



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2013

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Emmanuelle MOURTON

Le 17 décembre 2013

REPRESENTATION SOCIALE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA POPULATION LORRAINE EN 2013. CONNAISSANCE DE LA POPULATION SUR LE METIER DE MEDECIN GENERALISTE.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Président et Directeur
M. le Professeur Pierre KAMINSKY	Juge
Mme le Docteur Elisabeth STEYER	Juge
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Juge
Mme le Docteur Martine BATT	Juge et Codirectrice

Président de l'Université de Lorraine : M. le Professeur
Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : M. le Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI

Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD

Vice-Doyen Mission « Finances » : M. le Professeur Marc BRAUN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur

Assesseurs

:

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
<ul style="list-style-type: none"> • « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques » 	
<ul style="list-style-type: none"> • « DES Spécialité Médecine Générale » 	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE -
Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques
BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie
GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle
KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE -
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ -
Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude
PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU -
Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis
REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER -
Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX
- Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel
VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre
BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur
Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER - Professeur
Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD

Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétiq*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie
MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)	Professeure Maria DELIVORIA- PAPADOPOULOS (1996)	Professeur Brian BURCHELL (2007)
<i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)	<i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)	<i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
<i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997)	<i>Université de Wuhan (CHINE)</i> Professeur David ALPERS (2011)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)	<i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i> Professeur Duong Quang TRUNG (1997)	<i>Université de Washington (U.S.A)</i>
<i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	<i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur Martin EXNER (2012)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)	Professeur Daniel G. BICHET (2001)	<i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
<i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	<i>Université de Montréal (Canada)</i>	
<i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005)	
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)	<i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	
<i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>		

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE, PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Jean- Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence et la direction de cette thèse.

Pour votre disponibilité et votre accompagnement dans l'élaboration de ce travail, soyez assuré de toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites le grand honneur d'accepter de juger notre travail.

Recevez l'expression de nos profonds remerciements et de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Associé de Médecine Générale

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre haute considération.

A NOTRE JUGE ET CO- DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Martine BATT

Docteur en Psychologie, Maître de Conférences, Habilitation à Diriger des
Recherches.

Université de Lorraine - Faculté de Psychologie Nancy

Pour avoir accepté de codiriger cette thèse, pour votre disponibilité et votre soutien,

veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Steven, merci à toi pour ce travail commun.

Au Dr Laëtitia MINARY, pour votre implication dans ce travail et votre gentillesse, un grand merci.

A tous les volontaires qui ont participé à l'enquête, je vous suis reconnaissante.

A Geoffrey, merci pour ton soutien inconditionnel et ta présence... je t'aime

A mes parents et Alex pour votre soutien depuis ces longues années, sans vous je ne serais pas là !

A Yamina, pour ta précieuse aide ! Reste la même, merci pour ton soutien... Toujours là quand il faut !

A Sof, Xav, la petite Nina, Nico, Zouz, Elo, Julien, pour les bonnes soirées passées ensemble... et surtout pour celles à venir !

A Laurène, même si tu es très loin, je pense à toi

A toute la famille Amodeo, ma deuxième famille

A Griotte (Biscrok) et Alexandra, une très belle rencontre

A Véro (M&M's), merci pour ton aide, et surtout ne change pas !

A Philo, pour ton dévouement aux autres et les bons moments en stage

A Cindy, pour ta joie de vivre

A Nora !

A Laëtitia, Gaëlle, Guillaume, Julia, Alexandre, Manu, Belinda, Fabrice, Héroïse

A toute l'équipe de Bainville avec qui je n'ai que d'excellents souvenirs !

A la Pédiatrie de Lunéville, des moments géniaux passés avec vous !

A toute l'équipe de l'UFATT, avec qui j'aurais bien voulu rester plus longtemps !

A tous ceux qui m'ont soutenue pendant ces moments...

Et à tous ceux que je n'ai pas cités mais que je n'oublie pas !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	25
AVANT PROPOS	26
INTRODUCTION	28
MATERIEL ET METHODE	31
1 Choix de la méthode.....	32
2 Matériel.....	32
2.1 Elaboration du questionnaire.....	32
2.2 Population Etudiée	33
2.2.1 Critères d'inclusion.....	33
2.2.2 Critères de non inclusion.....	33
2.2.3 Nombre de personnes interrogées.....	33
3 Déroulement de l'enquête	33
3.1 Lieux d'enquête	33
3.2 Période d'enquête	33
3.3 Réalisation de l'enquête	33
3.4 Saisie et exploitation.....	33
RESULTATS	35
1 Réalisation de l'enquête	36
2 Données sociodémographiques	36
2.1 Age.....	36
2.2 Genre	36
2.3 Catégories socioprofessionnelles.....	37
2.4 Lieu d'habitation	38
3 Résultats du questionnaire	38
3.1 Compétences des MG.....	38
3.2 Rôles des MG dans le système de soins.....	39
3.3 Notoriété des MG par rapport aux autres spécialités médicales	40
3.4 Formation des MG.....	41
3.5 Temps de travail des MG	41
3.6 Disponibilité des MG.....	41
3.7 La confiance accordée aux MG	42
3.8 Le montant de la consultation.....	42
3.9 Les revenus des MG	42
3.10 Evolution de l'image des MG en dix ans	43
3.11 Perception des rôles des MG par la population.....	44
3.12 La MG : une spécialité ?	45
3.13 Notion de professeur de Médecine	45
DISCUSSION	47
1 Sur la méthode	48
1.1 L'échantillonnage.....	48
1.2 Le questionnaire	48
1.3 Représentativité de l'échantillon.....	49
2 Sur les résultats.....	49
2.1 Le métier de MG.....	49
2.1.1 Temps de travail	49

2.1.2	Formation continue	50
2.1.3	Revenus.....	51
2.1.4	Montant de la consultation	51
2.1.5	Disponibilité.....	52
2.2	Compétences et Confiance	53
2.2.1	Pour pathologies bénignes ou graves.....	53
2.2.2	Satisfaction des compétences	54
2.2.3	Confiance.....	55
2.3	Rôles des MG.....	56
2.3.1	Rôles envers les patients	56
2.3.2	Dans le système de soins	57
2.4	Notoriété et image des MG.....	59
2.4.1	Notoriété globale et par rapport aux autres spécialités médicales	59
2.4.2	La MG, une spécialité?	59
2.4.3	Notion de Professeur de Médecine.....	60
2.4.4	Existence de Professeurs de MG.....	61
2.4.5	Evolution de l'image des MG en 10 ans.....	61
3	Limites de l'étude.....	62
	CONCLUSION.....	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	67
	ANNEXES	72
	ANNEXE 1 : Questionnaire quantitatif	73
	ANNEXE 2: Analyse de la représentativité de l'échantillon.....	76
	ANNEXE 3 : Résultats de l'enquête quantitative : 1 ^{ère} PARTIE	78
	ANNEXE 4 : CD : Résultats de l'enquête quantitative : 2 ^{ème} PARTIE	82

LISTE DES ABREVIATIONS

SFMG : Société Française de Médecine Générale

MG : Médecin Généraliste

FMC : Formation Médicale Continue

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

CIC : Centre d'Investigation Clinique

EC : Evaluation Clinique

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

D.E.S : Diplôme d'Etudes Spécialisées

E.N.C : Epreuves Nationales Classantes

ET : Ecart-type

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

PDS : Permanence Des Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

AVANT PROPOS

Cette thèse correspond à un travail en commun mené par Emmanuelle MOURTON et Steven CORRE.

La question de recherche nécessitait une double analyse, d'une part une analyse qualitative (enquête qualitative par entretiens sous la forme de six « focus group » auprès d'un échantillon de la population générale) dirigée et rédigée par Steven CORRE, et, d'autre part, une analyse quantitative (enquête auprès de la population générale Lorraine) dirigée et rédigée par Emmanuelle MOURTON.

Les résultats sont donc complémentaires, et seront présentés chacun sous la forme d'un article qui sera soumis à comité de lecture.

INTRODUCTION

Le système de santé français est actuellement en plein remaniement ainsi que la médecine générale. Dans la période de crise actuelle, certains pensent que la médecine générale est en déclin alors que d'autres, au contraire, la voient en pleine évolution. (1)

En 2004, les pouvoirs publics, conscients de la spécificité de l'exercice, accordaient le statut de spécialité à la médecine générale (2) alors que parallèlement, s'installaient un malaise et une désertification de la discipline. Le D.E.S (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale est créé en 2004, probablement aussi par volonté de revaloriser la discipline. Les premières ENC (Epreuves Nationales Classantes) sont une désillusion. Les étudiants qui passent le même examen au terme des six années d'études communes, boudent la médecine générale, qui n'est choisie le plus souvent que par les étudiants les plus mal classés (3). Ainsi, la médecine générale qui semble alors avoir obtenu toute la reconnaissance et la revalorisation auprès des pouvoirs publics, la plaçant au cœur du système de santé et lui donnant ce statut de spécialité tant mérité et attendu, n'est pas plus attractive.

