce qui pourrait provoquer ça, vous trouvez pas bien évidemment vous êtes pas docteur. »* (Entretien n°5, Mme G, 57 ans). Cela ne signifie pas à ce stade qu'une action particulière est nécessairement entreprise (et les deux situations précédentes que connaissent Mr B et Monsieur D nous le montrent bien) mais qu'au minimum un questionnement sur l'origine des troubles se produit.

*« Dans tes inquiétudes lorsqu'elles sont apparues, tu pensais à quoi ? T'avais des hypothèses, des craintes en tête ?*

*— Cancer ... Le reste je sais que ça se soigne à plus ou moins 100%. Donc ça m'inquiète pas. Et ça m'empêche pas de vivre. »* (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)

Ce patient bien que continuant à vivre normalement, du fait de la persistance inattendue de cette gêne non expliquée, commence à imaginer les raisons de sa présence. C'est la crainte du cancer qui va pousser à agir. Il renvoie à l'idée de corps souffrant et de corps mourant. Le patient le laisse entendre lui-même, ceci est un fléau qui empêche de vivre (normalement). Il est la situation exemplaire par excellence mais d'autres situations que la crainte de ce dernier peuvent conduire à consulter. *« À la télé on disait qu'il y'en avait qui sont morts, d'autres mis en justice parce qu'ils avaient mal au cœur; il y a eu des procès, et moi j'ai toujours peur, même si on m'a dit que mon cœur va bien. »* (Entretien n°1, Mme A, 66 ans). Mme A a pris du Médiator® pour perdre du poids pendant plusieurs années et apprend par les médias les risques encourus. C'est ceci qui la pousse à consulter. En fait toute maladie susceptible de perturber la situation physique, professionnelle, économique, familiale et sociale sera responsable d'une angoisse envahissante. *« On peut pas rester sans savoir ce qu'on a et il faut que ce soit rapide. Parce que quand on est malade si ça traîne ben ça là qu'après il y a des complications, qu'il y a des séquelles ou quoi. »* (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)

### **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

A ce stade de l'interrogation, le fonctionnement est déjà perturbé, la vie n'est plus tout à fait normale car le patient doit composer avec l'inquiétude. Le temps doit être utilisé à bon escient pour restaurer l'équilibre. Le patient dispose alors de deux solutions pour lever son incertitude et apaiser son angoisse. L'une des solutions qui apparaît comme la plus accessible est l'usage d'internet. Pour les patients qui en ont la culture, il s'agit là d'un moyen immédiat d'obtenir de l'information. Trois patients ont mentionné avoir consulté des sites en ligne soit par indisponibilité de leur médecin, soit pour avoir des renseignements complémentaires pour la consultation. Parmi ces patients il y'avait Mr L, 23 ans, Mr D, 34 ans, et Mme G, 48 ans. Je prends ici la situation de Mr D pour décrire les processus cognitifs entrant en jeu dans ce passage du malade autonome cherchant à résoudre ses problèmes par lui-même, à un malade devenant dépendant du médecin.

*« Est-ce que t'es allé chercher sur internet ou ailleurs ce que tu pouvais avoir ?*

*— J'ai passé des heures dessus tu penses bien. En sachant bien que c'est plus ou moins fiable. J'ai pas trouvé le truc "c'est sûr que c'est ça". Je sais que ça remplace pas une consultation. Quand j'y étais allé pour mon fils Maxence il avait trouvé tout de suite, c'était la varicelle. J'avais regardé sur internet avant d'y aller et dès qu'il l'a vu il a dit "c'est la varicelle". Je savais que c'était ça mais j'y allais juste pour un arrêt pour pouvoir le garder deux jours je me fichais bien du reste*

*— J'aimerais connaître tes motivations quand tu es allé sur internet ?*

*— J'y suis allé entre la visite généraliste et le rendez-vous spé car il y avait quinze jours entre. J'y suis allé pour essayer d'écarter des choses graves. Mais au final même pour ça ça ne sert à rien.*

*— Pourquoi ça ne sert à rien ?*

*— Parce que tu as toujours des symptômes dans toutes les pathologies. Ça reste des mots sans finesse, sans échelles. Je n'avais pas l'envie ni le temps de chercher chaque notion style rétrécissement des selles. Par rapport à quelle norme ? Bref c'est trop compliqué ... Constipé ça veut rien dire quoi ?» (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Tous les patients ayant eu recours à internet dans le but de donner du sens à leur maux et trouver leurs origines ont été dans le désarroi. *« J'ai consulté sur le myélome un site canadien qui était très bien fait, mais en général ça casse un peu le moral. »* (Entretien n°2, Mr B, 71 ans). Aucun n'a réellement levé ses incertitudes et apaisé son anxiété. La plupart ont d'ailleurs ressenti l'effet inverse, un flou supplémentaire induit par de nouveaux éléments qu'ils n'étaient pas en mesure d'évaluer. J'explique ce résultat contre-productif de la manière suivante :

il existe une différence essentielle entre la recherche documentaire effectuée par un professionnel de santé et la recherche d'informations réalisée par un patient : la dénomination. C'est par la capacité à nommer les signes et symptômes que le professionnel peut effectuer une recherche ciblée. Le patient, lui, ne nomme pas. Il va utiliser un ensemble de signifiés correspondant à la traduction de ce qu'il ressent. Les mots employés sont vagues, subjectifs et ce qu'il recherche

### **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

vraiment est non défini. Quelle réponse peut-on espérer lorsque l'objet de la recherche n'est pas défini ? L'on ne peut alors qu'imaginer que la recherche sera infructueuse. Quand bien même le patient serait-il capable de nommer pour mieux chercher, il se heurterait à un second problème : la quantité vertigineuse de réponses et l'hétérogénéité de leur qualité. L'absence de dénomination et la description par une suite de signifiés conduit de fait à interroger en priorité les sites de vulgarisation ainsi que les forums médicaux (qui sont davantage des sites de partage d'expérience que de diffusion de connaissances scientifiques). Le patient sélectionne donc dans un champ dont la fiabilité est moindre et il en prend conscience à mesure de ses lectures : il ne pourra être informé et rassuré avec des propos qu'il juge non autoritaires, douteux ou encore contradictoires. Au mieux il reste dans la même situation car il n'accordera généralement que peu de crédit à ces informations, dans le pire des cas il se confronte à des expériences traumatisantes et à des avis non rassurants. Pour Monsieur B, les forums ne sont que le lieu de l'expression des ressentis, ils ne peuvent être utilisés à des fins de recherche. *« Moi j'ai pu me rendre compte au cours de la prise en charge thérapeutique du myélome à Castelnau qu'on était tous différents, qu'on avait des réactions différentes et on peut pas généraliser ça se passera comme ça etc. Donc pour moi les forums de discussion, c'est peut-être bien pour partager, mais il ne faut pas prendre ça pour argent comptant. »* (Entretien n°2, Mr B, 71 ans).

Malgré tous les moyens auxquels peuvent avoir recours les patients les plus autonomes, la consultation d'un médecin devient à un moment ou à un autre nécessaire si le patient veut combler ses attentes. En ce sens le patient ne peut s'extirper d'une certaine forme de dépendance au médecin.

#### *b) Stratégie diagnostique et gestion de l'incertitude*

*« Pensez-vous qu'un médecin généraliste a le droit d'être dépassé ?*

*— Je le pense [...] Même pour dire la dessus je patauge, il n'y a pas de honte à avoir. Ce ne sont pas des dieux de science infuse je ne lui reproche pas la première analyse où il ne me dit rien. »* (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)

Il n'est pas rare que le médecin soit lui aussi en situation d'incertitude vis-à-vis du diagnostic. Dans cette situation, les patients semblaient accepter l'absence de diagnostic à la première consultation. Encore faut-il que le professionnel de santé informe avec toute honnêteté son patient de ses doutes. *« S'il sait pas il doit le dire franchement et dire qu'il faut faire des examens en plus.*



**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

*On est adulte, qu'on se parle franchement. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans).*

L'on peut se poser la question suivante : pourquoi les patients n'expriment pas d'insatisfaction alors qu'on l'a vu l'une des attentes principales est l'établissement du diagnostic ?

*« Ça t'a pas semblé bizarre, un médecin qui ne donne pas son diagnostic ?*

*— C'était le second, donc non pas choqué. Je me suis dit que c'était pas courant. A vrai dire la spé à la première visite a pas fait mieux [...] Je n'attends pas du généraliste qu'il résolve tout mais qu'il oriente tout en suivant correctement le dossier. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

L'errance diagnostique ne vient pas toujours d'un manque de connaissance ou si c'est le cas il est parfois collectif plutôt qu'individuel. Dans certaines situations, la description que fait le patient de ses symptômes ne correspond à aucun signe ou syndrome pour lequel le médecin aurait une stratégie diagnostique déterminée. Ainsi aucun diagnostic particulier ne peut être établie du fait de l'absence d'identification dans leur répertoire cognitif. *« De toute façon j'explique les choses correctement je comprends pas qu'on trouve pas, j'ai mal côté bas gauche et ça va jusqu'au testicule gauche, je le dis à tout le monde ... ».*

Nous pouvons émettre comme hypothèse que consulter un médecin généraliste est une première étape vers l'aboutissement du diagnostic. Parfois elle est la seule et dans ce cas l'attente est comblée mais si ce n'est pas le cas, le patient sait qu'il existe d'autres moyens pour parvenir au diagnostic comme par exemple l'orientation vers un confrère spécialiste ou bien la passation d'examens complémentaires.

*« Il s'est passé cinq mois entre la première prise de sang et la saisine de monsieur D (le spécialiste vers qui il a été adressé) [...] En disant "on verra au mois prochain" ça sous-tend que les choses vont bouger entre deux. Or la ça ne pouvait pas bouger et au contraire ça ne pouvait que s'aggraver. Et ça je lui en veux à posteriori [...] Il peut se planter sur un diagnostic, mais pas pendant cinq mois [...], pendant un mois je veux bien mais pendant ce mois-là au lieu d'attendre quatre mois de plus à ce moment-là il faut passer un coup de fil à un collègue, à un spécialiste ou à l'hôpital public. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Mr B, 71 ans a été victime de l'errance diagnostique. Son médecin avait affaire à un bloc beta-gamma à l'électrophorèse des protéines sériques. Aucune démarche diagnostique n'a été entreprise et cinq mois se sont écoulés avant l'établissement du diagnostic de myélome par le spécialiste.

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Ceci pondère les propos tenus par ce même patient en début de chapitre. L'absence de diagnostic est compréhensible mais n'est acceptable que si le médecin met en place tous les moyens à sa disposition pour établir celui-ci. d'une maladie grave. Attendre c'est prendre le risque d'une évolution péjorative. L'attente n'est légitime que si les signaux ne sont pas inquiétants. Il en va du rôle du médecin de faire la part des choses entre des signes banals permettant de temporiser et signes d'alerte devant conduire à une intervention rapide. *« Il est devenu incompetent parce qu'il s'est trop isolé, qu'il est rentré dans une routine et des signaux qu'il aurait dû détecter il n'en a pas été capable. »* C'est dans cette distinction que la compétence professionnelle s'exprime et non dans la connaissance et la détermination immédiate de la maladie à l'origine des signes. Afin que le malade ne soit pas dans une impasse, le professionnel se doit de l'orienter vers un spécialiste supposé être plus compétent dans le domaine concerné. Cette humilité évite au patient de perdre du temps et d'être dans une phase de flottement sans que rien ne se passe. Au mieux elle peut être salvatrice en évitant les séquelles d'une aggravation potentielle. *« Il aurait pu dire je suis désolé je ne sais pas ce dont il s'agit ne venez plus me voir pour ce souci, voyez avec le spécialiste ou un confrère. »* (Entretien n°7, Mr D, 34 ans).

*« Moi un élève me demanderait un truc de sport que je ne sais pas répondre je chercherais le cours fini. Là il voit un malade et ne sait pas ce qu'il a. Et que je revienne dans une semaine, un mois, six mois. C'est pas ma façon d'être. »* (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)

L'orientation vers un spécialiste ou la réalisation d'examen complémentaires ne sont que l'un des moyens possibles utilisables pour parvenir à la finalité du diagnostic. Le médecin peut effectuer des recherches sur le sujet à traiter afin de connaître la conduite à tenir face à des signes auxquels il a peu l'habitude d'être confronté. Ceci est un moyen comme un autre donc valide a priori et il a un certain côté attractif car au-delà de la satisfaction potentielle qu'il peut engendrer en parvenant au diagnostic, il apporte une valeur ajoutée : la manifestation d'un intérêt pour le patient caractérisé par l'investissement personnel du médecin. *« Pour moi un médecin tu vois ça doit faire des recherches [...] Moi je me dirais un médecin qui cherche la solution, tu vois qui cherche à savoir ce que j'ai, j'apprécierai. J'apprécierai vraiment. Ça montre qu'il a de l'intérêt pour moi. »* (Entretien n°9, Mr L, 23 ans).

Mais cette façon de procéder n'était pas reconnue par tous les patients contrairement aux deux précédentes.

*« Le remplaçant qu'il y avait une fois là pour le docteur A [...] il cherche sur internet dans les livres et tout pour savoir ce qu'il faut faire, ah ça c'est pas un médecin. Je sais pas où il a eu son diplôme mais bon [...] j'ai jamais vu ça [...] c'est pas rassurant, on vient voir un docteur et il connaît rien. Nous son traitement on l'a pas pris, on faisait pas confiance. Mon mari et moi en sortant, on a pris l'ordonnance, on est parti voir tout de suite un autre médecin. Justement le docteur qu'on a maintenant.*

*— Et s'il sait pas, faire des recherches pour vous c'est pas mieux pour vous aider ?*

*— Ah ben s'il connaît pas son métier il faut qu'il retourne à l'école. Pour moi s'il regarde comme ça c'est qu'il est pas compétent. Faut retourner apprendre. »  
(Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Il s'agit de la seule patiente qui a critiqué cette méthode. Pourquoi les moyens employés par le médecin sont-ils source d'insatisfaction alors que la finalité est de répondre à l'attente de la patiente ? Pourquoi cet effort de s'impliquer personnellement n'est-il pas reconnu comme quelque chose de positif, comme une manifestation d'intérêt pour la patiente ? La patiente n'y voit qu'une incompétence et les seuls résultats obtenus sont l'inobservance et la recherche d'un autre avis médical du fait de l'insécurité dans laquelle elle se sent après la consultation. Je me permets d'émettre le point de vue suivant sur cette situation : le contexte est celui d'un nouveau médecin qui a une pratique inhabituelle pour la patiente. Ce mode d'exercice qui pour elle n'a pas fait ses preuves est soumis à la comparaison avec ses références (son médecin habituel qui n'a jamais pratiqué ça, et probablement aucun autre vu qu'elle précise qu'il s'agissait de la première fois où elle était confrontée à ce type de méthode). Il ne s'agit donc pas pour la patiente d'une méthode valable car elle n'appartient pas à l'univers de ses représentations. Cette démarche n'avait pas été expliquée à la patiente et ceci contribue certainement à développer plus facilement le scepticisme. Cette analyse nous conduit aux deux conclusions suivantes : les pratiques sortant du cadre habituel de référence du patient peuvent conduire à l'insécurité en particulier lorsque celle-ci ne sont pas expliquées.

Outre l'orientation vers un spécialiste et les recherches impliquant le médecin lui-même, ce dernier dispose d'une troisième possibilité pour éclairer le diagnostic en cas d'incertitude : le recours aux examens paracliniques. Pour certains patients, leur puissance diagnostique serait encore supérieure à celle de l'examen physique. L'un d'entre eux caractérisait même les données cliniques de

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin** fortement subjectives. « *Qu'il fasse ce qu'il faut pour savoir ce qu'il y'a, qu'il fasse un vrai diagnostic. Que ça repose pas sur son impression.* » (Entretien n°11, Mme B, 46 ans). Le diagnostic issu de ces données est incertain et résulte de la seule appréciation d'un être humain quand bien même est-il médecin. Alors que les examens complémentaires telles que l'imagerie ou la biologie sanguine sont des technologies performantes, capables de révéler la nature de la maladie en cause de façon précise et indéniable.

*« On voyait quoi qu'elle comprenait pas, les vomissements pareil. [...] Elle m'a pas fait passer de radio, pas d'examens, rien de spécial quoi.*

— *Donc c'est ce que vous attendiez à ce moment-là ?*

— *Ben oui parce que je me doutais bien qu'il y'avait autre chose [...] Les vomissements continuaient, je commençais à ne plus rien sentir, et les traitements ne marchaient pas.*

— *Donc il fallait absolument des examens complémentaires ?*

— *Oui.*

— *Dans quel but ?*

— *Ben pour voir ce que j'avais.* » (Entretien n°4, Mme C, 42 ans)

Les motivations qui conduisent le patient à vouloir passer des examens complémentaires n'ont rien de scientifique. Il s'agit plutôt de croyances liées à la performance des technologies et du besoin de connaître l'origine de leurs symptômes. Le rationnel du médecin est différent ben que l'objectif puisse être le même : les examens sont un moyens de répondre à une problématique précise en lien avec des hypothèses diagnostiques. Il n'y a pas d'examen sans hypothèses préalables et le choix de ces derniers est déterminé par les orientations. Cette différence dans la façon de déterminer si un examen doit être choisi ou non est à l'origine d'une incompréhension de la part du patient qui ne dispose pas des connaissances et des compétences diagnostiques pour faire un choix rationnel. Les motivations des patients n'étaient d'ailleurs pas forcément comprises par le médecin ce qui entraînait un conflit. Il semblait alors nécessaire de la part du médecin d'expliquer les motifs de son refus.

*« J'ai lu que la scintigraphie ça permettait de voir exactement là où on avait mal, mais bon ça quand j'en ai parlé à mon docteur ça s'est pas bien passé, vous auriez dû voir comment il était, il m'a engueulée. "Ouais, vous m'agacez ... vous êtes encore aller lire des conneries sur internet, faut arrêter ça devient impossible de vous gérer." [...] Qu'il me l'explique au moins. Moi j'écoute, je suis prête à discuter mais faut qu'on m'explique. S'il pense que y'a pas besoin de scintigraphie, il doit me dire pourquoi, mais là non il m'a envoyée balader et c'est tout.* » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans)

Mme G, 48 ans est une patiente très anxieuse et sa crainte de la maladie relève de l'hypocondrie. C'est une patiente que j'avais connue au cours de mon premier semestre d'interne. Elle avait eu de nombreuses hospitalisations en médecine interne suite à des troubles somatoformes. A aucun moment il n'a été décelé de maladies organiques particulières. Malgré toutes les tentatives de réassurance et d'explications données par le corps médical, il n'a jamais été possible d'apaiser l'anxiété de cette patiente. Son angoisse envahissante se manifestait entre autre dans le quotidien par la recherche d'informations sur internet. Comme pour les autres patients son intention était d'établir un diagnostic. Cette situation conflictuelle expose les difficultés que les acteurs peuvent rencontrer lorsque le malade est hypocondriaque : un patient toujours en quête d'une maladie, vivant au travers son existence potentielle et la souffrance engendrée ; un médecin incapable de la satisfaire, exaspéré par la mise en échec et les exigences que lui impose sa patiente.

Nous avons vu à travers ces récits les trois méthodes disponible pour le médecin pour faire face à l'incertitude diagnostique, ainsi que les difficultés et limite que chacune d'entre elle peuvent poser. Si la mise en œuvre de moyen diagnostique est valorisée par le patient, son opposé, l'inertie diagnostique génère de l'insatisfaction du fait de l'absence d'intérêt manifesté à l'égard du patient et de la crainte d'une aggravation potentielle, voire de l'apparition des complications liées à l'évolution naturelle de la pathologie. Mais pour que le patient détecte une quelconque forme d'immobilisme chez son médecin, il faut pour cela qu'il y'ait un comportement face à l'incertitude. Qu'est-ce qu'il se passe réellement lorsque le médecin, dans l'errance diagnostique, ne choisit aucune de ces trois méthodes pour avancer dans la démarche ?

*« Elle me donnait des antibiotiques et voilà [...] ça n'a eu aucun effet quoi [...] Je préfère un médecin qui sèche et m'envoie ailleurs, plutôt qu'un médecin qui me donne des médicaments sans rien y comprendre. » (Entretien n°4, Mme C, 42 ans)*

Plusieurs patients ont manifesté qu'une attitude classique du médecin était la prescription d'un traitement à l'aveugle. Nous connaissons bien cette pratique qui peut dans certains cas correspondre à un traitement d'épreuve visant selon l'échec ou le succès à infirmer ou à affirmer une pathologie. Dans ce cas présent, le médecin n'a pas d'hypothèses précises, il tente juste de soulager les symptômes. L'absence de partage des doutes peut laisser croire au patient que le médecin maîtrise ce qu'il fait alors qu'en réalité sa prescription hasardeuse montre le contraire.

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Certains patients pouvaient tolérer cette pratique dans la mesure où le médecin ne s'entêtait pas dans celle-ci en cas d'échec (ce qui correspondait à un immobilisme diagnostique). « *Le médecin n'a pas su trouver ce que c'était et m'a donné des médicaments pour le ventre alors que j'ai bien précisé qu'il ne s'agissait pas de douleurs mais d'une gêne [...] La gastro s'est contentée d'un seul traitement antibio puis a laissé tomber cette voie. Le généraliste m'a au moins filé trois traitements différents pour rien au final.* » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans).

D'autres masques peuvent être utilisés. Mr B qui avait eu un retard de cinq mois dans l'établissement du diagnostic de myélome critiquait l'amicalité inadaptée de son médecin. Ce patient avait une relation de confiance et d'amicalité avec son médecin, mais il souligne que celle-ci doit toujours être centrée autour d'un même objectif : la santé du malade. Une relation amicale est possible entre un médecin et un patient du moment qu'elle ne se fasse pas au détriment de l'objectif structurant le lien.

*« Ce qui est trompeur parce que moi en tout cas je n'ai pas marché là-dedans, quand vous arrivez chez un médecin et qu'il dit "je vais vous montrer mes photos de voyage" c'est une façon dérivée de masquer son incompetence et de se mettre à soi de façon un peu trop amicale et je veux dire la ficelle est trop grosse pour moi. J'ai travaillé dans la psychologie, je ne veux pas faire d'interprétation sauvage mais la ficelle était beaucoup trop grosse. J'aurai préféré un médecin direct qui dit franchement les choses. [...]il n'a pas à faire état de ça. On peut dire pour l'anecdote j'ai été à tel endroit ou partager les points communs en fonction des affinités etc. Mais là c'est pas de ça dont il s'agit, il vous montre ses photos sur son écran, vous fait visiter le pays avec vous. On ne paye pas un médecin pour ça. (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Il a été constaté une troisième façon de masquer l'ignorance diagnostique. Mme G reprochait à son médecin la labilité du diagnostic. Ceci peut se comprendre dans le caractère très polymorphe des symptômes chez cette patiente histrionique et hypocondriaque. Mais le fait que le médecin soit incapable d'affirmer avec certitude ce dont il pouvait s'agir se ressentait dans les changements multiples du diagnostic établi. Pour Mme G, ces changements étaient opportunistes car ils avaient lieu dans des circonstances particulières : le diagnostic se modifiait suite aux arguments apportés par la patiente contre ce dernier ou suite à l'échec de la thérapeutique mise en place. « *Alors avant c'est une névralgie d'Arnold, maintenant ça change d'un coup ça devient des problèmes de tension ... Ca se voyait bien qu'il pataugeait dans la semoule et qu'il savait pas et que comme je lui ai dit que c'était pas ça il a dû trouver autre chose. Mais je ne croyais plus à son diagnostic hein* » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans).

Ce que nous retenons de ce chapitre c'est que le médecin est obligatoirement confronté à une incertitude diagnostique. Le patient reconnaît les difficultés de la démarche et accepte l'errance à condition que des stratégies soient mises en œuvre pour établir le diagnostic. Les moyens sont principalement représentés par l'orientation vers un spécialiste, la prescription d'examen complémentaires orientés ou encore la recherche documentaire. Ces efforts sont valorisés par les patients qui se sentent dignes d'intérêt et qui gardent l'espoir en l'établissement du diagnostic. A l'inverse le manque d'honnêteté, transparaissant à travers les divers masques que le médecin peut utiliser pour ne pas avoir à affirmer son caractère infaillible, va engendrer de l'insatisfaction.

## 2) Le désaccord sur le diagnostic

Dans cette partie il ne sera plus question de doutes mais de convictions. Alors que le patient attaquait la façon de gérer les doutes dans la précédente partie, ici nous verrons comment les certitudes peuvent faire l'objet de critiques. Dans les cas étudiés, un diagnostic est établi mais il existe à ce sujet un désaccord entre le patient et le médecin. Je ne parlerai pas d'erreur de diagnostic. Ceci sera traité dans la partie suivante. Les patients ont leur représentation des maladies les plus répandues. Celles-ci varient selon le contexte socioculturel. Pour trois patients, le désaccord avec le médecin provenait entre autres des divergences qui existaient dans l'idée qu'ils se faisaient de leur maladie.

*« Moi j'ai peut-être une hernie discale, un tassement ou autre et le mec il laisse traîner les choses jusqu'à ce que ce soit plus grave et qu'après il faille opérer. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

L'idée que se fait Mr L sur ses lombalgies a été influencée par ses recherches via internet. Le patient consulte systématiquement sur internet pour se renseigner sur les problèmes de santé qu'il peut rencontrer. Il a vu qu'une des causes fréquentes de lombalgie était la discopathie avec hernie. Ainsi alors qu'il présente vraisemblablement une lombalgie commune, celui-ci est en désaccord avec le diagnostic établi par son médecin. Pour le patient les examens complémentaires s'imposent alors que ce n'est pas le cas pour le praticien. Nous avons également ici une vision plutôt déterministe : le problème envisagé est tel que s'il n'est pas diagnostiqué et pris en charge, il aboutira nécessairement à une aggravation. Le médecin n'a pas expliqué pourquoi il n'était pas indispensable de réaliser d'examen complémentaires mais à aucun moment le patient n'en a

*Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin*

demandé. L'insatisfaction vient ici de la non réponse aux attentes qui ne sont pas en soi de passer des examens complémentaires (il ne s'agit que d'un moyen de parvenir au diagnostic pour lui), mais plutôt de connaître le diagnostic et le pronostic.

*« Pour moi l'arthrose c'est les vieilles personnes qui peuvent plus se déplacer parce qu'elles ont mal partout, elles ont du rhumatisme et moi je me disais je peux pas avoir ça [...] Ils m'ont fait le scanner [...] j'avais un disque tout écrasé dans les vertèbres et ça pinçait les nerfs et c'est pour ça que j'avais mal. Donc tout ce temps moi j'halluciniais pas et le docteur n'a pas pris mon problème au sérieux quand j'ai dit que c'était pas normal [...] Si j'ai mal c'est à cause de ce disque c'est pas à cause de l'arthrose. » (Entretien n°11, Mme B, 46 ans)*

Mme B, 46 ans est aide à domicile. Elle souffre depuis plusieurs années de lombalgie chronique d'origine dégénérative. Les conséquences fonctionnelles ont été telles qu'elle a dû arrêter son activité et envisage un avenir pessimiste quant à sa situation professionnelle. Ici il existe un désaccord avec le diagnostic de discarthrose posé par son médecin. Aux représentations profanes de la maladie se rajoutent des problèmes de sémantique. Le médecin utilise le terme d'arthrose que la patiente se représente comme une maladie liée à la vieillesse. Il est donc incompréhensible pour elle d'avoir ce type de problème compte tenu de son âge.

C'est une autre dénomination employée sur le compte rendu de son scanner qui va mettre en défaut le diagnostic du médecin généraliste. En réalité il s'agit de pathologies voisines et compte tenu du caractère non chirurgical la distinction importe peu.

*« J'ai jamais été prise une seule fois au sérieux par les médecins ... je vois bien comment on me regarde, je sais qu'on se dit "ah la G, c'est un sacré numéro" (fait un signe de la tête pour faire comprendre qu'on la prend pour une folle). Et pourtant moi je sais que j'ai quelque chose [...] On me dit tout le temps c'est psychosomatique, que c'est dans la tête et que c'est moi qui crée ces problèmes, que je devrais aller voir un psy [...] Moi je veux bien psychosomatique, mais le psy a rien changé la dedans donc pour moi si aucun traitement ne marche c'est que c'est pas ça [...] Apportez moi la preuve ! Soignez moi correctement, que le psychiatre fasse son travail, me donne les médicaments efficaces et là ok j'admettrais que c'est dans la tête. » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans)*

Dans cette dernière situation, nous reprendrons l'histoire de Mme G qui souffre de troubles somatoformes. Ici la patiente n'imagine pas que ses troubles puissent être d'origine psychologique. Lui mettre l'étiquette « troubles psychosomatiques » c'est pour elle la lier à la folie. La patiente a l'impression que ses maux n'ont pas chez les médecins la valeur qu'elle souhaiterait qu'on leur



**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin** accorde. Signifier que ses symptômes n'ont qu'une origine psychologique c'est non seulement discréditer ses troubles, mais c'est aussi porter atteinte à son image narcissique. Il existe donc un certain déni de la cause de sa souffrance. Celui-ci se fait ressentir lors de l'échec du traitement avec le paralogisme suivant : si la thérapeutique est un échec cela prouve bien que le diagnostic est erroné. Il est plus facile ici de mettre en cause le diagnostic que d'avouer la difficulté qu'il y aura à prendre en charge son problème. L'insatisfaction est plus complexe que dans le cas précédent et vient ici d'une atteinte au besoin d'estime au travers le regard de l'autre et de l'estime de soi.

Ce que l'on peut retenir des désaccords diagnostiques c'est qu'ils semblent inévitables du fait des différences de représentation entre univers profane et univers expert. Le désaccord n'est pas en soi responsable de l'insatisfaction des patients. C'est plutôt l'absence d'expression ou de compréhension des désaccords ainsi que l'absence relation négociée qui engendre l'insatisfaction. Je pense qu'ici l'explication du diagnostic et surtout de sa différence avec les hypothèses du patient, aurait pu éviter l'insatisfaction du patient. Encore faut-il avoir conscience des hypothèses qui inquiètent ou bouleversent le patient et pour cela s'intéresser aux représentations du patient.

### 3) L'erreur diagnostique

*« Moi dans ma famille avec un médecin généraliste, son incompetence ça a conduit à la mort de mon cousin.*

*— Ah oui ?*

*— Pareil, un généraliste incompetent et c'est là que tu vois que ce mec là il mériterait de plus exercer, et de faire de la prison. Mon cousin avait eu la méningite. Mon oncle et ma tante ils sont allés deux fois voir le généraliste. A plusieurs reprises il a dit que c'était la grippe, encore la grippe, toujours la grippe. Moi mon cousin il allait vraiment pas bien, il vomissait, il dormait toute la journée et on voyait bien que y'avait quelque chose de pas normal. Je sais pas quoi ! Une grippe t'es pas bien, t'as de la fièvre ok, mais là c'était quand même plus inquiétant je sais pas moi ... Après mon oncle et ma tante ils ont rappelé pour qu'il vienne à la maison parce qu'ils pouvaient plus le transporter. Et le médecin ben il est jamais venu. Du coup ils sont allés aux urgences mais c'était trop tard. Ca a marqué toute la famille cette histoire.*

*— Je comprends. C'était quand ?*

*— Ca remonte maintenant j'étais ado à l'époque je devais avoir quoi treize ou quatorze ans, ouais ça doit faire 10 ans maintenant.*

*— Qu'est-ce qu'il s'est passé ensuite, y'a eu une plainte ?*

*— Non non y'a pas eu de plaintes et pourtant c'est pas faute d'avoir essayé. Mon père il lui disait toujours à son frère, "Ce médecin a tué ton fils, tu peux pas laisser passer ça, faut porter plainte, faut lui faire payer, faut l'empêcher d'exercer, il est irresponsable". Mais lui il a jamais voulu porter plainte, il disait que ça serait trop de*

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

*complications, que ça leur ramènerait pas leur enfant, en soit c'est vrai hein. Mais moi jamais j'aurais laissé passer ça.*

— *Je vois ... Pour toi s'il est décédé c'est de la faute de ce médecin.*

— *Ah ben un peu oui. Le médecin s'il avait été correct et compétent il aurait vu que c'était pas une grippe, il aurait diagnostiqué ça plus tôt on en serait pas là. Mon cousin il est arrivé là-bas il était dans le coma, il a été en réanimation et il est mort là-bas et ils nous ont bien dit que dans la méningite si on donne pas rapidement des antibiotiques après c'est fichu quoi. (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Dans certaines situations, les convictions sont malheureusement erronées. L'erreur diagnostique est responsable d'une prise en charge inadaptée, du retard de la mise en place d'une thérapeutique adéquate et d'une aggravation de la pathologie conduisant au décès de la personne. Cette situation contraste avec la tolérance que d'autres patients pouvaient avoir vis-à-vis de l'erreur. *« Il a le droit de se tromper c'est un être humain » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*. Cette différence de résultat tient essentiellement du fait des conséquences des situations. Lorsque l'erreur n'engendre pas de complications particulières, et que le médecin sait réviser à temps son diagnostic en cas d'évolution péjorative, celle-ci est acceptable. Lorsque les séquelles sont importantes, la situation n'est pas pardonnable. C'est le cas notamment chez Mr L dont la situation a été relatée ci-dessus ou encore de Mr P, 44 ans, dont la mère est dans le coma pour cause de confusion entre une anémie et une méningoencéphalite herpétique.

*« Et pour vous si le médecin reconnaît son erreur devant vous qu'est-ce que vous ressentez ?*

— *Ca n'arrangera rien du tout puisque bon ce qui est fait est fait dans le sens que bon voilà ce qui m'arrangerait c'est que ma mère ne soit pas dans cet état. » (entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

J'avais jusqu'à présent décrit des situations où l'erreur diagnostique était révélée par les complications qui en résultait. Il est difficile de voir dans les deux situations précédentes le vécu des patients entre le moment où le diagnostic erroné est posé et le moment où surviennent les complications, ceci du fait du déroulement de l'action sur une brève durée. J'ai rencontré une situation plus détaillée, avec une erreur diagnostique qui persistera pendant plusieurs semaines avant la correction du diagnostic. Nous nous intéresserons dans ce cas présent aux processus cognitifs mis en jeu dans l'erreur diagnostique initiale et dans sa persistance, ainsi qu'au vécu du patient faisant lui-même l'expérience de cet échec.

« En fait, si vous voulez, je courrais donc on était en 2012. Donc je cours à peu près cinquante kilomètres par semaine, donc je faisais ça trois fois. Et j'allais à la salle de sport aussi au moins trois fois dans la semaine. Donc je faisais beaucoup de sport. Si vous voulez elle (le médecin généraliste) savait, elle savait que j'avais des activités sportives régulières etc. Il se trouve qu'un jour à la fin d'un semi-marathon, ben j'avais cette cuisse là qui était plus grosse que celle-là. Et puis un ami qui me le fait remarquer, "Olivier tu as vu ?" et effectivement il a raison, c'était brûlant, c'était chaud. Je suis allé voir le médecin, j'avais une douleur à l'aine ici là. Et donc je me dis, "Bon allez, allons-y". Elle m'envoie chez le radiologue, passer donc une radio, voilà. Enfin une échographie, c'est pas pareil, au temps pour moi. Donc l'échographie se fait et à l'échographie le radiologue voit bien effectivement qu'à un endroit y'a un petit amalgame mais quelque chose de liquide. Donc sur ce ils partent tous sur l'idée d'un hématome ... "bon, il fait du sport, c'était classé c'est comme ça c'est un hématome". Donc le problème c'est que trois semaines plus tard c'était pareil, ma cuisse grossissait. Je suis allé faire encore une radio, une échographie au temps pour moi et puis on voyait bien que c'était toujours la même chose, que ça grossissait et on me disait "un hématome c'est long, ça peut prendre six mois à disparaître", bon vous voyez le truc ... Sauf que bon moi j'avais arrêté toute activité sportive donc y'a un problème, logiquement l'hématome devait pas grossir.