Dès lors, malgré le développement d'une filière universitaire et la nomination des premiers Professeurs de Médecine Générale, le malaise s'installe à la fois chez les professionnels de « terrain », mais aussi chez les enseignants de la discipline souffrant de cette absence de reconnaissance du métier et de leur difficile insertion dans l'Université. Parallèlement, la situation devient préoccupante, avec l'apparition de véritables déserts médicaux, de la surcharge d'activité des médecins généralistes (MG), de la pénurie de remplaçants et de successeurs, du vieillissement de la population et de l'accroissement de la demande de soins.

Ce sentiment de malaise des médecins généralistes a bien été mis en évidence dans un sondage réalisé par l'institut IPSOS en 2004 (4), révélant que 60% des MG ressentent une dégradation de leurs conditions de travail au cours des cinq dernières années, avec des insatisfactions partagées dans différents registres, à savoir une dégradation de leur image et statut dans la société (58% des MG), une charge et un temps de travail trop importants (72% des MG), un équilibre entre vie privée et vie professionnelle insatisfaisant (70% des MG). D'autant plus que cette étude souligne le fait que pour plus de 90% des MG, les patients sont devenus beaucoup plus exigeants ces dernières années.

Pourtant il existe une réelle discordance entre le ressenti des médecins généralistes et celui de la population. L'étude réalisée par l'institut BVA pour l'Académie de Médecine en Mars 2008 (5) résume bien la problématique : d'un côté les MG qui ont l'impression de se diriger vers une relation de prestation de service où le médecin répond à un besoin circonscrit et ponctuel, alors même qu'ils aspirent à une médecine holistique et préventive, et de l'autre la profession de MG bénéficiant d'une très bonne image auprès des français (91% ont une bonne opinion de leur MG), même si un français sur deux (50%) estime que le prestige des MG s'est détérioré au cours de ces dix dernières années.

Ce constat avait été mis en exergue dans la thèse de C.MOUSEL réalisée à partir d'une enquête Lorraine comparant l'image du médecin généraliste en 2007 à celle du médecin 25 ans auparavant (6). Cette étude avait notamment mis en évidence que l'image du MG était globalement positive, alors que son statut avait perdu de son

prestige pour 75% de la population interrogée. Cependant la profession de médecin restait en tête des métiers les plus prestigieux même si elle n'était plus autant convoitée que par le passé.

On se rend compte que l'image du médecin généraliste a été désacralisée au fil des années (7), lui permettant de se rapprocher de la population, de devenir plus abordable, améliorant ainsi la relation médecin-patient, mais en contrepartie celui-ci n'a pas conservé sa position « d'intouchable ». En effet, à l'ère d'internet, 70% des Français recherchent des informations médicales sur internet, et 1 français sur 4 avoue avoir déjà remis en cause la prescription de son médecin (8).

Dans le cadre de notre travail de thèse, en tant que jeunes médecins généralistes, nous avons jugé intéressant de nous interroger sur la perception que pouvait avoir la population générale de notre futur métier. Nous nous sommes donc posé les questions suivantes : la population générale connaît-elle réellement le métier de médecin généraliste ? Quel est l'état de connaissance de la population sur cette spécialité médicale ? Comment la population perçoit-elle le MG dans le système de santé et dans la société actuelle ?

Pour répondre à ces questions, nous avons utilisé en premier lieu une méthode d'analyse qualitative par focus group auprès d'un échantillon raisonné de la population Lorraine. Ce premier temps a permis de dégager les thèmes qui ont été explorés dans l'enquête quantitative. Nous avons réalisé l'enquête quantitative auprès de la population lorraine afin d'approcher une synthèse descriptive du MG d'aujourd'hui par la population. Ce travail devrait permettre de répondre aux questions que se posent les médecins généralistes concernant leur place actuelle dans la société. Il devrait contribuer à les rassurer et à les aider à mieux comprendre ce que les patients attendent d'eux.

MATERIEL ET METHODE

1 CHOIX DE LA MÉTHODE

L'objectif de ce travail était d'évaluer la perception de la place du MG dans la société et d'évaluer la connaissance de la population générale du métier de MG.

Nous avons opté pour une étude quantitative par questionnaires, complémentaire de la première partie qualitative. En effet, il s'agissait de la technique la plus appropriée pour évaluer quantitativement les connaissances de la population sur le métier de MG.

2 MATÉRIEL

2.1 ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été élaboré à partir des thèmes dégagés lors de la réalisation de l'enquête qualitative à l'aide de six focus groups en ville et en campagne. Nous avons, lors de la première partie qualitative, fait ressortir les idées principales - parfois contradictoires- sur les différents thèmes abordés par la grille d'entretien. Il nous a paru intéressant de quantifier ces réponses souvent divergentes par l'intermédiaire de ce questionnaire (9).

La première partie du questionnaire concernait la place du MG dans la société, dans le système de soins, par rapport à d'autres professions médicales et son insertion à l'Université. La seconde visait plus particulièrement la connaissance de la formation des MG, le niveau de satisfaction des compétences, la confiance accordée aux MG ainsi que le métier de MG.

La dernière partie se rapportait à des données administratives permettant de connaître le profil sociodémographique de l'individu : sexe, tranche d'âge, activité actuelle, profession, lieu d'habitation.

Le questionnaire a été élaboré en plusieurs étapes (10) : une première trame a été réalisée pendant la phase qualitative, puis remodelée après l'analyse des focus groups et à nouveau après avis de notre directeur de thèse.

Une fois le questionnaire définitif élaboré, nous avons réalisé un pré-test sur notre entourage. Nous nous sommes rendu compte que certaines personnes ne réussissaient pas à chiffrer ou n'avaient aucune idée des revenus d'un MG et avons pris cela en compte dans l'analyse statistique, le masque de saisie ne pouvant plus être modifié.

Le questionnaire comportait 20 questions au total. Nous avons opté pour une majorité de questions fermées (17 questions sur 20) afin de permettre une rapidité de réponse et d'exploitation des données. La plupart étaient de types multidichotomiques à réponses unique ou multiples. Une question ouverte de type numérique a été posée pour les revenus mensuels moyens des MG. Nous n'avons pas utilisé de tranches de salaires afin d'avoir une idée plus précise. Enfin, nous avons utilisé une échelle de grandeur pour 2 questions afin de quantifier le niveau de satisfaction des compétences des MG et le niveau de confiance qui leur est accordée.

Les données sociodémographiques ont été placées en fin de questionnaire pour ne pas rebuter d'emblée les individus interrogés.

Nous avons choisi de proposer des tranches d'âge afin d'étudier les variations selon les générations.

2.2 POPULATION ETUDIÉE

2.2.1 Critères d'inclusion

La population étudiée était la population lorraine. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être majeur et vivre en région lorraine.

2.2.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants : être mineur, être médecin, vivre en dehors de la région lorraine, être dans l'incapacité intellectuelle de répondre au questionnaire ou mal comprendre le français et refuser de participer. Le fait de ne pas avoir de médecin traitant n'était pas un critère d'exclusion.

2.2.3 Nombre de personnes interrogées

Nous avons décidé d'interroger au moins 1000 personnes de façon aléatoire afin de nous rapprocher au plus près de la population générale.

3 DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

3.1 LIEUX D'ENQUÊTE

L'enquête a été réalisée dans des lieux publics : la totalité des questionnaires a été recueillie sur la Place Stanislas et le Parc de la Pépinière à Nancy.

3.2 PÉRIODE D'ENQUÊTE

L'enquête s'est déroulée du 2 octobre au 12 octobre 2013 : la totalité des questionnaires a été recueillie en 10 jours.

3.3 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

Les questionnaires ont été soumis aux citoyens au hasard dans divers lieux publics de la communauté de Nancy. Nous avons interrogé aléatoirement les passants en leur expliquant l'objectif de ce travail et en précisant que le questionnaire était anonyme. Nous vérifions à ce moment l'absence de critères d'exclusion. Nous abordions également les individus en terrasse de café. Nous leur déposons le questionnaire en leur laissant largement le temps de répondre, restions à proximité pour répondre à d'éventuelles questions, puis les récupérons.

3.4 SAISIE ET EXPLOITATION

Le masque de saisie a été créé sur Epidata avec l'aide du Dr MINARY du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques, INSERM CIC-EC du CHU de Nancy. Devant le nombre important de questionnaires recueillis, la saisie a été réalisée sur Epidata sur deux postes séparés. Il a donc été nécessaire de fusionner les deux sources d'informations.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le même logiciel. Le test du Khi 2 a été utilisé pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Student quand elles comparaient deux modalités quantitatives et par une Anova quand elles comparaient plusieurs modalités quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

RESULTATS

1 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

La plupart des individus semblaient très intéressés par le sujet et ont apprécié de pouvoir donner leur avis. La durée de réponse au questionnaire variait entre 5 et 10 minutes. Les personnes âgées prenaient plus de temps pour répondre devant des difficultés fréquentes d'audition ou de lecture. Certaines personnes ont pris plus de temps pour calculer par leurs propres moyens le revenu moyen d'un MG.

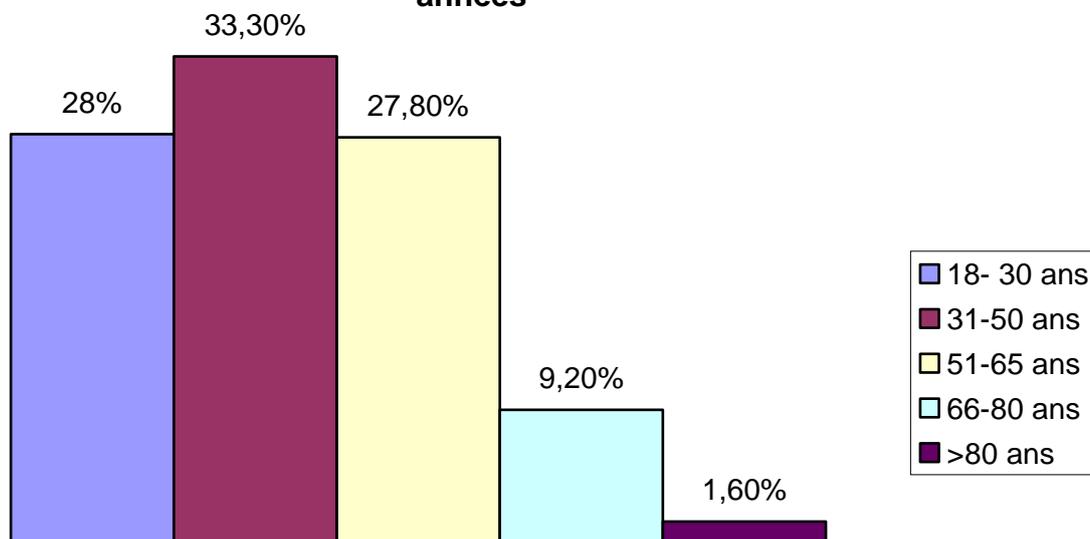
Sur 1382 questionnaires recueillis, 1342 ont été exploités, soit 97,1%. Quarante questionnaires n'ont pas été exploités car ils étaient mal ou partiellement remplis.

2 DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

2.1 AGE

On note une prédominance de la tranche d'âge 31-50 ans. Il n'est pas possible de préciser la moyenne d'âge, les réponses étant données en tranches d'âge.

Figure 1: Histogramme de la répartition en tranches d'âge, en années



2.2 GENRE

On retrouve une légère prédominance féminine dans notre enquête.

Tableau 1: Répartition des effectifs en fonction du genre

	Hommes	Femmes
n	562	780
%	41,9	58,1

2.3 CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

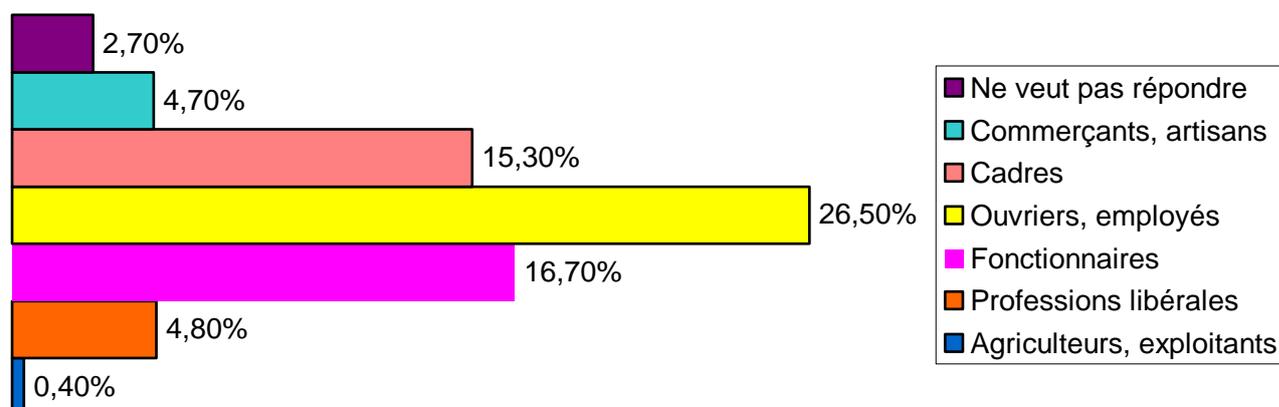
On note 62,7% d'actifs et 35,6% d'inactifs dans notre enquête, les 1,6% restants correspondent aux individus n'ayant pas souhaité répondre.

Tableau 2: Répartition des effectifs en fonction de l'activité

En activité	62,70%
Recherche d'emploi	5,70%
Retraite	20,60%
Étudiant	9,30%
Ne veut pas répondre	1,60%

Parmi les actifs, on remarque une nette prédominance d'ouvriers et employés, suivis par les fonctionnaires et cadres.

Figure 2: Répartition des actifs selon la catégorie professionnelle



Nous avons regroupé les professions en catégories socioprofessionnelles (CSP) pour les besoins de l'analyse statistique :

- les cadres, professions libérales et commerçants (= CSP supérieures)
- les ouvriers, employés, fonctionnaires, agriculteurs (= CSP intermédiaires)
- les étudiants
- les retraités.

2.4 LIEU D'HABITATION

On note une prédominance d'individus vivant en ville.

Tableau 3: Répartition des effectifs en fonction du lieu d'habitation

Ville	46,60%
Suburbain	29,70%
Campagne	23,70%

3 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

3.1 COMPÉTENCES DES MG

94,1% de la population générale estime que le MG est le plus compétent pour soigner une pathologie bénigne de type rhume ou angine. Il semble se dessiner une tendance : 8,8% des 18-30 ans estiment qu'un ORL est le plus compétent pour ce type de pathologies sans être significatif ($p= 0,0696$), tout comme 12% des étudiants

(comparativement aux retraités, professions intermédiaires et supérieures, $p=0,0048$).

Il est intéressant de noter que pour soigner et suivre un diabète durant toute la vie, 69,4% de la population estime qu'un diabétologue est le plus compétent et non pas le MG.

Parmi les étudiants, 83,2% sont de cet avis (vs 64,3% pour les professions supérieures et 62,4% des retraités, $p<0,0001$).

77,1% des 18-30 ans estiment également qu'un diabétologue est le plus compétent pour suivre un diabète contre 59,2% des 51-65 ans. Il existe une différence significative entre les différentes tranches d'âge ($p<0,0001$).

Parmi les 51-65 ans, 66% des personnes qui habitent en ville considèrent que le diabétologue est le plus compétent contre 55% des personnes habitant en campagne.

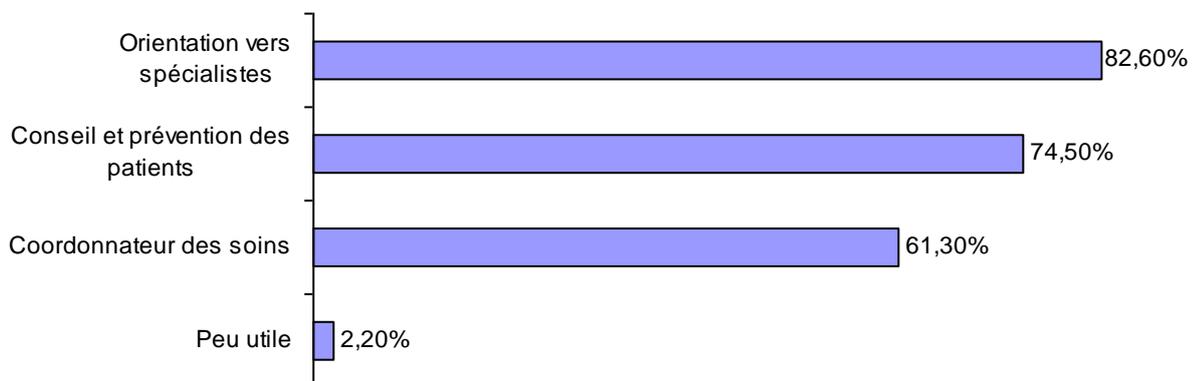
Globalement la population est satisfaite à 7,4 sur 10 des compétences des MG (ET=1,7). Il est intéressant de préciser que la satisfaction augmente progressivement avec les tranches d'âge des personnes interrogées (7,1 pour les 18-30 ans, 7,3 pour les 31-50 ans, 7,5 pour les 51-65 ans, 7,6 pour les 66-80 ans et 7,9 pour les plus de 80 ans, $p=0,0024$).

3.2 RÔLES DES MG DANS LE SYSTÈME DE SOINS

Le MG est le médecin à voir en premier pour 93,6% des personnes interrogées.

Le rôle principal des MG serait d'orienter le patient vers les spécialistes pour une grande majorité de la population, puis de conseiller et faire de la prévention et enfin de coordonner les soins. Très peu de personnes interrogées estiment que les MG sont peu utiles dans le système de soins.

Figure 3: Rôles des MG dans le système de soins



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Le rôle d'orientation est majoritairement cité par les 31-50 ans (40,7%).