— Vous aviez arrêté parce que vous étiez limité par la douleur ?

— Non non non, non j'ai arrêté pas du tout à cause de la douleur. Non j'ai juste arrêté l'activité parce que c'était pas joli, ça commençait à être gros ... sur la fin c'était vraiment impressionnant et ça me gênait. Et donc troisième échographie, vous vous rendez compte ! Et là encore elle percute pas et elle est toujours dans son truc, "Oh ben oui effectivement ça longe le fémur, tatati tatata", voilà c'est génial "oh ben oui elle prend l'espace ..." et le radiologue rien pas un mot hein, le radiologue pas un moment il dit "Bon ben attendez faut faire une IRM, faut peut-être alerter votre médecin" [...] Mais vous savez je réfléchis et moi aussi j'avais envie de croire que c'était un hématome et quand cinq vous disent la même chose, même quand ça va pas vous essayez de vous en convaincre c'est rassurant pour vous. Donc ensuite je suis allée voir un autre médecin généraliste avec les échographies. "Bon ben on va faire un programme de kiné", j'ai fait des électrodes, ça a duré trois semaines et au bout de trois semaines ils se sont dit ça réduit pas. Elle s'est inquiétée et est allée montrer mon IRM à un confrère. Et quand à Marseille ils ont vu ça ils ont dit qu'il fallait que je vienne d'urgence. Et ce médecin ben elle m'a annoncé ça, c'est une tumeur et pas un hématome. Elle me disait désolé, mais c'est pas de sa faute, elle, elle a permis de diagnostiquer la chose. Il s'est passé quatre mois entre la première consultation chez mon ancien généraliste et l'annonce du sarcome en juin 2012. » (Entretien n°6, Mr K, 40 ans)

Nous voyons ici tout un processus d'erreur diagnostique associé aux doutes et au désaccord du patient. Mr K, 40 ans, chef d'entreprise, n'a aucun problème de santé particulier. Il est très actif et découvre son diagnostic de rhabdomyosarcome de la cuisse à travers une erreur de diagnostic. On retrouve tout d'abord une [heuristique de jugement](#) qui conduit au diagnostic d'hématome chez un patient sportif. Le diagnostic initial est fortement probable et conduit à la réalisation d'une échographie qui viendra valider l'hypothèse alors qu'elle est erronée ; on a donc ici affaire à un

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

argument d'autorité. Dans un deuxième temps, les symptômes s'aggravent chez le patient alors que le repos a été respecté. Ceci le conduit à remettre en cause le diagnostic de son médecin sans développer de griefs contre lui. Il consulte alors une seconde fois pour faire part de ses interrogations. Le diagnostic d'hématome est maintenu et deux autres échographies de suivi seront réalisées (avec deux radiologues différents) confirmant toutes deux une aggravation de l'hématome. On est alors ici confronté à au moins trois erreurs de raisonnements. Premièrement une fermeture prématurée car le diagnostic d'hématome n'a jamais été remis en cause malgré l'évolution défavorable. Deuxièmement un ancrage mental et éventuellement des [biais de confirmation](#) conduisant le médecin généraliste à chercher uniquement avec des échographies répétées l'évolution de l'hématome. Troisièmement un argumentum ad populum où tout le monde renforce l'idée d'hématome puisque d'autres l'ont évoqué et maintenu. Il est intéressant ici de voir que les erreurs de raisonnement puissent être identifiées à partir du discours du patient et non du médecin. Ici c'est la persistance dans l'erreur (la fermeture du diagnostic) alors qu'il n'existe aucune amélioration qui conduit à l'insatisfaction du patient.

Ici le patient, bien que n'étant pas d'accord avec le diagnostic ne vient pas contredire son médecin. Voici maintenant une situation où le patient exprime son désaccord.

*« Le médecin que j'avais à l'époque qui avait la réputation d'être un bon médecin, avait statué sur l'idée qu'il avait dans sa tête que j'étais dépressive. Il me marque des médicaments, j'ai dit "c'est quoi ça", il me dit "c'est un antidépresseur", "mais je ne prendrais pas ton antidépresseur, je ne suis pas dépressive". "Mais si, tu ne vois pas comment tu vis, c'est normal, ça te ferait du bien", "je ne veux pas d'antidépresseur, je ne suis pas dépressive, il faudrait que tu arrives à accepter le fait que je ne suis pas dépressive, je sais que je ne suis pas dépressive, je le ressens, quand on est dépressif on le sait aussi, et moi je sais que c'est pas le cas". Pendant quatorze ans on s'est disputés parce qu'il voulait me mettre sous antidépresseur et il n'en a pas démordu. C'est spécifique de beaucoup de médecin ça. Si on voit rien c'est que c'est dans la tête [...] Vous somatisez on m'a dit ; Génial ... j'adore ce mot [...] Dans quatre-vingt dix pourcents des cas le médecin n'écoute pas le patient. JAMAIS, JAMAIS il écoute le patient lui dit un truc, lui il se fixe une idée dans sa tête de la maladie ou du mal dont souffre le patient et il n'en démord pas. Et c'est ce qui m'est arrivée. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Mme G, 57 ans, est femme au foyer. Elle souffrait de crises de coliques hépatiques sur pathologie lithiasique biliaire. Ici l'on a affaire à l'établissement d'un diagnostic de dépression avec somatisation pour expliquer des symptômes d'allure organique. Nous nous trouvons ici face à l'erreur diagnostique du médecin liée à un [biais d'ancrage](#) et d'un biais de confirmation. Dans un

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

premier temps, le patient va exprimer son désaccord avec le médecin car il ne s'identifie pas dans l'étiquette qui lui est collée. Mais l'expression du désaccord en soi n'implique pas insatisfaction, il s'agit plutôt d'une tentative de communication avec son médecin en qui elle a confiance. « *J'avais confiance en lui oui. Mais ce que je ne comprenais pas c'est pourquoi justement il trahissait cette confiance en me traitant de dépressive.* ». Mais au lieu d'avoir une remise en question du diagnostic de la part de son médecin, Mme G se heurte à sa résistance. L'assignation se fait sur un mode plus agressif, le médecin soutient avec force qu'elle est dépressive voire que son mode de vie est responsable de ses problèmes. Il n'y a pas de place pour la négociation, le patient doit alors accepter le diagnostic et son traitement. Il se sent alors incompris, et désespéré car il ne peut obtenir le soutien et l'aide de son médecin alors qu'il s'agit a priori du seul espoir dont le patient dispose pour la prise en charge de ses problèmes. L'on perçoit également la blessure narcissique qui a une double origine : tout d'abord la conviction que le patient n'est pas concerné par des troubles mentaux. Ensuite la connotation négative et très proche de la folie que l'on retrouve dans ces dits troubles. L'insatisfaction résulte ici de l'incapacité à parvenir à une négociation, de la blessure narcissique, de manque d'estime de l'autre.

*« J'étais écœurée, j'étais dégoûté, qu'on ne fasse aucun cas de ce que je disais, de ce que je ressentais, j'étais désolée. J'allais le voir pour rien, je faisais appel à lui pour rien, il était incapable de m'aider. On vous traite de détraquée mentale, vous êtes malheureux. Vous savez que vous ne l'êtes pas et votre entourage aussi. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Tout comme les patients toléraient l'incertitude mais souhaitaient de la réactivité de la part de leur médecin, ici face à des convictions erronées, le malade a aussi des attentes. Comme le dit la locution latine « *Errare humanum est, sed perseverare diabolicum est* ». Le médecin a le droit à l'erreur mais il est nécessaire qu'il la corrige (rapidement). Ce n'est pas le désaccord qui crée l'insatisfaction du patient mais bien la persévérance. Ces erreurs, avec un peu d'humilité, auraient pu être corrigées par l'écoute active du malade et en partant du principe que s'il existe un désaccord, une mise à plat des points de vue doit être effectuée. « *Qu'il écoute son patient déjà. Vraiment. Parce que le patient souvent, il se connaît mieux que personne.* » Une fois la tâche accomplie, le patient exhorte le médecin de s'ouvrir à d'autres hypothèses et d'effectuer une nouvelle expertise.

## **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

*« Il faut aussi avoir [...] la démarche non pas de faire comprendre qu'on a peut être fait une erreur (mais) la démarche de dire "bon écoutez, je vais venir, je vais réexaminer votre maman, je vais voir un petit peu qu'est-ce qu'il s'est passé entre temps [...] je vais pas vous abandonner, je ne vais pas vous laisser seuls avec une grande surprise derrière que vous apprendra les urgences". (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

### **C) Stratégie thérapeutique**

#### **1) La phase d'information et explications**

*« Il y a pas de temps pour les explications. On rentre et on sort tout de suite après. Si vous avez pas compris c'est tant pis pour vous. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Je choisis d'inclure dans la partie stratégie thérapeutique ce court chapitre en raison du rôle apaisant de cette étape. On a vu au premier chapitre sur la disponibilité du médecin que le patient, perturbé par la maladie dans son équilibre de vie, attend à la fois réassurance et guérison. Le diagnostic n'est qu'une première étape dans cette voie. Une fois celui-ci réalisé, le patient attend de son médecin des explications sur ce qui jusque-là lui est inconnu. Ce sont celles-ci qui sont mises en défaut ici. *« Une fois j'avais mal au sein, il m'a juste regardé et ausculté les seins, et m'a envoyée voir P, il fallait faire une biopsie. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans).* Ici Mme A était inquiète à l'idée d'avoir un cancer et n'a eu aucune information quant aux diagnostics potentiels et au pronostic encouru. L'insatisfaction provient de la non réponse à l'attente de réassurance. Son médecin a failli à plusieurs reprises à cette fonction.

*« Ah oui vous savez aussi, mon médecin il m'a donné du Médiator® et quand y'a eu cette histoire il m'a pas ausculté, il m'a rien dit.*

*— Il vous l'avait donné pour quel motif ?*

*— Pour faire perdre du poids parce que moi je trouvais que j'étais grosse, mais soit disant c'était dans ma tête.*

*— Et quand il y'a eu l'affaire ?*

*— Ben il ne m'a rien dit. Et aujourd'hui ce que j'ai c'est peut-être à cause de ça.*

*— Quand y'a eu l'affaire vous en aviez pris depuis longtemps ?*

*— J'en ai pris pendant neuf ans. Et quand j'ai demandé il m'a dit on peut plus vous en donner, sans m'expliquer pourquoi, il ne m'a rien dit. Ne vous inquiétez pas, vous ne risquez rien.*

*— Et ça ne vous a pas rassurée ?*

*— Ah non pas du tout.*

*— Il vous a pourtant dit que vous ne risquiez rien.*

*— Et ben oui mais à la télé on disait qu'il y'en avait qui sont mort, d'autre mis en justice parce qu'ils avaient mal au cœur, y'a eu des procès, et moi j'ai toujours peur, même si on m'a dit que mon cœur va bien.*

## **Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

- *Qu'est-ce que vous attendiez de lui à ce moment-là ?*
- *Qu'il m'explique pourquoi il me l'a donné, pourquoi ça faisait du mal, qu'est ce qu'il y'a dans le médicament qui fait du mal, ce qu'ils ont trouvé dedans. C'est vrai qu'est-ce qu'ils ont trouvé dans ce truc ... » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

L'anxiété provient du fait que la patiente a été informée par les médias des complications au long terme du traitement qu'elle a pris, le Médiator®. L'inquiétude vient ici perturber le quotidien plus que les problèmes de santé eux-mêmes car ici il n'existait aucune conséquence de la prise du traitement. Ainsi l'on voit que la réassurance peut être thérapeutique en soi. Le médecin ne peut faire l'impasse sur ce temps fort de la consultation. Ici nous avons l'impression que cette phase a été effectuée car la patiente précise que le médecin lui a dit de ne pas s'inquiéter. Mais ce discours paternaliste n'a rien de rassurant, il est une fermeture au dialogue, à l'expression de l'angoisse et au travail qui en découlerait. L'insatisfaction provient d'un défaut de comblement de ce besoin de réassurance.

### 2) Immobilisme thérapeutique

Je distinguerai ici l'immobilisme inconscient de l'immobilisme conscient qui correspond au concept déjà bien connu dans la littérature médicale décrit sous le nom d'inertie thérapeutique. Cette distinction me paraît nécessaire compte tenu des données m'ayant été apportées par l'entretien n°2.

*« Pareil mes pieds ... "Qu'est-ce que tu veux que j'y fasse ? ", au lieu de me dire "Oh c'est mauvais". Tous les autres médecins que j'ai vus ils m'ont dit faut pas garder ça. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Mme A se plaint ici de symptômes d'ischémie chronique des membres inférieurs. C'est la raison pour laquelle, le médecin qu'elle a consulté secondairement l'a faite hospitaliser car celle-ci présentait une nécrose des orteils. Nous avons affaire ici à une inertie thérapeutique. Ceci correspond à l'absence de mise en place d'une stratégie thérapeutique initiale ou d'une modification thérapeutique secondaire alors qu'il existe un objectif non atteint dont le médecin a conscience. Cet immobilisme a plusieurs conséquences chez les patients : Premièrement la persistance de la souffrance voire l'aggravation des troubles.

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Deuxièmement l'impression que le médecin se désintéresse de ses problèmes de santé. « *Ca la regarde pas c'est pas son problème, elle me laisse repartir sans rien, sans traitement, [...] Moi je me gave d'anti-inflammatoire ça sert à rien. Le médecin généraliste de mes parents a eu le déclic, il m'a prescrit de la morphine, du SKENAN qui a pu me soulager.* » (Entretien n°5, Mr K, 40 ans).

Nous pouvons établir un parallèle entre l'immobilisme diagnostique et thérapeutique.

*« J'ai des problèmes de dos [...] Je lui disais que les remèdes qu'il me donnait ne me soulageaient pas. [...] il m'aurait mis de la morphine plus tôt pour me calmer et ben j'aurais pas été clouée au lit à en pleurer et à me tordre de douleur chaque fois que je bouge. »* (Entretien n°11, Mme B, 46 ans)

L'inertie thérapeutique a des origines diverses selon les situations. L'on trouverait probablement autant de raisons que de situations. Ici, le médecin, alors qu'il en avait l'occasion et que cela était indiqué, n'a pas souhaité majorer le traitement antalgique du fait de représentations négatives sur la morphine. « *Un jour il m'en avait parlé de la morphine. Il m'a dit "Vous savez y'a la morphine, mais la morphine ça rend dépendant et puis c'est pas pour vous, on donne ça aux cancéreux qui vont mourir"* ». Il s'agit ici de convictions personnelles qui interfèrent dans la prise en charge thérapeutique adéquate : un antalgique adapté au type et à l'intensité de la douleur, à posologie minimale efficace. Compte tenu de la souffrance décrite par la patiente, le bénéfice qu'elle aurait retiré à être soulagée par de la morphine aurait été bien supérieur aux risques qu'elle pouvait encourir avec ce traitement.

Je souhaite présenter maintenant la deuxième forme d'immobilisme thérapeutique à travers le récit qu'en fait Mr B, 71 ans.

*« Alors la formule habituelle c'était "vous venez renouveler le traitement", et bien non ! Je viens pour avoir l'avis du médecin pour savoir ce qu'on fait, s'il faut le maintenir ou l'arrêter. »*

*[...] On dirait qu'il est juste là pour me donner les médicaments. Le pharmacien aurait fait pareil, d'ailleurs c'est le pharmacien qui a le rôle de délivrer les médicaments. Y a pas besoin de payer une consultation de médecin pour ça, s'il agit juste à chaque fois de renouveler et de délivrer le traitement, on délègue au pharmacien et hop voilà monsieur B il aura du Lipanthyl® à vie et c'est fini on n'en parle plus.*

— *Donc pour vous le rôle du médecin est en sus de ça et monsieur L ne le remplit pas.*

— *Absolument. Absolument. Le rôle du médecin oui ça va au-delà du rôle de simple prescripteur. C'est quand même au minimum d'évaluer la prescription que lui-*



**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

*même a induite. Et c'est ça le reproche que je lui fais.*

*— je vois beaucoup de patient qui formulent eux-mêmes "je viens renouveler mon traitement". J'ai même des patients pour qui c'est une évidence et qui ne me précise pas le motif de leur consultation et qui s'attende à ce que je le comprenne en me montrant l'ordonnance du mois ou des trois mois précédents. Et j'ai aussi des patients qui téléphonent pour me dire qu'ils passeront juste pour un renouvellement, qu'ils ne veulent pas de consultation, et qu'ils n'ont pas le temps. Qu'en pensez-vous ?*

*— Je ne suis absolument pas d'accord pour une raison de méthode. Moi je n'ai rien demandé au docteur L. On fait une analyse, on voit qu'il y'a un problème sur le cholestérol et les triglycérides. Le médecin prescrit un médicament et c'est de sa responsabilité. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Cette deuxième forme d'immobilisme thérapeutique a ceci de particulier qu'elle est insoupçonnée par le médecin. Dans l'inertie, le médecin a conscience qu'il existe d'autres choix de traitement mais surtout il sait que pour son malade, l'objectif n'est pas atteint. Le patient interrogé au cours de l'entretien n°2 met en exergue cette autre forme. Il est traité pour une dyslipidémie et une hypertension artérielle. Au cours de son suivi, chaque mois, son médecin traitant effectue le renouvellement des médicaments mis en place. Le patient nous témoigne d'une certaine négligence dans le suivi et la réévaluation de sa pathologie et de ses traitements. C'est en particulier ses connaissances dans le domaine médicosocial qui le conduisent à s'interroger sur l'indication du maintien des thérapeutiques en cours. L'inquiétude survient au moment où d'autres médicaments sont rajoutés à son traitement à l'occasion de son myélome. Le patient se préoccupe alors des interactions médicamenteuses potentielles. Pour lui, il est déraisonnable de ne pas réévaluer de façon active l'intérêt, le bénéfice et les risques liés à un traitement. Les maladies chroniques évoluent avec le temps et le médecin ne doit pas s'enfermer dans une pratique routinière qui consisterait à renouveler perpétuellement le traitement sans cet avis critique. Le rôle du médecin va bien au-delà et le patient attend de lui une réévaluation attentive des problèmes de santé et des thérapeutiques.

C'est le seul patient à avoir exprimé de telles attentes vis-à-vis de son traitement et c'est certainement ses connaissances dans le domaine médical qui le conduisent à penser de cette manière. Rappelons que Mr B a fait l'école nationale de la santé et a été par la suite directeur d'un établissement médicosocial.

3) L'échec thérapeutique

*« Je me souviens il y a deux ou trois ans, j'avais eu une bronchopneumonie à pneumocoque. Monsieur L était venu, j'avais dit "Docteur L, attention avec le myélome je suis sujet à ça", il m'a donné un antibiotique j'ai dit "tapez assez fort". Il n'a pas tapé assez fort. C'est là que j'ai perdu un petit peu confiance [...] je suis contre l'idée de taper doucement au départ puis si ça ne marche pas de taper plus fort. Je préfère que les choses soient fortes dès le départ. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Chaque thérapeutique mise en place est soumise à une probabilité de succès, variable selon le traitement, le contexte et le patient. Il arrive que la thérapeutique se solde par un échec. Ceci est un facteur indésirable qui est source d'insatisfaction pour le patient. C'est le cas notamment des traitements probabilistes comme les traitements de maladies infectieuses. Le problème d'une telle stratégie repose en grande partie sur l'incertitude diagnostique inhérente à la médecine générale. L'échec thérapeutique vient donc parfois enrichir le sentiment que le médecin est incompetent. Comme pour les stratégies diagnostiques, nous remarquons qu'il existe une divergence entre les représentations du patient et du médecin : le malade attend du médecin la prescription d'un traitement "puissant" afin que l'inconfort et la perturbation du quotidien soit la plus courte possible. Cet échec est interprété comme une incompetence là où il aurait pu être vu comme une possibilité découlant de l'incertitude. La plupart des patients percevaient ainsi l'échec thérapeutique mais l'une des enquêtées voyait dans celui-ci une attitude volontaire.

*« On me donne des tas de médicaments qui ne me font rien [...] Et tout le temps je dois revoir le docteur. Chaque fois que je le vois il me dit "Ah lala Mme L vous savez que votre diabète est pas bon". "Et on peut pas donner de meilleurs médicaments ?" [...] . De toute façon le docteur il va pas donner le bon médicament parce qu'après on va plus le voir si on a plus rien [...] Comme ça je reviens et ils sont payés. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Seule cette patiente avait cette conception. Pour elle la médecine est un marché comme un autre et certaines maladies ne sont que des créations du corps médical et de l'industrie pharmaceutique à des fins lucratives. L'échec thérapeutique devient un moyen de maintenir le lien avec le milieu médical dans le seul but commercial.

Ces situations mettent en évidence des situations que les médecins ne peuvent maîtriser : une incertitude diagnostique, un traitement souvent probabiliste, un risque d'échec non mesurable, et une réaction aléatoire mais possiblement négative du patient face à l'échec.

4) Education à la santé : bienveillance ou restriction des libertés ?

Pour les patients atteints de maladies chroniques, il est fréquent qu'il soit demandé un changement du mode de vie. Celui-ci s'intègre dans la prévention tertiaire et a pour but de réduire la prévalence et la sévérité des complications et donc du handicap. Elle vise donc à préserver l'état de santé de façon durable voire à l'améliorer. Le patient peut manquer de connaissance sur l'histoire naturelle de la maladie. Il peut également manquer de pratique pour opérer convenablement à ces modifications du mode de vie. Quand bien même disposerait-il des connaissances et des moyens suffisants, le changement peut-être difficile. C'est là tout le sens de l'éducation thérapeutique. Celle-ci s'assure dans un premier temps des représentations du malade (diagnostic éducatif), apporte les connaissances et compétences indispensables pour procéder aux changements, puis évalue ce qui a été mis en place tout en soutenant le patient dans sa démarche (63). Mais qu'en est-il lorsque les contraintes d'un changement de vie sont supérieures à celles provoquées par la maladie à l'instant présent ?

*« Tout le temps on me dit faut pas manger ci, faut pas manger ça, faut pas manger trop gras, faut pas manger trop sucré, faut pas manger trop salé. Il faut plus rien manger [...] Mais moi je mange pas de sucre, pas de sel ni rien. Je lui dis, mais ça sert à rien, il est persuadé que c'est ce que je mange qui me rend malade. Moi je me sens bien, tout le temps on me dit c'est pas bien, vous risquez un AVC, un infarctus [...] De quel droit il vient me dire comment je dois manger ? [...] J'ai demandé un médicament pour maigrir mais il a pas voulu donner. J'ai dit c'est pas à mon âge qu'on fait un régime. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

L'on a ici deux visions opposées qui s'affrontent de consultation en consultation sans aucun cheminement fructueux. Chaque acteur présente un argumentaire valide dans son univers de pensée : la patiente ne voit pas pourquoi elle devrait se créer les contraintes d'un nouveau mode de vie pour une maladie non contraignante actuellement et qui ne le sera peut-être jamais. Le médecin quant à lui a pour rôle de préserver l'état de santé dont il sait qu'il peut être aggravé par sa façon de vivre. Nous assistons à une relation évoluant sous un mode conflictuel. Il est ici question de la confrontation des pouvoirs. D'un côté un patient qui se veut autonome et libre, refusant qu'on lui dicte sa conduite sous prétexte d'une quelconque autorité que ce soit. De l'autre un médecin qui agit selon ses convictions en tentant de les imposer par la peur. L'insatisfaction a trait au besoin de préserver sa liberté.

5) Le soignant-médicament : du soulagement au discours antithérapeutique

*« "Moi je vous donne un an", carrément, il me dit "c'est une bonne saloperie hein que vous avez dans la poitrine, un an maximum, peut être deux, allez au grand maximum je serais gravement généreux la mais ce serait un miracle quatre ans. Mais bon dans quatre ans c'est pas grave, vous serez vieille". On avait pas pitié de moi [...] Y a qu'ici, merci mon Dieu c'est le seul endroit à Val d'Aurèle où l'on est respectueux de la souffrance des gens. Tout le monde est infiniment gentil, gracieux, à votre portée, vous voyez ce que je veux dire. On dirait presque que les gens ... ils souffrent avec vous. On appelle ça de la compassion quoi. Et ça fait tellement chaud au cœur, de voir que votre souffrance les atteint que du coup on se sent moins mal. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Mme G montre dans le deuxième paragraphe en quoi les paroles et les comportements des soignants peuvent réconforter et apaiser les souffrances. C'est rappeler à quel point la composante psychique induite par la maladie organique joue un rôle important dans le mal être du patient. La façon dont le soignant empathique agit est donc une thérapeutique en soi. *« Je suis convaincu qu'il y'a des médecins qui prennent leur temps qui communiquent les choses et prennent les gens en considération et les considèrent pas comme des bouts de viande [...] On peut tellement faire de bien avec quelques mots. » (Entretien n°6, Mr K).* Mais si les actes et les paroles peuvent influencer sur l'état de santé global dans un sens positif, l'on voit que l'inverse est possible. Mme G a ici affaire à des propos brutaux, à un pronostic annoncé sans tact. Bien que ses propos se veulent honnêtes, ils n'ont aucune vertu thérapeutique, car ils confrontent le patient au handicap voire à une mort certaine à courte échéance. Ces propos rendent un sentiment d'impuissance, car quoi qu'il se passera, le cancer sera l'épée de Damoclès qui rappellera au patient qu'il ne pourra plus jamais se projeter. Ils donnent le sentiment que l'autre n'a aucune estime pour elle, qu'elle n'est pas digne d'intérêt.

### **III) LA RELATION MARCHANDE**

Nous avons passé en revue au cours des deux chapitres précédents les différentes dimensions du lien patient-médecin au travers les attentes et les critiques des malades. La médecine a une composante technique indispensable dont les représentations psychosociales des patients peuvent différer de celles des médecins. Tout au long des consultations et à mesure de leur répétition se tisse une relation qui doit elle aussi respecter les exigences du patient. Cette relation n'est pas seulement une relation de soin bien que ce dernier soit au cœur de celle-ci. A cette composante

s'ajoute une dimension commerciale plus ou moins importante selon le patient et le médecin. Si l'on passe d'une logique de soin à une logique de marché l'on découvre de nouvelles attentes et par conséquent de nouvelles insatisfactions.

### **A) Le patient comme client**

*« Moi je suis pas une patiente patiente. Moi je vais chez le médecin, faut que ça aille vite c'est comme partout, c'est pas parce qu'on est chez le médecin qu'on doit trouver normal qu'il faut attendre des heures. "Ah mais tu sais si le médecin a pas du retard c'est que c'est pas un bon médecin." Non moi je regrette, c'est pas comme ça, ça c'est une excuse pour moi, c'est une excuse inventée par les médecins pour qu'on râle pas. Si on attend une heure dans la salle d'attente faut laisser tomber c'est que le médecin est pas efficace. Bon après si y'a beaucoup de monde c'est normal, mais quand y'a un petit peu de monde et que ça prend du temps ça c'est pas compréhensible. Un jour y'avait un monsieur là, son remplaçant. Ben il était dépassé, plus personne allait chez lui, rien que quand il y avait deux ou trois personnes ça prenait une heure avant de recevoir. Ben ça j'aime pas vous voyez. On a pas que ça à faire attendre la bas. Quand vous allez au restaurant, s'il y a trois personnes avant vous, vous attendez pas une heure sinon vous trouvez pas ça normal ben là c'est pareil c'est pas raisonnable.» (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Il est intéressant de voir ici la perception que le patient a de la relation avec son médecin et de la médecine. Dans ce modèle, le patient est un client et il n'a plus à être « patient ». « *On est client quand même.* ». Le médecin gère une entreprise qui fournit des services (ses conseils, son expertise, son examen physique, son diagnostic) et des biens (les ordonnances pour la passation d'examens complémentaires ou pour la délivrance d'un traitement). Le patient est vu ici comme un consommateur des produits et services de santé. La médecine est une prestation et le médecin devient un prestataire de service. Si l'on reprend ne serait-ce que l'exemple de la disponibilité du médecin, il ne s'agit plus d'une critique par le seul fait de l'équilibre de vie qui est bouleversé et que l'on souhaite restaurer au plus vite. Le patient critique ici la capacité du professionnel à fournir une prestation rapide qui n'est qu'une composante comme une autre de la qualité du service. Il existe ici une notion de performance et de proportionnalité dans la satisfaction : plus le service est rapide plus le patient est satisfait et inversement. Cependant l'on ne peut pas totalement superposer les demandes de services et biens de santé avec d'autres types de demande. « *Un jour en en ayant marre j'ai presque ordonné un scanner abdos au médecin traitant ! [...] On aurait dit qu'il me prenait pour quelqu'un qui veut tout et n'importe quoi. Comme si j'adorais les scanner abdo* (Entretien n°7, Mr D, 34 ans). Le patient n'exige pas un examen complémentaire comme il désirerait un plat savoureux, une nouvelle télévision ou encore une coiffure esthétique. Les

demandes restent issues de préoccupations anxieuses autour de l'état de santé et ne sont pas un simple désir émanant de la recherche de plaisir.

## **B) Le rapport qualité-prix**

*« Nous on a pas trop apprécié parce que quand on demande l'avis médical, vu qu'il fait une visite à domicile, 33 euros, bon et puis deux jours après on lui dit de repasser puisque son diagnostic apparemment doit être revu et on vous rapporte que ben il ne pourra pas venir [...] Il n'a pas vu qu'elle était déshydratée. Bon voilà pour voir chez une personne âgée il y a des signes hein, on pince un peu comme ça (signe du pli cutané).*

*— Donc il l'a pas fait ?*

*— Non, non, il a demandé 33 euros, bon la carte vitale et voilà quoi (rire moqueur) » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Mr P insiste à plusieurs reprises sur le fait qu'il a payé le tarif d'une visite à domicile. Le paiement donne sens à cette caractéristique marchande. Le patient, par l'argent qu'il donne au praticien, dispose d'une position légitime pour critiquer la qualité du service délivré. Les temps forts tels que décrits précédemment ne sont plus seulement des attentes basées sur les représentations du soin et de la relation médecin-patient, ils deviennent un service que l'on achète. L'insatisfaction est liée à l'inadéquation entre la qualité du service perçue et la qualité attendue pour le prix payé. On voit bien ici la dimension commerciale que prend la relation à travers les propos du patient : une prestation de faible qualité, mais dûment payée, se doit d'être corrigée. L'on peut comparer ceci à un service après-vente comme il en existe dans d'autres types de relations commerciales : le médecin a été payé alors que le diagnostic est "défectueux" ; Le minimum attendu consisterait à venir au domicile pour corriger ceci.

*« Ah non non il n'écoute pas, vous rentrez dans son cabinet, avant il m'auscultait comme il faut [...] et il prend l'argent vous inquiétez pas [...] Plus j'ai du monde plus ça rentre dans mon porte-monnaie. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Mme A voit ici le médecin comme un commerçant qui privilégie la rentabilité et donc la quantité de patient au détriment de la qualité. Il s'agit ici d'une exploitation dans le sens où la qualité de la prestation est faible et le prix élevé par rapport à ce qui est attendu. Nous pouvons alors utiliser le concept de rapport qualité-prix à la relation de soin, lui donnant ainsi une tonalité marchande. L'image d'un commerçant n'est pas forcément négative à condition que ce rapport soit d'un bon niveau. *« On peut faire du business et être compétent en médecine. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

**C) Les freins de la relation commerciale**

*« J'ai vraiment pas compris pourquoi il refusait de me prescrire cet examen, parce que au moins on aurait su si j'avais quelque chose ou pas, mais pour moi avant il faut faire les choses [...] Il m'a répondu que j'avais pas besoin d'IRM et que c'était des céphalées de tension, que c'était lié au stress et aux problèmes que j'avais vécus [...] Après à force d'insistance il me l'a prescrite l'IRM [...] Je pense qu'il s'est dit "je lui prescris son IRM au moins elle aura ce qu'elle veut et elle me foutra la paix". » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans, l 141)*

Nous pouvons voir que les patients rencontrent des freins dans leurs demandes. Il n'est pas toujours totalement accepté par le médecin que le patient puisse disposer de biens et de services à sa guise. Certaines demandes ne sont pas justifiées médicalement aux yeux du médecin. L'on assiste alors à deux phases. L'une dans laquelle le médecin explique les motifs de son désaccord et essaye de convaincre son malade du bienfondé de l'absence de réalisation du dit examen. Il s'agit ici d'une phase de négociation que le médecin s'efforce d'établir afin de freiner la consommation inutile. *« Il fallait toujours se justifier, marchander, et lui il était jamais d'accord, il discutait toujours ce qu'on demandait. Pour lui on avait pas à demander des choses pourtant normales [...] Il devrait changer un peu sa façon de faire parce que pour moi il va pas satisfaire les clients comme ça. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)* Il arrive que l'argumentaire ne suffise pas à convaincre. Le médecin peut alors céder à la demande de son malade comme c'est le cas pour Mme G. Son médecin abandonne les négociations et préfère prescrire ce que le patient demande même s'il n'en voit pas l'intérêt.

L'on voit ici que la relation se distingue du seul modèle marchand dans lequel il n'existerait pas de refus d'accéder à la demande du patient. Ici il n'existe aucun profit pour le médecin s'il accepte l'accès du patient aux différentes offres de santé de même qu'il ne présente aucune perte particulière s'il refuse. Le médecin joue ici un rôle de filtre et ce filtre est indépendant de toute considération financière.

*« Moi je n'ai pas le droit de dire "Docteur je veux que vous me prescriviez ça, ça et ça et pour tant de temps" [...] C'est de la responsabilité du médecin et je ne suis pas médecin et je ne me risquerai pas à faire de la médecine ou à donner au médecin des éléments qui puisse l'influencer dans ce que lui pense que je dois avoir. Ça ce n'est pas dans ma conception des choses, moi je fais confiance au médecin, c'est lui le professionnel [...] Je pense qu'il faut faire confiance au médecin et il y a trop de gens qui font de l'automédication et des choses comme ça et après on en paye le prix fort et ça je ne suis pas d'accord. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

**Résultats – Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin**

Ici c'est le patient lui-même qui est contre l'évolution de la relation médecin-malade vers une relation marchande. Pour lui il est inconcevable que le patient puisse choisir librement (totalement) les produits et services disponibles sur le marché. Le malade ne dispose pas d'un savoir suffisant pour se permettre d'exiger certains examens ou certains traitements et le libre choix du patient serait délétère pour sa santé. C'est au médecin qu'appartient cette responsabilité.

La relation médecin-malade présente donc des aspects de relation marchande (consumérisme pour le patient, recherche de profit pour le médecin, notion de rapport qualité-prix avec la tarification à l'acte), mais elle s'en distingue sur plusieurs aspects : consumérisme non motivé par une notion de plaisir mais plutôt par une notion de nécessité centrée sur les besoins, absence d'enjeu lucratif dans le fait pour le médecin de refuser ou d'accepter une demande de santé.



## **Partie 2 - Le médecin généraliste dans la société**

Cette partie se propose de décrire les mécanismes de l'insatisfaction du patient non plus à partir des représentations du soin mais plutôt à partir de celles du médecin généraliste. Le regard du patient ne porte plus ici sur la façon d'exercer, la technique ou la relation de soin mais sur la façon dont est représenté le médecin généraliste dans la société. Les attentes vis-à-vis des médecins sont en partie déterminées par le pouvoir et les caractéristiques qu'on lui accorde. L'insatisfaction peut porter sur une relation singulière lors de la confrontation entre le médecin tel qu'il est imaginé et le médecin tel qu'il est perçu. Mais elle peut aussi être généralisée en dehors de tout contexte d'une relation établie. Il n'existe alors pas ici de conflit proprement dit mais uniquement des considérations négatives générales sur les médecins généralistes pouvant d'ores et déjà menacer une relation potentielle.

### **I) LE CONFLIT ENTRE IDÉAL ET RÉEL**

#### **A) Rôle du médecin généraliste**

##### **1) La prise en charge holistique et personnalisée**

*« Même pas il te demande ce que tu fais dans la vie, ton alimentation, si tu fais du sport etc pour essayer d'expliquer les problèmes que tu as [...] Alors que normalement il doit tout connaître de son patient [...] Pour moi quand on va chez le généraliste il doit aller au-delà de ce qu'on lui dit, il doit bien connaître la personne pour savoir si elle est en bonne santé, faire des check up et corriger certaines choses s'il faut. »  
(Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Ces propos nous montrent comment les patients se représentent l'approche du médecin généraliste vis-à-vis des malades. Le médecin traitant est celui qui suit l'ensemble des problèmes de santé de ses patients. *« C'est lui qui est censé nous connaître le mieux. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans).* Il lui appartient de se renseigner sur l'histoire médicale et personnelle de son patient, sur sa façon de penser et de ressentir les choses. *« J'ai pensé qu'elle était nulle. La première visite j'ai quand même quarante ans, et là je pense qu'elle aurait dû me poser plus de questions, sur mes faiblesses, mes problèmes antérieurs, mais non. » (Entretien n°6, Mr K, 40 ans).* En ce sens l'approche des

problèmes de santé doit être holistique. De par l'approche diachronique des faits le médecin généraliste est censé disposer d'une approche plus perspicace des problèmes du patient. « *C'est important de connaître la personne enfant pour être efficace [...] J'attends du médecin qu'il s'adapte le plus possible à ma personnalité, donne des explications si j'en ai envie ou pas si ça m'intéresse pas, rassure si je suis inquiet etc.* » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans). De ces concepts en découlent deux autres : si les problèmes de santé ne sont plus des maladies isolées, seuls objets des sciences biomédicales, mais qu'ils s'intègrent dans la vie globale de l'individu alors elle prend nécessairement en compte le champ du psychique et celui du social. « *C'est aussi un travail un petit peu social c'est pas simplement prescrire des médicaments remboursés ou pas remboursés par la sécu, c'est un petit peu aussi de psychologie, du social.* » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans). En ce sens le soin devient global. D'autre part si la maladie est influencée par le récit de vie du malade et qu'elle l'influence en retour alors chaque prise en charge se doit d'être unique. La médecine est alors personnalisée.

Si le médecin généraliste dispose de cette particularité de prise en charge globale il doit néanmoins collaborer avec d'autres médecins car il n'est pas à même de régler tous les problèmes. Il s'agit plutôt de mettre en œuvre l'ensemble des moyens pour les résoudre. La facilitation est de degré variable selon les capacités d'adaptation du patient. Elle concerne tout d'abord le lieu : le patient ignore où il doit aller, vers qui il doit se tourner, et comment il peut le faire. Le médecin est censé avoir un carnet d'adresse vers qui il orientera le patient.

*« Donc elle me dit "bon, allez voir un chirurgien". Chirurgien, chirurgien ... bon ouf j'en connais un.*

*— Parce qu'elle vous en donne pas un.*

*— Non non non, elle vous donne rien. Surtout pas ... vous vous démerdez. » (Entretien n°6, Mr K, 40 ans)*

Deuxièmement la facilitation concerne l'aspect temporel : l'organisation d'un rendez-vous par le généraliste pour une prise en charge spécialisée par un confrère optimise le délai de prise en charge. Son influence est parfois surestimée avec la croyance que le médecin pourrait jouir de privilèges du fait de sa position.

*« Mon docteur c'est pas lui, c'est nous qui "faillions" appeler. C'est nous "qui fallait qu'on appelait chaque fois". On devait se débrouiller, des fois on nous disait "C'est dans un mois". On disait c'est urgent, on nous disait "Demandez à votre docteur" [...] Normalement avec un docteur il appelle et le lendemain, ou après-demain c'est bon. »  
(Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Nous avons déjà vu en quoi la résolution rapide des problèmes importait pour le malade. Le troisième rôle facilitateur tient du fait que le médecin est un traducteur : il retranscrit avec facilité des situations complexes dans un langage qui sera compris du corps médical. Ainsi toutes les difficultés du patient liées à la langue et à la culture se voient supprimées et ceci garantit la compréhension de son problème par le consultant. Le patient se retrouve souvent en terre inconnue lorsqu'il entre dans une filière de soin aux multiples intervenants. Il est donc attendu du médecin généraliste qu'il soit un interprète. C'est le cas de Mr P qui souhaite que son médecin s'occupe des démarches pour faire admettre sa mère (qui a une méningoencéphalite herpétique) aux urgences.

*« (en personnifiant le médecin pour lui faire dire ce qu'il attendait de lui) "Je pense qu'il y'a quelque chose qui nous a échappé, donc je vous conseille, d'ailleurs je vous fait la prescription pour l'entrée en urgences rapidement, ou le SAMU, je téléphone au SAMU et vous la rentrez dans l'heure". (puis interrompt le discours fictif du médecin pour manifester sa déception). La ça a été nous notre propre médecin, j'ai dû appeler ma sœur (qu'il estime plus compétente que lui car elle est auxiliaire de vie) pour lui relater les faits pour lui dire "je pense je ne sais pas mais elle a déconnecté elle a fait un AVC voilà qu'est-ce qu'on fait ?". "Ouh la la la la , si tu as constaté ça je viens je quitte le travail etc, et je m'en occupe je vais l'amener aux urgences.". Ma sœur a été obligée de quitter le travail alors que le médecin aurait pu passer. (puis personnifie de nouveau le médecin en évoquant le discours qu'il attendait de lui) "Puisque je n'arrive pas à mettre un nom par rapport à la fièvre, par rapport à ces analyses etc., je vous conseille, d'ailleurs je vais appeler le SAMU, Bla bla bla, bla bla bla" avec son jargon et ses belles paroles, "veuillez intervenir etc. etc" au moins on n'a pas à intervenir par le standard du SAMU où on nous pose des tas de question, au moins c'est le docteur qui appelle donc on fait confiance. Ça on aurait dit "tiens voilà il a fait les bonnes démarches". (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

## 2) L'image du médecin de famille

*« Les médecins traitants aujourd'hui c'est plus ce que c'était avant. Avant ils travaillaient beaucoup plus, et ils n'hésitaient pas à se déplacer comme aujourd'hui. Mon ancien médecin de famille, celui qui s'occupait de mes parents, je l'ai déjà vu venir la nuit à la maison quand ça n'allait pas [...] Ils étaient gentils et serviables. »  
(Entretien n°11, Mme B, 46 ans)*

L'accusation est ici portée contre les médecins généralistes qui pour la patiente ont rompu avec les valeurs traditionnelles du médecin de famille. Le médecin était autrefois dévoué à son métier et à ses patients, la médecine était en quelque sorte sacerdotale. Les profondes mutations de la médecine générale au cours des dernières décennies ont conduit à un mode d'exercice plus souple et les nouvelles générations ont tendance à porter plus d'attention dans l'équilibre de la vie professionnelle et de la vie privée. Ceci implique nécessairement des conséquences sur la disponibilité du médecin et l'insatisfaction ici correspond à celle que j'ai développée au premier chapitre. *« Il habite à trois cent mètres d'ici, il pourrait passer, au moins dire bonjour monsieur B ou un coup de téléphone. J'estime que ce n'est plus un médecin de famille. »* (Entretien n°2, Mr B, 71 ans). Ici il est toujours question du rapport que le médecin doit entretenir avec le patient mais la notion de dévouement sacerdotal s'efface au profit de celle de la proximité. Le terme de médecin de famille connote cette notion. Le généraliste est censé être une personne bienveillante avec un attachement fort aux individus qui l'ont choisi comme référent. Son implication dépasse le cadre privé mais ceci n'est plus interprété au sens de dévouement professionnel mais par le lien de proximité que celui-ci développe avec ses patients. Si ce lien est sincère et quasiment familial alors cela doit se ressentir dans les actes du médecin. C'est la rupture avec cette notion d'attachement qui est critiquée ici. L'insatisfaction naît du manque d'estime et d'intérêt du médecin pour son patient

*« Moi j'ai appris avec une amie qui était sa femme de ménage chez lui et elle gardait sa femme aussi. Ben elle m'en racontait des vertes et des pas mûres sur le docteur C [...] elle me disait "c'est vraiment pas un type fréquentable, il faut le fuir comme la peste". D'ailleurs c'est pour ça qu'elle a arrêté parce que déjà il la payait pas tout le temps [...] Dès fois elle était obligée de lui réclamer, de comment dire, lui rappeler qu'il fallait qu'il la paye parce que sinon c'était passé aux oubliettes comme on dit. Elle elle lui gardait sa femme qui est alcoolique, parfois elle restait des heures à la surveiller sur le canapé elle était inquiète, elle me disait-elle en peut plus elle en peut plus, que elle elle est pas là pour ça. Alors un jour elle me disait elle sort le chien, elle croise le père C comme elle l'appelle. Il lui fait une réflexion " Ah encore en train de vous prélasser", elle lui a dit "Vous croyez que je me prélasse quand je suis ici ?". Ah non ça la faisait pas rire hein. Et tout le temps c'était ça, un jour c'était pour la voiture, elle lui sortait sa dame. Et C il lui dit "j'espère que vous l'avez pas sorti avec ma voiture.". "Non Monsieur C" qu'elle lui dit, c'est avec ma voiture, rassurez-vous. Parce que le docteur C, lui il veut pas qu'on touche à sa voiture hein, je sais plus ce qu'il a comme marque mais c'est une belle marque hein attention faut pas y toucher. Mais de toute façon c'est ça lui, il prend les gens pour de la m\*, lui y'a que l'argent qui l'intéresse et quand il s'agit d'en donner ben il est radin comme un ... comme un ... comme un rat.*

— *Et vous prenez en compte les rumeurs dans votre jugement ?*

— *Ben je me dis qu'elle invente pas, et que c'est vraiment pas honorable. Pour*

*moi un médecin, il doit faire bonne image. Un type comme ça ça mérite même pas d'être médecin. Pour moi ça devrait pas exister. Déjà y'a qu'à voir l'état de son cabinet, ça en dit long sur le personnage.*

*— Qu'est-ce qui vous dérange dans l'état du cabinet ?*

*— Ben qu'il est dégueulasse, y'a pas à dire le contraire. Vous rentrez y'a de la terre partout, personne nettoie jamais, parce que là encore il veut pas payer de femme de ménage [...] mon amie au départ c'est elle qui s'occupait du ménage dans son cabinet, ben il comptait pas ça comme du travail pour lui ... alors il la payait pas. Moi je trouve pas ça honnête, il sait pas ce que ça représente de faire le ménage, toujours devoir se pencher comme ça. Lui il a la belle vie, les gens qui triment il connaît pas, il s'en fiche.*

*— Je me demandais ... en fait tout ceci [...] ça ne vous touche pas personnellement [...] Donc je me demandais en quoi ça pouvait contribuer à vous rendre pas satisfaite ?*

*— Parce que je trouve que ce qu'il fait, ce qu'il est, c'est pas bien, il ne donne pas une bonne image de lui.*

*— Et quel est le lien avec la qualité des soins pour vous ?*

*— Le lien avec la qualité des soins ? je ne sais pas ... Je me dis qu'un homme qui fait ça, ce n'est pas quelqu'un de fréquentable et qu'on peut pas avoir confiance en lui.*

*— Donc si je comprends bien, ce que vous entendez sur lui dans sa vie personnelle, si ça donne une mauvaise image, ça diminue la confiance que vous pouvez avoir en lui vis-à-vis des soins ?*

*— Tout à fait. Moi je pense qu'un médecin ça doit avoir une vie exemplaire, un homme comme ça ça en dit long sur sa qualité de médecin. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

Ici il n'est plus question du rapport au patient mais plutôt de l'image générale que le médecin véhicule dans la société dans laquelle il vit. Le médecin doit prouver son sens de la morale et du respect au quotidien, en tant que médecin et en tant que citoyen. Le médecin de famille doit être un homme bon dans son essence. Les actes sont soumis au jugement et ce qui relève du cadre privé présente son retentissement dans le cadre professionnel. Si le médecin trahit les qualités qu'on attend de lui alors il n'est pas digne d'exercer ce métier.

Ces propos montrent deux points essentiels : premièrement la limite floue entre la sphère privée du médecin et sa sphère professionnelle, chacune empiétant sur le territoire de l'autre. La tendance à la réduction des exigences de la sphère professionnelle au profit de la sphère privée a pu être critiquée par une partie des patients pointant la réduction de la disponibilité et le manque d'intérêt et d'attachement du médecin à l'égard des malades. Le deuxième point vient du fait que ces considérations sur la relation médecin-malade viennent marquer une différence notable avec le modèle marchand.

En aucun cas on ne viendrait avoir des attentes similaires (sur le dévouement et la proximité) envers un commerçant, d'un artisan, ou de tout autre professionnel dans l'activité repose essentiellement sur un modèle marchand.

### 3) De l'autorité intellectuelle à l'omniscience

Dans les deux chapitres précédents, le médecin pourrait être résumé comme un homme foncièrement bon et dévoué dont le rôle est d'avoir une attention globale pour les patients qui lui accordent leur confiance. Ceci concerne surtout la dimension relationnelle, le rapport à autrui. Le médecin doit aussi satisfaire à des exigences dans le domaine intellectuel et culturel. Le médecin est reconnu dans la société pour avoir fait de longues études qui ont la réputation d'être difficiles. De par ce fait, certains patients accordent d'emblée leur confiance en ce qu'ils pourraient considérer comme une autorité intellectuelle. *« J'ai quand même confiance en des gens qui font autant d'étude à la base. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans).* Le savoir et l'intellect sont parfois fantasmés avec l'appui des fictions du monde médical que la société donne à voir. Dans l'image fictive qui est parfois véhiculée, le savoir et l'intelligence du médecin sont sublimés. Le médecin atteint l'omniscience. *« On se demande, voilà est ce qu'il est calé pour suspecter genre une anomalie qui, voilà comme le docteur House. » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans).* Ce savoir doit s'entretenir car il est destiné à s'amenuiser avec le temps en l'absence de curiosité intellectuelle. Un médecin qui a une activité routinière et qui ne s'efforce pas d'accroître son niveau de connaissance et d'expérience deviendra progressivement incompetent. Il semble nécessaire pour les patients de s'ouvrir à l'inconnu et d'actualiser ses connaissances.

*« Il est devenu incompetent parce qu'il s'est trop isolé, qu'il est rentré dans une routine et des signaux qu'il aurait dû détecter il n'en a pas été capable [...] A l'époque il y'avait les groupes Balint, des médecins qui échangeaient à travers leur pratique etc. Je ne sais pas comment ça se passe aujourd'hui mais moi ça me paraît évident, moi dans ma pratique on échangeait et quand on ne savait pas on faisait des recherches ou on demandait l'avis de quelqu'un. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

## **B) Les profils dommageables**

### 1) Le médecin apathique et le médecin désinvesti

*« J'ai pas l'impression qu'il soit ravi de me voir débarquer dans sa salle d'attente [...] Je trouve que c'est important de compter pour le généraliste étant donné que tu es amené à le voir pour différents soucis [...] Le problème majeur était de ne me sentir pas pris au sérieux, d'avoir l'impression qu'il s'en fichait, que ça ne l'intéressait pas. J'attendais d'un généraliste un meilleur relationnel. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Certains patients ont été confrontés à des relations pesantes, désagréables, avec un médecin apathique. Ceci avait pour effet de donner le sentiment au patient que les problèmes qu'il présentait importaient peu au médecin. Cette impression repose sur les signes verbaux et non verbaux que le médecin laisse transparaître. Ici on voit comment la communication joue un rôle dans la perception d'être bien pris en charge. Ceci rejoint l'idée que le savoir-être joue un rôle important dans la qualité des soins ressentie et donc dans la satisfaction. Nous pouvons relier ce mode d'être du médecin à la qualité relationnelle du soin car il existe une subordination du second au premier : la dimension relationnelle est forcément conditionnée par la personnalité du médecin même si celui-ci peut jouer un rôle dans son exercice professionnel. L'insatisfaction est ici liée au manque d'intérêt ressenti dont l'interprétation se fait à partir des signaux de communication. Le médecin est ici apathique.

*« "Vous avez reçu les compte-rendu du professeur D ?" "Regardez les papiers que j'ai je ne sais pas, j'ai pas le temps de lire tout ça". Dire ça à son patient ce n'est pas rassurant [...] Il est en burn out, pense à ses voyages, ses visiteuses médicales [...] J'ai l'impression que c'est quelqu'un qui subit plus qu'autre chose son métier [...] C'est grave, c'est grave il faut en changer. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Ici nous constatons un autre aspect du mode d'être du médecin. Il ne s'agit pas du rapport direct qu'il entretient avec le patient mais du sentiment global vis-à-vis de sa profession. Le patient témoigne d'une perte d'intérêt du médecin pour son métier. La routine et l'épuisement professionnel ont conduit au manque d'investissement professionnel. Ici en plus d'un manque d'intérêt pour le patient, nous avons un abandon partiel dans le suivi des malade. Ceci conduit à un sentiment d'insécurité et donc à l'insatisfaction.

2) La volonté de toute-puissance

*« Quand je suis allé le voir mon médecin "tu te rappelles, dépressive tout ça, quand je te disais que ça n'avait rien à voir avec la dépression, ben c'était des calculs". J'ai dit "c'était des calculs qui étaient en train de me faire crever". Il me regarde et me dit "Oh ben j'aurais dû m'en douter" il me dit, "Chaque fois que je te faisais une prise de sang tu faisais de la lithiase" [...] Tout ça pour quoi ? Pour son orgueil personnel, pour se dire et se faire dire que c'était le meilleur alors qu'en vérité il n'arrivait à aucun résultat. Il était fier de lui en plus [...] Je le voyais, avant de partir de chez moi il faisait la roue comme un paon, il pensait qu'il était dieu le père, qu'il savait tout faire, tout résoudre. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Nous avons affaire ici à la façon de réagir du médecin lorsqu'il est confronté à son erreur diagnostique. Nous avons vu dans la première partie que l'erreur avait du mal à être acceptée par les patients lorsque de celle-ci découlaient des séquelles. Certains patients ont souhaité confronter le médecin à son échec afin de voir sa réaction. Ce cas montre une certaine volonté de la part du médecin de faire bonne figure et de minimiser son erreur. Ici le médecin, alors qu'il avait toujours soutenu que la patiente était dépressive, change son diagnostic en signifiant que celui-ci relevait de l'évidence. Il ne s'agit pas ici de biais rétrospectif mais plutôt d'une stratégie de défense pour ne pas avoir à assumer son erreur et se déresponsabiliser. Dans cette situation le médecin tente de maintenir l'image d'un médecin compétent et infaillible. *« Un médecin c'est très orgueilleux je pense, s'il trouve pas ce qu'on a il n'est plus tout haut placé et ça le met dans une situation terrible pour lui, il peut pas supporter ça, de pas être au-dessus de tout le monde. » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans).* Mais cette attitude ne se produit pas uniquement dans des situations non menaçantes a priori.

*« "Bon alors docteur je prévois une consultation en ORL" "Qu'est-ce que vous voulez aller voir un ORL !" Je l'ai regardé il a blanchi : "Docteur vous ne voulez pas que j'aille voir un ORL ?!" [...] Je n'étais pas satisfait de la position qu'il avait prise, c'est quelqu'un de très orgueilleux, très solitaire, qui n'accepte pas de travailler avec autrui. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Ici tout se passe comme si le médecin souhaite avoir le monopole. Le pouvoir du médecin se conçoit aisément de par l'asymétrie d'information. Maintenir cette asymétrie d'information, ne pas faire jouer la concurrence, ne pas permettre la comparaison c'est conserver ce pouvoir. Le ton employé ici par le médecin est paternaliste et s'oppose à l'évolution de la relation médecin-malade offrant au patient une certaine autonomie et du pouvoir.



L'insatisfaction a ici trait à la confrontation des pouvoirs et à la sensation que le médecin cherche à assouvir une certaine autorité sur le patient.

*« Il est orgueilleux comme un pou, ça se voit [...] Dans le quartier il se gare sans se soucier des autres, il vient occuper à lui seul trois places de parking et s'en fiche, c'est le personnage [...] Quand il arrive il faut voir l'air qu'il prend. Il est odieux envers les voisins, il y'a l'épicier à côté, bon si les oranges dépassent un peu sur le trottoir il pousse un coup de gueule [...] (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Le médecin étend parfois son idée de supériorité au-delà du cadre de l'exercice professionnel avec une mise en avant arrogante de lui-même. Les raisons invoquées à un tel comportement sont de deux ordres : le statut de médecin et l'image prestigieuse dont il peut jouir par la longueur des études et par la rémunération conduit le médecin à penser qu'il appartiendrait à une caste supérieure. *« Je pense qu'il y a beaucoup de médecins arrogants et méprisants. Ils gagnent plus alors ils sont fiers et ceux qui gagnent pas beaucoup ils font pas un compte avec eux [...] Tout ça parce qu'il a fait beaucoup d'études, qu'il s'habille bien, costume cravate, qu'il a la grosse voiture. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans).*

Une hypothèse alternative mais pas incompatible vient s'ajouter : le statut le permet mais le fait de manifester une telle arrogance vient en fait d'un problème d'égo et de manque de compétences. *« C'est une façon dérivée de masquer son incompetence. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans).*

Faisant abstraction des généralisations hâtives, ce que l'on observe ici traduit les transformations du rapport du patient au médecin dans la société contemporaine. Les patients font références à un médecin souverain, et dont la toute-puissance et la supériorité hiérarchique s'impose au-delà de la sphère professionnelle. Ceci complète ce que je disais précédemment : nous avons vu que les qualités humaines personnelles et l'attitude du médecin dans sa sphère privée influence la façon de percevoir le médecin. Ici nous voyons comment le statut de médecin influence la façon de percevoir la personne en tant que citoyen. Il y a à travers le statut de médecin une influence de la sphère privée sur la sphère professionnelle et réciproquement.

Mais ce que nous remarquons c'est que le médecin ne jouit plus dans la culture de ce statut prestigieux, lui donnant l'immunité qu'il connaissait autrefois. Un médecin qui jouerait un tel rôle aujourd'hui, verrait son attitude interprétée comme une mise en avant arrogante de lui-même. Ceci ne suscite que le mépris et la défiance.

## **II) L'IMAGE NÉGATIVE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Les chapitres précédents montraient que l'insatisfaction du patient vis-à-vis de son médecin généraliste provenait essentiellement d'un mécanisme comparatif : les faits réels que donnent à voir le médecin sont constamment soumis à la comparaison avec l'image à laquelle il se doit de correspondre. L'insatisfaction apparaît lorsque les divergences sont trop grandes entre l'imaginaire (l'attendu) et le réel. Le médecin n'est pas un bon médecin, voire n'est pas digne d'être médecin aux yeux du patient. Mais l'insatisfaction peut ne pas tirer ses racines de ce mécanisme comparatif. Elle peut être assise sur les représentations du corps médical et de son influence dans la société.

Autrement dit l'insatisfaction n'est plus l'issue d'une relation singulière mais existe sous formes de considérations négatives en dehors de tout lien concret particulier. Il ne s'agit plus ici de parler d'une relation entre un médecin et son patient mais d'approcher la nature et l'origine de ces considérations négatives sur le corps médical.

### **A) Conditionnement par l'expérience et subjectivisme**

*« Dans le sud Aveyron les bons médecins sont rares, parce que des clampins y'en a un paquet hein, y'en a un "moulon" hein [...] J'ai passé toute une vie j'en ai pas trouvé un. Pourtant c'est long une vie. Et j'en ai croisé pelleteuse, mais pas trouvé. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

D'un petit nombre de cas non satisfaisants, la patiente en fait une [généralisation abusive](#) sur la façon de fonctionner et d'être du corps médical. Bien qu'il s'agisse de paralogismes et de préjugés, ceci traduit les expériences négatives que la patiente a eu des médecins.

*« "Au jour d'aujourd'hui" c'est ça un docteur. Vous l'appellez en espérant un miracle, qu'il va vous écouter, qu'il fera pas pareil que les autres ... c'est un rêve, c'est un rêve, et ça reste un rêve je crois que ça va rester un rêve toujours [...] Se rendre compte comme ça au dernier moment qu'ils ont laissé mourir un patient comme ça et qu'ils s'en foutent par-dessus le marché [...] Dix minutes plus tard ils vous ont oublié déjà, ils sont passés à autre chose, ils s'en foutent. De toute façon pour eux on est des tas de viande. [...] ça vit c'est bien ça vit pas tant pis. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

L'on ressent ici toute l'amertume et le fatalisme dans les propos de cette patiente. Mais il nous semble que ceci ne se limitait pas au jugement des médecins. Le contexte ici est celui d'une

patiente en phase terminale d'un cancer. Je l'avais interrogée alors qu'elle était en soins palliatifs. Le discours qui était tenu laissait l'impression d'une vie triste, faite de nombreuses déceptions et d'absence d'épanouissement personnel.

*« Voilà, elle est belle la vie hein [...] je suis née comme ça, j'ai vraiment pas eu de chance, jamais [...] Toute ma vie était faite de ça. De rêves que j'ai fait qui n'aurait jamais pu être réalisés. C'est lamentable, c'est lamentable [...] Moi je crois que j'ai eu affaire à des gens qui n'étaient pas capable d'être comme moi. Honnête, droit, loyal et avec une attitude respectable, tout simplement. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Ce que nous retenons ici sur le jugement des médecins, c'est qu'il existe nécessairement une comparaison pour pouvoir établir de tels propos généralistes. L'insatisfaction repose sur la perception de la qualité des soins et de la relation avec le médecin et celle-ci est établie grâce à un procédé comparatif. Nous retrouvons ce processus comparatif chez Monsieur L.

*« C'est pas si rare des histoires sur des généralistes qui passent à côté des choses graves. Moi dans ma famille avec un médecin généraliste, son incompétence ça a conduit à la mort de mon cousin [...] ce mec là il mériterait de plus exercer, et de faire de la prison[ [...] ça a marqué toute la famille cette histoire [...] A partir de ce jour-là je suis devenu méfiant et les conneries des uns et l'incompétence des autres m'ont confortées dans l'idée qu'il faut rester vigilant. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Du vécu douloureux des conséquences d'une erreur diagnostique se construit la méfiance et la généralisation qui sont venues conditionner les relations ultérieures avec les médecins généralistes. Ces raisonnements inductifs reposant sur un conditionnement négatifs sont fréquents et ont un but protecteur. Cette expérience négative de la mort de son cousin a favorisé un recours le moins fréquent possible au médecin généraliste, avec un patient souhaitant s'informer avant tout et régler la plupart de ses problèmes de santé seul s'il le peut. Les attentes de ce patient sont faibles. Il n'y a donc pas que la perception qui est conditionnée par l'expérience mais aussi les attentes que le patient aura vis-à-vis du médecin. Cependant à ceci j'objecte que les besoins de ce patient sont faibles également et ceci biaise son raisonnement. La conclusion de l'inutilité du médecin généraliste repose en grande partie sur ces faibles besoins.

*« Tu vas chez un généraliste, t'as un rhume c'est DOLIPRANE®, t'as un mal de gorge c'est DOLIPRANE® et puis au final ça passe tout seul et il a rien fait de miraculeux. Et en dehors de ça ben le généraliste il voit pas grand-chose, il fait pas de la vraie médecine quoi. »*

- *D'accord. Après toi peut être que tu n'as pas d'autres problèmes de santé non ?*
- *Ben j'ai eu quelques problèmes de dos mais après non j'ai jamais eu rien de grave. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Il arrive que les généralisations soient effectuées à partir de la propre façon de vivre et de penser du patient et alors elles sont appliquées au corps médical.

*« Je me dis qu'un généraliste de trente ou quarante ans doit avoir plus faim et va donc faire son travail rapidement, sans perdre de temps à se former. Je ne critique pas c'est le même problème chez les profs. Moi là au bout de douze ans je fais plus grand chose. C'est pareil partout [...] Je pense que c'est un blasé, et que tout le monde devient blasé avec l'âge. C'est une carrière usante. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Pour Mr D les médecins généralistes deviennent incompetents au fur et à mesure de leur carrière par manque de formation. Ces derniers ne peuvent se former de façon continue par manque de temps et d'envie. Cet argument est donné avec un certain [subjectivisme](#) : il s'agit d'une extrapolation de ce que le patient connaît pour lui-même.

Les deux points précédents montrent deux choses sur lesquelles je conclurai ce chapitre : le jugement des patients se fait à partir des expériences subjectives et leurs attentes sont relatives.

## **B) L'effet des inégalités de revenus**

*« Ah non non il n'écoute pas, vous rentrez dans son cabinet, avant il m'auscultait comme il faut [...] et il prend l'argent vous inquiétez pas [...] Plus j'ai du monde plus ça rentre dans mon porte-monnaie. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Au cours des entretiens, certains patients commençaient par exprimer leur mécontentement vis-à-vis du peu de temps et du manque d'intérêt qui leur était consacré. Dans un deuxième temps, la juxtaposition des plaintes aboutissait à critiquer les revenus des médecins généralistes. Cette juxtaposition d'idées n'est pas anodine puisque pour les patients il existe un lien de causalité : si la durée de consultation est faible c'est pour permettre l'obtention d'une meilleure rémunération. *« Du moment qu'ils gagnent leur fric comme ils doivent le gagner, parce que la première chose qu'ils font c'est vous demander la carte vitale pour histoire d'être sûr d'être payés [...] Pour moi c'est des machines à sous, c'est tout. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans).* Le ton employé pour ces propos révélait la critique adressée ici : la recherche d'un profit financier. Quelles explications donner à la critique de cette fin en soi ? L'on peut se demander l'intérêt d'une telle objection

d'autant que celle-ci n'a a priori aucune conséquence particulière sur le patient à condition on l'a vu que la qualité attendue des soins ne soit pas modifiée. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans une relation marchande, le paiement s'effectue toujours au dernier moment et ici la patiente critique le fait que le médecin s'assure d'être payé avant même d'avoir rempli son rôle, ce qui est assez atypique. Ici cela donne l'impression que l'intérêt de la patiente passe au second plan d'où l'insatisfaction. Mais mon hypothèse n'explique que partiellement l'insatisfaction si on prend le propos suivant.

*« Non ça de toute façon tous sont intéressés par l'argent, c'est fini le temps ou on donnait une poule, un coq, ça faut pas rêver. Maintenant c'est le pognon, le pognon, le pognon [...] Avant le médecin il travaillait par charité. Maintenant le médecin il travaille pour l'argent. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Nous avons l'impression ici que la recherche du profit vient souiller l'image du médecin et celle de la relation. Le médecin est censé être dévoué et bienveillant. Il se doit aussi d'être désintéressé des profits financiers. C'est le soin qu'il peut apporter à sa population malade qui doit être sa principale motivation. L'insatisfaction naîtrait de la trahison des valeurs prêtées au médecin généraliste (et donc bien du conflit entre image fantasmée et image réelle). Mais si ceci est le fait, nous n'en avons toujours pas son explication car elle ne dit pas en quoi le patient est personnellement impliqué dans cet état des choses.

*« Le type il va passer un quart d'heure sur moi, il va gagner 25 euros ou 26 je sais pas. A la fin du mois en ayant passé un quart d'heure par personne si on réfléchit bien, dans une heure il y a quatre quarts d'heure. Donc dans une heure il a gagné 100 boules, alors qu'une femme de ménage en une heure elle a gagné 8 euros. Du mépris il y a pas grand-chose d'autre que du mépris, surtout quand ils sont aussi nuls... » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Cette situation est assez éclairante pour rendre compte d'autres mécanismes que le manque d'intérêt pour le patient. La patiente prend à titre de comparaison le revenu du médecin par rapport à celui d'une femme de ménage. A priori nous ne voyons pas pourquoi l'on pourrait s'adonner à une telle comparaison mais je rappelle que la patiente elle-même a été femme de ménage.

*« Mon médecin sa consultation ça va durer quoi dix minutes maximum et au final on peut pas vraiment dire qu'il se creuse la tête. Il est bien loti franchement, ça lui fait 120 euros de l'heure, si on calcule un peu à la fin de la journée il a gagné 1000 euros faut pas déconner. Après on les entend se plaindre dans la rue et faire grève pour gagner plus d'argent alors qu'ils ont un salaire qui va dépasser 20 000 euros par*

*mois ? [...] Ce qui me dérange c'est qu'ils pensent qu'à eux et regardent pas autour d'eux ce qui existe. Moi je bosse beaucoup, je travaille la nuit et je gagne le SMIC et je pense que c'est plus contraignant que tout le temps voir des grippes ou autres et écrire sur du papier du Doliprane, de l'aspirine ou autre... Y'en a qui ont pas de travail et qui galèrent faut voir la réalité en face et pas être dans son monde à tout le temps se plaindre. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Si l'on regarde le niveau socioprofessionnel des patients dans le [tableau 1](#), seuls les patients de la classe populaire ou moyenne ont manifesté des considérations négatives sur les revenus des médecins généralistes. Il s'agit des patients interrogés au cours des entretiens n°5 (femme de ménage), n°8 (femme au foyer), et n°9 (serveur dans la restauration). Ceci n'a rien de statistiquement robuste sur un échantillon aussi faible mais est tout de même éclairant. Les critiques portent sur le revenu des médecins généralistes bien que nous voyons ici qu'il existe une certaine méconnaissance du fonctionnement des professions libérales et que ces sommes sont surestimées. A chaque fois que les patients exprimaient leur insatisfaction dans ce domaine, celle-ci était toujours appuyée sur la comparaison avec leur propre revenu. Tous ont fait référence à leur propre condition économique, à leurs difficultés et au contexte de crise actuelle. Les propos précédents montrent que les patients aspireraient à des revenus basés sur la pénibilité du travail et que la différence entre les revenus estimés d'un médecin généraliste et leur propre revenu ne devrait pas être aussi grande.

*« Moi je vais vous dire hein, le docteur A, il est plein aux as. Il soigne des gens pauvres, qui ont que la misère dans leur monde, mais lui peu importe hein, il fait aucun cas avec ça. Lui c'est la belle vie, il a sa bagnole décapotable, sa grande maison avec piscine, ses enfants qui font médecine parce qu'il a les moyens de payer les études [...] C'est pas normal monsieur [...] Vous trouvez normal d'avoir tout cet argent, ça sert à quoi, alors que tous les gens qu'il voit sont dans la misère. C'est pas normal. Je dis pas qu'il doit gagner comme les autres, il a fait des études longues, difficiles, c'est normal qu'il gagne un peu plus. Mais là quand même c'est pas normal. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

S'il existe de la colère, c'est parce que la société est faite d'injustices et d'inégalités, que certains jouissent des plaisirs de leur situation économique aisée alors que d'autres n'ont pas cette chance. Ceci renvoie chez ces patients à la précarité de leur condition économique et sociale, et aux risques de pérennisation voire d'aggravation de cette situation. Ce sont donc les inégalités et l'écho à la situation difficile que connaissent ces personnes qui créent cette insatisfaction. Médecins et patients ont donc des visions opposées sur les revenus du corps médical. Les premiers ne cessent de revendiquer une revalorisation de leur revenu, les seconds s'opposant fortement à ceci en raison

du phénomène d'accroissement des inégalités et des risques anticipés en matière de prise en charge sociale des soins.

*« Qui paye ça Monsieur ? C'est la sécurité sociale Monsieur. Après on dit que la sécurité sociale est endettée, ben quand on voit le docteur A on comprend pourquoi. Après c'est qui qui paye ça, ben c'est les patients. Parce que après on va dire on rembourse plus ça. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

### **C) Le médecin généraliste, parent pauvre du corps médical**

*« J'ai plutôt une mauvaise image des généralistes. Ils peuvent pas avoir plus de compétences que les spécialistes donc ils sont là pour faire économiser des sous à la sécu parce qu'ils ont quand même fait des études, mais quand il y a un réel problème ils vont être vite dépassés et vont devoir orienter. Je ne les vois pas du tout comme des sauveurs. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Ce qui en émane ici c'est que le médecin généraliste ne semble pas se voir reconnaître de compétences particulières. Tout ce qu'il sait et peut pratiquer dans un domaine, le spécialiste peut le faire également. D'autre part il n'est mentionné à aucun moment que le médecin généraliste pourrait disposer de connaissances dans son propre domaine qu'aucun autre spécialiste ne connaîtrait. Le généraliste serait donc irrémédiablement moins compétent qu'un spécialiste donné et est donc le parent pauvre du corps médical. Les raisons avancées sont multiples.