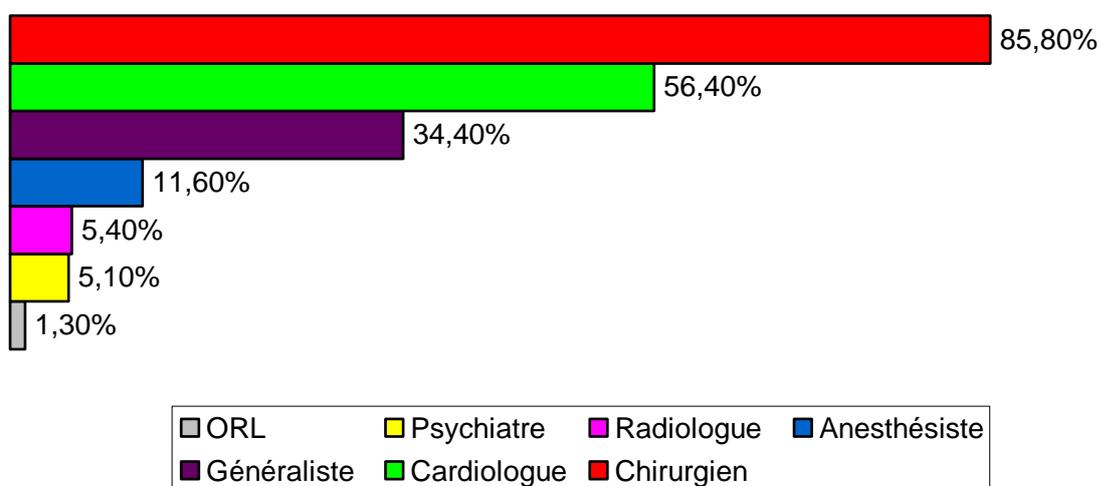
Le rôle de conseil et prévention est surtout important pour les 18-30 ans (81.1%). 84% des étudiants estiment que le MG a un rôle de prévention (vs 63,7% des retraités, 73,1% des professions supérieures et 77,9% des professions intermédiaires, $p < 0,0001$).

Enfin le rôle de coordonnateur des soins apparaît majeur pour les femmes (64,5% vs 56,9% pour les hommes, $p = 0,0048$), mais également chez les 51-65 ans (66% vs autres tranches d'âges, $p < 0,0001$) ainsi qu'en campagne (66,5% vs 61,7% en ville vs 56,5% en suburbain, $p = 0,0248$).

3.3 NOTORIETE DES MG PAR RAPPORT AUX AUTRES SPECIALITES MEDICALES

Il est intéressant de remarquer que le classement par notoriété met très nettement en avant le chirurgien suivi du cardiologue. Le MG est toutefois situé au 3^e rang, devant d'autres spécialistes tels que psychiatre et ORL.

Figure 4: Classement des médecins par notoriété



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Les individus ayant répondu que le MG a une certaine notoriété sont principalement les 66-80 ans (44,4%) ainsi que les personnes vivant en campagne (42,3%).

44% des 18-30 ans estimant que le MG jouit d'une notoriété importante vivent à la campagne vs 30% de ceux qui vivent en ville. Il s'agit d'une tendance et non d'une différence significative ($p = 0,0723$) devant un manque de puissance dû à l'effectif ($n = 376$).

40% des 31-50 ans vivant à la campagne estiment qu'il a une certaine notoriété (vs 24% en ville et 26% en suburbain, $p=0,0064$).

27% des personnes exerçant une profession supérieure pensent que le MG a une notoriété (vs 40,9% des retraités et 35,6% des personnes exerçant une profession intermédiaire, $p=0,0021$).

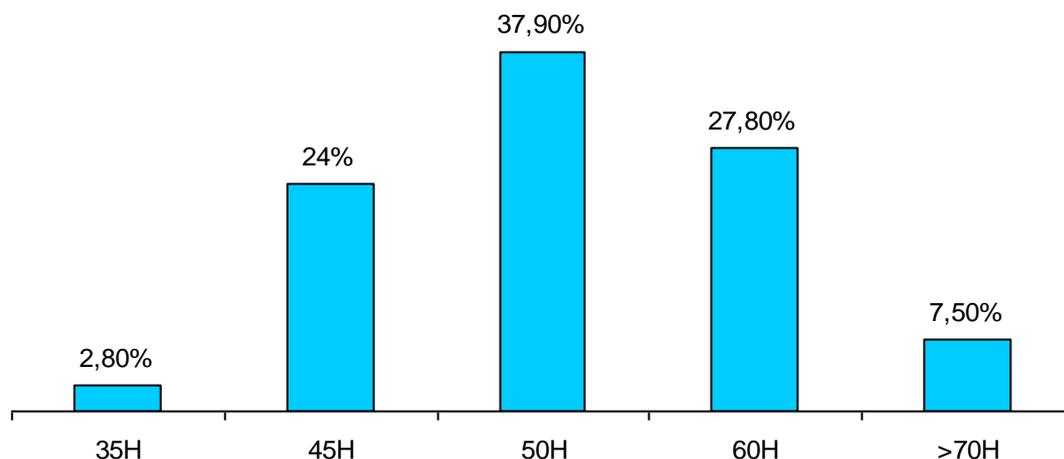
3.4 FORMATION DES MG

Les MG se forment tout au long de leur carrière pour 84,3% des interrogés. 54% d'entre eux pensent qu'ils le font par obligation et 46% par choix personnel. Seuls 9,9% des interrogés estiment qu'ils ne se forment pas, soit pas manque de temps (64,2% d'entre eux), soit par choix personnel (35,8% d'entre eux).

3.5 TEMPS DE TRAVAIL DES MG

La majeure partie des personnes interrogées estime que les MG travaillent 50 heures par semaine. 27,8% ont déclaré 60 heures par semaine, 24% 45 heures, 7,5% plus de 70 heures et 2,8% 35 heures.

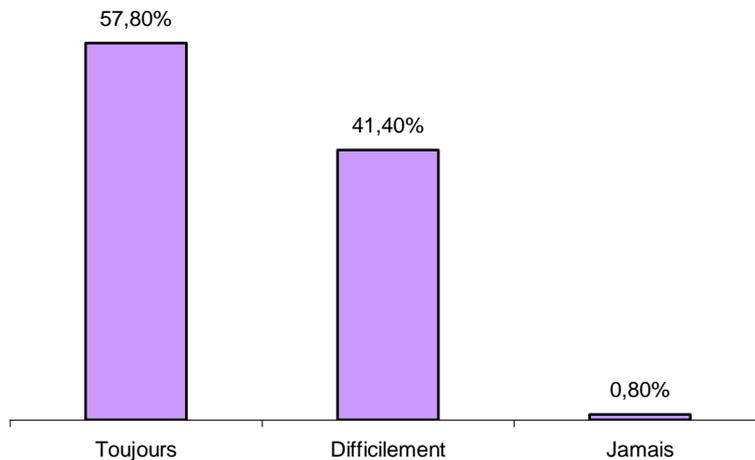
Figure 5: Temps de travail hebdomadaire des MG



3.6 DISPONIBILITÉ DES MG

La majorité des personnes a déclaré que les MG sont toujours disponibles. 41,4% d'entre eux estiment qu'il est difficilement disponible, très peu ont déclaré qu'il ne l'était jamais.

Figure 6: Disponibilité des MG



3.7 LA CONFIANCE ACCORDÉE AUX MG

De façon globale les personnes interrogées estiment la confiance qu'elles accordent aux MG à 7,4 sur 10.

Il est important de noter que la confiance semble augmenter avec l'âge des personnes interrogées (note sur 10): 7,1 chez les 18-30 ans, 7,4 chez les 31-50 ans, 7,6 chez les 51-65 ans, 7,7 chez les 66-80 ans et plus de 80 ans ($p=0,0133$).

3.8 LE MONTANT DE LA CONSULTATION

61% des interrogés estiment que le montant de la consultation correspond au travail fourni.

Pour 17,1% le montant est trop élevé alors qu'il ne l'est pas assez pour 15,8% de la population.

Seuls 9,6% des interrogés estiment que le montant devrait être le même que celui d'un spécialiste.

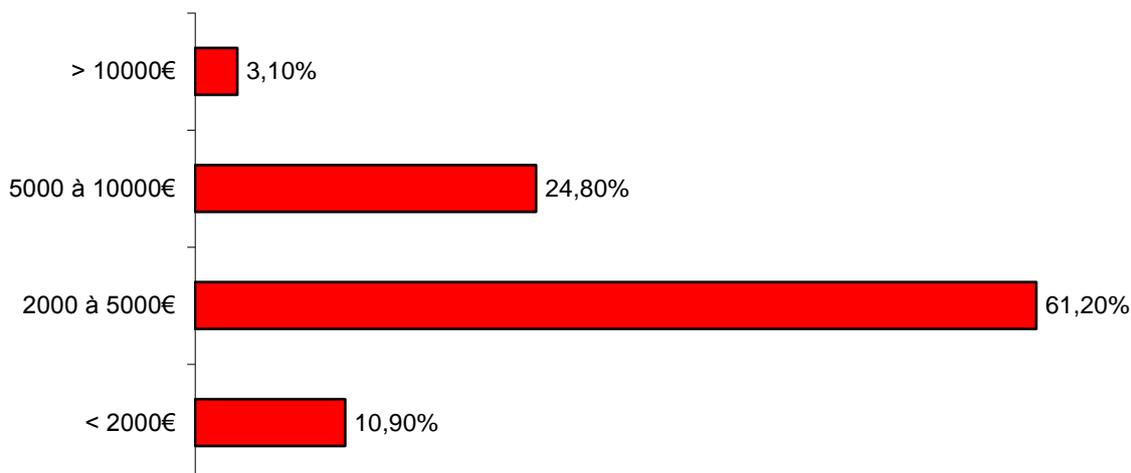
Le montant de la consultation est trop élevé pour 30,3% des 18-30 ans (contre 4,8% des plus de 80 ans $p<0,0001$). 32% des étudiants le pensent également (vs 13,3% des professions supérieures et 8,4% des retraités $p<0,0001$).