*« J'ai une amie qui est en médecine donc je sais un peu comment ça se passe. Elle, elle est ORL. Elle a passé le concours pour être spécialiste et elle me disait qu'elle avait un travail énorme et que ce sont les meilleurs qui deviennent spécialistes. Les généralistes c'est un peu les derniers du concours en général d'après ce qu'elle m'a dit. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Premièrement les études semblent plus prestigieuses pour le spécialiste et les patients savent que celles-ci sont plus longues ce qui vient conforter la complexité du rôle du spécialiste. Deuxièmement l'autorité du spécialiste dans son domaine tient au fait que ce dernier étudie un domaine plus restreint de façon plus approfondie. Ses connaissances sont donc plus pointues.

*« Plus le temps avance plus le généraliste doit manquer de connaissance et oriente de plus en plus vite chez le spécialiste. En tout cas c'est ce que je pense. Tu peux pas constamment être à la page dans tous les domaines de la médecine. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans).* Le médecin généraliste est pour Mr D destiné à perdre irrémédiablement ses connaissances et à devenir de moins en moins

compétent au fur et à mesure que les savoirs évoluent car les connaissances progressent plus vite que le médecin généraliste ne peut les rattraper. Les deux patients soulignent quand même son rôle économique dans le système de soin car c'est lui qui va permettre de réguler les dépenses de santé et d'orienter les patients dans le parcours de soin.

*« Comment tu imagines un monde sans médecin généraliste ? [...]*

*— Je pense quand même qu'il en faut, parce que y a des personnes elles ont besoin d'avoir un médecin proche qui sache faire quelques petits trucs. On peut pas tous aller voir un spécialiste, déjà il faut trois mois d'attente pour certain pour avoir un rendez-vous. [...] Comme je t'ai dit je pense qu'il y a des bons généralistes. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

J'objecte le fait que ces deux patients, n'avaient aucun problème de santé et n'avaient jusque-là consulté des médecins généralistes que pour des problèmes mineurs. Leur jugement était justement que les compétences du médecin généraliste s'arrêtaient à ces cas peu complexes. Il s'agit encore ici d'une induction dans un contexte favorisant.



## **Partie 3 - La relation conflictuelle et son évolution**

### **I) LE CHOIX DU MÉDECIN**

*« Avant c'était son père qui était mon médecin traitant, puis il est parti à la retraite et j'ai pris son fils qui a repris le même cabinet et donc j'étais suivie par lui. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Au cours de mes entretiens il est apparu que le choix du médecin comme médecin traitant semblait davantage relever de conditions matérielles et contextuelles que d'une relation éprouvée. *« J'ai pas choisi réellement, j'ai pris le premier du village qui a été disponible quand j'ai eu besoin de lui la première fois pour Maxence je crois. » (Entretien n°7, MR D, 34 ans)*

Il s'agissait d'un choix parfois établi sur des critères de proximité du domicile. *« Quand on a acheté cette maison en 1984, il s'est installé juste à côté on ne le connaissait pas. Donc on l'a pris pour ça. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*. Parfois le choix relevait de la disponibilité sur une plage horaire compatible avec l'activité du patient. *« Lui il ouvre tôt, on peut aller dès sept heures du matin donc s'il y a un problème il y a moins de monde tôt le matin, parce que moi je n'aime pas attendre. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*. Certains patients choisissaient aussi le médecin du fait qu'un membre de la famille l'avait choisi. *« Ben c'était le médecin de ma mère. Et comme j'habite un petit village c'est le médecin du village aussi donc c'était le côté pratique parce que c'est bien d'avoir le médecin juste à côté de chez soi. » (Entretien n°4, Mme C, 42 ans)*. D'autres choisissent d'accorder leur confiance sur les propos positifs qu'ils ont entendus à propos de ce médecin. *« C'était le seul soi-disant bon médecin du canton. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*.

Au départ il s'agit donc de deux inconnus se choisissant mutuellement pour des raisons contextuelles avec une bonne impression au départ. Mais la relation n'étant pas encore éprouvée c'est seulement par la suite que les divergences d'opinion et les frustrations se révèlent. Malgré le conflit naissant et persistant, la plupart des relations perdurent avant de devenir critique.

## **II) DE LA NAISSANCE DU CONFLIT À SA RÉOLUTION**

### **A) Le phénomène de latence**

*« Au départ je l'ai dit, je suis rentré ma fille elle a vu que ça n'allait pas et j'ai dit « je vais changer de docteur ». Et puis au final le temps passe et puis on se dit bon ben tant pis on verra ça une autre fois et puis voilà quoi ... » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

Pour la plupart des patients, malgré la relation conflictuelle et l'insatisfaction patente, il n'existait aucune réaction favorisant le changement et ce pendant plusieurs mois voire plusieurs années.

*« Depuis quand [...] vous vous êtes commencé à dire que cela risquait de représenter un frein dans une prise en charge adaptée de vos problèmes de santé ?*

*— Depuis pas mal de temps, depuis ma maladie ça fait trois ans maintenant. Avant un peu déjà mais pas à ce point. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Deux patients n'ont pas été concernés par cette latence. Mr K de l'entretien n°6 qui avait le sarcome et de Mr L de l'entretien n°9 ont rompu le contact avec leur médecin traitant dans le mois qui a suivi l'insatisfaction. Il n'existait pas de consultation régulière et leur propos soulignent l'absence d'attachement particulier à leur médecin. Chez ceux qui ont rompu leur relation, les raisons pour lesquelles ils ont tardé à rompre étaient les mêmes que chez ceux qui n'ont pas changé de médecin. Je vais donc décrire les facteurs qui contribuent à ce phénomène de latence. Par la suite j'analyserai les raisons des ruptures.

#### **1) Les freins matériels au changement**

*« Ah j'aurais aimé rester dans le Gard pour l'avoir comme docteur mais ça fait trop loin là où elle est. Je suis un petit peu loin d'elle. Il faudrait plus d'une heure de route pour aller la voir. Ça fait trop. Tant pis. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Dans un certain nombre de cas le patient insatisfait ne changeait pas de médecin alors qu'il y avait pensé et ceci pour des raisons contextuelles et matérielles. Ces patients attachaient parfois beaucoup d'importance au confort de la proximité du cabinet par rapport au domicile ou aux horaires compatibles avec l'activité du patient. *« Je n'ai pas changé pour une raison : il est ouvert le matin en libre consultation. Et je ne bosse pas le matin et c'est à côté. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Certains freins relevaient parfois de l'imaginaire.

*« Je me dis que dans la même ville et sûrement même au-delà ils se connaissent [...] Je m'étais dit si je vais voir un autre généraliste pour le ventre et qu'il trouve pas il va rappeler l'autre [...] Je pensais qu'il y avait marqué des trucs autre que médical, style le mec est chiant ... ou malade imaginaire dans mon cas. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

Ici il est supposé que le changement de médecin aurait fait l'objet d'une vengeance de sa part. Le pouvoir qui lui était apprêté était parfois surestimé. La crainte qui revenait souvent était celle d'une solidarité entre médecin qui serait en défaveur du patient.

*« Je me suis dit que ça reviendrait au même parce que si j'avais changé de médecin, il aurait contacté mon médecin traitant pour avoir le dossier et il lui aurait dit "fais attention elle est comme ça" (geste rotatif de la main pour signifier qu'elle est folle). Vous savez les médecins entre eux ils sont solidaires, copains comme cochon, on ne dit pas le contraire de ce que celui d'avant ça se fait pas, alors c'est pas la peine. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Enfin nous voyons que la méconnaissance de la loi est parfois en défaveur du patient.

*« Ben parce que c'était mon médecin traitant, et y avait cette loi à la con qu'il fallait passer par un médecin généraliste. Donc c'est cette loi à la con, j'ai eu tort parce que au final même si j'avais pas été remboursé correctement j'aurai dû.*  
— *Vous savez la loi autorise le changement de médecin.*  
— *Et oui mais à l'époque je ne savais pas.*  
— *Si vous aviez su vous auriez changé ?*  
— *Oui. » (Entretien n°6, Mr K, 40 ans)*

## 2) La résistance au changement

*« Vous savez je suis quelqu'un qui n'aime pas changer, ni de femme, une et unique, s'il fallait vendre ma maison ça me rendrait malade. On va toujours aux mêmes endroits, c'est comme ça je n'aime pas les changements. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

La relation médecin-patient est un investissement dans lequel le patient a ses habitudes. Briser la relation c'est quitter ses repères et rompre avec l'équilibre établi. Lorsque le patient imagine la rupture, il se confronte à l'incertitude et à un nouveau travail d'investissement pour lequel il ne peut pas mesurer le bénéfice. *« J'y ai pensé (à changer), j'y ai pensé, mais bon après c'est encore*

### **Résultats – Partie 3 – La relation conflictuelle et son évolution**

*raconter la même chose, et puis moi je sais pas ou aller, je sais pas si je vais trouver quelqu'un forcément meilleur que lui. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans).* La plupart des patients exprimaient le fait qu'ils ne pouvaient rompre du fait de l'absence de certitude d'avoir une situation meilleure. D'autre part il existe une certaine dépendance au médecin du fait de l'état de santé amoindri. Cette peur de l'inconnu et la dépendance à un médecin tend à conforter le malade dans l'idée de gérer le conflit plutôt que de rompre. C'est ce qu'on appelle la résistance au changement. *« Je ne voulais pas changer car je suis habituée à lui. Voir un jeune je ne sais pas ce que ça va donner je ne l'ai vu qu'une fois. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans).*

#### 3) Attachement et fidélité

*« Je discutais beaucoup à chaque consultation, j'ai raconté beaucoup ma vie, et puis elle me posait beaucoup de questions, elle connaissait beaucoup ma vie. » (Entretien n°4, Mme C, 42 ans)*

La relation est souvent tissée depuis plusieurs années. Le malade a pu partager par la parole des moments intimes de sa vie. Le médecin devient l'objet d'une grande confiance et le patient reconnaît dans la relation un attachement qui va au-delà du cadre professionnel, au-delà du simple souhait de conserver un bon technicien. *« On se connaissait tellement on se tutoyait, on avait un dialogue autre que médical quand on connaît quelqu'un bien. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans).* Une proximité s'est installée, le médecin devient un ami, un confident, un membre de la famille. Cet attachement constitue aussi l'une des limites à la rupture.

*« Pourquoi l'avoir gardé comme médecin ?  
— Ah ben écoutez on a un bon contact, c'est un peu comme un membre de la famille, depuis tout petit il nous suit. » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Le lien est pensé comme mutuel et de la conscience de cette réciprocité découle aussi une notion de fidélité. *« Je n'aime pas faire des démarches à l'insu de monsieur L. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans).* Il s'agit en quelque sorte d'un contrat moral qui prend forme dans la déclaration du médecin traitant. Elle lie aussi bien le médecin à son patient que le patient à son médecin. *« Quand tu acceptes un patient pour moi c'est une sorte de contrat quand t'es médecin traitant. C'est aussi pour ça que je ne l'ai pas cassé car il m'a accepté. Mais si tu acceptes, tu fais correctement ton travail et t'investis. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans).* L'on retrouve cette notion à travers les propos de certains patients, qui bien qu'insatisfait se sentaient coupables de consulter un autre médecin.

### **Résultats – Partie 3 – La relation conflictuelle et son évolution**

Il existait un certain besoin de justifier ce changement, comme si le contrat moral avait été trahi.

« *Et mon ancien docteur il faudra que je dise quelque chose (En parlant de la rupture qu'elle envisage).* » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)

« *Malgré les accrocs qu'on peut avoir je l'aime bien, j'ai confiance en lui, il m'a bien soigné quand j'étais dépressive et ça je lui en serais toujours reconnaissante.* » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans)

Puisqu'il existe un attachement l'on retrouve dans les propos des patients de l'ambivalence. Beaucoup préféreraient conserver leur médecin et ont de l'espoir que la situation change en mettant à plat le conflit. La rupture a déjà été envisagée par moment mais du fait de cette ambivalence, il existe un statu quo.

« *On s'est dit il faut changer de docteur. Il fait que se tromper [...] Voilà pendant un certain temps, on ne faisait plus appel au docteur on l'avait un peu boudé on va dire [...] Voilà, après c'est sûr on l'a repris, non pas par nostalgie mais bon parce que la crise est passée, on espère que ça va pas se renouveler.* » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)

Les arguments portés sont parfois des références aux événements positifs antérieurs et à l'image qu'avait le patient de son médecin dans le passé. « *A l'époque quand j'étais malade des nerfs, je me suis ouvert les veines il était là de suite.* » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)

Il peut aussi y avoir le cumul de situations positives qui mettent en balance les situations négatives, et c'est de cette balance que naît l'ambivalence. « *Je me suis dit qu'il devait être dans un mauvais jour et que j'avais dû l'agacer, on fait tous des erreurs, on peut pas être au top tout le temps. Alors j'ai décidé de continuer avec lui, y a des jours avec, y a des jours sans, que voulez-vous c'est la vie.* »

Cette dernière se fait ressentir à travers les paradoxes issus des propos de Mme A : les premiers propos étant des arguments contre le médecin et justifiant l'insatisfaction, les seconds en contrariété logique avec les premiers valorisent et justifient l'attitude du médecin.

« Vous pensez qu'il devrait prendre plus de temps avec vous ?

— Ben oui, pour écouter, pour ausculter et tout [...] Il fait comme d'habitude, regarde l'ordi, bon allez ça y'est toi t'as pas grand-chose tu peux partir [...]

« C'est un bon médecin quand même. Il a son ordinateur il sait ce que je dois prendre il a pas besoin de m'écouter. »

Cet attachement conduit le patient à avoir une certaine tolérance vis-à-vis des erreurs et à accorder son pardon. « Je lui ai retraduit ma confiance en quelque sorte mon pardon, car j'ai demandé à ce qu'il soit mon médecin pour l'hospitalisation à domicile. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans).

## **B) La perte de confiance**

« Pendant 14 ans on s'est disputés parce qu'il voulait me mettre sous antidépresseur et il n'en a pas démordu. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)

L'un des effets de l'insatisfaction est la transformation de la relation sur un mode conflictuel. Celui-ci est plus ou moins manifeste selon la façon dont le patient exprime son mécontentement. Certains patients témoignaient de leur insatisfaction dans le but de conduire à un changement. C'était le cas pour les relations avec un attachement fort pour le médecin. Mais le conflit est parfois cristallisé, chacun des acteurs conserve et défend son point de vue et aucun changement n'est opéré.

« Vous avez le sentiment de ne pas être écoutée, vous lui en avez parlé ?

— Oui plus d'une fois mais ça n'a rien changé. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)

L'insatisfaction conduit à ce que les patients désignent comme une perte de confiance. Ceci a plusieurs sens.

« Moi dans ma famille avec un médecin généraliste, son incompétence ça a conduit à la mort de mon cousin [...] A partir de ce jour-là je suis devenu méfiant et les conneries des uns et l'incompétence des autres m'ont confortées dans l'idée qu'il faut rester vigilant [...]

— Est-ce que tu vas vérifier l'information à chaque fois que tu verras un généraliste ?

— Oui, avant d'aller le voir je cherche sur internet, et après quand il m'a dit j'ai ça ou ça, ben je vais vérifier [...]

— Et si un généraliste te montre qu'il est compétent [...] alors tu ferais confiance

### **Résultats – Partie 3 – La relation conflictuelle et son évolution**

*au point de plus chercher ? [...] Ben ouais, si avec le temps il me montre qu'il est sérieux qu'il est compétent ouais je lui ferai confiance. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Premièrement la confiance est en lien avec les compétences professionnelles. Elle correspond au sentiment de sécurité que le patient peut éprouver avec son médecin. Elle se traduit par un lâcher-prise, un détachement de la volonté de maîtrise totale : le patient se fie au médecin et aux décisions concernant sa santé. On lui oppose alors la méfiance, la vigilance pour rester maître de la situation. On s'attend à ce que la confiance soit vérifiée par des preuves de la compétence, c'est-à-dire des succès en matière de diagnostic, de traitement, de réassurance, de transmission de l'information. De façon symétrique, la confiance est détruite par les échecs. *« Il m'a donné un antibiotique j'ai dit "taped assez fort". Il n'a pas tapé assez fort. C'est là que j'ai perdu un petit peu confiance. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans).* Parfois ce n'est pas le résultat qui compte mais les moyens qui sont mis en jeu. Autrement dit l'ensemble des méthodes employées doivent faire un écho à une représentation sécurisante pour le patient. Tel était le cas de Mme L dont j'ai déjà décrit la méthode du remplaçant de son médecin. *« Ben c'est pas rassurant, on vient voir un docteur et il connaît rien. Nous son traitement on l'a pas pris, on faisait pas confiance. Mon mari et moi en sortant, on a pris l'ordonnance, on est parti voir tout de suite un autre médecin. Justement le docteur qu'on a maintenant. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

*« J'avais confiance en lui oui. Mais ce que je ne comprenais pas c'est pourquoi justement il trahissait cette confiance en me traitant de dépressive. » (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Dans ces propos, la confiance prend un deuxième sens. Il ne s'agit plus seulement de ce sentiment de sécurité. Elle devient en lien avec l'affect réciproque qui existe entre deux individus. Ce qui crée la confiance en le médecin se trouve alors dans la dimension relationnelle. C'est dans la façon dont se déroule la relation de soin, dans l'attention, dans l'écoute, dans la capacité à comprendre l'autre, dans l'empathie que se crée cette confiance. C'est aussi dans l'estime que l'on peut avoir de soi et de l'autre que naît la confiance. Si l'on sait que l'autre nous apprécie, se soucie de nous, et nous renvoie une image positive de nous-même, alors ceci crée de la confiance ; De même si l'autre correspond aux valeurs en lesquelles on croit et que l'on valorise. L'opposé vient détruire la confiance. *« Je me dis qu'un homme qui fait ça, ce n'est pas quelqu'un de fréquentable et qu'on peut pas avoir confiance en lui [...] Moi je pense qu'un médecin ça doit avoir une vie exemplaire. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

*« Comment vous définiriez la confiance que vous avez en votre médecin ?*

*— La définir ? Je sais pas trop ... c'est compliqué comme question. C'est un ressenti. J'ai cette confiance en lui depuis ma dépression. Avant c'était sans plus, comme je vous disais il avait l'air bien mais quand on connaît pas vraiment on peut pas vraiment juger. Et quand j'ai vu qu'il se préoccupait de mon état global pendant ma dépression c'est là que je me suis dit c'est quelqu'un de confiance [...]*

*— D'accord. Donc si je comprends bien pour vous la confiance c'est le sentiment de pouvoir se livrer en sécurité et de s'être sentie comprise. Et vous vous sentez comprise et rassurée quand il fait ce que vous attendez.*

*— C'est ça, c'est bien résumé. » (Entretien n°12, Mme G, 48 ans)*

Aucun patient n'a pu définir clairement le terme de confiance autrement que par des exemples qui en brossaient ses dimensions et ses contours. Nous verrons par la suite que cela est suffisant pour caractériser un concept. Il y a au moins ici trois dimensions à la confiance : le sentiment de sécurité, l'affection et l'estime réciproque qui existe dans une relation. Tout ce qui renforce l'une des dimensions renforce la confiance. Le même raisonnement peut être appliqué pour la destruction.

### **C) La rupture**

Malgré le cumul de plusieurs problématiques à l'origine de conflit dans la relation, on a vu qu'il existait cette latence. Le patient est insatisfait mais il existe une ambivalence temporaire qui conduit à ne rien changer. Cependant certains patients ont pris quelques temps après la décision de rompre. Sur les onze patients ayant un médecin traitant, huit ont rompu la relation. Je vais présenter ici les facteurs qui ont expliqué le changement.

#### **1) La trahison du lien de proximité**

Nous avons vu que l'attachement était l'une des raisons invoquées dans le maintien de la relation. Nous aurions pu penser que le sentiment d'insécurité ou les erreurs diagnostiques aux conséquences lourdes avec séquelles responsables de handicap auraient pu être déterminantes dans la décision. Tel est le cas pour la patiente de l'entretien n°1 qui risque une amputation du pied, du patient de l'entretien n°2 dont il sait que son médecin ne peut pas assurer un suivi correct de son myélome ou encore du patient de l'entretien n°3 dont la mère est dans le coma pour avoir confondu anémie et méningoencéphalite. Il n'en est rien car la rupture lorsqu'elle a eu lieu était survenue bien plus tardivement dans l'histoire, voire n'était pas envisagée. Même la répétition des erreurs, renforçant le sentiment d'insécurité, ne conduisait pas le patient à changer. L'attachement



conduisait au pardon et à une certaine tolérance. Mais lorsque des signes trahissent le lien de proximité, toute la relation est reconsidérée et ce poids supplémentaire dans la balance conduit le patient à la décision de rupture. Les signes sont interprétés avec une double contingence : premièrement les patients ressentent de la part de leur médecin un manque d'intérêt et d'estime. La relation perd de sa valeur aux yeux du patient par la trahison du lien de proximité qui avait été développé. Mais figure en plus l'idée que le médecin trahit les valeurs prêtées à la profession. « Depuis que je suis revenue, il m'a pas appelé une fois pour me dire madame A comment ça va. Depuis le 12 janvier je n'ai pas eu de nouvelle. Il m'a pas appelé une seule fois, ne me dites pas que c'est un docteur ça. C'est pas un docteur ça. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans). De ces signaux émanaient des émotions négatives telles que de la tristesse ou de la colère. Le préjudice est alors porté à la compagnie d'investissement mutuel, à cet attachement et à l'histoire de cette relation qui s'était construite progressivement.

*« Il n'a pas demandé de mes nouvelles, pas un coup de téléphone alors que j'ai un bon contact avec lui, ça ça m'a ulcéré et ma décision était prise [...] J'avais un excellent contact avec lui, il m'avait même donné des cassettes de lui ou il chantait des chansons parce qu'il chante bien. J'étais très à l'aise avec lui [...] Il aurait pu me contacter [...]*  
— *Et ça vous a fait quoi ?*  
— *De la peine.*  
— *Pour vous c'est un devoir de professionnel ?*  
— *Non ça m'a peiné sur le plan personnel il n'était pas obligé de le faire, mais ça m'a peiné. Je suis quelqu'un de sensible, ça m'a peiné. »* (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)

## 2) L'atteinte à l'estime de soi

*« Une fois il m'a dit que j'étais hystérique et malade mentale. Devant mes enfants. Je me suis senti insultée, insultée et en plus devant mes enfants qu'est-ce qu'ils vont penser mes enfants, il va donner une image qui n'est pas bonne [...] La façon dont il m'a traitée c'est une insulte à mon intelligence, à mon intégrité mentale. »* (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)

Dans certains cas les propos tenus par le médecin sont rabaissant et contraires à la relation d'aide. Ils portent atteinte à la dignité du malade, à son estime de lui. Certains craignaient que cette image dévalorisante, véhiculée par le médecin, puissent influencer la façon dont les autres perçoivent le patient, renforçant ainsi la souffrance qu'il ressentait déjà. La blessure narcissique conduit à une diminution de l'affect et de l'estime que le patient avait pour son médecin.

3) L'opportunité du changement

*« C'est une voisine en face, qui m'a dit pourquoi tu prends pas le Docteur R ? j'ai dit "moi je connais pas", "écoute je vais te donner son numéro de téléphone il est comme ça" (signe du pouce indiquant qu'il est super) [...] Il est à l'écoute de moi, j'ai appelé il est venu de suite, m'a écoutée, m'a regardée et m'a dit que je pouvais pas rester comme ça. Mon docteur ne l'aurait pas fait. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Le passage de la latence à la rupture s'effectue souvent dans des circonstances opportunes. Il s'agit d'un moment où l'ambivalence se fait moindre, soit parce que la relation médecin-malade n'a plus de valeurs aux yeux du patient, soit parce qu'il découvre tout à fait par hasard l'existence d'un autre médecin susceptible de le rendre moins insatisfait. Dans ce dernier cas, l'existence de l'opportunité n'est pas toujours suffisante pour que le patient opère à un changement. La relation peut être testée à travers un petit nombre de consultation. Cela permet d'instaurer le sentiment de sécurité et de vérifier que le champ du relationnel soit satisfaisant. On ressent ici la culpabilisation de la patiente du fait du changement. En revanche lorsque le patient ne se sent plus proche de son médecin, ou qu'il ne l'a jamais été, le changement a été effectué immédiatement, sans qu'il y ait de tests préalables. Mais là encore il faut qu'il existe une opportunité que le patient trouvera par hasard ou viendra chercher de façon plus active. La moitié des patients ont eu des suggestions par leur entourage, un seul a dû chercher par lui-même une fois que la relation ne comptait plus pour lui. Les patient de l'entretien n°7 et n°10 pour qui la disponibilité du médecin avait une place importante, ont pendant plusieurs semaines consulté leur médecin par nécessité car ils n'avaient pas connaissance d'autres médecins pouvant remplir ce critère.

*« Est-ce que tu as cherché à savoir s'il y avait d'autres médecins disponibles dès cette deuxième visite ?  
— Je n'avais pas le recul pour penser à ça. Il m'aurait fallu qu'on me conseille un autre à ce moment. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

## **DISCUSSION**

## **D) CRITIQUE ET SCIENTIFICITE DE LA MÉTHODE**

La recherche qualitative s'inscrit dans une perspective interprétative à laquelle s'ajoutent les biais non contrôlables de l'enquête de terrain. Le chercheur étant lui-même un acteur de la collecte et de l'interprétation des données, la question de subjectivité est donc une question primordiale. Je discuterai donc étape par étape dans cette première partie la scientificité de mon travail à travers la rigueur de ma démarche.

### **A) Le choix de la question de recherche**

Comme je l'ai déjà exposé en introduction, tout travail de recherche repose initialement sur un problème que le chercheur met en évidence. Celui-ci est issu de la tension entre savoir et non savoir (2). Mais c'est au chercheur de le mettre en évidence. *« Avant tout, il faut savoir poser des problèmes. Et quoi qu'on dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. »* (64). Pour construire ce problème nous l'avons vu, tout commence par une idée issue d'un constat. Il était nécessaire pour moi de conduire ce travail de distanciation vis-à-vis de cette idée tout en recueillant les données de la littérature afin d'élargir mon champ de connaissance sur le sujet. C'est seulement dans un deuxième temps, après avoir rompu avec toute forme de généralisations inconsidérées, que j'ai pu construire la question de recherche.

Dans cette question j'emploie initialement le mot « insatisfaction » en donnant sa définition usuelle. Il était important de clarifier ce mot et ce qui en découlait afin de passer de son usage social à un usage scientifique. Ce que je cherchais à étudier se distinguait de ce qui avait été étudié précédemment et j'espère en avoir convaincu le lecteur en confrontant ce terme à d'autres objet d'étude de travaux antérieurs proches comme les désaccords ou les conflits.

Si ma question de recherche échappe à tout caractère métaphysique par l'empiricité nécessaire, présente-t-elle pour autant un intérêt autre que purement descriptif ? A cette question je suis tenté de répondre par l'affirmative car celle-ci émane bien de contradictions que j'ai révélées au grand jour : les travaux qualitatifs ayant un rapport proche avec l'insatisfaction des patients (conflits, désaccords) montraient à quelques occasions des résultats ne pouvant être déduits symétriquement des travaux quantitatifs ou qualitatifs portant sur la satisfaction des patients. De ce constat est venu l'idée que l'insatisfaction est souvent en lien avec des attentes exprimées non comblées mais pas

uniquement ; d'où l'intérêt de comprendre les mécanismes générant l'insatisfaction. Ce travail était donc avant tout motivé par une véritable question de recherche et non par la simple volonté de décrire quelques situations de patients insatisfaits. D'autre part s'il voulait se prétendre (simplement) descriptif il aurait été bien mal honnête de ma part de prétendre à une exhaustivité des types avec seulement douze situations ayant traits à l'insatisfaction des patients.

## **B) Risque de circularité**

J'ai choisi une question de recherche assez large. Il s'agissait de s'intéresser à l'insatisfaction des patients et à la rupture de la relation médecin-malade pour rendre compte des mécanismes qui créaient ces dernières. Le risque de circularité correspond pour le chercheur, au fait de ne trouver dans le matériau que des éléments qui viennent confirmer son hypothèse et de passer à côté de ceux qui viendraient l'infirmer. Le matériau issu d'une recherche qualitative est nécessairement riche, hétérogène et lacunaire (65). Il est riche car la recherche est intensive, l'exploration des cas est profonde. Il est hétérogène car la recherche porte sur un petit nombre de cas singuliers ; les acteurs ont leur histoire, leur interprétation, leurs valeurs. Il est lacunaire car l'on ne peut tout explorer dans un domaine et qu'il est fortement probable que l'ajout de cas supplémentaires à son échantillon puisse révéler des éléments d'une autre nature que ceux déjà obtenus. Si la théorie initiale est trop contraignante, le chercheur ne trouvera que ce qu'il a voulu faire émerger et aura tendance à recueillir un matériau dont les éléments seront essentiellement en faveur de ce qu'il veut prouver. D'autre part j'aurais encouru le même risque sans un travail nécessaire de distanciation car le chercheur ne rompant pas avec ses préjugés, cherchant à défendre une cause avec passion oriente sa recherche de la même façon. Cette posture s'impose à toute étape du travail. Ce travail de distanciation a été largement explicité dans l'introduction. D'autre part j'espère avoir réduit le risque de circularité en utilisant la théorisation ancrée car en produisant la théorie uniquement à partir de l'analyse du matériau je me suis imposé l'effort de distanciation avec mes hypothèses théoriques de départ.

**C) L'enquête de terrain**

1) Echantillonnage théorique et recrutement des patients

Comme je l'ai mentionné dans la partie méthodologie, l'objectif était d'avoir un échantillon susceptible de produire un discours le plus varié possible (66). J'ai expliqué comment j'avais construit mon échantillonnage théorique et le recrutement des patients pour l'assurer. Je propose de vérifier a posteriori la diversité des situations :

En diversifiant les valeurs sur le sexe, l'âge et la situation familiale je pense avoir assuré une grande diversité des situations. J'ai eu en effet des patients jeunes et célibataires vivant avec ou sans enfants, des patients en couple avec des enfants et des patients plus âgés. Je peux cependant émettre une réserve : je n'ai aucune situation avec des patients très âgés (plus de 80 ans) vivant seuls et polyopathologiques avec situation de dépendance. Ces situations sont assez fréquentes en médecine générale et les besoins étant différents nous pouvons supposer que réaliser des entretiens avec ce type de patients aurait pu apporter des éléments supplémentaires à mes travaux.

Les métiers retrouvés appartiennent aux catégories suivantes : chefs d'entreprise, cadre, professions intermédiaires, employé de la fonction publique ou de commerce, chômeurs, retraités (67). La diversification du niveau d'étude et des catégories socioprofessionnelles était importante dans le sens où les besoins en matière de santé et les représentations peuvent varier selon les valeurs de ces variables.

En ce qui concerne l'état de santé des patients j'ai obtenu des situations diversifiées avec des personnes sans problème de santé ou consultant pour des problèmes banals et aigus, des maladies aiguës et graves, des problèmes de santé chroniques sans ou avec handicap et souffrance, des maladies rares et complexes, ou encore des troubles fonctionnels.

J'ai également obtenu de la variété dans l'évolution de la relation avec le médecin traitant avec des relations maintenues, des relations en voie de rupture et des relations dissolues.

## 2) L'entretien en face à face

### a) *Le cadre de l'entretien*

Au cours de mon enquête j'ai souhaité favoriser autant que possible le déroulement des entretiens au domicile de l'enquêté pour mettre à l'aise le patient et réduire les freins à l'expression. Ceci n'a pu être réalisé que pour la moitié des patients. Certains patients ont été interrogés à l'hôpital du fait de l'éloignement géographique de leur lieu de vie et de la difficulté d'organiser un rendez-vous ultérieur à leur domicile. Les patients hospitalisés en soins palliatifs étaient en phase terminale de leur cancer et leur état de santé ne permettait pas un retour à domicile ; la fin de vie s'est déroulée dans le service de soins palliatifs. Les six autres patients ont accepté un entretien à leur domicile. Nous pouvons partir du principe que certains dérangements d'origine extérieure (cas de l'entretien n°1, n°3 et n°5) ont pu modifier l'organisation des entretiens par la suite. Nous pouvons aussi supposer que faire un entretien dans le lieu où le médecin dispose habituellement de son pouvoir (hôpital, chambre de malade, cabinet d'un médecin ...) peut provoquer une certaine inhibition chez le patient. A ce propos la patiente interrogée au cours de l'entretien n°4 était très concise dans ses réponses et l'entretien a été entrecoupé de l'appel téléphonique d'un de ses amis qui venait prendre des nouvelles de son état de santé au cours de son hospitalisation. Il est possible qu'un entretien programmé ultérieurement à son domicile aurait été plus productif en terme de recueil de données. Néanmoins, même si ce cadre idéal n'était pas toujours atteint et que le recueil du matériau a pu en être altéré, il est difficile de prédire en quoi des entretiens plus « fructueux » auraient modifié mon modèle global. Par ailleurs l'on peut prendre une situation opposée : le cas de l'entretien n°5 au cours duquel la patiente ne semble pas particulièrement présenter de retenue sociale même dans sa chambre d'hôpital ; malgré le fait d'avoir un médecin en face d'elle (moi-même) celle-ci critique ouvertement le corps médical. Nous pouvons imaginer que ce manque d'inhibition sociale (qui par ailleurs était positif pour mon recueil) a été favorisé par sa situation qu'elle jugeait sans espoir (patiente en phase terminale de son cancer) et aussi par sa personnalité (histrionisme). Ceci me fait dire que le cadre a son importance mais dans certains contextes seulement.

*b) La relation avec l'enquêté*

Bien que les entretiens avec les enquêtés n'avaient aucun but thérapeutique, je peux assimiler les difficultés que j'ai rencontrées à certaines que je peux connaître dans la relation de soins avec certains patients.

Tout d'abord un éclaircissement doit être fait sur la posture souhaitable. J'en ai détaillé les grands principes dans la partie méthodologie. Il s'agit là d'un idéal que malheureusement je ne peux prétendre atteindre bien que cela ait été ce vers quoi j'ai souhaité tendre tout au long de ces enquêtes. La posture adoptée était assez inégale selon les entretiens et j'explique ces différences par des facteurs d'ordre psychologique.

Les émotions ressenties au cours de ces entretiens étaient variables. Pour la plupart, je me situais dans une sorte de « neutralité affective » dans le sens où les situations qui m'étaient exposées ne provoquaient chez moi ni joie, ni peine, ni compassion, ni antipathie... Je m'efforçais juste avec un certain détachement de comprendre les phénomènes mis en jeu. Pour cela je procédais à une écoute active et gardais une posture empathique. Mais ceci n'a pas été une constance au cours des entretiens. Certains d'entre eux ont été affectés par mes émotions et sentiments, ou plutôt par le comportement qui en résultait : au cours de l'entretien n°4, le caractère très concis des réponses à des questions que je voulais ouvertes (afin de favoriser l'expression du patient) m'a conduit à répondre par mimétisme par des questions également fermées, ceci rompant rapidement la possibilité d'une enquête approfondie. C'est d'ailleurs l'entretien le plus court que j'ai réalisé. Je dois aussi citer l'entretien n°5, au cours duquel la haine de la patiente envers le corps médical m'a conduit à ressentir de l'antipathie. Il était alors impossible pour moi d'être authentique et d'avoir une congruence entre mon discours et mes émotions à moins de m'opposer fermement à la patiente. D'une part cette situation n'aurait pas été souhaitable pour des questions d'ordre psychologique (je rappelle que la patiente est en soins palliatifs et que ma démarche n'a rien de thérapeutique), d'autre part je ne garantis pas que l'authenticité et la congruence dans ce cas auraient permis la poursuite de l'entretien car il me manquait ici l'attention positive inconditionnelle. Néanmoins, témoigner mon désaccord avec tact et mesure aurait pu enrichir certaines données comme par exemple la critique de la rémunération des médecins généralistes. Cette attitude consistant à interpeller le patient a davantage été développée au cours de la seconde moitié de l'enquête. Celle-ci consistait à exprimer mon désaccord sous forme d'interrogation ou en exposant mon point de vue. Le but était de développer les propos, d'obtenir un débat, non pas



dans l'optique de faire adhérer l'enquêté à ma vision (bien que les passions ont pu être difficiles à refouler au cours de l'entretien n°9), mais plutôt d'accéder aux fondements d'opinions qui ne m'apparaissaient pas clairement compréhensibles ou justifiables.

## **D) Analyse des données**

### 1) Critères de scientificité de la démarche

C'est à mon sens, avec la description, la partie la plus difficile de mon travail car celle-ci doit satisfaire à un certain nombre de critères de rigueur pour garantir la scientificité de la démarche (54).

Tout d'abord le critère de crédibilité : il s'agit là de vérifier l'adéquation entre le sens que l'on a attribué aux données et la plausibilité perçue par les patients. L'idée aurait consisté à recontacter les enquêtés afin de leur présenter ma grille d'analyse après codification et classification pour avoir un feed back. Du fait de contraintes de temps et pour des questions pratiques je n'ai pu qu'effectuer partiellement cette étape. En effet il aurait été difficile de retrouver certains patients et coûteux en temps d'attendre une occasion de se rencontrer de nouveau en raison de leur manque de disponibilité et de leur éloignement géographique par rapport à mon domicile. J'ai alors effectué ce contrôle avec quatre des douze patients (ceux des entretiens n°2, n°7, n°9 et n°11). Cependant au cours de chaque entretien, afin de m'assurer de la compréhension d'un phénomène, je me suis efforcé autant que possible de clarifier les propos des patients lorsque ces derniers étaient flous voire contradictoires entre eux afin d'éviter toute interprétation ou extrapolation de données trop pauvres. Je procédais à une reformulation et synthèse des propos du patient afin d'obtenir sa validation ou bien que ce dernier procède à des rectifications. Les propos et phénomènes observés se retrouvaient dans de nombreux entretiens et le codage et la classification appliquée a été validée après avoir été soumise à ces quatre patients.

Deuxièmement vient le critère de transférabilité : il ne s'agit pas ici de généraliser, mais de pouvoir étendre les conclusions que nous effectuons à d'autres contextes. Pour valider ce critère il est nécessaire d'arriver à un panel suffisamment large de situations tel que l'ajout d'autres situations n'apporte pas de nouvelles données : on parle de saturation.

Après codage au fur et à mesure de l'accumulation des données, j'ai déterminé ce point de saturation au douzième entretien. D'autre part je me suis attaché à décrire précisément la population étudiée pour assurer la validité externe (68).

Le chercheur doit également vérifier le critère de fiabilité. Ce dernier est validé dès lors qu'il y a indépendance de l'analyse par rapport à l'idéologie du chercheur. Je me suis efforcé en utilisant la théorisation ancrée, de réduire le plus possible le risque de circularité.

Enfin une recherche qualitative doit satisfaire au critère de confirmation : ceci signifie non pas d'être objectif (nous le verrons au chapitre ci-dessous) mais d'utiliser parallèlement à l'analyse des résultats une démarche visant à accroître la validité des résultats. Ceci peut s'effectuer grâce au croisement de différentes approches de l'objet de recherche. Ce croisement peut concerner l'investigation (mais ici j'ai été le seul enquêteur), la méthode (ici seule la méthode par entretien a été utilisée), l'approche théorique ou encore la triangulation des données (66). En ce qui concerne cette dernière, j'ai été le seul à procéder à l'élaboration de ma grille d'analyse. Cependant au cours d'une longue période de plusieurs semaines, j'ai comparé le codage de mes entretiens à ceux d'autres travaux proches et nos résultats étaient similaires (36), (69). Ceci constitue davantage une validité référentielle qu'une réelle triangulation mais c'est aussi une façon de s'assurer de la validité interne. Je rappelle par ailleurs que mon travail n'est qu'une étape préliminaire et que des travaux ultérieurs utilisant d'autres méthodes pourront renforcer la validité.

## 2) La logique de la recherche

Je rajoute ce cours chapitre pour expliquer les raisonnements logiques que j'ai mobilisés dans ma recherche. Je ne reviendrai pas sur le processus de déplacement de l'objet d'étude qui a été détaillé en introduction. Je fais figurer en annexe ([annexe 2](#)) les bases logiques nécessaires pour que le lecteur puisse suivre plus facilement ma démarche (70), (71), (72).

### *a) Le processus hypothético-déductif*

J'ai émis l'hypothèse que l'insatisfaction ne pouvait pas se déduire symétriquement des attentes explicites des patients. Premièrement je vais expliquer le cadre théorique initial dans lequel je m'étais situé avant même de travailler sur cette hypothèse. Pour cela je vais reprendre le concept de satisfaction et d'insatisfaction en général.

Il existe une pluralité de définition mais toutefois très proches les unes des autres (73). Nous pouvons dire que ce concept repose sur les attentes, la perception mais aussi la comparaison (74). Nous pouvons imaginer un continuum entre la satisfaction et l'insatisfaction et ceci fait reposer l'insatisfaction sur les mêmes bases. Ainsi l'insatisfaction résulte d'une qualité perçue inférieure à la qualité attendue. C'est ce que l'on appelle le paradigme de la confirmation des attentes ([annexe 3](#)) (75). D'autre part l'on a vu en introduction qu'il était impossible pour le médecin de satisfaire tous les patients. Ceci vient du fait que la satisfaction est relative (elle dépend des attentes qui sont variables d'un individu à l'autre), subjective (elle dépend de la perception de l'individu) et évolutive (reposant sur la comparaison avec les différentes offres) (75).

A l'échelon individuel l'on peut donc dire qu'il existe une relation d'équivalence entre la validation des attentes et la satisfaction : si les attentes sont comblées alors il existe une satisfaction du patient et si le patient est satisfait c'est qu'il existe une réalisation de ses attentes. De par les propriétés de la négation logique on en déduit une relation d'équivalence entre non validation des attentes et insatisfaction. Ceci est le paradigme initial.

Le raisonnement hypothético-déductif consiste en une suite finie d'inférences logiques découlant de l'hypothèse pour déterminer des effets à prévoir. C'est ainsi que Peirce définit la déduction, comme une prédiction d'effets (75). Si mon hypothèse est vraie alors je devrai observer au moins un cas d'insatisfaction inattendue, c'est-à-dire pour lequel aucun lien avec une attente explicite ne pourrait être établi. Un seul cas est suffisant puisqu'en logique des prédicats la négation d'une proposition universelle affirmative est une particulière négative (72). Mais mon hypothèse ne vient pas remettre en cause le concept d'insatisfaction basé sur la confirmation des attentes. En effet si l'on observe une insatisfaction, cela signifie que le patient attendait une qualité supérieure selon son système de référence par rapport à la qualité qu'il percevait. L'on se situe donc toujours dans une différence négative et donc dans le phénomène de confirmation des attentes. Ceci suggère juste que les attentes sont implicites, qu'elles sont plutôt en rapport avec les représentations du soin, du médecin et du système de santé.

Ce raisonnement hypothético-déductif n'est pas celui qui est utilisé pour affirmer l'hypothèse. Il est juste là pour apporter une réflexion sur les effets à prévoir et vérifier si ces effets sont plausibles. Si ces derniers le sont alors l'hypothèse émise présente un intérêt. C'est ainsi que j'ai décidé de choisir mon hypothèse de recherche.

*b) Les mécanismes de l'insatisfaction : une démarche inductive*

Lorsque nous traitons les données empiriques, nous donnons un sens à ces dernières. Ce sens est déterminé à partir d'un processus cognitif complexe intégrant les faits observés, les explications et jugements des malades, les ressemblances et dissemblances entre les cas, les éléments contextuels, et mon jugement personnel. Parmi ces éléments de compréhension, on le décrira par la suite, certains sont les mécanismes explicatifs de l'insatisfaction.

Lorsque j'ai identifié un mécanisme, celui-ci s'est effectué à partir d'un petit nombre de cas. J'ai d'abord vérifié que parmi mes cas empiriques, aucun ne vienne infirmer la validité de ce mécanisme. Dans un second temps je vérifiais qu'il puisse être généralisé à d'autres cas donc à d'autres contextes. Ce processus est un raisonnement inductif. Le degré de confiance accordé est de l'ordre du probable car l'induction n'a pas la même rigueur que la déduction (50).

*c) La logique abductive : processus créatif*

Au cours de ma recherche, j'ai effectivement montré des éléments d'insatisfaction non attendus (les effets prédits par mon hypothèse). J'ai donc lié ces éléments à des attentes implicites. J'ai aussi montré des éléments de satisfaction non liés aux attentes. Dans ce dernier cas l'on peut partir du principe que les attentes sont également implicites, mais une hypothèse alternative consiste à envisager que certains médecins étaient capables de produire des « prestations » surprenantes pour le patient car ne figurant pas dans son système de référence. Cet effet a été jugé positif (qualité attendue inférieure à qualité perçue) et a donc généré de la satisfaction. Enfin nous avons aussi vu des cas où l'absence de réponse aux attentes n'a pas généré de l'insatisfaction (je détaillerai tous ces facteurs dans la discussion des résultats). La dernière configuration nous intéresse particulièrement car elle remet en cause le paradigme que j'avais fixé : il ne peut exister de relation d'équivalence entre satisfaction et comblement des attentes (symétriquement entre insatisfaction et non réalisation des attentes). En effet ceci contredit l'implication « attente non réalisée => insatisfaction » et de ce fait l'équivalence.

Nous devons donc repenser le concept d'insatisfaction de façon à prendre en compte les nouvelles données observées. C'est ici que la logique abductive intervient. D'un fait surprenant B non expliqué par une théorie, nous devons créer un énoncé A, tel que A implique B est vrai. La logique abductive est un processus créatif qui rend A possible. En caractérisant ces données inattendues je

me suis rendu compte après recherche bibliographique que d'autres concepts reliant satisfaction, insatisfaction et attentes permettent de rendre compte de ces faits. Ces concepts relèvent davantage du domaine du marketing et je les détaillerai dans ma partie sur la discussion des résultats.

### **E) La description**

Il est illusoire de produire une analyse neutre et objective quand, le chercheur, personnellement impliqué, se met à décrire ce qu'il observe. La description est produite par un sujet qui observe mais voit les choses à sa manière du fait de ses représentations. Elle est donc relative à sa perception et est une interprétation et en ce sens elle est subjective. Au-delà de ce regard personnel sur les situations, la manière dont je relate les faits, mon style, mon vocabulaire, mes préférences pour le développement de certaines parties plutôt que d'autre ; tout ceci rend cette description unique et personnelle parmi un nombre infini d'autres descriptions possible. Se contenter de rendre compte des propos des patients en exposant le matériau brut et en le prenant pour argent comptant n'en serait pas plus objectif. Ce n'est pas parce que des faits sont semblables et des avis partagés que le jugement n'est pas subjectif. Il faut quand même rappeler que le discours que tiennent les enquêtés est un discours adapté à l'enquêteur (moi-même) c'est-à-dire un médecin. Pourrait-on prétendre aux mêmes données et à la même expression si l'enquêteur avait été un patient ou un autre professionnel (par exemple extérieur au domaine de la santé) ? J'en doute fortement. Mais c'est aussi en cela que ma recherche a un caractère positif car ce qui est dit est aussi un message dressé vers le corps médical. Pour en revenir à la question de subjectivité, les jugements des patients se présentent parfois comme des évidences généralisables, mais il n'en est rien et les contradictions de propos entre les enquêtés et parfois celles d'un même patient en attestent bien. J'ai donc bien entendu choisi de m'appuyer sur les descriptions des enquêtés (sinon tout ce travail n'aurait présenté aucun intérêt) pour en fournir une proche mais légèrement décalée (77). Ma description comporte nécessairement des interprétations que je me suis efforcé de rendre explicites. Je me suis efforcé d'opposer les pensées des acteurs à ma propre pensée en en faisant à chaque fois une distinction dans la description.

Je tiens aussi à rendre compte du fait que la description, bien que pratiquée dans un style plutôt littéraire n'en est pas moins scientifique (41). La description des cas empiriques est indispensable et sert à développer progressivement des hypothèses et à administrer des preuves. Je me suis appuyé sur le matériel empirique le plus remarquable, le plus exemplaire pour développer progressivement mon analyse. Aussi était-il logique que ces données figurent dans ma description

non pas dans un but illustratif mais bien dans un but constructif. C'est pourquoi j'ai choisi lors de nombreuses étapes de partir des données pour élaborer ma pensée et non d'effectuer dans le sens inverse une description théorique illustrée par quelques exemples. En procédant de la sorte, le lecteur peut suivre le cheminement de ma pensée. Rendre compte du matériel empirique permet ainsi à mon travail d'être critiquable. Je tenais à accorder autant d'importance à cette partie qu'à la modélisation car la scientificité se situe dans le rapport entre ce travail d'empirisme et de conceptualisation que nous développerons par la suite.

Les résultats tels qu'énoncés dans la partie précédente ne doivent pas être considérés comme des lois générales qui s'appliqueraient de façon systématique à chaque individu. On a d'ailleurs eu dans l'analyse de ces données des propos contradictoires et parfois contraires. Les hypothèses sont plutôt une histoire des raisons pour lesquelles les actes, les événements, la structure et la pensée se produisent (78). Cependant même si ces cas ne sont pas généralisables, ils n'en sont pas moins exemplaires pour élaborer une théorie.

#### **F) Forme des résultats**

Mes résultats s'expriment sous trois formes particulières : premièrement des mécanismes sociaux de l'insatisfaction. Deuxièmement en raison de leur pluralité, une typologie à visée classificatrice. Enfin je m'attacherai à redéfinir le concept d'insatisfaction.

Ma description ne consiste pas en une simple suite narrative d'évènements avec leur explication dans un contexte particulier. Elle est là pour progressivement révéler les mécanismes mis en jeu dans le phénomène d'insatisfaction. Un mécanisme est le lien explicatif, l'enchaînement causal entre un phénomène social (*l'explanandum*), et ce qui l'explique (*l'explanans*) (79).

La compréhension du mécanisme explique pourquoi dans certaines situations l'on aboutit à l'insatisfaction et dans d'autres à son absence voire carrément à son effet opposé.

Les mécanismes étant multiples je me suis incliné à effectuer une typologie de ces derniers que nous détaillerons par la suite. J'espère que celle-ci a un caractère explicatif dans le sens où elle porte non pas sur les facteurs impliqués comme les travaux précédents, mais sur les mécanismes reliant les facteurs et ce qu'on observe.

Enfin je souhaite à travers l'analyse de mes résultats, appuyée sur les données relatives à d'autres disciplines redéfinir le concept d'insatisfaction dans la relation médecin-patient. Avant cela, je souhaitais faire quelques rappels sur ce qu'est un concept. Si l'on reprend le modèle de Ogden et Richards (80), il s'agit en fait d'un nom, de sa compréhension et de son extension et des différents rapports que ces éléments entretiennent deux à deux. Ceci est représenté sous la forme d'un triangle nommé triangle sémiotique ([annexe 4](#)). Pour ce qui est de l'insatisfaction, la dénomination est déjà présente. Sa définition commune que nous avons donné en introduction justifie d'ailleurs l'emploi de ce terme formé du préfixe privatif issue de la racine latine *in* qui consiste en *l'absence de*, suivi de satisfaction dont j'ai également donné le sens usuel. Mais nous sommes allés plus en profondeur dans sa dimension compréhensive à partir du phénomène de confirmation des attentes ([annexe 3](#)). Ceci caractérise sa dimension compréhensive. Nous verrons les limites de cette approche usuelle à travers le modèle que nous développerons et tenterons de redéfinir l'espace de compréhension à travers la théorisation. Son extension se retrouve dans les cas empiriques que nous avons observés et analysés.

## **II) DISCUSSION DES RESULTATS**

Nous avons vu que l'insatisfaction reposait sur les représentations que les patients peuvent avoir du soin et du rôle du médecin généraliste dans la société. Ces représentations sont des constructions de l'esprit. Elles sont élaborées à partir de la psyché et des savoirs issus des liens avec un groupe social. « *La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place).* » (81). C'est à travers ces représentations que sont déterminées les attentes des patients. L'image du soin et du médecin généraliste tel qu'il est conçu dans la société contemporaine occidentale et l'expérience que chaque malade se construit au contact de l'univers médical crée ces attentes. Celles-ci nous l'avons vu en introduction ont pu être déterminées par les précédents travaux. Dans mes deux premières parties j'ai esquissé les représentations du soin et du médecin généraliste en prenant comme point de vue non pas la satisfaction et les attentes mais le phénomène d'insatisfaction. De ce fait je peux prétendre à une certaine originalité dans la méthode. Nous retrouvons bien entendu des données concordantes puisque ces trois concepts (attentes, satisfaction, insatisfaction) sont reliés les uns aux autres. Mais nous avons trouvé également des éléments inattendus et inédits.

Je vais maintenant développer ma théorisation en suivant les étapes suivantes : premièrement j'intégrerai le phénomène d'insatisfaction des patients dans le contexte législatif et économique, et mettrai les catégories observées dans les résultats en rapport avec d'autres phénomènes. Dans un second temps je développerai le concept d'insatisfaction en précisant ses rapports avec la relation médecin-malade en tant que modèle de relation marchande. Je m'appuierai sur les données de la troisième partie des résultats pour préciser les particularités et les différences qui existent avec le modèle commercial stricto sensu.

## **A) Intégration du phénomène d'insatisfaction**

### **1) Le contexte socio-économique et législatif**

Nous avons vu au cours de mon analyse que la relation médecin-malade en France aménage un espace marchand. Dans celui-ci le patient est autonome et a un rôle actif dans les décisions le concernant. Cette redéfinition de la relation de soin a été accélérée par la démocratie sanitaire visant à rééquilibrer les pouvoirs d'une relation trop paternaliste (82) Ces transformations s'effectuent à la suite des mouvements de patients et des créations d'association de malade dans les années 1980-1990, revendiquant un rôle plus actif. Les réflexions éthiques de la fin du XXe siècle, la refonte du code de déontologie médical et la loi Kouchner du 4 mars 2002 (83) introduisant les droits des malades vient définitivement changer le rapport du patient au médecin. Mais en plus de cette autonomisation du patient, la loi Kouchner a favorisé le passage du statut de patient au statut de consommateur de soin (84). La logique marchande a été renforcée par la loi du 13 août 2004 (85). En régulant la dépense socialisée par l'instauration d'un cadre de remboursement optimal, le patient est incité à réfléchir à sa consommation de santé sur une base du prix à payer (86). Le cadre législatif et économique a contribué à donner au patient les caractéristiques d'un client (sans que ces deux notions soient mutuellement exclusives) (87). L'accès à l'information médicale par les réseaux informatiques a quant à elle rééquilibré les pouvoirs au sein de la relation médecin-malade. Ceci permet au patient de faire jouer la concurrence grâce aux stratégies « exit » (82).

### **2) La performance médicale**

La notion de performance apparaît à plusieurs reprises et celle-ci est fragmentée dans mon texte en plusieurs catégories.



Premièrement la notion de performance diagnostique : celle-ci se retrouve surtout dans la critique des compétences du médecin généraliste qui peut apparaître chez certains patients. Ceci se retrouvait chez les patients les plus jeunes (34 et 23 ans) et nous retrouvons la corrélation avec la conception d'une médecine technique et performante (14). Les médias jouent également leur rôle dans les représentations fantasmées du pouvoir diagnostique du médecin.

*« J'ai plutôt une mauvaise image des généralistes. Ils peuvent pas avoir plus de compétences que les spécialistes donc ils sont là pour faire économiser des sous à la sécu parce qu'ils ont quand même fait des études, mais quand il y a un réel problème ils vont être vite dépassés et vont devoir orienter. Je ne les vois pas du tout comme des sauveurs. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

*« Pour moi un médecin tu vois ça doit faire des recherches ... faire passer des radio, faire un diagnostic quoi. Mais lui il a rien fait de tout ça hein, (en souriant l'air moqueur) on est très loin du docteur House qui se creuse un peu la tête. » (Entretien n°9, Mr L, 23 ans)*

Deuxièmement la notion de performance thérapeutique : sans parler des échecs thérapeutiques aux répercussions fortement défavorables au patient (complications, handicap, décès), l'on retrouve des insatisfactions liées à l'échec quelles qu'en soient les conséquences. L'idée est ici de mettre en place une médecine efficace, restaurant l'état de santé originel le plus précocement possible.

*« Ça aussi je suis contre l'idée de taper doucement au départ puis si ça ne marche pas de taper plus fort. Je préfère que les choses soient fortes dès le départ. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

*« Cette nana là j'allais la voir uniquement pour mes sinusites, des choses comme ça pas plus [...] à chaque fois je devais aller voir un autre médecin parce que ça passait pas et lui me prescrivait des antibiotiques et ça passait en 3 jours. En fait elle ne m'a jamais soigné. » (Entretien n°6, Mr K, 40 ans)*

Troisièmement la notion de rapport qualité-temps : la patiente de l'entretien n°8 conçoit la performance comme la capacité à traiter (écoute, examen, diagnostic ...) et régler (explications, thérapeutique) les problèmes du patient en un minimum de temps. Ceci permettant par cette performance de répondre à la demande en assurant une offre plus forte.

*« Avec lui la consultation c'est trois minutes montre en main [...] c'est pratique c'est vrai, dans son bureau y a beaucoup de gens mais on attend pas longtemps. Parfois y a cinq personnes devant moi et au bout d'un quart d'heure c'est à mon tour » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

*« Si on attend une heure dans la salle d'attente faut laisser tomber c'est que le médecin est pas efficace [...] Un jour y avait un monsieur là, son remplaçant. Ben il était dépassé, plus personne allait chez lui, rien que quand y avait 2 ou 3 personne ça prenait une heure avant de recevoir. Ben ça j'aime pas vous voyez. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Dernièrement la notion de rapport qualité-prix : j'en ai déjà détaillé les caractéristiques dans la partie résultat et je reprends simplement ici l'un des propos les plus édifiants. Le prix étant fixé, la qualité perçue doit correspondre à la qualité attendue et si le service est défectueux celui-ci doit être corrigé à la manière d'un service après-vente.

*« Nous on a pas trop apprécié parce que quand on demande l'avis médical, vu qu'il fait une visite à domicile, 33 euros, bon et puis 2 jours après on lui dit de repasser puisque son diagnostic apparemment doit être revu et on vous rapporte que ben il ne pourra pas venir. » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Cette notion de performance donne à la relation de soin les caractéristiques d'une relation marchande. Dans de nombreux propos l'on retrouve l'idée de comparaison : comparaison des performances entre médecin généraliste et médecin spécialiste, comparaison des performances entre généralistes, comparaison de la médecine générale à un autre type de service marchand. Cette comparaison renvoie à la fois à l'idée d'assimiler la médecine à une relation marchande comme une autre mais aussi à celle de compétitivité.

*« Quand vous allez au restaurant, si y a trois personnes avant vous, vous attendez pas une heure sinon vous trouvez pas ça normal ben là c'est pareil c'est pas raisonnable. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

### 3) La confrontation des pouvoirs

La notion de pouvoir est inhérente à la relation de soin puisque celle-ci se conçoit chaque fois qu'il existe un lien entre au moins deux individus. Les représentations divergentes et la volonté d'imposer son pouvoir rend la relation conflictuelle universelle (17). La relation médecin-malade ne peut échapper au conflit.

Bien que la santé du patient soit l'objectif sur lequel se structure la relation soignant-soigné (33), les intérêts du médecin sont différents de ceux du malades. Les intérêts du médecin peuvent être centrés sur la reconnaissance de son travail, la satisfaction personnelle dans l'idée d'avoir aidé autrui et de l'avoir fait selon ses convictions, la jouissance de son statut de médecin ou encore sa

rémunération. Les intérêts du malade seront la restauration de son état de santé ou l'amélioration de celui-ci, le libre-choix dans les acteurs de santé ou dans sa consommation de soin, l'autonomie dans les décisions le concernant.

L'autonomie du médecin peut être menacée lorsque le patient utilise son pouvoir pour satisfaire le libre choix des prestations de santé. De même celle du patient est menacée lorsque le médecin vient affirmer son pouvoir.

*« Après à force d'insistance il me l'a prescrite l'IRM [...] Je pense qu'il s'est dit "je lui prescris son IRM au moins elle aura ce qu'elle veut et elle me foutra la paix". »  
(Entretien n°12, Mme G, 48 ans)*

*« "Bon alors docteur je prévois une consultation en ORL"  
— Qu'est-ce que vous voulez aller voir un ORL ! "  
Je l'ai regardé il a blanchi : "Docteur vous ne voulez pas que j'aille voir un ORL ?!  
" » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Ce modèle conflictuel de la relation a été décrit par Freidson (21). Les conflits ne se limitent pas à des conflits d'intérêt ou à des conflits de pouvoir. Il existe aussi des conflits identitaires (88) où chacun défend ses valeurs personnelles et les caractéristiques constitutives de son identité lorsque celles-ci est menacée. Mes résultats montrent ce besoin de l'intégrité du soi à travers les blessures narcissiques.

*« Il me marque des médicaments, j'ai dit "c'est quoi ça ?", il me dit "c'est un antidépresseur". "Mais je ne le prendrai pas ton antidépresseur, je ne suis pas dépressive !". "Mais si ! Tu ne vois pas comment tu vis, c'est normal, ça te ferait du bien". "Je ne veux pas d'antidépresseur, je ne suis pas dépressive, il faudrait que tu arrives à accepter le fait que je ne suis pas dépressive." (Entretien n°5, Mme G, 57 ans)*

Bien que la démocratisation sanitaire tend à rééquilibrer les pouvoirs, l'inégalité de répartition persistera du fait de l'asymétrie d'information. Nous avons vu à travers le chapitre sur la recherche d'information par le patient les difficultés que ce dernier pouvait rencontrer malgré (et aussi à cause de) la profusion de celle-ci. Rechercher l'information pertinente est coûteux et difficile pour le patient à moins d'être lui-même médecin (81). D'autre part pour disposer pleinement de son pouvoir de client, le patient devrait pouvoir comparer facilement l'offre et faire jouer les stratégies exit. La troisième partie de mes résultats montre bien que ceci est loin d'être le cas.

Le patient ignore souvent ce qui est pratiqué ailleurs au point que ceci constitue parfois un frein à la dissolution de la relation même lorsque celle-ci est souhaitable. D'autre part il ne dispose pas d'outil particulier pour pouvoir juger (totalemment) de la qualité d'autres pratiques.

*« J'y ai pensé, j'y ai pensé (à changer de médecin), mais bon après c'est encore raconter la même chose, et puis moi je sais pas où aller, je sais pas si je vais trouver quelqu'un forcément meilleur que lui. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

La relation médecin-malade peine donc malgré les changements à se hisser au rang de relation complémentaire et se situe à un intermédiaire entre cette dernière et la relation hiérarchique où le médecin prend une position haute paternaliste et le patient une position basse de « patient docile ». Cette position floue conduit à des difficultés particulières à ce type de relation, certains patients étant fortement réceptifs au côté paternaliste. La relation devient insatisfaisante pour le patient lorsqu'elle se décale vers le paternalisme chez un malade souhaitant affirmer son autonomie. Le conflit est une tentative de réaffirmation de son pouvoir à travers un rapport de force (88). *« De quel droit il vient me dire comment je dois manger ? » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

#### 4) Besoins, attentes, insatisfaction

Tout d'abord je souhaite rappeler la distinction entre besoins et attentes. Le besoin correspond à *« une sensation de manque, d'inconfort ou de privation, qui est accompagné par l'envie de la faire disparaître par un comportement économique et/ou social menant à un mieux-être. »* (89). L'attente d'un usager est *« le fait de compter sur ce qu'il souhaite obtenir ou voir se réaliser concernant la nature des services offerts par l'établissement, leur qualité et la manière dont ils sont délivrés. Elle est étroitement liée à la représentation qu'il se fait de ce que doit proposer un établissement, de ce qu'est un service de qualité, sans forcément l'exprimer explicitement. »* (89).

En reprenant la définition des attentes, nous voyons pourquoi le fait d'avoir étudié le phénomène d'insatisfaction a permis d'en révéler de nouvelles. En fait contrairement à ce que j'avais comme hypothèse il ne s'agit pas tant d'une absence de lien systématique de l'insatisfaction avec les attentes que d'une impossibilité a priori de pouvoir nommer celles-ci. S'intéresser directement aux attentes des patients permet de leur définir un cadre explicite. Ceci permet d'établir un cahier des charges des fonctions à remplir pour engendrer de la satisfaction et peut être vérifié par des enquêtes de satisfaction afin de prendre en compte la qualité perçue. Mais lorsqu'on s'intéresse à l'insatisfaction l'on révèle les attentes non explicites.

En fait nous mettons en évidence les représentations des patients sur les composantes du soin, son fonctionnement, l'organisation du système de santé, l'image du médecin ...

Chaque fois que j'ai décrit un facteur responsable d'insatisfaction, j'en ai fourni le mécanisme explicatif. Nous pourrions dire que le mécanisme explicatif est contenu dans le concept même de l'insatisfaction : une différence négative entre qualité perçue et qualité attendue. Mais il faut alors expliquer pourquoi la qualité est perçue comme mauvaise (ou en tout cas plus basse que celle attendue) et pourquoi il y avait telle ou telle attente.

Les attentes sont contenues dans les propos des patients que j'ai mis en évidence. Ceci m'a permis de décrire les représentations des patients vis-à-vis du soin et de l'image du médecin généraliste. Mais on a vu aussi que les attentes pouvaient découler directement de la notion de besoin. Par exemple du besoin de l'estime/intérêt d'autrui peuvent découler plusieurs attentes vis-à-vis de l'interaction avec le médecin (attente d'écoute, d'empathie, de non jugement, de disponibilité ...). Mais il n'y a pas de subordination totale des attentes aux besoins. C'est le cas par exemple de l'attente de la performance qualité-temps qui ne s'interprète que dans le paradigme du modèle marchand.

Il paraît plus difficile de questionner la perception de la qualité pour deux raisons :

. Premièrement une différence de perception pour un même facteur peut être liée à une différence au niveau des attentes : tel est le cas de la durée de consultation qui lorsqu'elle avoisine les cinq minutes est perçue comme positive par la patiente de l'entretien n°8 et comme négatif par la patiente de l'entretien n°1. En fait il suffit de reprendre leurs attentes pour rendre compte de la différence de perception. La patiente de l'entretien n°8 attend surtout qu'il n'y ait pas de retard et qu'elle puisse être vue par le médecin rapidement. La patiente de l'entretien n°1 attend surtout de pouvoir expliquer ses problèmes et que son médecin accorde beaucoup de temps à l'examen et aux explications.

. Deuxièmement en supposant que les attentes de deux patients soient identiques, pour un même service donné, il me semble impossible dans une telle enquête de savoir quels facteurs sont mis en jeu dans des perceptions différentes. Ceci relève de la subjectivité qui elle-même a ses explications propres.

Ce que nous devons retenir ici c'est que dans la mesure de ce qui était réalisable, fournir le mécanisme explicatif d'un facteur générant l'insatisfaction impliquait la description des représentations et des besoins des patients.

Je souhaite maintenant présenter à travers un tableau synoptique les mécanismes que j’ai retrouvés dans mes résultats.

<i>Mécanismes explicatifs</i>	<i>Souffrance physique</i>	<i>Sentiment d'insécurité, angoisse</i>	<i>Handicap et rupture sociale</i>	<i>Manque d'intérêt et d'estime d'autrui</i>	<i>Défaut de performance et service rendu de faible qualité</i>	<i>Blessure narcissique, conflit identitaire</i>	<i>Conflit de pouvoir</i>	
<b>Facteurs générant l'insatisfaction</b>	Délai d'attente important avant la consultation médicale			Consultation écourtée	Retard du médecin			<b>Indisponibilité du médecin</b>
				Carence dans l'examen physique				<b>Suppression des temps forts de la consultation médicale</b>
				Immobilisme ou erreur diagnostique				
		Désaccord avec le diagnostic		Désaccord avec le diagnostic				
		Carence dans l'information		Carence dans l'information			Absence de décision médicale partagée	
				Immobilisme thérapeutique				
	Echec thérapeutique				Echec thérapeutique		Refus de prescription	
				Manque de bienveillance et propos blessants		Manque de bienveillance et propos blessants	Education paternaliste	
		Absence de facilitation de l'accès aux soins						
				Attitude mercantile				
		Médecin désinvesti		Manque d'empathie				
				Absence de prise en charge personnalisée				<b>Trahison des valeurs prêtes au médecin</b>

**Tableau n°2 : typologie des mécanismes de l'insatisfaction des patients**

Certains de ces mécanismes sont en rapport directs avec des besoins. La souffrance physique est en rapport avec le besoin d'intégrité et de confort physique. Le sentiment d'insécurité et d'anxiété avec le besoin de sécurité de toute individu. Le handicap et la rupture sociale avec le besoin de se réaliser, de se projeter, de se construire. Le manque d'intérêt est en rapport avec le besoin pour un individu d'avoir l'estime et l'affect d'autrui.

La blessure narcissique est en rapport avec le besoin d'estime de soi. Les deux autres mécanismes ne sont pas en rapport avec des besoins mais reprennent les deux chapitres précédents : l'insatisfaction s'inscrit soit dans un modèle marchand avec le souci de performance ou bien elle s'inscrit dans une relation sociale avec des conflits de pouvoirs.

Les besoins que nous identifions ici se retrouvent dans la pyramide du psychologue Abraham Maslow ([annexe 5](#)) (90).

## **B) Proposition d'un modèle pour l'insatisfaction des malades**

### 1) Relation entre insatisfaction et attentes

L'idée qu'il puisse exister une notion de performance me conduit à envisager l'insatisfaction comme elle peut être vue dans le modèle marchand. Ce chapitre n'a pas l'intention de réduire l'insatisfaction à cette composante en se basant sur ce seul modèle car on l'a vu elle possède aussi d'autres dimensions comme on peut le voir dans mon tableau.

Si l'on considère le médecin comme un « artisan de la santé » et le soin comme un service que les professionnels de la santé délivrent alors on peut évaluer la relation entre le médecin et l'utilisateur du système de santé selon sa performance. Nous pouvons alors appliquer le modèle de Kano à l'insatisfaction du patient ([annexe 6](#)). Ce modèle est une représentation conceptuelle montrant le niveau de satisfaction du client en fonction de la réalisation de ses attentes (performance) (91).

Dans un premier temps je me propose de classer certains facteurs que j'ai relevés dans mes résultats en fonction du lien qu'ils ont avec la satisfaction. Ce tableau montre plusieurs aspects de l'insatisfaction.