3.9 LES REVENUS DES MG

La population générale estime les revenus mensuels moyens des MG à 5534,3 euros (ET= 5716,8).

La majorité des personnes estime leurs revenus entre 2000 et 5000 euros mensuels.

Figure 7: Revenus mensuels moyens des MG estimés par les personnes interrogées, en euros



3.10 EVOLUTION DE L'IMAGE DES MG EN DIX ANS

La population interrogée est divisée sur l'évolution de l'image du MG depuis dix ans : 38% estiment que leur image est restée stable et 35% considèrent qu'elle s'est détériorée en une décennie. Seuls 10% des personnes pensent qu'elle s'est améliorée.

Tableau 4: L'image des MG depuis dix ans

Plutôt détériorée	35%
Plutôt améliorée	9,90%
Stable	38,20%
Ne sait pas	16,80%

40,7% des 18-30 ans estiment que l'image des MG s'est dégradée depuis dix ans comparativement aux autres classes d'âges ($p < 0,0001$).

57,5% de cette classe d'âge ayant déclaré que l'image du MG s'est dégradée vivent en ville vs 15,7% en campagne et 26,8% en suburbain ($p < 0,0001$).

39,1% des personnes exerçant une profession supérieure constatent également une détérioration de leur image (vs 38,4% des étudiants et 30,3% des retraités, $p < 0,0001$).

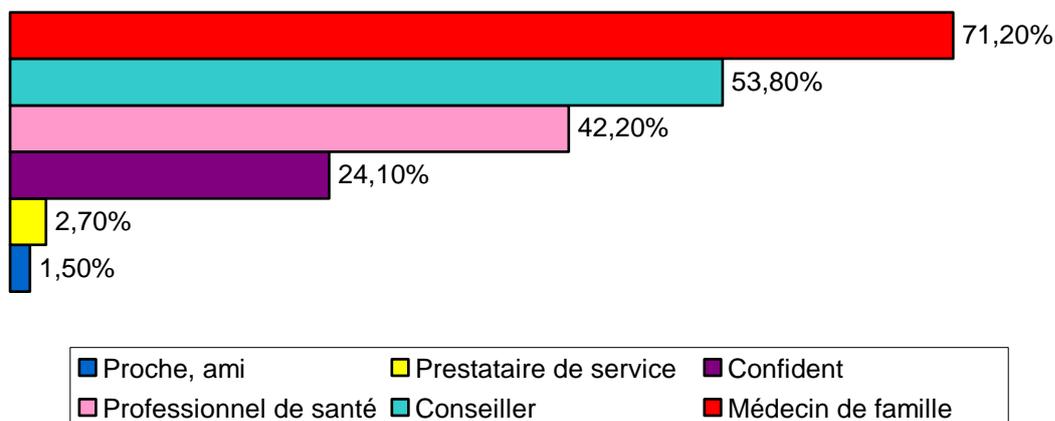
3.11 PERCEPTION DES RÔLES DES MG PAR LA POPULATION

Pour 71% de la population, le MG est considéré d'abord comme un médecin de famille.

Il apparaît ensuite, pour une majorité, comme un conseiller. En troisième lieu, il est considéré comme un professionnel de santé comme les autres.

Il est un confident pour une personne sur 4.

Figure 8: Perception des rôles des MG par la population



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Il est intéressant de remarquer que ce sont surtout les plus de 80 ans qui considèrent le MG comme un médecin de famille (76,2%) ou comme un proche (9,5%).

Ce sont plutôt les femmes (56,3%) qui le considèrent comme un conseiller, ainsi que les 18-30 ans (62,4%). Parmi les 18-30 ans, 66% des femmes vs 56% des hommes le considèrent comme un conseiller ($p = 0,0547$).

Il est vu comme un confident principalement par les personnes vivant à la campagne (28,3%).

Ce sont surtout les 18-30 ans (51,7%) ainsi que les étudiants (52% vs 30,2% des retraités et 46,2% des professions supérieures, $p < 0,0001$) qui le voient comme un professionnel de santé comme les autres, sans différence significative en fonction du lieu d'habitation.

Enfin le MG est considéré comme un prestataire de services plutôt par les hommes (3,7%).

Seulement 19,1% des personnes interrogées perçoivent le MG avec les rôles associés de médecin de famille, conseiller, coordonnateur des soins ayant un rôle de prévention et d'orientation.

3.12 LA MG : UNE SPÉCIALITÉ ?

Une très grande majorité de la population estime que les MG ne sont pas des spécialistes.

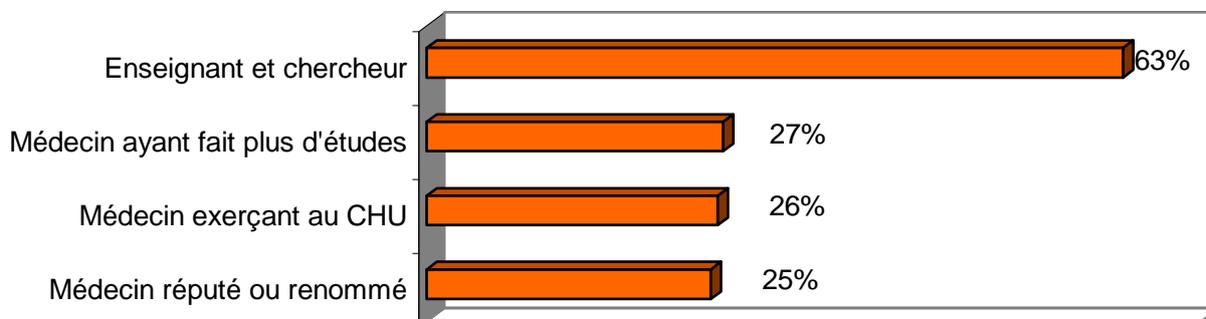
Tableau 5: Les MG sont-ils des spécialistes ?

	n	%
Oui	169	13
Non	1173	87

3.13 NOTION DE PROFESSEUR DE MÉDECINE

Pour la plupart des personnes interrogées, un Professeur de Médecine est en premier lieu un enseignant et un chercheur.

Figure 9: Définition de Professeur de Médecine



Total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles

Ce sont surtout les plus de 80 ans (54,5%) qui pensent qu'un Professeur est un médecin réputé.

Ce sont les femmes (28,9%) et les 66-80 ans (35%) qui pensent qu'un Professeur a fait plus d'études que les autres.

Enfin, ce sont principalement les 18-30 ans (71,3%) qui pensent qu'il s'agit d'un enseignant chercheur.

Tableau 6 : Existe-t-il des professeurs de MG ?

	n	%
Oui	533	39,7
Non	298	22,2%
Ne sait pas	510	38%

40% des personnes interrogées pensent qu'il existe des Professeurs de MG. 38% ne se sont pas prononcés.

57,6% des étudiants pensent qu'il existe des Professeurs de MG (vs 39,6% des professions intermédiaires et 26,1% des retraités, $p < 0,0001$).

Les 18-30 ans estiment aussi à 50,8% que ce statut existe (contre 25,8% des 66-80 ans et 19% des plus de 80 ans, $p < 0,0001$).

DISCUSSION

1 SUR LA MÉTHODE

1.1 L'ÉCHANTILLONNAGE

Nous n'avons pas estimé le taux de participation à l'enquête, mais celui-ci était probablement de l'ordre de 60%. Certaines personnes ont refusé de répondre à cette enquête car elles étaient trop pressées, n'avaient pas envie ou n'étaient pas intéressées. Nous nous sommes heurtés à un taux de réponses beaucoup plus bas chez les plus de 80 ans qui étaient moins disposés à répondre.

Les deux lieux d'enquête ont été choisis volontairement au regard de la fréquentation importante à cette période de l'année.

Néanmoins, un biais de sélection a pu exister de notre part lorsque nous abordions les individus.

Nous avons choisi de déposer les questionnaires aux individus en leur laissant un temps de réponse suffisant puis de les récupérer. Il nous a semblé que les personnes répondaient plus librement avec cette méthode plutôt qu'en leur énonçant les questions une à une. Il a parfois été nécessaire de lire le questionnaire à certains individus : personnes âgées, personnes malvoyantes ou lorsqu'on nous le demandait.

1.2 LE QUESTIONNAIRE

L'enquête par questionnaire nous a paru la meilleure solution. En effet, c'est une méthode simple et efficace pour étudier quantitativement les réponses des individus et satisfaire à notre objectif de 1000 personnes interrogées. Cette méthode nous a permis de rencontrer beaucoup de monde en peu de temps.

En cas d'incompréhension de certaines questions, nous restions à disposition afin de préciser les notions mal comprises.

Le questionnaire comportait volontairement un nombre de questions limité. En effet, une enquête plus longue aurait dissuadé beaucoup de personnes d'y participer et nous n'aurions pas eu un taux de réponses équivalent. Un plus grand nombre de questions aurait pu apporter des informations plus précises mais avec une participation probablement plus restreinte.

La plupart des questions sont de types fermés avec choix unique ou multiples pour une facilité de réponse et d'analyse. Deux autres questions sont de types graduels. Cela limite l'expression des individus interrogés aux choix proposés et peut être source d'hésitation.

Le questionnaire comporte une seule question ouverte numérique sur le revenu des MG. Nous souhaitons en effet que les individus puissent s'exprimer librement plutôt que d'exposer des tranches de salaires, moins précises sur le plan statistique.

Il ne comporte aucune autre question ouverte. Ce type de question aurait pu être plus utilisé afin de préciser l'opinion des enquêtés mais le questionnaire comportait

initialement un nombre suffisant d'items et cette forme de question est assez longue à traiter.

1.3 REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

Les analyses statistiques réalisées comparativement aux données de l'INSEE montrent que l'échantillon interrogé n'est pas représentatif de la population Lorraine ni de la population française.

La comparaison a été réalisée par genre, par âge et par activité. Il faut préciser que les tranches d'âge de l'INSEE ne correspondent pas exactement aux tranches d'âge retenues dans le cadre de notre enquête. Les catégories professionnelles ont également dû être recodées pour être comparées aux données de l'INSEE.

Il en ressort que la proportion de femmes est plus importante, la catégorie des plus de 80 ans est sous-représentée, les personnes sans activités professionnelles sont sous-représentées alors que la classe des commerçants, artisans et chef d'entreprise semble sur-représentée.

La méthode d'investigation utilisée a engendré un biais de sélection, ce qui est prévisible pour ce type d'enquête. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats sur la population lorraine ou française.

2 SUR LES RÉSULTATS

2.1 LE METIER DE MG

2.1.1 Temps de travail

Presque 40% des interrogés estiment que les MG travaillent environ 50 heures par semaine. Les personnes interrogées ont bien conscience que les MG travaillent beaucoup tout en sous-estimant légèrement leur temps de travail : d'après la SFMG, les MG travaillent entre 55 et 59 heures par semaine (11) et la durée moyenne d'une semaine de travail est de 57h (12).

Il est peut-être difficile pour les personnes interrogées d'estimer le temps de travail hebdomadaire des MG et ils se basent probablement sur leur propre MG pour pouvoir juger. De plus, le temps de travail correspond certainement, dans l'esprit des personnes interrogées, au temps passé au cabinet médical ainsi qu'en visites à domicile, donc hors permanence des soins (PDS) et gestion administrative.

La profession de MG se féminise. De plus en plus de femmes font le choix de réduire leur temps de travail hebdomadaire, voire de pratiquer à temps partiel pour pouvoir profiter de leur famille. Au 1er janvier 2013, 41,6% des MG étaient des femmes (13). L'écart de durée hebdomadaire de travail entre hommes et femmes est en moyenne, sur les dernières années, de l'ordre de 10 heures, pour les spécialistes libéraux comme pour les généralistes (14).

Un changement de mentalité apparaît progressivement avec les jeunes générations de MG, qui ne souhaitent plus exercer comme les « anciens ».

Une tendance récente évolue avec l'arrivée des jeunes MG : de plus en plus de praticiens limitent leurs horaires (15) et aspirent à une vie de famille plus épanouie. Les médecins souhaitent dorénavant cliver leur vie professionnelle et privée (5).

L'organisation de l'activité des MG révèle la mise en œuvre de défenses professionnelles (loisirs, congés...). L'association entre MG permet également de limiter leur activité en réduisant leur temps de travail et en facilitant les absences.

Certes, certains changements réglementaires majeurs tels que l'organisation des gardes et astreintes, la possibilité de fermer le cabinet pendant les vacances et la diminution des visites à domicile ont contribué à l'amélioration de la qualité de vie des médecins, mais il est clair que les jeunes générations aspirent à une vie personnelle en parallèle de leur vie professionnelle.

2.1.2 Formation continue

Dans notre enquête, une grande majorité de la population pense que les MG continuent de se former tout au long de leur carrière et plus de la moitié d'entre eux pense que c'est par obligation.

L'article 11 du Code de Déontologie Médicale précise que tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances médicales (16).

La FMC est devenue obligatoire en 1996, inscrite à l'article 40 du Code de la Santé Publique (17). Elle comprend : soirées et journées de FMC, séminaires, groupes de pairs, diplômes universitaires ou inter-universitaires, congrès, lecture de revues et articles médicaux, pour actualiser l'état des connaissances des praticiens.

La loi du 4 mars 2002, dite Loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirme l'obligation de FMC ainsi que l'application de sanctions en cas de méconnaissance de cette obligation (18).

En 2004 est abandonnée la notion de sanctions disciplinaires et est instaurée l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'orientation qu'a donnée la HAS à ce dispositif est celle de l'auto-analyse et de l'évaluation formative, c'est à dire qu'il ne s'agit pas, pour un médecin habilité, d'évaluer les pratiques d'un confrère, mais de l'aider dans sa démarche d'auto-évaluation.

Enfin, les décrets d'application de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires parue en juillet 2009, réunissent la FMC et l'EPP, qui deviennent le Développement Professionnel Continu (DPC) (19).

Le contrôle de la réalisation du DPC est assuré par les Conseils Départementaux de l'Ordre qui vérifient, au moins une fois tous les 5 ans, que les médecins ont bien satisfait à leur obligation annuelle de DPC, sur attestations fournies.

Ces dispositions sont le résultat d'une plus grande transparence voulue par les pouvoirs publics et par la population. Un médecin qui ne suivrait pas le plan proposé serait en situation d'insuffisance professionnelle.

Il émerge une exigence plus pointue de la part des personnes interrogées qui estiment qu'il est indispensable que les connaissances des MG soient actualisées régulièrement devant l'évolution des techniques et des connaissances médicales.

Il en ressort une méconnaissance du public sur l'obligation de FMC des MG durant toute leur carrière. Une information claire devrait lui être apportée en ce sens.

2.1.3 Revenus

Les bases Eco Santé en ligne (20) permettent une mise en relation de données concernant la santé, comme la rémunération des médecins. A noter qu'il existe toujours un décalage d'au moins deux ans entre une année et la publication de l'étude s'y rapportant.

Le revenu libéral moyen net par omnipraticien est estimé à 71300 € annuels en 2010, soit 5941 € par mois. La dispersion entre médecins généralistes est importante: on note des écarts de un à quatre selon les omnipraticiens, voire plus si l'on considère les valeurs extrêmes. Ceci est dû à une forte disparité du temps de travail.

Dans notre enquête, les interrogés estiment les revenus mensuels moyens des MG à 5534 €. Bien que cette question ait suscité des hésitations chez certains, soit par ignorance, soit par pudeur, la majorité a plutôt une idée juste de leurs revenus, quoique légèrement sous-estimée.

D'autres études ont estimé leurs revenus, notamment la thèse de N. Messein (21) : en 2012, la population lorraine estimait leurs revenus à 4972 €.

Certaines personnes interrogées ont estimé des revenus supérieurs à 20.000 €. Il est légitime de se demander si elles savent que des charges liées au cabinet incombent aux MG installés et si elles ne confondent pas chiffre d'affaires et revenu.

La relative bonne estimation des revenus des MG peut-elle être influencée par les informations relayées par les médias et Internet ? Les patients peuvent avoir très facilement accès aux données annuelles concernant les revenus des omnipraticiens, et de nombreux sites Internet relayent ce type d'informations régulièrement.

2.1.4 Montant de la consultation

Dans notre enquête, 61% de la population estime que le montant de la consultation correspond au travail fourni, il est trop élevé pour 17% et pas assez pour 16% d'entre eux. Ces résultats correspondent aux taux obtenus sur un petit échantillon (100 personnes) dans la thèse de N. Messein (21).

Le coût de la consultation peut paraître élevé pour les personnes qui avancent les frais et se font rembourser dans un second temps par l'Assurance Maladie. Inversement, les personnes interrogées qui sont dispensées de l'avance de frais ont peut-être plus de difficultés à estimer le coût de la consultation.

Alexandre Delalgie, professeur d'Economie à Saint Cyr, expliquait dans un article publié en 2012 pourquoi les gens s'inquiètent lorsqu'ils doivent payer la somme de 23€ à un médecin alors que payer la même somme à un coiffeur ne pose pas question. C'est parce que les dépenses de santé passent par l'Etat (ou plutôt par les organismes de protection sociale) qui rembourse le patient ou avance parfois totalement les frais et prélève pour cela des cotisations sociales (22).