	Absent	Présent	Exemples
<b>Disponibilité du médecin</b>	Non désiré	Attendu	Entretien n°3 (inquiétude, angoisse)  Entretien n°7, n°8, n°10 (déterminant dans le choix du médecin)  Entretien n°11 (souffrance physique)
<b>Consultations « longues » (approfondies, personnalisées) Avec possibilité de retard</b>	Non désiré	Attendu	Entretien n°1, n°3 (besoin de manifestation d'intérêt, besoin d'explications)  Entretien n°10 (besoin de temps pour l'expression des plaintes)
	Attendu (porte sur l'absence de retard)	Non désiré	Entretien n°8, n°10 (disponibilité du médecin, ponctualité)
<b>Examen physique</b>	Non désiré	Attendu	Entretien n°1, n°10 (manifestation d'intérêt)
	Non désiré	Pas de sentiment	Entretien n°3 (prestation minimale, performance)
<b>Diagnostic</b>	Vit avec (si mise en place de stratégies pour l'établir)	Attendu	Entretien n°2, n°4, n°7, n°12 (tolérance de l'absence de diagnostic)
<b>Refus de prescription</b>	Attendu	Non désiré	Entretien n°8 (relation marchande, conflit de pouvoir)
	Pas de sentiment	Pas de sentiment	Entretien n°2 (autonomie du médecin, absence de conflit de pouvoir)
<b>Succès thérapeutique</b>	Non désiré	Attendu	Entretien n°2, n°6 (performance)
<b>Bienveillance, empathie</b>	Non désiré	Attendu	Entretien n°5, n°6, n°7 (besoin de manifestation d'intérêt, besoin d'estime)
<b>Relation négociée</b>	Non désiré (paternalisme)	Attendu	Entretien n°1, n°2, n°6 (intégration du patient dans la décision de soin)
	Attendu	Non désiré	Entretien n°8 (relation marchande, conflit de pouvoir)
<b>Facilitation de l'accès aux soins</b>	Vit avec	Agréablement surpris (non attendu)	Entretien n°1 (prestation révélée par le nouveau médecin)
<b>Médecin intéressé par le profit financier</b>	Pas de sentiment (à condition que ce ne soit pas au détriment des attentes du patient)	Pas de sentiment	Entretien n°2
	Pas de sentiment	Non désiré	Entretien n°1, n°8, n°9 (inégalités sociales)

**Tableau n°3 : effets des principaux facteurs sur la satisfaction des malades**



*a) Facteurs d'insatisfaction symétriquement déductibles des attentes*

Il existe certains facteurs opposés symétrique aux attentes des patients. Si nous reprenons les études françaises ou anglosaxonnes citées en introduction, nous avons vu que la disponibilité du médecin faisait partie de la qualité attendue. L'on s'attend alors à observer de la satisfaction lorsque le médecin se rend disponible rapidement et de l'insatisfaction lorsqu'il est indisponible.

*« La secrétaire médicale m'a contacté, et apparemment bon ben euh impossibilité de venir. » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Je tiens à préciser que je n'ai pas cherché à vérifier l'effet de l'indisponibilité du médecin chez les patients ne s'en étant pas plaint spontanément. Comme je l'ai signifié dans la discussion de la méthode, au cours des premiers entretiens, manquant d'expérience dans la façon de mener l'enquête, un certain nombre d'éléments potentiellement exploitables ont été délaissés. On peut partir du principe que ce qui n'est pas mentionné par le patient ne fait pas l'objet de son insatisfaction puisqu'il est interrogé sur ce sujet précisément. Mais peut être que ce silence résulte aussi d'une hiérarchie mnésique, certains éléments ayant moins de poids et se situant en arrière-plan. Ma grille d'entretien s'est toutefois modifiée progressivement au fur et à mesure de mes enquêtes mais a posteriori il aurait été intéressant de rajouter d'autres formes d'interpellation des patients. Par exemple j'aurais pu sur ce phénomène poser la question suivante « Que pensez-vous de la disponibilité de votre médecin ? » afin de mettre en évidence des situations potentiellement contrastées. Quoi qu'il en soit, nous verrons par la suite que ces lacunes n'empêchent pas d'affirmer ce que je voulais montrer car mon matériau est suffisamment riche. Plus important encore est le fait qu'en partant du principe que ces éléments non mis en exergue existent, ils ne viennent pas réfuter ma théorie (bien au contraire).

*b) Facteurs à double tranchant*

Si nous prenons maintenant la durée de consultation, on a vu que les consultations longues (non pour le simple fait de passer du temps avec le patient mais plutôt par la nécessité d'approfondissement que son état impose), ont des effets variables sur la satisfaction du patient. En outre elles sont valorisées chez certains patients témoignant d'une attention particulière à ses problèmes et son état mais elles peuvent être aussi critiquées par le retard qu'elles occasionnent.

*« Ah ben écoutez on a un bon contact, c'est un peu comme un membre de la famille, depuis tout petit il nous suit. Et puis il nous écoute en consultation, il donne des conseils, il nous écoute, faut être un peu psychologue dans la médecine c'est pas que des médicaments hein. » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

*« Moi je n'aime pas attendre [...] c'est pas parce qu'on est chez le médecin qu'on doit trouver normal qu'il faut attendre des heures [...]. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Ces deux oppositions me font considérer le fait de conduire des entretiens de longue durée comme un facteur à double tranchant. Le raisonnement est symétrique pour les consultations de courte durée puisque les termes « absent » et « présent » sont en contrariété logique. Il paraît donc difficile de dire quel effet sera produit chez le patient s'il existe du retard. Il semble que lorsque le patient se voit consacrer du temps pour répondre à ses besoins, celui-ci est satisfait, mais lorsqu'il s'agit d'autres personnes, il peut être moins compréhensif.

*« Ah ben si on pouvait passer rapidement comme ça et qu'il prenne le temps de bien expliquer, d'écouter nos problèmes ce serait merveilleux. » (Entretien n°8, Mme L, 49 ans)*

Partant de ce fait, la meilleure solution pour satisfaire le patient serait un service qui combinerait faible durée de patience en salle d'attente et consultation approfondie autant que le nécessite le cas du patient. Ceci peut être envisageable en fonctionnant sur un système de rendez-vous dont la durée serait personnalisée selon le patient et le problème de santé. En pratique ceci semble difficile car il faudrait déjà connaître l'ensemble des problèmes que va poser le patient à la consultation et ceci nécessite un temps téléphonique préliminaire qui peut être important et ceci ne peut être effectué au cours des rendez-vous avec d'autres patients. Passer par un secrétariat impliquerait une relation de confiance avec ce tiers afin de pouvoir détailler les motifs de la consultation à venir. D'autre part ceci exigerait au secrétaire de juger lui-même de la durée adéquate et impliquerait donc une connaissance à la fois de la personne, de ses problèmes médicaux et de la façon de les gérer. Sans compter que de nombreuses consultations font intervenir l'agenda caché du patient, c'est-à-dire des motifs non avoués initialement (ou même définitivement pour une consultation donnée) alors qu'ils représentent un problème important aux yeux du malade (47). L'on peut alors partir sur l'idée de fixer à tout le monde un temps fixe mais de longue durée permettant à tout le monde de voir ses besoins comblés. Cela pose deux problèmes : premièrement le médecin en procédant ainsi prend le risque de ne pas pouvoir répondre à la demande de soin qui peut être importante selon la démographie médicale et donc on en revient au problème de disponibilité. Deuxièmement ceci occasionnerait un manque de profit financier pour le médecin. Ce problème

est insoluble dans le contexte économique et démographique actuel et le médecin se doit d'accepter le fait qu'il peut engendrer de la satisfaction quel que soit la façon dont il organise ses consultations. Il peut néanmoins être intéressant de vérifier avec une étude quantitative quelle proportion serait insatisfaite selon les différentes façon d'exercer.

*c) Facteurs relevant du service de base*

Nous nous intéresserons maintenant au ressenti selon que l'examen physique est absent ou présent : pour la majorité des patients, un examen physique absent ou lacunaire n'est pas souhaitable. La patiente de l'entretien n°10 nous témoignait néanmoins que celui-ci pouvait faire défaut si le malade ne présentait aucun souci de santé particulier.

*« Vous pensez qu'il faut qu'un médecin examine à chaque fois son patient ?  
— Non peut être pas tout le temps. Quand tout va bien, qu'on vient juste pour le traitement. Je pense pas que ce soit obligé. Mon médecin d'avant parfois il me le faisait pas mais il me connaissait. Par contre quand j'allais pas bien quand j'avais mal quelque part, que je toussais beaucoup et tout ben la oui il le faisait tout le temps et je trouve ça normal, c'est de la conscience professionnelle. » (Entretien n°10, Mme H, 55 ans)*

Sa présence est interprétée différemment selon la façon dont le considère le patient. Quand l'examen est pensé comme une forme de soin, du prendre soin de l'autre alors sa présence est satisfaisante et réconfortante.

*« Moi j'aimerais que ce soit lui qui s'occupe de moi pas moi qui dise "j'ai mal la", il faut qu'il m'ausculte comme il faut. A la maison quand il vient il m'ausculte pas, il prend la tension artérielle et dit "tout va bien" et c'est tout. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Mais quand l'examen physique correspond à un service minimal attendu par rapport à ce que le patient paye et est en droit d'exiger, sa présence n'engendre aucun sentiment particulier, c'est son absence qui est insatisfaisante. Il n'y a ici plus de notion de besoin mais une attente conçue sur ce que le médecin est censé proposer dans ses services.

*« Il n'a pas vu qu'elle était déshydratée. Bon voilà pour voir chez une personne âgée il y a des signes hein, on pince un peu comme ça (signe du pli cutané).  
— Donc il l'a pas fait ?  
— Non, non, il a demandé 33 euros, bon la carte vitale et voilà quoi (rire moqueur) » (Entretien n°3, Mr P, 44 ans)*

Ceci nous permet de classer l'examen physique comme l'une des caractéristiques du service de base. Sa présence engendre à quelques occasions de la satisfaction mais parfois aucune réaction particulière du fait qu'il s'agit d'une prestation « normale » parmi celles que peut proposer le médecin ; son absence est souvent insatisfaisante.

On le voit dans la troisième partie, l'insatisfaction ne conduit pas à un changement aussi facile qu'il pourrait le paraître et ce pour des raisons différentes du manque d'offre concurrentielle. Il existe un attachement du patient à son médecin plus fort qu'il ne pourrait exister dans une relation marchande classique. Celui-ci est l'effet d'une interaction complexe entre le symbole du soin (du prendre soin), d'une proximité se tissant à travers les contacts répétés et de l'intimité dévoilée.

### *d) Facteurs de second plan*

Nous pourrions nous attendre à ce que le diagnostic figure dans les facteurs du service de base. On l'a vu l'absence de diagnostic peut majorer l'anxiété, et l'absence de thérapeutique adaptée peut conduire à l'aggravation de la pathologie et donc de la pérennisation de la rupture de l'équilibre et de la souffrance.

En touchant à ces besoins fondamentaux (cf. tableau n°2) nous nous attendons à ce que l'absence de diagnostic génère de l'insatisfaction. En réalité plusieurs patients ont exprimé « vivre avec » cette situation sans insatisfaction, à condition, nous l'avons vu que des stratégies diagnostiques soient mises en place.

Ceci me conduit à classer ce facteur comme un facteur de second plan car sa présence engendre de la satisfaction mais son absence n'engendre pas nécessairement de l'insatisfaction. En fait chez le patient le diagnostic est surtout lié au pronostic. Chez les malades ayant été dans l'ignorance du diagnostic, ce qui importait surtout pour eux était de se sentir rassuré quant à la gravité potentielle de la maladie.

*« Cancer ... Le reste je sais que ça se soigne à plus ou moins 100%. Donc ça m'inquiète pas. Et ça m'empêche pas de vivre. » (Entretien n°7, Mr D, 34 ans)*

*« Oh ben oui je me suis imaginé beaucoup de maladies, le cancer, on est une famille ou y'a beaucoup de cancers. » (Entretien n°4, Mme C, 42 ans)*

Nous nous situons ici dans un des cas favorables à mon hypothèse : l'insatisfaction n'est pas l'opposition symétrique de la satisfaction.

Je reviens sur mes propos tenus dans le chapitre sur les facteurs d'insatisfaction symétriquement déductibles des attentes. J'avais signifié que certaines de mes lacunes n'empêchaient pas d'avoir des cas favorables pour affirmer mon hypothèse. Nous nous situons avec ces facteurs de second plan dans cette situation. Deuxièmement j'ai mentionné que les éléments non explorés pouvaient au contraire enrichir cette idée d'absence de symétrie. Si nous reprenons le cas de la disponibilité du médecin, nous pouvons émettre l'hypothèse que certains patients seraient satisfaits de sa présence, mais que son absence serait comprise et n'engendrerait pas nécessairement de l'insatisfaction, ce qui serait un cas favorable également.

### e) Facteurs neutres

Nous avons vu également que le refus de prescription pouvait engendrer de l'insatisfaction parce qu'il provoque un conflit de pouvoir entre deux acteurs souhaitant tous deux préserver leurs intérêts. Mais ce refus n'occasionne pas nécessairement un ressenti négatif chez le patient et nous l'avons vu dans l'entretien n°2.

*« Moi je n'ai pas le droit de dire "Docteur je veux que vous me prescriviez ça, ça et ça et pour tant de temps". » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

J'ai obtenu ce résultat en interpellant le patient sur le fait que d'autres patients demandaient à leur médecin de leur prescrire les médicaments ou examens de leur choix.

*« J'ai aussi des patients qui téléphonent pour me dire qu'ils passeront "juste" pour un renouvellement, qu'ils ne veulent pas de consultation, et qu'ils n'ont pas le temps ou qui en consultation me montrent les médicaments qu'ils veulent que je prescrive. Qu'en pensez-vous ? » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Ici le patient n'aurait aucune insatisfaction ou satisfaction si le médecin refusait de prescrire un traitement compte tenu du fait qu'il lui laisse cette autonomie qu'il considère comme normale compte tenu de son statut d'expert. Nous pouvons dire que ce facteur est neutre chez ce patient.

*« C'est de la responsabilité du médecin et je ne suis pas médecin et je ne me risquerai pas à faire de la médecine ou à donner au médecin des éléments qui puisse l'influencer dans ce que lui pense que je dois avoir. Ça ce n'est pas dans ma conception des choses, moi je fais confiance au médecin, c'est lui le professionnel. » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

f) *Facteurs attractifs*

*« J'en ai été contente rien que de voir qu'il a téléphoné. Mon docteur c'est pas lui, c'est nous qui faillions appeler. C'est nous qui fallait qu'on appelait chaque fois. » (Entretien n°1, Mme A, 66 ans)*

Cet entretien montre la surprise que connaît la patiente à travers les actes du nouveau médecin. La norme pour elle était de devoir organiser elle-même ses rendez-vous pour son parcours de soin. Ici le médecin apporte une valeur ajoutée et le facteur est attractif. Mais lorsqu'un tel facteur est répété, il est intégré dans les représentations du patient et constitue alors une attente. Ce dernier type de facteur se situe à l'opposé des facteurs basiques car initialement, ne figurant pas dans les attentes, leur absence n'engendre pas d'insatisfaction et leur présence engendre de la satisfaction.

2) Qualité objective et qualité perçue

Comme la satisfaction et l'insatisfaction reposent sur qualité perçue, il peut être intéressant d'en faire la distinction avec la qualité des soins dite objective.

Il existe une pluralité de définitions de la qualité des soins objective :

. Les soins de qualité sont ceux qui *« maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins. »* (92)

. L'OMS parle de garantir à chaque patient des soins assurant *« le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains »*. (93)

. L'institut de médecine des Etats-Unis (IOM) parle de soins destinés à *« augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. »* (94)

La définition de l'OMS relie la qualité des soins à la satisfaction du patient contrairement aux deux autres qui n'en parlent pas directement. La définition la plus commodément admise est celle de

l'IOM car elle admet la possibilité d'échec en utilisant le terme « probable » (95).

Plusieurs indicateurs seront utilisés pour mesurer la qualité des soins en France qui porte sur cinq domaines (96) :

. L'efficacité porte sur le curatif et le préventif : taux de mortalité, de morbidité, de survie, couverture vaccinale, taux de dépistage des cancers, prescription d'antibiotique et de résistance bactérienne ...

. La sécurité : taux d'infection associés aux soins, de complications per et post-opératoires, erreurs de prescription ...

. L'accessibilité (aux bons services, aux bons moments) : délai avant consultation/hospitalisation, temps d'attente/ponctualité, taux de renonciation aux soins pour leur coût.

. La réactivité : coordination des soins, écoute, information éclairée, questionnaire de satisfaction et de réponse aux attentes ...

. L'efficacité : Il s'agit de l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les meilleurs résultats (97). Les mesures se font sur le pourcentage de PIB consacré à la santé. Elles consistent à vérifier que la part dédiée à un secteur de la santé est justifiée (98).

Les indicateurs utilisés pour évaluer l'accessibilité et la réactivité sont en adéquation avec ce que les patients souhaitent. L'on fait donc correspondre à travers ces deux domaines la qualité objective à la qualité perçue. Mais il est intéressant de constater que d'autres indicateurs utilisés sont déconnectés des attentes des patients. Par exemple les indicateurs d'efficacité interrogent les données statistiques des réseaux d'observation et organismes sanitaires et de santé publique mais pas directement le patient. Le malade peut (et doit très certainement) juger de l'efficacité autrement que par des indices de santé publique tels que la mortalité ou morbidité. Si nous reprenons mes résultats, nous pouvons par exemple supposer que l'efficacité peut se juger sur la performance diagnostique ou la performance thérapeutique. Compte tenu du caractère marchand que peut parfois emprunter la relation, l'efficacité n'est peut-être pas pour tous les patients un indicateur auquel ils peuvent être sensibles. Seul un patient avait mentionné l'importance de l'efficacité et je rappelle qu'il avait une formation de cadre/chef d'entreprise dans le domaine médico-social

*J'attends d'avoir confiance en lui d'abord, qu'il respecte les normes en vigueur, les procédures, le bébé de la profession, le travail en équipe. Je suis très sensible aux dépenses d'assurance maladie, car en ce moment le système s'écroule comme vous le savez, on n'a pas besoin de faire venir quelqu'un tous les mois, on peut le faire venir tous les trois mois sauf si c'est indiqué. Bon ce n'est pas la question je suis remboursé mais je trouve que ce n'est pas normal (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)*

Nous voyons donc qu'il va nécessairement exister une différence entre la qualité objective voulue par les professionnels de santé et experts et la qualité perçue par les patients.

3) Application du modèle de Kano à l'insatisfaction des patients

La classification que j'ai établie ci-dessus est en grande partie basée sur les catégories de Kano ([Annexe 7](#)) (99). C'est ici que j'ai utilisé le processus abductif (j'ai expliqué les bases scientifiques de ce raisonnement dans la première partie de la discussion). Bien que mon travail n'était pas réalisé dans ce but, j'ai obtenu des données suffisantes pour pouvoir les utiliser dans cette classification. Un facteur susceptible d'avoir une influence sur le niveau de satisfaction est considéré à travers sa présence ou son absence. Le questionnaire de Kano répertorie pour chaque facteur une liste de sentiments que le client ressent en fonction de la présence ou de l'absence de ce facteur dans un produit. Ici le produit considéré est double. Il concerne à la fois les soins produits par le médecin et le médecin lui-même dans son savoir être. Je regroupe les facteurs observés dans les classes établies au paragraphe précédent.

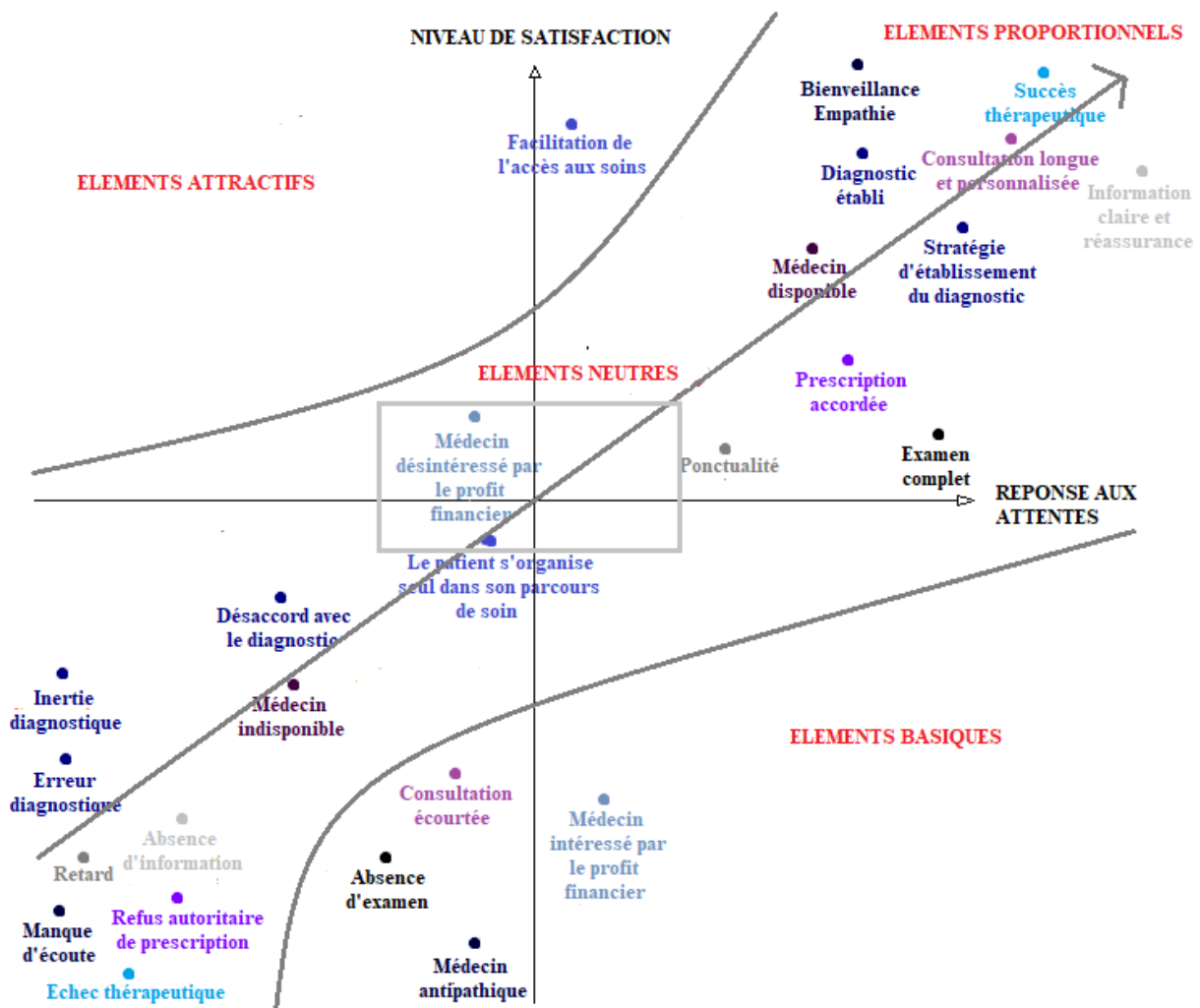
	<b>Eléments proportionnels</b>	<b>Eléments basiques</b>	<b>Eléments attractifs</b>	<b>Eléments neutres</b>
<b>Caractéristiques</b>	Attentes explicites Présents : + Absents : -	Attentes non explicites Présents : 0 Absents : -	Non attendus Présents : + Absents : 0	Non attendus Présents : 0 Absents : 0
<b>Facteurs observés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité</li> <li>- Ponctualité</li> <li>- Examen physique</li> <li>- Performance diagnostique</li> <li>- Performance thérapeutique</li> <li>- Capacité d'écoute</li> <li>- Empathie</li> <li>- Clarté de l'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen physique</li> <li>- Médecin désintéressé par le profit financier</li> <li>- Durée de consultation suffisante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relation négociée</li> <li>- Facilitation de l'accès aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin désintéressé par le profit financier</li> </ul>

**Tableau n°4 : classification des éléments de performance**



Les symboles +, 0 et – signifient que l'élément selon sa présence ou son absence, provoque de la satisfaction, est neutre ou provoque de l'insatisfaction. Certains facteurs figurent dans plusieurs catégories. C'est le cas de l'examen physique qui peut être vu comme un élément proportionnel ou comme un élément basique. En reprenant le [tableau n°3](#) on en trouve l'explication car pour certains patients il est vu comme un moyen de manifester au patient de l'intérêt et renforcer le lien relationnel (patiente de l'entretien n°1) alors que pour d'autres il est interprété aux travers des considérations de performance (patient de l'entretien n°3). Ce que j'ai classé dans les facteur déductibles des attentes est repris dans la catégorie de Kano « élément proportionnel ». Les facteurs à double tranchant n'ont pas de catégorie propre mais peuvent se déduire s'il existe un lien de dépendance entre deux facteurs et des effets opposés sur la satisfaction. Par exemple, l'on peut partir du principe que ponctualité et durée de consultation suffisante (pour un patient) ont une corrélation négative. Ainsi la présence de l'un a tendance à entraîner l'absence de l'autre et réciproquement. Or la présence de l'un engendre neutralité ou satisfaction alors que l'absence de l'autre engendre systématiquement de l'insatisfaction et l'on retrouve ainsi le concept de facteur à double tranchant.

Je souhaite représenter maintenant le diagramme de Kano à partir de ces catégories. L'axe des abscisses représente le niveau de réponse aux attentes et l'axe des ordonnées celui du niveau de satisfaction. Les deux variables sont qualitatives ordinales. Je n'ai pas établi leur domaine de définition car ceci ne relevait pas de mon objet d'étude mais celui-ci pourrait être fait à partir d'une échelle de Likert (12). Mon diagramme est donc une représentation conceptuelle et non mathématique mais elle est mathématisable. Chaque attente s'effectue dans un domaine particulier et je représente les domaines différents par des couleurs distinctes.



**Figure n°1 : diagramme de la satisfaction des malades selon la performance**

Ici la représentation est uniquement basée sur les données de mes entretiens, donc sur un petit échantillon et la répartition des points n'est pas représentative de la population. En réalité au sein de la population nous nous attendons pour chaque domaine à un nuage de point car les attentes sont relatives et la satisfaction subjective. Mais comme je l'ai signifié, le but n'est pas tant d'établir la corrélation des deux variables pour un domaine de performance donné que de montrer en quoi satisfaction et insatisfaction ne sont pas toujours opposées symétriquement si on les lie à la réponse aux attentes. Il suggère aussi l'existence d'éléments qui ne sont jamais souhaitables si l'on souhaite satisfaire le patient (zone basique) et des éléments de moindre importance (zone neutre) ce qui pourrait permettre d'établir une hiérarchie dans les critères de performance.

Les éléments attractifs suggèrent que certaines « prestations » ne sont pas encore intégrées dans les représentations de la qualité des soins pour le patient. Les médecins qui dotent leur pratique de tels facteurs ont une « valeur ajoutée » aux yeux des malades.

Ce modèle emprunté au domaine du marketing rend mieux compte des éléments surprenants que mon paradigme initial qui supposait une relation d'équivalence entre réalisation des attentes et satisfaction.

### **C) Théorisation de l'insatisfaction des malades**

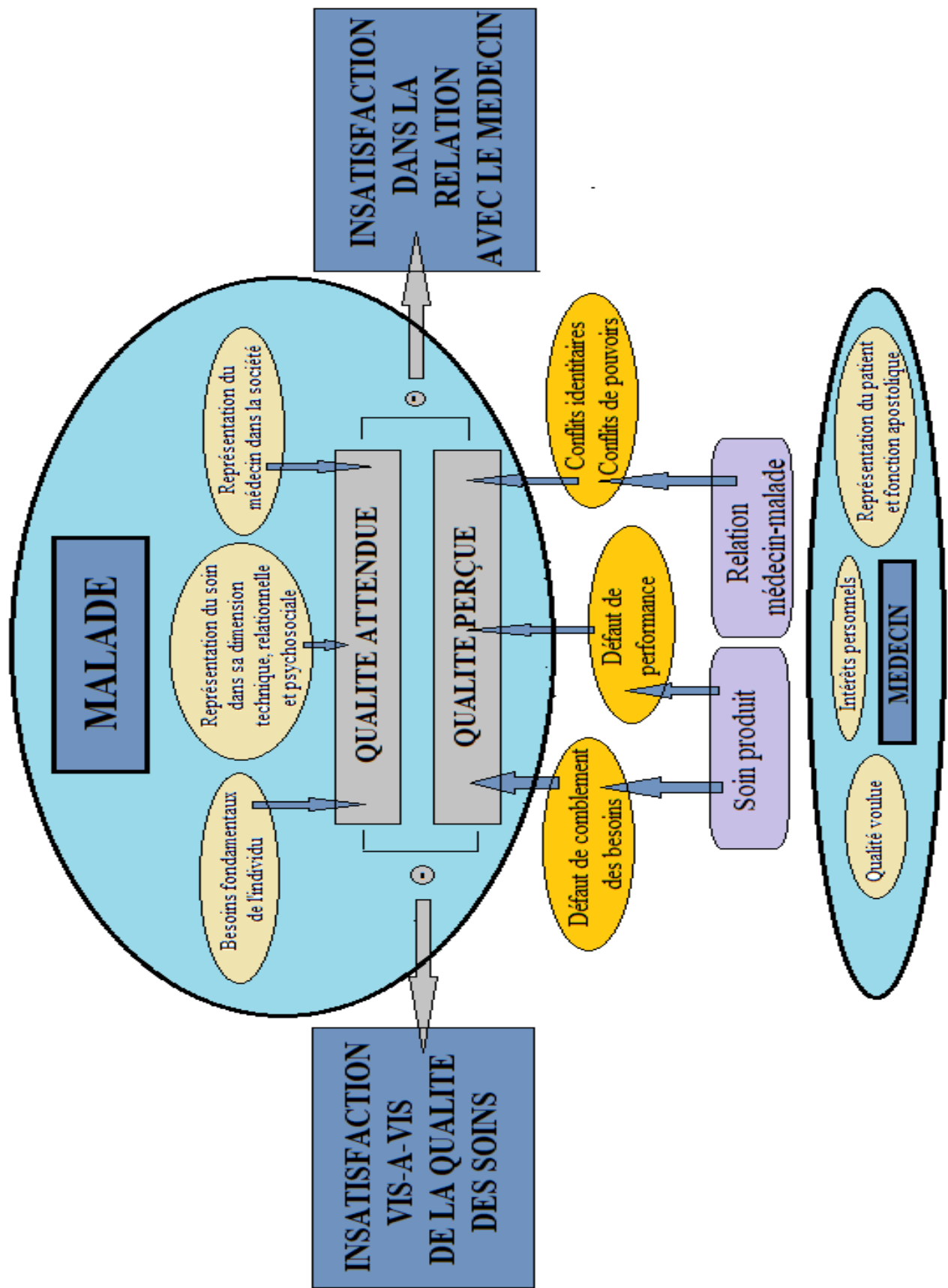
Les cas empiriques que j'ai analysés me permettent de donner une nouvelle théorie du de l'insatisfaction chez les malades. J'en présente ici les aspects.

- . L'insatisfaction correspond à un état de frustration ou de déception qui résulte d'une qualité attendue inférieure à la qualité perçue.
- . Les attentes des malades sont relatives et elles sont déterminées par leurs besoins et les représentations qu'ils se font sur ce que peut et doit offrir le médecin.
- . La qualité perçue par les malades diffère de la qualité objective voulue par les professionnels/experts dans le sens où cette dernière n'est pas en adéquation avec la première.
- . Chaque domaine du soin et de la relation médecin-malade fait l'objet d'attentes particulières et fait donc intervenir le concept de satisfaction/insatisfaction.
- . L'insatisfaction peut être mesurée comme une valeur qualitative ordinale. Cette mesure est indissociable de la mesure conjointe de la performance dans la réponse aux attentes.
- . Sa mesure est corrélée à la qualité perçue et montre qu'il n'existe pas de relation d'équivalence entre absence de réponse aux attentes et insatisfaction (diagramme de Kano). Cette approche mathématique de l'insatisfaction est l'apanage des techniques de marketing qui peuvent se justifier dans le domaine du soin compte tenu de l'évolution de la relation de soin ces dernières années.
- . Mais l'insatisfaction chez les malades ne saurait se réduire à cette composante marchande prestataire de soin-client car la relation médecin-malade est une relation sociale plus intime, plus complexe, avec des aspects psychanalytiques de transfert et contre-transfert. C'est ce que Balint nomme la compagnie d'investissement mutuel (16). Considérée sous cet aspect l'insatisfaction repose davantage sur des conflits identitaires et des conflits d'intérêts entre deux individus aux valeurs différentes luttant pour défendre ou imposer leur vision du monde (17).

. Ce double aspect relationnel est encore plus favorable au développement de l'insatisfaction du fait de l'absence de dichotomie entre ces deux caractères : ce qui relève de l'affectif et du besoin d'estime et de compréhension de l'autre est parfois jugé sous l'œil d'un malade qui confond les désirs d'idéal relationnel et ce à quoi il peut prétendre en tant qu'usager du système de soin. « *Il habite à trois cent mètres d'ici, il pourrait passer, au moins dire bonjour monsieur B ou un coup de téléphone. J'estime que ce n'est plus un médecin de famille.* » (Entretien n°2, Mr B, 71 ans)

Je présente une vue synoptique de l'insatisfaction chez le malade à travers la représentation ci-dessous.

J'ai caractérisé le concept d'insatisfaction à travers l'exploitation des cas empiriques et ai cherché à en donner ses dimensions de compréhension. Il est difficile d'appréhender le concept simplement avec la construction d'une définition. Nous pouvons dire que la définition de l'insatisfaction est l'état de frustration émanant de la non confirmation des attentes. Mais en se limitant à cette définition nous n'avons nullement caractérisé sa dimension compréhensive en profondeur et particulièrement pour les situations que connaissent les malades. Et pourtant la définition que l'on choisit devrait pouvoir rendre compte de la complexité du concept. Elle se doit d'être à la fois vraie et exhaustive et ces deux caractères sont parfois en compétition. En effet pour être vraie, la définition se doit de se limiter au noyau commun, au socle fondateur, alors que pour être exhaustive la définition se doit de balayer les cas limites. Wittgenstein dit qu'il n'existe pas forcément de traits communs à tous les membres d'une même famille (1). Dans ces situations, plutôt que de tenter de définir rigoureusement un concept il est plus utile et plus commode d'en présenter une vue synoptique (100). C'est ce que j'ai effectué ici.



**D) La satisfaction du malade : un objectif à atteindre ?**

Si mon travail explique les mécanismes de l'insatisfaction afin que le médecin puisse mieux appréhender ce phénomène auquel il sera forcément soumis, il ne donne pas de stratégies pour prévenir celle-ci. Je n'ai pas souhaité effectuer ce travail car d'autres l'ont déjà fait à travers la prévention et la résolution du conflit en médecine générale (24). Deuxièmement mon but était de redéfinir l'insatisfaction et non pas de recourir à des moyens pour l'éviter. Mais l'on peut se poser les deux questions suivantes : le médecin peut-il satisfaire son malade ? Et dans le cas où cela est possible doit-il agir de la sorte ?

1) L'impossibilité de la non-insatisfaction

A la première question je répondrai de la manière suivante : il n'est pas possible de satisfaire tous les individus à tout moment que ce soit. De nombreux facteurs entrent en conflit avec la satisfaction du malade au sein de la relation qu'il a avec son médecin et j'espère avoir rendu compte de ces derniers. Le médecin manque de savoir et manque de pouvoir.

Il manque du savoir dans l'absolu car il ne peut présumer des attentes d'un sujet en particulier. Il ne peut que se baser sur la fréquence des attentes de la population, mais ceci ne garantit en rien qu'il y'ait une superposition parfaite. Quand bien même, il parviendrait à tisser une relation profonde avec ce dernier, il ne pourra jamais prétendre savoir comment fonctionne cet individu, d'autant que les attentes sont évolutives. Il ne manque pas uniquement de savoir sur son patient, il a aussi des lacunes dans la connaissance médicale et scientifique. Malgré tous les moyens qu'il peut mettre en jeu pour entretenir et développer ses connaissances et ses compétences, il n'est pas à l'abri de l'erreur pouvant porter préjudice à son malade, d'autant que la médecine n'est pas une science exacte. Il manque aussi de savoir de façon relative si l'on se réfère à celui que le patient ou la société peut lui accorder. Le médecin n'est pas omniscient, et encore moins surhumain, il est faillible comme l'humain l'est. Bien que les patients aient pu accorder une tolérance à l'erreur pour leur médecin, ce dernier vient parfois lutter contre cette idée d'omniscience qui fait partie des représentations. La comparaison entre ce médecin idéal et le médecin non savant n'est qu'un cas particulier du processus cognitif de comparaison entre qualité attendue et qualité perçue, c'est-à-dire n'est rien d'autre qu'une voie toute tracée vers l'insatisfaction.