Le montant de la consultation est estimé trop élevé par 1/3 des 18-30 ans. La crise économique actuelle a un impact indéniable sur la santé des jeunes. D'après l'Observatoire de la Jeunesse, en 2012, 22,5% des moins de 25 ans sont au chômage et l'ensemble des moins de trente ans représente près de la moitié des personnes pauvres (seuil fixé à 50% du revenu médian) (23).

Parmi les jeunes, les étudiants sont évidemment concernés : une étude réalisée en 2011 montre qu'un étudiant sur 5 renonce à aller chez le MG en cas de maladie faute de moyens, préférant pour la plupart s'auto-médiquer ou attendre que cela passe, et un étudiant sur 2 déclare avoir des difficultés financières (24).

2.1.5 Disponibilité

La majorité des interrogés estime que les MG sont toujours disponibles et moins d'une personne sur deux pense qu'ils sont difficilement disponibles. D'après l'Institut CSA, une personne sur trois rencontre des difficultés pour consulter un MG (25).

La société actuelle est plus exigeante envers les médecins. Le sondage TNS SOFRES de mars 2002 démontre qu'une personne sur 5 reproche un manque de disponibilité des MG (19%) (26). La thèse du Dr Thiebaut-Lerch en 1998 montrait cependant qu'une proportion plus grande d'alsaciens partageait cet avis (37%) (27). La thèse de Catherine Mousel (6) nous montre que 40% des interrogés souhaiteraient que leur MG ait une plus grande disponibilité physique (le soir et le week-end), tout en se rendant bien compte qu'ils ont une vie à côté. Les patients veulent pouvoir contacter leur MG à n'importe quel moment, de jour comme de nuit.

La permanence des soins est une obligation collective conformément à l'article 77 du Code de Déontologie Médicale fondée sur le volontariat individuel des médecins (16). Certains MG, sur la base du volontariat, prennent des gardes en cabinet médical, en maison médicale ou font des visites à domicile.

La mise en place de réseaux de permanence de soins comme SOS Médecins permet de répondre à la demande des patients pour les urgences, la nuit et les week-ends. Les patients veulent pouvoir avoir un médecin quelle que soit l'heure en cas de nécessité, même pour des situations non urgentes.

Par ailleurs, les patients n'hésitent plus à consulter les urgences en cas d'absence ou d'indisponibilité de leur MG, même dans le cas de pathologies bénignes. L'apparente « gratuité » des services d'urgence (rien à déboursier lors de la délivrance des soins) peut également être un critère de sélection par une population fragile ou à faibles revenus. De ce fait, ces services se retrouvent ainsi saturés et ont du mal à répondre à la demande.

En 2009, la Fédération Hospitalière de France faisait le constat d'une PDS peu fiable, fragile et coûteuse et de la difficulté à remplir les tableaux de garde notamment en milieu rural. Plusieurs raisons ont été avancées : vieillissement des médecins, mauvaise répartition sur le territoire, mauvaise volonté de certains ou encore féminisation de la profession (28).

Par ailleurs il est important de préciser qu'actuellement tous les médecins ne disposent plus d'une secrétaire comme auparavant, ce qui pèse sur leur disponibilité. On estime à 44% les MG qui assurent eux-mêmes leur secrétariat (12).

Certains MG sont également débordés, notamment en milieu rural, devant la pénurie de médecins et l'engorgement de leurs cabinets médicaux.

L'époque du médecin de famille joignable à toute heure est maintenant révolue. Les jeunes générations de MG aspirent à un équilibre entre vie professionnelle et vie

familiale et refusent de se laisser phagocyter par leur activité. Ceci n'est pas l'apanage des médecins femmes, c'est aussi une aspiration des jeunes médecins hommes.

Cette exigence de disponibilité permanente et totale est le reflet d'une société de « l'immédiateté » où toute attente est considérée comme une frustration. Cet état d'esprit n'épargne pas, bien entendu, les professions médicales.

2.2 COMPÉTENCES ET CONFIANCE

2.2.1 Pour pathologies bénignes ou graves

Il est étonnant de constater que plus d'un étudiant sur dix pense que l'ORL est le plus compétent pour soigner un rhume ou une angine et non le MG. Ce résultat est-il le fait de la méconnaissance du métier de MG par cette population ? On est en droit de se demander s'ils sont correctement informés des rôles des MG. Cependant, les étudiants ne consultent généralement pas souvent du fait de leur jeune âge. Ils doivent toutefois déclarer un MG en tant que référent même s'ils dépendent de la Sécurité Sociale de leurs parents. Il est possible que les étudiants soient peu sensibilisés au parcours de soins instauré ou ne s'y sont pas intéressés lors de l'entrée dans leurs études.

Pour suivre le diabète d'un patient tout au long de sa vie, presque 70% de la population générale estime qu'un diabétologue est le plus compétent et non le MG. Ce résultat montre que la population interrogée remet en cause les compétences des MG dans la prise en charge globale des patients. Le fait qu'un diabétologue soit spécialisé dans ce domaine rassure-t-il les patients ?

Dans l'esprit des personnes interrogées, le MG a moins de compétences techniques qu'un spécialiste du domaine. Pourtant, le MG coordonne les soins et est au centre de la prise en charge. Le MG est-il donc relégué dans l'esprit des patients à réaliser les tâches administratives, comme la rédaction des protocoles de soins, le respect des ordonnances décidées par les spécialistes ou des bons de transport ?

Dans le guide de l'HAS de juillet 2007 sur le diabète de type 2, il est précisé que « La prise en charge thérapeutique des patients diabétiques est du domaine du médecin traitant et/ou de l'endocrinologue spécialisé en diabétologie. Le recours au diabétologue est recommandé en cas de déséquilibre du diabète, de survenue de complications ou de passage à l'insuline » (29). Le MG est donc tout à fait compétent pour suivre cette pathologie chronique. Mais ces résultats mettent en évidence un manque de connaissance et d'informations de la population sur les compétences des MG.

Le diabétologue est considéré comme le médecin le plus compétent pour suivre un diabète par les 18-30 ans que par les classes d'âges supérieures. Le manque d'informations des jeunes concernant cette pathologie et son traitement est important. Il est évident qu'il ne s'agit pas des principaux intéressés par cette pathologie chronique.

Enfin, le fait d'être soigné par un spécialiste du domaine pourrait sembler plus prestigieux pour certains patients et leur donner l'impression de mettre toutes les chances de leur côté, contrairement à une prise en charge par leur MG.

Il apparaît une différence selon le lieu d'habitation : les personnes vivant en campagne estiment plus que le MG est le mieux placé pour suivre un diabète. Le médecin généraliste est le personnage clé de la prise en charge sanitaire du monde rural. L'offre spécialisée étant peu accessible, le recours au système de santé pour des soins primaires se fait généralement vers lui. Il est plus compliqué pour les habitants des campagnes d'aller consulter un spécialiste en cas de besoin, de se déplacer pour aller consulter en dehors de chez eux. Le MG n'adresse souvent son patient qu'en cas d'extrême nécessité et prend en charge le suivi habituel.

C'est pourquoi les personnes vivant en milieu rural estiment que leur MG est le plus compétent. La relation de confiance peut également jouer son rôle, les MG de campagne étant plus proches de leurs patients qu'en ville, les patients pourraient leur faire plus confiance.

2.2.2 Satisfaction des compétences

Dans notre enquête, on retrouve une satisfaction globale des compétences des MG à 7,4/10.

Nos résultats sont en accord avec l'étude de l'institut CSA montrant que les français ont plutôt une bonne opinion de la compétence technique des médecins (5,7/10) (30).

Pourtant, d'après l'étude BVA de 2008, seuls 12% des patients attendent de leur MG une amélioration de leurs compétences techniques (5).

La satisfaction augmente avec l'âge des personnes interrogées. Ces résultats sont peut-être dus au fait que les plus jeunes générations sont de plus en plus exigeantes quant aux compétences des MG. D'ailleurs cette exigence est ressentie par les MG (4).

Les français exigent que leur médecin soit « efficace ». L'exigence de performance est devenue une préoccupation constante dans notre société actuelle. Rappelons que les médecins ne sont soumis qu'à une obligation de moyens et non de résultats. La dérive serait que la population soit en attente de résultats plus que de moyens. Cette exigence de compétence médicale est probablement liée au fait de l'accès très facile et immédiat aux informations médicales via Internet. On estime que 70% de la population française recherchent des informations médicales sur internet (8).

Les MG se retrouvent pris en étau entre les demandes de plus en plus précises des patients et leur éthique médicale. Ils se retrouvent sous la pression des patients qui sont de mieux en mieux informés. Ils disposent, s'ils le souhaitent, de toutes les données pour piloter leur santé, avec par exemple les journaux spécialisés qui vulgarisent toutes les pathologies pour les mettre à la portée du plus grand nombre. Les résultats de l'enquête BVA de septembre 2013 vont dans ce sens : la 2^e cause de risque de « burn out » chez les MG est la relation médecin-patient et notamment le comportement du patient : plus exigeant, plus en demande d'examen, plus questionnant, et plus informé (31).