J'ai dit également que le médecin manquait de pouvoir. Il manque de pouvoir dans l'absolu car il ne peut mettre en œuvre une politique de soin satisfaisant aux attentes de tout le monde. Les

facteurs à double tranchant sont exemplaires pour attester de ce fait. Il ne peut pas se rendre disponible pour un patient au même moment où il porte son intérêt pour un autre malade. Il ne peut pas accorder toute l'attention qu'une situation complexe exige et garantir la ponctualité. Il ne peut pas être efficace et accorder toute demande de prescription. Toutes ces exigences s'opposent deux à deux. Quand bien même il n'existerait qu'une voie souhaitée par tous les patients (ou plutôt souhaitable pour tous les patients) il manquerait encore de pouvoir. Il ne peut pas garantir une performance diagnostique ou thérapeutique totale et il ne peut garantir l'accessibilité quand lui-même est dépendant d'autres acteurs. Le médecin manque aussi de pouvoir de façon relative car le pouvoir est aussi une capacité qui prend de la valeur sous le regard d'autrui. Si le patient n'attend pas grand-chose de son médecin, alors la question de pouvoir importe peu car celui-ci ne sera pas mis à l'épreuve. En revanche si les attentes du patient sont importantes, complexes, voire contradictoires, c'est là que le pouvoir prend toute sa valeur. C'est dans cette situation qu'il sera le plus probable que le médecin soit mis en échec du fait d'un manque de pouvoir. Ainsi ce que peut produire le médecin sera toujours d'une qualité perçue en deçà de la qualité attendue. En d'autres termes les situations de haute exigence envers le médecin sont une voie toute tracée vers l'insatisfaction du malade.

Pour être exhaustif je me dois également d'aborder en plus de la question du savoir et du pouvoir, celle du vouloir. Le médecin a sa conception du soin, cette dernière étant plus ou moins en accord avec la qualité objective. Que ce soit en accord avec les besoins objectifs du patients ou non, avec la demande du patient ou non, le médecin agit selon ses convictions. Mais il agit aussi selon ses intérêts. Il est possible que le médecin n'ait pas envie de se rendre disponible pour des patients si ceci implique un sacrifice de sa vie privée. Il est possible que le médecin refuse une prescription du fait de ses convictions personnelles (qu'elles soient justifiées ou non) puisqu'il en a le pouvoir. Il est possible que le médecin fixe une durée de consultation non pas pour pouvoir répondre à la forte demande mais plutôt pour faire passer son profit financier en priorité. Il a également une représentation du patient comme il se doit de l'être à ses yeux. Le médecin, même s'il manque de pouvoir, en dispose d'une quantité suffisante pour dissoudre la relation lorsque lui-même est insatisfait. Ainsi il a le pouvoir de sélectionner sa patientèle comme un prophète sélectionnerait ses disciples de confiance : c'est ce que Balint nomme la fonction apostolique du médecin (16). Ainsi contrairement à une offre dictée par la demande (après identification de celle-ci) comme on peut l'avoir dans la relation marchande, ici il n'en est rien. Le médecin offre ce qu'il veut bien offrir, le patient satisfait reste, le patient frustré et insatisfait s'en va s'il le souhaite.

Cette façon d'agir selon ses convictions et ses intérêts en conservant son pouvoir, plutôt que s'adapter à la demande, est aussi une voie toute tracée vers l'insatisfaction des malades.

Ceci nous fait voir la satisfaction du malade non pas comme une fin en soi, mais plutôt comme une situation souhaitable mais opportune. Elle n'est pas une fin en soi car elle n'est pas le lieu de construction de la relation médecin-malade : le lien se structure autour de la santé du malade et non autour de la satisfaction de sa demande de soin. Si elle n'est pas une fin en soi elle est néanmoins souhaitable car elle peut être thérapeutique en soi et intervient dans la définition de qualité des soins (93). Mais parce que le médecin sera toujours potentiellement dans une situation de non-savoir, de non-pouvoir et de non-vouloir, la satisfaction sera surtout opportune et la non-insatisfaction sera impossible.

### 2) Un contexte social favorable au développement de l'insatisfaction

Le médecin doit-il satisfaire son malade ? Répondre à cette deuxième question revient à interroger la compatibilité entre attentes de l'utilisateur du système de santé et besoins du malade. Si le médecin se doit d'agir, c'est en vue de prévenir les maladies et le handicap, soigner les affections aiguës et chroniques, et restaurer les fonctions physiologiques lorsque ceci est possible. Mais dans cette idée s'opère la distinction entre le besoin subjectif du malade et le besoin objectif défini par le professionnel (101). L'éducation vise à réduire cet écart mais celui-ci entraîne des demandes dites potentielles relevées uniquement par le professionnel, des demandes exprimées dont certaines sont en accord avec les besoins objectifs et des demandes déviantes basées sur un besoin ressenti qui n'est pas forcément prioritaire.

#### *a) Biopouvoir et biopolitique*

Lorsque l'on parle de demande potentielle l'on interroge forcément la question du pouvoir médical et de son ascension. « *Les professionnels [...], pris collectivement [...] prétendent dire à la société ce qui est bon pour l'individu et pour la société dans son ensemble pour certains aspects de la vie.* » (102). Pour le médecin, l'éducation à la santé, la prévention, le dépistage relèvent de l'anticipation de problèmes de santé potentiels. Là où le patient voit une habitude, une culture, un plaisir ou parfois là où il ne voit rien du tout, le médecin peut y voir un espace social de la médecine. La médicalisation de la société confère « *une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes. Elle est avant*



*tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical.* » (103). Dans la partie précédente je disais que le médecin manquait de savoir et de pouvoir en vue des exigences en matière de santé et de soin dans la société contemporaine. Mais le corps médical dispose en réalité d'un savoir qui a su s'imposer comme pouvoir. La révolution dans la technologie du pouvoir remonte à la fin du XVIIe siècle (104) lorsque le gouvernement par l'Etat devient une science qui s'appuie sur les statistiques économiques et la démographie ceci en vue de régir la vie des populations qui y résident. C'est bien plus tard, à la fin du XIXe siècle, mais toujours dans ce contexte que se développe une médecine autonome, une médecine de savoir, une médecine de pouvoir (105). Son ascension est alors renforcée puisqu'elle vient enrichir ce nouvel Etat « moderne » de données qui seront utiles au gouvernement de la population. Michel Foucault parle de biopouvoir pour décrire l'établissement de normes sociales assises sur les connaissances médicales en vue du contrôle de la vie des individus (106).

*b) Corps-objet et corps-sujet*

C'est ce contexte précédemment décrit qui permet à la médecine de passer de l'état de savoir à l'état de pouvoir (107). D'un besoin objectif identifié par les progrès du corps médical (savoir), l'on passe à une demande potentielle et à des moyens mis en place pour répondre à cette demande (pouvoir). A ceci s'associe une réification du corps qui a certes permis l'essor d'une médecine performante, mais qui empêche l'avènement du corps sujet (108). La façon même dont s'est construite la médecine occidentale moderne et contemporaine conduit la société à appréhender l'individu malade à travers un corps pathologique, un corps diminué, à juger ses comportements déviants s'ils ne sont pas favorables à la lutte contre ce corps malade (109). De nombreux efforts ont été faits pour dépasser l'idée de corps-objet notamment en matière de cadre législatif. Mais les pratiques qui convergent vers cette idée restent encore pauvres et fragiles. Ce regard n'échappe pas aux médecins et il est un lieu favorable pour le développement de l'insatisfaction d'un individu malade qui ne demande qu'à être vu comme un être à part entière pouvant vivre sa vie comme il le souhaite en lui donnant le sens qu'il veut.

*c) Le patient hypermoderne*

Nous avons vu que le concept même de besoin objectif était relié à une conception de la médecine qui prend du pouvoir dans la société et qui prend du pouvoir à l'individu. Si nous nous intéressons maintenant à la notion de demande déviante, c'est que nous ne reconnaissons pas de

légitimité de cette dernière dans le champs de la santé. Nous avons vu que certaines demandes a priori déviantes étaient en réalité basées sur les besoins fondamentaux des individus. Demander la réalisation d'un examen complémentaire c'est avant tout vouloir être rassuré sur son état de santé et ceci rejoint le besoin de sécurité. Mais qu'en est-il du besoin d'être vu rapidement par son médecin lorsqu'il n'existe ni souffrance, ni anxiété ? Qu'en est-il du besoin d'être vu par son médecin sans qu'il n'existe le moindre de retard ? Qu'en est-il du besoin d'une prescription dite de confort ? Nous avons déjà abordé ces explications au travers l'idée de performance et de la logique marchande. Mais en dehors de ce fait, comment peut-on expliquer avec tous les progrès qu'a connu la médecine, que le patient soit de plus en plus insatisfait, ou en tout cas manifeste davantage son insatisfaction ?

Nicole Aubert parle de métamorphose de l'individu contemporain conjointement aux mutations économiques, technologiques et socioculturelles de la seconde moitié du XXe siècle (110). L'individu hypermoderne est impliqué dans une société d'hyperconsommation, centré sur la satisfaction immédiate de ses attentes, davantage intolérant à la frustration. Là où la notion de productivité et de consommation est prédominante, le temps devient un outil précieux qui doit être optimisé. Les conséquences de cette hypermodernité n'épargnent pas le champ de la médecine qui devient la proie de la surconsommation en vue non plus seulement de la santé mais du bien-être. L'individu en proie à la maladie est dans une situation de handicap par rapport aux exigences de la société. Comme le disait Georges Canguilhem, la norme ne peut se définir que sur un état biologique individuel. « *C'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal.* » (111). Les maladies aiguës provoquent une rupture brève avec l'équilibre de vie alors que dans les maladies chroniques c'est tous les contours du mode de vie qui doivent être redéfinis. Ce contexte fabrique de nouveaux exclus et transforme le malade en l'archétype d'un perdant dans cette société.

Nous avons vu que la non-insatisfaction était impossible et ce contexte social donne un poids supplémentaire à cette idée. Si le médecin peut néanmoins tenter de satisfaire son malade, il doit se référer aux besoins motivant la demande et distinguer ce qui relève réellement des besoins fondamentaux de besoins plus artificiels ayant trait à ce contexte d'hypermodernité.

## **CONCLUSION**

## **D) SYNTHÈSE DES RÉSULTATS**

Les attentes des patients vis-à-vis de la qualité des soins sont assises sur les représentations du système de santé dont les mutations en France au cours des deux dernières décennies ont été importantes. La démocratisation sanitaire des années 1980-1990, suivie des changements du cadre législatif et socio-économique sont venues enrichir la relation médecin-malade d'une dimension marchande. Ceci la rend encore plus complexe qu'elle ne l'était, du fait de l'ambiguïté de statut des deux acteurs :

. Le malade doit-il être vu comme un patient, souffrant, dépendant du médecin par manque de connaissance et de pouvoir ? Dans ce cas le médecin prend une position haute, la relation est hiérarchique, le médecin est le réel détenteur du savoir et du pouvoir car le patient a besoin de lui. La loi Kouchner donne malgré tout au patient des droits lui permettant de compenser cette asymétrie.

. Le malade doit-il être vu comme un client, un usager du système de soin, disposant d'un accès à la connaissance et ayant la possibilité de changer de médecin quand il le souhaite ? Dans ce cas le médecin prend une position complémentaire. S'il peut vivre de son métier c'est parce qu'il y'a une demande de la part des consommateurs de soins et réciproquement si le patient peut espérer retrouver son état de santé c'est parce qu'il y'a une offre de la part du corps médical.

. Le médecin doit-il être vu comme un médecin de famille tel qu'il donnait à voir et tel qu'on le concevait au XXe siècle ? Dans ce cas le médecin est une personne dévouée pour ses malades, très proche de ces derniers, bon dans son essence et bienveillant, avec un sacrifice sacerdotal de sa vie privée pour se rendre disponible pour eux. Cette vision idyllique, en raréfaction avec l'arrivée de nouvelles générations de médecin, persiste cependant aux yeux des malades et dans ce qui est diffusé par les médias (111).

. Le médecin doit-il être vu comme un prestataire de service ? Si le patient prend le statut de client alors il paraît logique et légitime que le médecin prenne cette place. Dans ce cas, il doit se distinguer par sa performance, c'est-à-dire sa capacité à satisfaire les clients tout en assurant une qualité objective des soins. Sans quoi le patient pourra mettre en place les stratégies exit pour faire jouer la concurrence.

L'ambiguïté tient au fait que les places de chacun ne sont pas clairement définies puisque la relation médecin-malade a de multiples dimensions. C'est une relation sociale d'agence se

structurant autour d'un même objectif commun, la santé du patient pouvant prendre la forme d'une relation affective, d'amitié, d'estime et d'admiration, et plus généralement d'une association de tous ces caractères le tout étant dénommé par Balint sous le nom de compagnie d'investissement mutuel. Mais elle peut prendre aussi comme on l'a vu la forme d'une relation client-prestataire. Cette absence de caractère fixe et bien déterminé contribue à une alternance voire une coexistence de statuts en contradiction entre eux. Le statut de patient dépendant soumis au pouvoir et à la volonté du médecin entre en compétition avec sa volonté de devenir client autonome et libre de ses prescriptions. Le médecin de famille désintéressé entre en compétition avec le prestataire de service impliqué dans une relation marchande.

Mes résultats montrent que l'insatisfaction des malades présente une triple contingence.

. Premièrement elle est en rapport avec l'absence de comblement des besoins des individus. Ces besoins portent sur l'intégrité corporelle et mentale, le sentiment de sécurité, l'appartenance/l'identification à un groupe social, le sentiment d'utilité, l'estime d'autrui et la projection de soi.

. Deuxièmement elle est en lien avec un défaut de performance au niveau de la qualité perçue du soin. Le consommateur par la rémunération du médecin et le caractère marchand de la relation se sent en droit d'exiger un service performant correspondant au minimum de ses attentes.

. Enfin elle a trait aux conflits identitaires et d'intérêts que toute relation humaine est susceptible d'engendrer. L'ambiguïté des statuts des acteurs prend tout son sens ici puisque lorsque le malade se positionne en client et veut défendre son autonomie il empiète sur l'espace de décision et de pouvoir du médecin et réciproquement. De même lorsque le médecin souhaite s'écarter de l'image stéréotypée du médecin de famille au dévouement sacerdotal il se heurte au risque de déception de la part son patient du fait de la trahison des valeurs que ce dernier prête à la profession.

Les facteurs générant de l'insatisfaction portent à la fois sur les exigences du soin dans sa dimension technique, relationnelle et psychosociale ainsi que sur le savoir-être du médecin. L'on retrouve dans mes résultats l'indisponibilité ou le retard du médecin, le défaut d'examen, l'immobilisme ou l'erreur diagnostique, les carences dans le partage d'information, le refus de prescription, l'immobilisme ou l'échec thérapeutique, le manque de bienveillance et d'empathie, le paternalisme médical en particulier dans l'éducation à la santé, l'absence de prise en charge personnalisée et l'attitude mercantile.

Satisfaction et insatisfaction sont les valeurs opposés d'une même variable qualitative ordinale. En outre l'insatisfaction est mesurable et chacune des caractéristiques potentielles que l'on peut attribuer au soin ou au médecin peut être interprétée selon le niveau de satisfaction qu'il génère chez un patient en fonction de sa présence ou son absence. Cette approche issue du marketing et conceptualisée par le japonais Noriaki Kano nous montre que l'absence de réponse aux attentes n'engendre pas toujours de l'insatisfaction. Il n'y a donc pas de relation d'équivalence entre la réponse aux attentes et la satisfaction.

Mes résultats montrent également que même si au sein de la relation médecin-malade s'est instaurée une dimension marchande, celle-ci ne peut s'affirmer totalement. Le lien établi entre un patient et un médecin qui se connaissent depuis plusieurs années, conduit le malade non pas à faire jouer la concurrence à partir des stratégies exit, mais plutôt à utiliser des moyens visant à maintenir ou restaurer la relation. Ceci tient à deux aspects qui coexistent dans la relation : d'une part la compagnie d'investissement mutuel a créé un attachement, un lien affectif que le patient ne souhaite pas détruire. D'autre part l'état de santé du patient le rend dépendant d'un médecin et quand bien même l'offre de soin, la concurrence serait importante (ce qui est loin d'être le cas selon la démographie médicale), le patient ne dispose pas des connaissances permettant une comparaison de la qualité (objective) des soins. Ceci se traduit par une latence à la rupture même quand le patient ne trouve plus aucune satisfaction avec son médecin et le changement quand il a lieu est opportun.

## **II) APPORTS DE LA THESE**

Ma thèse se distingue des travaux précédents ayant porté sur les relations conflictuelles ou sur la rupture entre médecin et malade. Comme je l'ai exposé en introduction, l'insatisfaction n'est pas toujours en lien avec un conflit ou une rupture et en ce sens je pouvais espérer une originalité de mon travail. Mais au départ mes espérances étaient plutôt faibles car je considérais le sujet comme très proche de ce qui avait été fait antérieurement. Cependant grâce à l'approche approfondie par entretiens semi-dirigés et à une analyse attentive des cas, j'ai pu mettre en évidence des résultats inédits. D'une part j'ai pu expliquer les mécanismes de l'insatisfaction des malades et en ai dressé une typologie. D'autre part l'intégration des catégories élaborées m'a permis d'apporter un regard nouveau sur le concept d'insatisfaction et de sa triple contingence. S'il est difficile d'en donner sa dimension compréhensive je peux prétendre grâce à ce travail

empirique avoir pu en élaborer les contours et d'en avoir dressé une vue synoptique. Je montre également que la non-insatisfaction bien que souhaitable pour la relation, est impossible à atteindre.

### **III) OUVERTURE**

Au cours de ma recherche sont apparues des données auxquelles je ne m'attendais pas. Je n'avais pas imaginé que l'étude de l'insatisfaction du malade au sein d'une relation singulière avec son médecin puisse conduire à une critique du rôle et de la valeur des médecins généralistes eux même. Je n'avais pas non plus envisagé que soit soulevée par certains patients une vive critique de la rémunération du médecin. Je m'attendais plutôt à ce que ma qualité de médecin généraliste conduise à une certaine retenue sociale. Bien que ceci n'avait rien à voir avec une relation insatisfaisante, le thème a pu être abordé succinctement au cours de mes résultats. Mais en y réfléchissant ceci peut tout aussi bien être un résultat non anodin que ma recherche aurait induit car nous pouvons y voir non pas seulement une critique du revenu en tant que tel, mais de la place du médecin généraliste dans le parcours de soin et dans la société dans le regard de certains patients. A l'issue de ces résultats, je pense que chacun de ces sujets mériterait de faire l'objet de travaux de recherche en raison du manque de données sur ces deux thématiques. Une recherche comprehensive pourrait être effectuée avec une enquête qualitative auprès d'individus dépréciant le rôle et la valeur du médecin généraliste dans la société ou auprès d'individus critiquant le parcours de soin actuel. Ceci permettrait de comprendre les éléments mis en jeu dans cette dépréciation et les mécanismes sous-jacents. Cette recherche pourrait être complétée d'une mise en relation avec l'approche évolutive du prestige du médecin généraliste car les données sur ce sujet sont quant à elle nombreuses.

Outre ces données obtenues avec [sérendipité](#), j'ai montré que l'insatisfaction pouvait en partie être appréhendée comme dans la relation marchande. De nombreux travaux, on l'a vu en introduction, se sont intéressés à la qualité des soins selon le patient, aux attentes du malade et à sa satisfaction. Aucune n'a envisagé l'approche à travers un questionnaire de Kano comme je l'ai suggéré. Une étude quantitative pourrait être réalisée auprès des patients en reprenant les différentes exigences auxquelles est susceptible de répondre le médecin. Plutôt que d'étudier la satisfaction de chaque attente, l'on pourrait proposer à un grand échantillon de patient un questionnaire de Kano avec le niveau de satisfaction en fonction du type absent/présent de la performance. Ceci permettrait

## ***Conclusion***

d'affiner le niveau d'exigence des patients et d'établir une hiérarchie au sein des facteurs de performance. D'autres techniques de marketing méritent d'être étudiées pour approcher la satisfaction du malade et la qualité des soins.



## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) LUDWIG WITTGENSTEIN, *Le cahier bleu et le cahier brun*, Editions Gallimard, 1996
- (2) KARL POPPER, *De Vienne à Francfort. La querelle allemande des sciences sociales*, Editions Complexe. 1979
- (3) ARBORELIUS E, BREMBERG S. *What can doctors do to achieve a successful consultation ?* Family Practice 1992; 1:61-66
- (4) SENAND R ET AL. *Esquisse par des patients de leur médecin généraliste*. Revue du praticien médecine générale 1995; 318: 65-70.
- (5) SENAND R. *Prise en charge des événements de vie en médecine générale*. Revue du praticien médecin générale 1997; 382/383: 35-41.
- (6) MOREAU A. *Selon quels critères évaluer la qualité de relation médecin-malade*. Rev Prat Med Gen 1999 ; 477 : 1835-1838.
- (7) M.C.DEDIANNE ET AL. *Relation médecin malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus groups*. Revue du praticien médecine générale 2003;17.
- (8) EPSTEIN R, HUNDERT E. *Defining and assessing professional competence*. JAMA 2002; 287:226-235.
- (9) THIERRY CARMOI. *Le médecin idéal : Le point de vue des patients*, DIU de pédagogie médicale, 2010.
- (10) TERRA JL, ERBAULT M, MARGUERES G. *Amélioration de la qualité en établissements de santé et évaluation du changement induit*. In : *L'évaluation médicale : du concept à la pratique*. Paris : Médecine-Flammarion,200 :105-14.
- (11) MCKINLEY RK ET AL. *Meeting patient expectations of care : the major determinant of satisfaction without-of-hours primary medical care ?* Fam Pract 2002;19:333-8
- (12) <https://www.definitions-marketing.com/definition/echelle-de-likert/>
- (13) EVANS RG ET AL. *Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods*. Family Practice, 2007.
- (14) KREWEN A, BONNET P, *La satisfaction de la consultation en médecine générale : typologie des patients et déterminant*, exercer 2013.
- (15) *Le rôle et la place du médecin généraliste en France*, sondage BVA, 2008.
- (16) MICHAEL BALINT, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot 2006.
- (17) PICARD DOMINIQUE, MARC EDMOND, *Les conflits relationnels*, PUF 2<sup>e</sup> édition.

- (18) STUDENIC P ET AL. *Discrepancies between patients and physicians in their perceptions of rheumatoid arthritis disease activity. Arthritis Rheum.* 2012;64(9):2814-23.
- (19) SENEZ B ET AL. *Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et critères utilisés en médecine ambulatoire.* Anaes. Novembre 1999.
- (20) MOREAU A. *Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Étude qualitative par la méthode du focus group.* Revue du praticien de médecine générale, tome 18, n° 674/675 du 20 décembre 2004.
- (21) ELIOT FREIDSON, *La profession médicale,* Payot, 1985.
- (22) SFMG. *Sociologie et Anthropologie. Quels apports pour la médecine générale ?* Document de recherche en médecine générale, novembre 2007
- (23) MULOT JULIEN. *Du désaccord de la relation médecin - patient à la judiciarisation, le point de vue des patients.* Thèse de médecine générale (2004).
- (24) BOURCEREAU GAËLLE, PESENTI-DEPALLE CHARLOTTE. *Peut-on prévenir le conflit en médecine générale ?* Thèse de médecine générale (2017)
- (25) GERARD N, ESCOURROU B. *Étude qualitative des motifs de non-dit des patients diabétiques de type 2.* Thèse de médecine générale (2013).
- (26) STRAUSS A. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme.* L'harmattan, logiques sociales (1992)
- (27) PARSON T. *The social system.* Free Press of Glencoe, 1951.
- (28) O' DOWD TC. *Five years of heartsink patients in general practice.* BMJ (Clin Res) 1988 ; 297 :528-30.
- (29) GROVES JE. *Taking care of the hateful patient.* N Engl J Med 1978 ; 298 :883-7
- (30) BOUCHACOURT CHLOÉ. *Les patients heartsink, la prise en charge des patients difficiles en médecine générale.* Thèse de médecine générale (2014)
- (31) STOKES T. *GP's account of removing patients from their list,* BMJ. 2003 Jun 14; 326 (7402) : 1316.
- (32) MULLER COLLE F. *La rupture de la relation medecin-malade: pourquoi les patients changent-ils de medecin generaliste ? Enquete aupres de 1148 patients de la region lorraine.* Thèse médecine générale, 1997.
- (33) MCCALL GJ. *The social organization of relationships.* Social Relationships. Chicago: Aldine; 1970: 3–34.

- (34) MCCALL M. *Boundary rules in relationships and encounters*. Social Relationships. Chicago: Aldine; 1970: 35–61. (34).
- (35) STOKES T ET AL. *Ending the doctor–patient relationship in general practice: a proposed model*. Fam Pract. 2004 Oct;21(5):507-14.
- (36) FEUILLET ANAÏS. *Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-loir*. Thèse de médecine générale (2013).
- (37) HAYES-BAUTISTADE. *Termination of the patient–practitioner relationship: divorce, patient style*. *J Health Soc Behav* 1976; 17: 12–21.
- (38) WONCA. *La définition de la médecine générale – médecine de famille*. WONCA Europe (2002).
- (39) J L CAMPBELL ET AL. *Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care*. *Quality in Health Care* 2001;10:90–9590.
- (40) LUC VAN CAMPENHOUDT, NICOLAS MARQUIS. *Cours de sociologie*. Dunod 2014.
- (41) SERGE PAUGAM. *L'enquête sociologique*. PUF Edition. 2010.
- (42) <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- (43) GELLY MAUD. *Quand la santé décuple les inégalités*. Agone (2016).
- (44) FASSIN DIDIER ET AL. *Les inégalités sociales de santé*. La découverte (2000).
- (45) SYLVIE FAINZANG. *La relation médecin-malades information et mensonges*. PUF (2006).
- (46) GALAM E. *Relation médecin – malade : pour le meilleur et pour le pire*. *Médecine*. Mai 2009 ; 231-34.
- (47) OLIVIER KANDEL ET AL. *Manuel théorique de médecine générale*. SFMG, 2015.
- (48) SFMG, *Conseils pour rédiger sa thèse, Le plaisir de comprendre*
- (49) FRÉDÉRIC LEBARON. *Sociologie de A à Z*. Dunod 2009.
- (50) ALBERT MENDIRI. *Cours de Philosophie*. Edition Scripta 2010.
- (51) ISABELLE AUBIN-AUGER ET AL. *Introduction à la recherche qualitative*. *exercer* 2008;84:142-5.
- (52) JOËLLE KIVITS ET AL, *Les recherches qualitatives en santé*, Armand Colin, 2016.
- (53) NORMAN K. DENZIN. *Collecting and interpreting qualitative material*. Sage 2008.
- (54) ALEX MUCHIELLI. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en science humaines et sociales*. Armand Colin (2009).

- (55) UNIVERSITÉ DE GRENOBLE. types de recherche et outils méthodologiques.
- (56) LABARERE J, FRANÇOIS P. *Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins : revue de la littérature*. Revue épidémiologique de santé publique 1999;47:175-84.
- (57) PAILLE, P. MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. 2003.
- (58) ROGERS, C. *L'approche centrée sur la personne. Anthologie de textes*. éd. Randin, Lausanne (2001).
- (59) [http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_de\\_premier\\_recours/documents/infos\\_soignants/approches\\_bon\\_deroulement\\_consultation.pdf](http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/approches_bon_deroulement_consultation.pdf)
- (60) VALERIE MÉLIANI. *Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode*. Recherches qualitatives – hors série – numéro 15 – pp. 435-452. Du singulier à l'universel.
- (61) ENGEL GL. *The clinical application of the biopsychosocial model*. American journal of psychiatry 1980 ;137 :535-44.
- (62) MENAUT HERVÉ. *Les soins relationnels existent-ils ? Vie sociale et traitements*. 2009.
- (63) CNGE, *Abrégé de médecine générale, connaissances et pratiques*, Masson, 2<sup>e</sup> édition
- (64) BACHELARD GASTON. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris, Librairie philosophique, 1999.
- (65) HERVE DUMEZ. *Méthodologie de la recherche qualitative*. Vuibert, 2<sup>e</sup> édition, 2016.
- (66) DENZIN, NK. *Sociological Methods*. New York : McGraw-Hill (1978).
- (67) <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1>
- (68) BOUDREAU. C, ARSENEAULT. A. *La recherche qualitative : une méthode différente, des critères de scientificité adaptés*. Revue de l'association pour la recherche qualitative, 1994.
- (69) PURVIN JULIE. *Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Etude qualitative sur les patients de la région Picardie*. Thèse de médecine générale. 2016
- (70) <http://les.mathematiques.free.fr/pdf/livre.pdf>
- (71) <https://linx.revues.org/500>
- (72) ROGER CARATINI, *Introduction à la philosophie*, L'Archipel (2000).

- (73) PATRICE TREMBLAY. *Mesurer la satisfaction et les attentes des client*, ed. Centre d'expertise des grands organismes, septembre 2006.
- (74) *Satisfaction de la clientèle : mesure et utilisation*. Québec, Rencontre de l'APRM-Québec, 15 avril 2003.
- (75) DANIEL RAY. *Mesurer et développer la satisfaction de la clientèle*. Paris, Editions d'Organisations, 2001.
- (76) PEIRCE CHARLES SANDERS. *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. Cambridge, Harvard University press.
- (77) W. ACKERMAN ET AL. *Décrire : un impératif? Description, explication, interprétation en sciences sociales, Tome 2*. Langage et société, 1986
- (78) SUTTON ROBERT I, STAW BARRY M. *What theory is not*. Administrative science quarterly, vol.40, n°3.
- (79) JON ELSTER. *Nuts and bolts for the social sciences*, Cambridge university press, 1989
- (80) CHARLES OGDEN, IVOR RICHARDS, *The Meaning of Meaning*, Paul Kegan, Londres, 1923.
- (81) ABRIC JEAN-CLAUDE. *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. Armand Colin Paris, 1999.
- (82) PHILIPPE BATIFOULIER. *Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin*. Revue française de socio-économie, La découverte, 2012.
- (83) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- (84) BENJAMIN PITCHO, *Le statut juridique du patient*, LEH Edition, 2004
- (85) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607&dateTexte=&categorieLien=id>
- (86) BATIFOULIER PHILIPPE, *Un panorama de la socio-économie française*, Revue française de socio-économie, 2008
- (87) LAUDE A. *Les médecins et les malades face au droit*. Revue française d'administration publique. 2005
- (88) E. MARC, D. PICARD. *L'École de Palo Alto*. Paris, Retz, 2006
- (89) <http://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/demarche-qualite-wk267/apprehender-la-notion-de-besoin-sl3238610/clarifier-les-notions-de-besoins-demande-attente-satisfaction-des-usagers-sl6275681.html#SL6275683>
- (90) ABRAHAM MASLOW. *A Theory of Human Motivation*, Psychological Review, n° 50, 1943, p. 370-396

- (91) KANO NORIAKI ET AL. *Attractive quality and must-be quality*. Journal of the Japanese Society for Quality Control. 14 (2) : ISSN 0386-8230. Avril 1984
- (92) DONABEDIAN A. (1966), "Evaluating the quality of medical care", Milbank Memorial Fund Quarterly, vol.44, no.3, pp.166-203.
- (93) ROEMER MI, MONTOYA-AGUILAR C. (1988), *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.
- (94) Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.
- (95) <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
- (96) MATTKE S ET AL. (2006), *Health care quality indicators project : Initial indicators report*, OECD Health Working Papers, no.22, OCDE Paris.
- (97) KELLY E, HURST J. (2006), *Health care quality indicators project : Conceptual framework paper*. OECD Health Working Papers, no.23, OCDE Paris.
- (98) DONABEDIAN A. (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford : Oxford University Press; 2003; 240 p.
- (99) BERGER C ET AL.1993. *Kano's methods for understanding customer-defined quality*. Center for Quality Management Journal (Fall), 3-35.
- (100) LUDWIG WITTGENSTEIN. *Recherches philosophiques*. Paris. Gallimard. 2004.
- (101) BRAULT N. *Santé, Société, Humanité*. (Hachette)
- (102) E.C HUGUES, *Men and their work*, Greenwood Press, 1981
- (103) AIAICH.P, DELANOE D. *L'ère de la médicalisation. Ecce homosanita*. Paris, Anthropos, 1998
- (104) MICHEL FOUCAULT. *Naissance de la biopolitique*. Cours au collège de France. 1978-1979, Gallimard/Seuil
- (105) LEONARD J. *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Paris, Aubier-Montaigne, 1981.
- (106) MICHEL FOUCAULT. *Histoire de la sexualité*. Gallimard ; 1994.
- (107) PHILIPPE ADAM, CLAUDINE HERZLICH, *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin, 2014.
- (108) [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2003/mip/G\\_08.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2003/mip/G_08.pdf)
- (109) DETREZ C. *La construction sociale du corps*. Seuil. 2002.
- (110) NICOLE AUBERT. *L'individu hypermoderne*. Eres 2006.

- (111) GEORGE CANGUILHEM. *Le normal et le pathologique*. PUF. 2013.
- (112) MYHIE SOPHIE. *L'image du médecin généraliste dans les journaux télévisés français de 1949 à 2012*. Thèse de médecine générale.



## **ANNEXES**

## **Annexe 1 : grille d'entretien**

Consigne de départ : pouvez-vous me raconter ce qui a provoqué chez vous cette insatisfaction vis à vis de votre médecin généraliste ?

Sous-thèmes à explorer :

. Les motifs de recours au médecin généraliste et attentes : pour quelles raisons consultiez-vous votre généraliste ? Qu'attendiez-vous de lui ?

. La relation médecin-patient : que pensez-vous de votre généraliste ? Comment cela se passe-t-il en consultation avec lui ?

. Les conséquences de l'insatisfaction sur le patient et la relation : qu'avez-vous pensé de cette situation ? Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous fait suite à cela ?

. L'existence d'un conflit : avez-vous témoigné à votre médecin généraliste que vous n'étiez pas satisfait(e) ? Pourquoi ? Qu'est-il advenu par la suite ?

. Le changement de médecin : pourquoi avez-vous décidé de changer (ou de ne pas changer) de médecin ? Comment cela s'est-il fait ?

Renseignements sur le patient : âge, sexe, situation familiale, lieu de naissance, lieu de résidence, niveau d'étude, profession des parents.

## Annexe 2 : bases de la logique formelle

P	non P
V	F
F	V

P	Q	P et Q	P ou Q	$P \Rightarrow Q$	$P \Leftrightarrow Q$
V	V	V	V	V	V
V	F	F	V	F	F
F	V	F	V	V	F
F	F	F	F	V	V

### Annexe 2.1 : tables de vérité en logique propositionnelle

p et q sont des propositions quelconques c'est-à-dire des énoncés pouvant être vrais (V) ou faux (F).

Les tables de vérité donnent en logique formelle la valeur de vérité de propositions complexes formées à partir des cinq connecteurs logiques (non, et, ou,  $\Rightarrow$ ,  $\Leftrightarrow$ ).

### **Induction / Dédution / Abduction**

Induction	Dédution modus ponens	Abduction
$\vdash p_i \ \& \ q_i$ pour $i = 1, \dots, n$ ----- $\vdash p \Rightarrow q$	$\vdash p \Rightarrow q$ $\vdash p$ ----- $\vdash q$	$\vdash p \Rightarrow q$ $\vdash q$ ----- <u>plausible (p)</u>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     Trouver une loi par généralisation de corrélations particulières                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     Dédire une conclusion à partir d'une loi et d'une proposition considérée comme vraie                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     Poser la plausibilité d'une hypothèse à partir d'une loi et de constats                 </div>

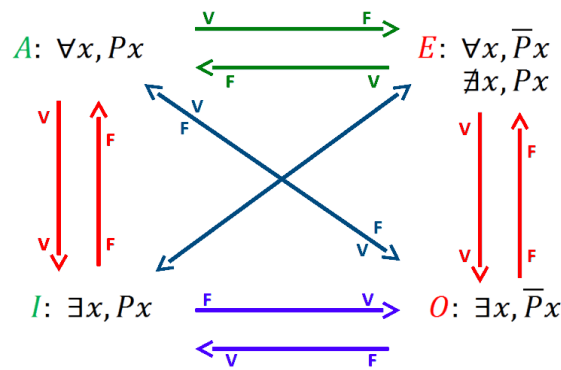
### Annexe 2.2 : les trois modes de raisonnements rigoureux

$\vdash$  signifie que l'on tient pour vrai les propositions figurant à droite du symbole.

$\Rightarrow$  est le symbole de l'implication logique :  $p \Rightarrow q$  se lit « si p alors q » ou « p implique q ». Il ne s'agit en aucun cas d'un lien de causalité. Il signifie juste que lorsque p est vrai alors q l'est aussi.

----- est une barre séparative entre les données à sa partie supérieure et ce qui est inféré à sa partie inférieure.

## Le carré logique : synthèse

**Annexe 2.3 : le carré logique en logique des prédicats**

Les symboles  $\forall$  (pour tout) et  $\exists$  (il existe) sont les quantificateurs universel et existentiel.

$x$  est une variable.  $P$  est un prédicat (une propriété des objets du domaine considéré). Lorsque  $x$  vérifie la propriété  $P$  on note  $Px$ .  $\bar{P}$  est une notation alternative pour la proposition « non  $P$  ».

Une proposition en logique des prédicats est un énoncé de la forme «  $\forall x, Px$  » ce qui signifie que quelle que soit la valeur de  $x$ ,  $x$  vérifie la propriété  $P$ , ou «  $\exists x, Px$  » ce qui signifie que au moins l'une des valeurs de  $x$  vérifie la propriété  $P$ .

Le carré logique (déjà conceptualisé par Aristote) donne les valeurs de vérité (V ou F) d'une proposition formée sur une variable  $x$  et une propriété  $P$  lorsqu'une autre a une valeur de vérité connue.

La proposition notée **A** est l'universelle affirmative

La proposition notée **E** est l'universelle négative

La proposition notée **I** est la particulière affirmative

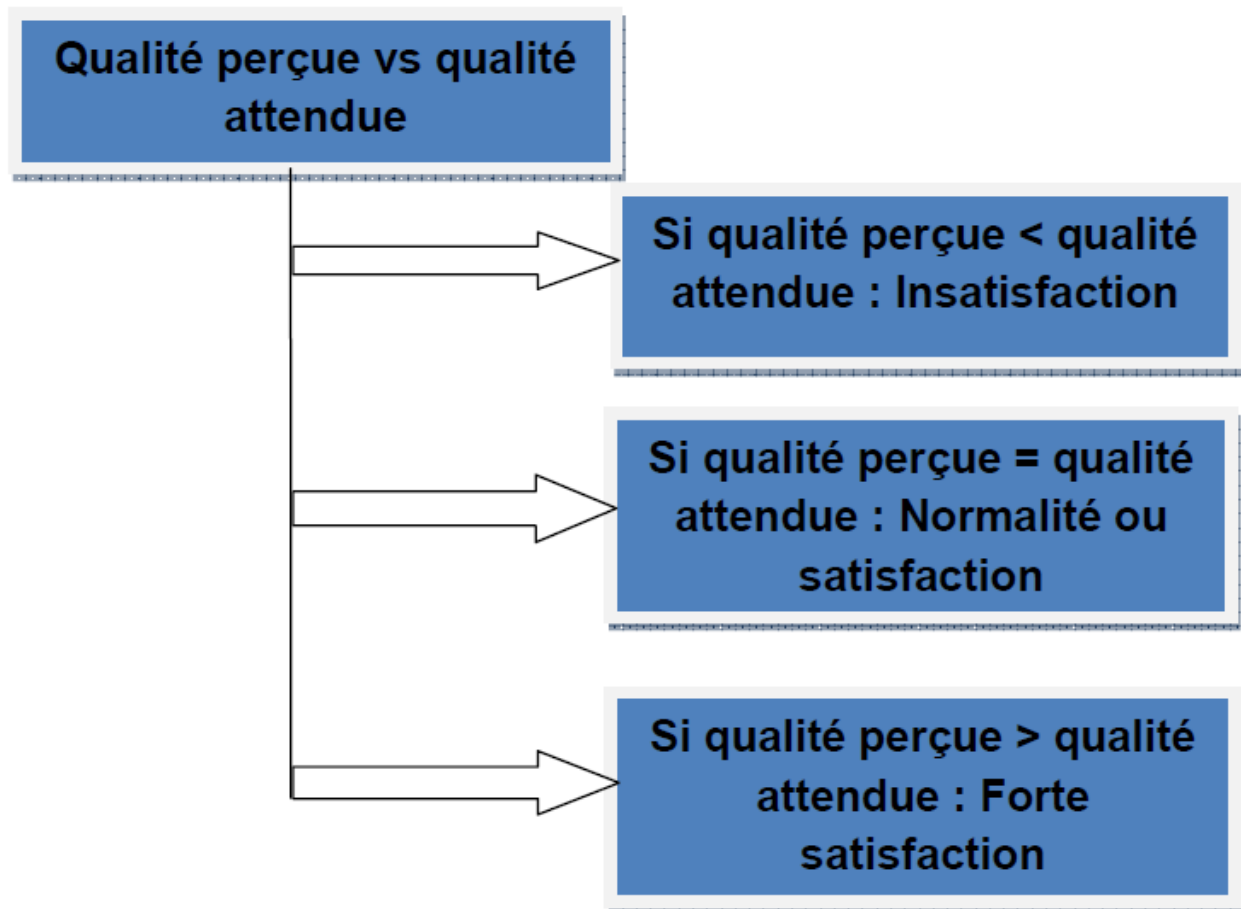
La proposition notée **O** est la particulière négative

Les sommets opposés sont des propositions contradictoires mais pas contraires.

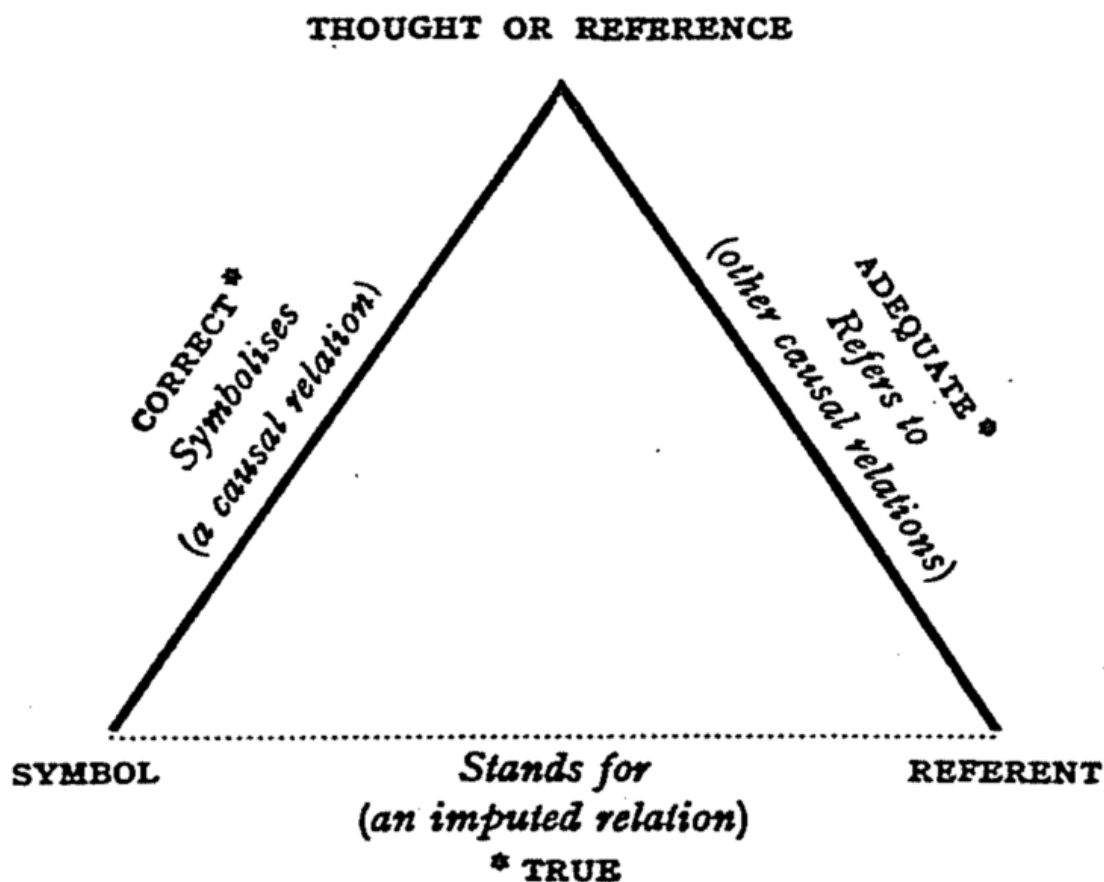
Les propositions **A** et **E** sont contraires (donc nécessairement contradictoires).

**I** et **O** sont respectivement les subalternes de **A** et **E**.

**Annexe 3 : la confirmation des attentes**

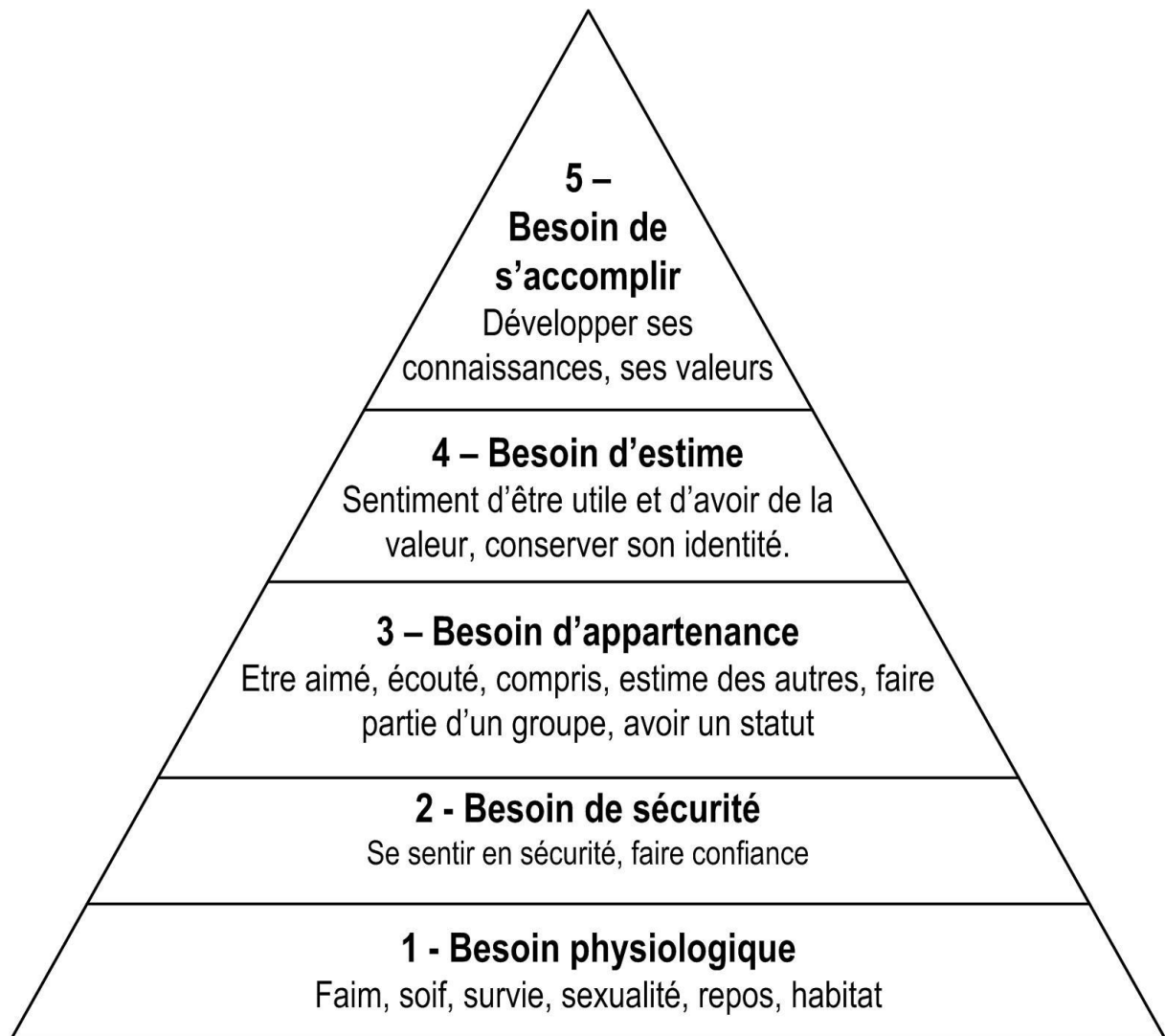


## Annexe 4 : le triangle sémiotique de Ogden et Richards



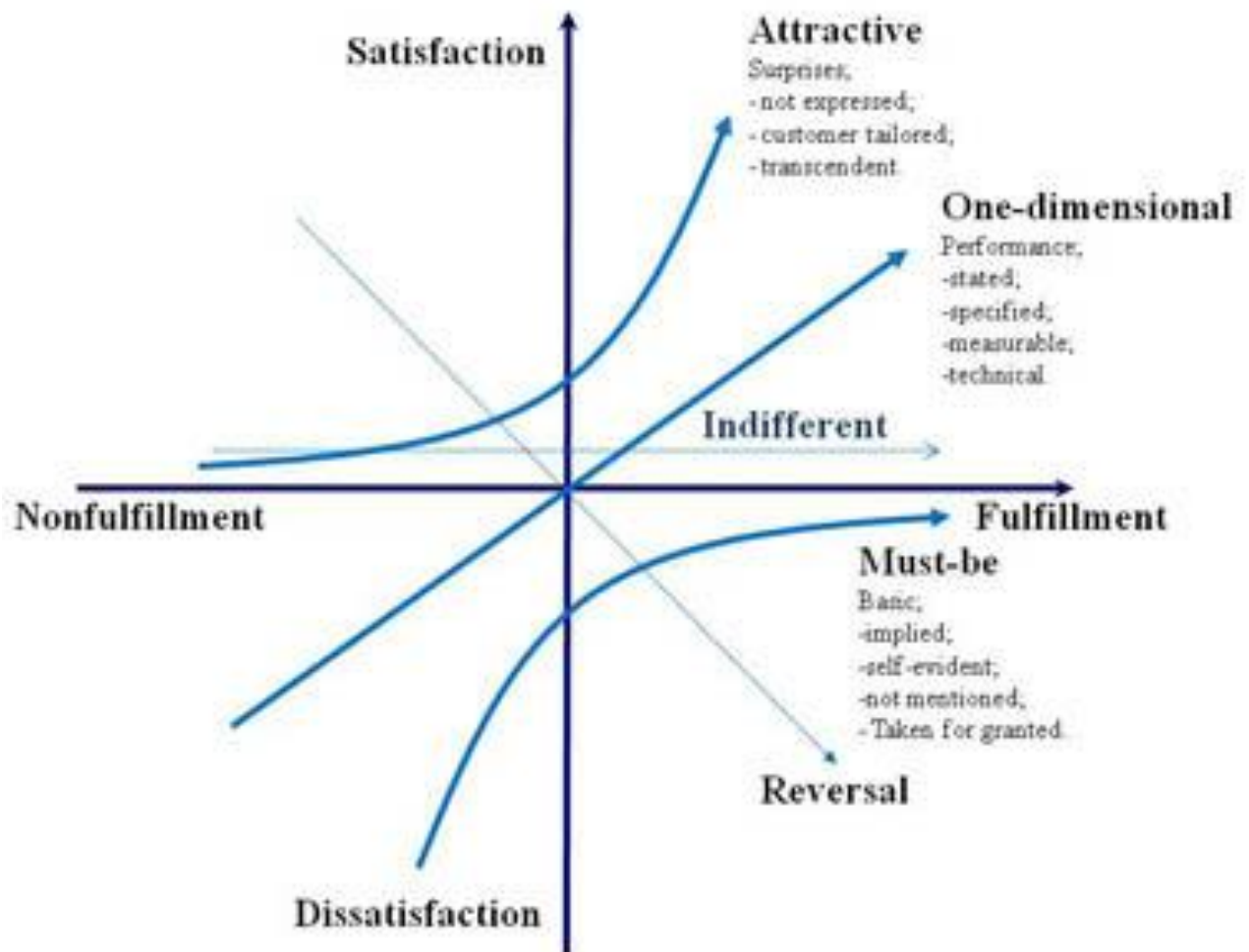
*Symbol* représente le mot, la dénomination. Elle renvoie au *Thought* qui représente sa [connotation](#) ainsi qu'au *referent* qui est ce qu'elle [dénote](#). La connotation représente tous les éléments de sens que va prendre la dénomination, elle est une définition complète et précise qui se doit d'aller bien au-delà de celle usuellement utilisée dans le dictionnaire. La dénotation recouvre tous les cas empiriques auxquels s'applique la dénomination. Le *referent* est en lien avec le *thought* comme la dénotation est en lien avec la connotation. Les éléments empiriques sont là pour caractériser le sens du concept et réciproquement le sens qui est donné doit pouvoir correspondre à des éléments empiriques.

**Annexe 5 : la pyramide des besoins de Maslow**



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

**Annexe 6 : diagramme de Kano**





### Annexe 7 : traduction du questionnaire de Kano en catégories

If the <u>gas mileage</u> of a car is good, how do you feel? <b>(Functional Form)</b>	1. I like it that way.
	2. I am expecting it to be that way.
	3. I am neutral.
	4. I can accept it to be that way.
	5. I dislike it that way.
If the <u>gas mileage</u> of a car is poor, how do you feel? <b>(Dysfunctional Form)</b>	1. I like it that way.
	2. I am expecting it to be that way.
	3. I am neutral.
	4. I can accept it to be that way.
	5. I dislike it that way.

Consumer Requirements		Dysfunctional				
		1. Like	2. Expect	3. Neutral	4. Accept	5. Dislike
Functional	1. Like	Q	A	A	A	O
	2. Expect	R	I	I	I	M
	3. Neutral	R	I	I	I	M
	4. Accept	R	I	I	I	M
	5. Dislike	R	R	R	R	Q

Table 1. Kano evaluation table

A=Attractive

M=Must-be

O=One-dimensional

I=indifferent

R=Reversal

Q=Questionable

# LEXIQUE

**Abduction** (*logique*) : Inférence tirant d'éléments empiriques surprenants une hypothèse probable l'expliquant.

**Abstraction** (*philosophie*) : Opération intellectuelle qui consiste à isoler par la pensée l'un des caractères de quelque chose et à le considérer indépendamment des autres caractères de l'objet

**Biais d'ancrage** (*psychologie*) : Biais de jugement dans lequel il existe une difficulté à se départir de la première impression

**Biais de confirmation** (*psychologie*) : Biais de jugement dans lequel l'individu a tendance à ne sélectionner que les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses et à accorder moins de poids aux éléments les contredisant.

**Concept** (*épistémologie*) : Catégorie intellectuelle permettant de définir et de rendre compréhensible un certain ordre de phénomènes. Schéma théorique destiné à rendre les phénomènes intelligibles.

**Connotation** (*linguistique*) : Ensemble de significations secondes provoquées par l'utilisation d'un matériau linguistique particulier.

**Conscience collective** (*sociologie*) : Ensemble des croyances et des sentiments communs à la moyenne des membres d'une même société qui forme un système qui a sa propre vie (Durkheim).

**Dénotation** (*linguistique*) : Sens fondamental et stable d'une unité lexicale, susceptible d'être utilisé en dehors du discours.

**Diachronique** (*linguistique*) : Ensemble des faits linguistiques considérés comme formant un système fonctionnel, à un moment déterminé de l'évolution d'une langue. Par extension caractérise l'évolution des faits dans le temps.

**Empirique** (*Epistémologie*) : Qui s'attache exclusivement à l'observation et au classement des données sans l'intervention d'un système ou d'une théorie a priori.

**Focus group** (*sociologie*) : Technique de recherche qualitative visant à étudier des opinions, des attitudes ou des motivations de personnes partageant un critère commun.

**Généralisation abusive** (*psychologie*) : Paralogisme dans lequel l'on déduit de la validité d'une proposition chez un certain nombre de cas qu'elle est valide pour n'importe quel autre cas.

**Heuristique de jugement** (*psychologie*) : Opération mentale, intuitive, et rapide. Elle consiste en une méthode rapide de résolution de problèmes sans être exhaustive.

**Holisme** (*ontologie*) : Système de pensée pour lequel les caractéristiques d'un être ou d'ensemble ne peuvent être connues que lorsqu'on le considère et l'appréhende dans son ensemble, dans sa totalité, et non pas quand on en étudie chaque partie séparément.

**Induction** (*logique*) : Inférence tirant de cas particuliers des lois générales. Raisonement le plus fréquent mais non rigoureux, de prémisses vraies l'on peut tirer des conclusions probables mais pas nécessairement vraies.

**Inférence** (*logique*) : Opération par laquelle on passe d'une assertion considérée comme vraie à une autre assertion au moyen d'un système de règles qui rend cette deuxième assertion également vraie.

**Métaphysique** (*philosophie*) : Discipline philosophique qui étudie la façon de produire les connaissances à partir de la raison seule et indépendamment de l'expérience.

**Paralogisme** (*logique*) : Raisonnement faux dans sa forme.

**Raisonnement hypothético-déductif** (*logique*) : Caractéristique des sciences expérimentales, le raisonnement hypothético-déductif consiste à élaborer une hypothèse puis à la tester en imaginant ses conséquences et en les confrontant aux résultats de l'expérience ou de l'observation.

**Réductionnisme** (*psychologie*) : Tendance qui consiste à réduire les phénomènes complexes à leurs composants plus simples et à considérer ces derniers comme plus fondamentaux que les phénomènes observés.

**Schémes** (*psychologie*) : Un schème est la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues.

**Sérendipité** (*épistémologie*) : Art de faire une découverte scientifique notamment par le hasard.

**Signifié** (*linguistique*) : Contenu sémantique (ou concept) du signe linguistique, manifesté concrètement par le signifiant.

**Subjectivisme** (*psychologie*) : Réduction de toute connaissance à ce que révèle sa propre perception.

**Typologie** (*sociologie*) : Ensemble de types construits selon les mêmes critères, destiné à saisir et comparer la spécificité de multiples phénomènes d'un certain ordre.

**Variable macrosociologique** (*sociologie*) : Variables quantitatives ou qualitatives pour lesquelles on peut déterminer des grands groupes sociaux à partir de leur sous-ensemble de valeurs. Par exemple les catégories socioprofessionnelles sont des variables macrosociologiques car on peut former des groupes sociaux comme les ouvriers, les artisans et commerçants ...

**Variable qualitative ordinale** (*Statistiques*) : Variable qualitative pour laquelle l'on peut établir une relation d'ordre (croissant ou décroissant) sur son ensemble de définition.

# TABLE DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>15</b>
<b><u>I) CONTEXTE</u></b> .....	<b>18</b>
<b><u>A) Qualité de la relation médecin-patient et satisfaction des attentes</u></b> .....	<b>18</b>
1) <u>La qualité de la relation médecin-patient</u> .....	18
2) <u>Les attentes des patients vis-à-vis du médecin généraliste</u> .....	19
3) <u>La satisfaction de la consultation en médecine générale</u> .....	20
<b><u>B) De la relation conflictuelle à la rupture</u></b> .....	<b>22</b>
1) <u>Les relations médecin-patient conflictuelles</u> .....	22
a) <u>Les différences de représentations sur la relation</u> .....	22
b) <u>La non réponse aux attentes des patients</u> .....	23
c) <u>Conséquences des relations conflictuelles chez les patients</u> .....	24
d) <u>Conséquences des relations conflictuelles chez les médecins</u> .....	25
2) <u>La rupture de la relation médecin-malade</u> .....	26
<b><u>II) PRESENTATION DU SUJET D'ÉTUDE</u></b> .....	<b>27</b>
<b><u>A) La question de recherche</u></b> .....	<b>27</b>
1) <u>Les prémisses</u> .....	27
2) <u>Origine de la question</u> .....	28
a) <u>Vers un affranchissement des prénotions</u> .....	29
b) <u>La problématisation</u> .....	31
c) <u>Mon projet de recherche</u> .....	33
3) <u>La restriction à la relation avec le médecin généraliste</u> .....	33
<b><u>B) Plan de la recherche</u></b> .....	<b>34</b>
<b><u>MÉTHODOLOGIE</u></b> .....	<b>36</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>37</b>
<b><u>I) BREF DESCRIPTIF DE LA RECHERCHE QUALITATIVE</u></b> .....	<b>37</b>
<b><u>A) Caractéristiques de la recherche qualitative</u></b> .....	<b>37</b>
1) <u>Objet et définition de la recherche qualitative</u> .....	38
2) <u>Légitimité du qualitatif par rapport au quantitatif</u> .....	38
3) <u>Méthode et résultats de la recherche qualitative</u> .....	39
<b><u>B) Le choix de la recherche compréhensive</u></b> .....	<b>39</b>

<b>II) L'ENQUÊTE SOCIOLOGIQUE</b> .....	<b>40</b>
<b>A) Recueil empirique des données</b> .....	40
1) <u>La constitution de l'échantillon : le principe de l'échantillonnage théorique</u> .....	40
2) <u>La grille d'entretien</u> .....	41
3) <u>La définition du cadre de l'entretien</u> .....	42
4) <u>Le déroulement de l'entretien</u> .....	43
<b>B) Analyse des données</b> .....	45
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>47</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>48</b>
<b>Partie 1 - La dimension technique, relationnelle et psychosociale du soin</b> .....	<b>51</b>
<b>I) DISPONIBILITÉ DU MEDECIN GÉNÉRALISTE</b> .....	<b>51</b>
<b>A) Le délai avant la consultation</b> .....	51
<b>B) La durée de consultation : entre réalité et perception</b> .....	55
<b>II) LES TEMPS FORTS DE LA CONSULTATION</b> .....	<b>57</b>
<b>A) L'examen physique : un rituel nécessaire</b> .....	57
<b>B) Le diagnostic</b> .....	60
1) <u>La gestion de l'incertitude</u> .....	60
a) <u>Le contexte initial</u> .....	60
b) <u>Stratégie diagnostique et gestion de l'incertitude</u> .....	63
2) <u>Le désaccord sur le diagnostic</u> .....	70
3) <u>L'erreur diagnostique</u> .....	72
<b>C) Stratégie thérapeutique</b> .....	77
1) <u>La phase d'information et explications</u> .....	77
2) <u>Immobilisme thérapeutique</u> .....	78
3) <u>L'échec thérapeutique</u> .....	81
4) <u>Education à la santé : bienveillance ou restriction des libertés</u> .....	82
5) <u>Le soignant-médicament : du soulagement au discours antithérapeutique</u> .....	83
<b>III) LA RELATION MARCHANDE</b> .....	<b>83</b>
<b>A) Le patient comme client</b> .....	84
<b>B) Le rapport qualité-prix</b> .....	85
<b>C) Les freins de la relation commerciale</b> .....	86
<b>Partie 2 - Le médecin généraliste dans la société</b> .....	<b>88</b>
<b>I) LE CONFLIT ENTRE IDÉAL ET RÉEL</b> .....	<b>88</b>
<b>A) Rôle du médecin généraliste</b> .....	88

1) <u>La prise en charge holistique et personnalisée</u> .....	88
2) <u>L'image du médecin de famille</u> .....	90
3) <u>De l'autorité intellectuelle à l'omniscience</u> .....	93
<b>B)Les profils dommageables</b> .....	94
1) <u>Le médecin apathique et le médecin désinvesti</u> .....	94
2) <u>La volonté de toute-puissance</u> .....	95
<b>II) L'IMAGE NÉGATIVE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES</b> .....	<b>97</b>
<b>A)Conditionnement par l'expérience et subjectivisme</b> .....	97
<b>B)L'effet des inégalités de revenus</b> .....	99
<b>C)Le médecin généraliste, parent pauvre du corps médical</b> .....	102
<b>Partie 3 - La relation conflictuelle et son évolution</b> .....	<b>104</b>
<b>I)LE CHOIX DU MÉDECIN</b> .....	<b>104</b>
<b>II)DE LA NAISSANCE DU CONFLIT À SA RÉOLUTION</b> .....	<b>105</b>
<b>A)Le phénomène de latence</b> .....	105
1) <u>Les freins matériels au changement</u> .....	105
2) <u>La résistance au changement</u> .....	106
3) <u>Attachement et fidélité</u> .....	107
<b>B)La perte de confiance</b> .....	109
<b>C)La rupture</b> .....	111
1) <u>La trahison du lien de proximité</u> .....	111
2) <u>L'atteinte à l'estime de soi</u> .....	112
3) <u>L'opportunité du changement</u> .....	113
<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	<b>114</b>
<b>I)CRITIQUE ET SCIENTIFICITE DE LA MÉTHODE</b> .....	<b>115</b>
<b>A)Le choix de la question de recherche</b> .....	115
<b>B)Risque de circularité</b> .....	116
<b>C)L'enquête de terrain</b> .....	117
1) <u>Echantillonnage théorique et recrutement des patients</u> .....	117
2) <u>L'entretien en face à face</u> .....	118
a) <u>Le cadre de l'entretien</u> .....	118
b) <u>La relation avec l'enquêté</u> .....	119
<b>D)Analyse des données</b> .....	120
1) <u>Critères de scientificité de ma démarche</u> .....	120
2) <u>La logique de la recherche</u> .....	121
a) <u>Le processus hypothético-déductif</u> .....	121
b) <u>Les mécanismes de l'insatisfaction : une démarche inductive</u> .....	123



<i>c)La logique abductive : processus créatif</i> .....	123
<b>E)La description</b> .....	124
<b>F)Forme des résultats</b> .....	125
<b>II)DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....	<b>126</b>
<b>A)Intégration du phénomène d’insatisfaction</b> .....	127
1) <u>Le contexte socio-économique et législatif</u> .....	127
2) <u>La performance médicale</u> .....	127
3) <u>La confrontation des pouvoirs</u> .....	129
4) <u>Besoins, attentes, insatisfaction</u> .....	131
<b>B)Proposition d’un modèle pour l’insatisfaction des malades</b> .....	134
1) <u>Relation entre insatisfaction et attentes</u> .....	134
<i>a)Facteurs d’insatisfaction symétriquement déductibles des attentes</i> .....	136
<i>b)Facteurs à double tranchant</i> .....	136
<i>c)Facteurs relevant du service de base</i> .....	138
<i>d)Facteurs de second plan</i> .....	139
<i>e)Facteurs neutres</i> .....	140
<i>f)Facteurs attractifs</i> .....	141
2) <u>Qualité objective et qualité perçue</u> .....	141
3) <u>Application du modèle de Kano à l’insatisfaction des patients</u> .....	143
<b>C)Théorisation de l’insatisfaction des malades</b> .....	146
<b>D)La satisfaction du malade : un objectif à atteindre ?</b> .....	149
1) <u>L’impossibilité de la non-insatisfaction</u> .....	149
2) <u>Un contexte social favorable au développement de l’insatisfaction</u> .....	151
<i>a)Biopouvoir et biopolitique</i> .....	151
<i>b)Corps-objet et corps-sujet</i> .....	152
<i>c)Le patient hypermoderne</i> .....	152
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>154</b>
<b><u>I)SYNTHÈSE DES RÉSULTATS</u></b> .....	<b>155</b>
<b><u>II)APPORTS DE LA THESE</u></b> .....	<b>157</b>
<b><u>III)OUVERTURE</u></b> .....	<b>158</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	<b>160</b>
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>168</b>
<b><u>Annexe 1 : grille d’entretien</u></b> .....	<b>169</b>
<b><u>Annexe 2 : bases de la logique formelle</u></b> .....	<b>170</b>
<b><u>Annexe 3 : la confirmation des attentes</u></b> .....	<b>172</b>

*Table des matières*

<a href="#">Annexe 4 : le triangle sémiotique de Ogden et Richards</a> .....	173
<a href="#">Annexe 5 : la pyramide des besoins de Maslow</a> .....	174
<a href="#">Annexe 6 : diagramme de Kano</a> .....	175
<a href="#">Annexe 7 : traduction du questionnaire de Kano en catégories</a> .....	176
<a href="#">LEXIQUE</a> .....	177
<a href="#">TABLE DES MATIERES</a> .....	181

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## RÉSUMÉ

« L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du malade. »

Cette thèse a pour objet la description du point de vue du malade sur l'insatisfaction qu'il peut connaître dans la relation avec son médecin. J'ai opté pour une recherche qualitative utilisant la théorisation ancrée. L'enquête s'est effectuée à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de personnes insatisfaites de leur médecin généraliste. L'insatisfaction vient d'une qualité perçue inférieure à la qualité attendue. Mes résultats montrent que chez les malades elle présente une triple contingence. Premièrement elle peut être vue comme le défaut de comblement des besoins des individus. La personne malade connaît une rupture physique, psychique et sociale et attend du médecin qu'il agisse en vue d'une restauration rapide de l'état d'équilibre. Deuxièmement l'insatisfaction est parfois en lien avec les conflits d'intérêt et de pouvoir des acteurs au sein d'une relation asymétrique oscillant entre rapport de complémentarité et rapport hiérarchique. Enfin du fait de la démocratisation sanitaire et du remodelage législatif et économique des deux dernières décennies, l'insatisfaction peut aussi en partie être appréhendée de la même manière que dans la relation marchande. Les attentes des usagers du système de santé sont liées à leurs représentations sur les services qu'il peut offrir. Cette dernière composante se prête bien au modèle de Kano rendant compte de l'absence d'opposition symétrique entre satisfaction et insatisfaction. En outre, ce travail apporte l'idée que si le soin est parfois pensé en terme de performance, bien qu'il ne saurait s'y réduire, certaines techniques de marketing méritent d'être étudiées comme approche de la satisfaction et de la qualité des soins.

**Mots clés :** insatisfaction des malades, recherche qualitative, attentes, besoins, conflit, relation marchande

## ABSTRACT

« Dissatisfaction in the doctor-patient relationship : the patient's point of view. »

The purpose of this thesis is to describe the patient's point of view on the dissatisfaction with his doctor. We have opted for qualitative research using the grounding theory. The survey was carried out using semi-structured interviews with people dissatisfied with their general practitioner. Dissatisfaction results from perceived quality below the expected quality. Our results show that in the patients it presents a triple contingency. First, it can be seen as the lack of fulfillment of the needs of individuals. The sick person experiences a physical, psychological and social breakdown and expects the physician to act for a rapid restoration of the state of equilibrium. Secondly, dissatisfaction is sometimes linked to the conflicts of interest and power of the actors within an asymmetric relationship oscillating between complementarity and hierarchical relationships. Finally, due to health democratization and legislative and economic remodeling of the last two decades, dissatisfaction can also be partly understood in the same way as in the market relationship. The expectations of users of the health system are linked to their representations of the services that it can offer. This latter component lends itself well to the Kano model, which accounts for the absence of symmetrical opposition between satisfaction and dissatisfaction. Moreover, this work brings the idea that if care is sometimes thought of in terms of performance, although it can not be reduced to it, certain marketing techniques deserve to be studied as an approach to satisfaction and quality care.

**Key words :** patients' dissatisfaction, qualitative research, expectations, needs, conflict, merchant relationship