Les français sont d'ailleurs très favorables à l'instauration d'un système d'EPP auprès des MG (32), ce qui montre bien la demande croissante d'exigence des compétences des MG par la population.

2.2.3 Confiance

Dans notre enquête, la confiance accordée au MG est de 7.4/10. Ces résultats sont en corrélation avec l'enquête GPM de 2010 qui précise que 91% des français font confiance aux médecins généralistes et spécialistes (33).

Il est intéressant de constater que la confiance augmente avec l'âge des interrogés. On peut l'expliquer par le fait que les anciennes générations ont été régulièrement suivies par le même MG et tiennent à la relation qu'ils ont avec leur MG, alors que les générations plus jeunes sont peut-être moins attachées à un seul et même MG, notamment les 18-30 ans. Les plus jeunes sont peut-être aussi plus méfiants quant à certains scandales sanitaires relayés par les médias, comme l'affaire du sang contaminé en 1991, celle de l'hormone de croissance, ou plus récemment celle du Médiator®.

L'exemple de la pandémie H1N1 en est un bon exemple : en 2009 apparaissent les premiers cas humains d'infection par le nouveau virus de la grippe A (H1N1) au Mexique. Un dispositif d'alerte et de surveillance a été créé dès avril 2009 en France. La gestion de ce phénomène sanitaire a été très largement décriée : le Ministère de la Santé aura commandé 94 millions de doses de vaccin, le tiers des réserves mondiales de Tamiflu (330 millions de doses) et 1,7 milliard de masques. Il a également organisé un accompagnement publicitaire et une campagne de vaccination en ouvrant 1 080 centres dramatisant par ce signe la gravité de l'épidémie.

A cela s'ajoute un doute sur l'innocuité de l'adjuvant utilisé dans ce vaccin. Les patients se sont retournés inquiets vers leurs conseillers habituels : les MG. Or ces derniers ont été initialement mis à l'écart car ils ne pouvaient pas vacciner dans leurs cabinets et devaient se contenter de faire part de leurs conseils. Les MG qui avaient été exclus seront ensuite réintroduits dans la campagne de vaccination (ils pourront vacciner dans leur cabinet à partir de janvier 2010). Le dommage n'est pas que financier. En effet, bien après cette péripétie, la méfiance demeure. Cette pandémie et sa gestion ont créé en France une profonde crise de confiance entre les autorités, la population et les médecins.

Les patients sont par ailleurs toujours plus exigeants envers les médecins. D'après l'enquête Ipsos, 25% de la population a déjà remis en cause les prescriptions de leur médecin (8). La confiance serait loin d'être totale et le patient se réserve à présent le droit de ne pas être d'accord avec la prise en charge du MG et de le lui faire savoir.

2.3 RÔLES DES MG

2.3.1 Rôles envers les patients

La notion de médecin de famille est très majoritairement représentative de ce qu'un MG doit être pour les personnes interrogées. La population reste très attachée à cette notion.

D'ailleurs la définition européenne de la MG par la WONCA reprend le terme de médecine de famille (34).

L'image du médecin de famille qui soigne toute la famille sur plusieurs générations, qui est très proche de ses patients et les connaît parfaitement dans leur milieu de vie, semble être l'image ancrée dans l'esprit des personnes interrogées.

Plus d'une personne sur 2 considère le MG comme un conseiller. Le terme de conseiller met en avant la notion d'accompagnement du patient ainsi que d'écoute. En effet, les patients souhaitent une participation plus active qu'auparavant dans leur prise en charge notamment pour les personnes atteintes de pathologies chroniques (comme le diabète, l'hépatite B ou C...). Ils veulent s'autonomiser pour la plupart, comprendre les tenants et aboutissants de leur maladie et ne plus subir leur prise en charge. Le MG doit donc mettre à l'aise le patient, savoir être à l'écoute, prendre son temps. Il doit aussi et surtout savoir expliquer clairement les pathologies rencontrées. Les patients veulent de plus en plus comprendre pourquoi ils sont malades, comment y remédier ou comment se prémunir. Ils souhaitent être accompagnés tout en restant actifs dans leur prise en charge médicale.

Au début des années 70, A d'Houtaud avait déjà constaté que 9 personnes sur 10 se tenaient responsables de leur propre santé et les deux tiers d'entre elles classaient en première position leur responsabilité personnelle, loin devant celle du médecin traitant (35). La notion d'acteur principal de sa santé a donc fait du chemin.

L'HAS a également favorisé le développement de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), domaine scientifique en évolution, qui accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé (36). Les professionnels de santé transmettent une partie de leur savoir aux patients atteints de pathologies chroniques, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire. Cela permet au patient de l'aider à mieux accepter sa maladie et de prendre une part active quant à la gestion de la maladie et du traitement. Cette notion d'alliance thérapeutique est récente et place le malade en tant que partenaire de la gestion de la maladie. Le MG a donc une vocation à guider l'individu dans une relation de personne à personne.

Dans notre enquête, ce sont surtout les femmes de 18-30 ans qui considèrent le MG comme un conseiller. Ces dernières sont plus sensibles à l'aspect affectif de la relation. Elles sont globalement plus soucieuses de leur santé et de leur forme. De plus, elles consultent généralement plus fréquemment que les hommes à titre de prévention et leurs grossesses les amènent à consulter plus régulièrement (37). Les femmes sont également plus souvent les cibles des campagnes de dépistage, notamment pour le cancer du sein ou du papillomavirus. 89% d'entre elles déclarent être suffisamment sensibilisées par ces campagnes de prévention. (38 ViaVoice). Elles se tournent naturellement vers leur MG pour bénéficier de conseils appropriés.

Plus d'une personne sur 5 à la campagne considère le MG comme un confident. Le terme de confident revêt une connotation affective toute particulière. Avec les difficultés croissantes, la population ressent le besoin de se confier à une personne de confiance et se tourne vers le MG. De plus, ce dernier est soumis au secret médical. Il est confronté à toutes sortes de situations difficiles en milieu rural, tant médicales que sociales. Il endosse parfois le rôle de psychologue, où le patient se confie et le médecin écoute. Certains patients isolés n'ont parfois aucune autre personne à qui se confier en cas de mal-être et le MG joue là un rôle de soupape. Il s'agit parfois du seul contact humain, notamment pour les personnes âgées seules en campagne, pour qui le soutien psychologique est très important.

Cette image de confident est en adéquation avec l'étude Ipsos de 2007 qui nous montre que 75% des patients peuvent aborder des sujets intimes avec leur MG (39).

Le MG est considéré comme un professionnel de santé comme les autres principalement par les jeunes de 18-30 ans. Ceci s'explique par le fait que les plus jeunes ont en général peu de problèmes de santé, consultent moins et ne sont donc pas forcément attachés à un MG précis. La plupart des personnes entre 18 et 30 ans ont pourtant dû déclarer un médecin traitant depuis l'instauration du parcours de soins. Mais il est possible que cette génération concède moins d'importance au MG et soit moins investie dans la relation médecin-patient. Certains des jeunes de cette tranche d'âge font des études de plus en plus longues et sont amenés à changer de région au cours de leur cursus, entraînant le choix d'un nouveau MG, d'où une attache difficile. La confiance peut-elle avoir un rôle à jouer pour cette génération, comme nous le verrons par la suite ?

Seule 1 personne sur 5 considère que le MG centralise les rôles de médecin de famille, conseiller, coordonnateur des soins, d'orientation et de prévention, c'est-à-dire les rôles principaux qui définissent le métier de MG. Les personnes interrogées méconnaissent pour la plupart la définition du métier de MG.

Une infime minorité de personnes interrogées considère le MG comme un prestataire de services. Cette image tant redoutée par la profession n'est clairement pas l'idée principale que se fait la population du MG.

2.3.2 Dans le système de soins

Le MG est le médecin à consulter en premier pour une très grande majorité de la population interrogée. Cela semble logique depuis l'instauration du parcours de soins coordonné.

En effet, 98% des assurés sociaux ont choisi un médecin traitant suite à cette réforme (11). Ceci est en adéquation avec l'étude de 2010 qui précise que 84% des patients affirment qu'ils contactent leur MG en cas de souci médical (40).

Par cette réforme, le système de soins a été recentré autour du MG, ce qui participe à la revalorisation de la MG mais qui fait porter implicitement la responsabilité des pertes des dépenses de santé sur ces derniers (5).

Le rôle le plus cité est celui d'orientation vers les spécialistes. Cette notion est intéressante. D'une part, cela montre que le parcours de soins a bien été intégré par la population générale, avec un MG pivot du système de soins. D'autre part, cela concorde avec la place centrale accordée au médecin généraliste dans le système

de soins par 71% des patients interrogés dans l'étude réalisée par l'URLM en 2005 (41).

Néanmoins, il ne s'agit pas du rôle principal des MG. Les personnes interrogées semblent surtout retenir que certes, le MG est le médecin de premier recours, mais qu'il passe la main à d'autres spécialistes dès lors qu'il atteint les limites de ses compétences. Les patients reconnaissent d'ailleurs volontiers les limites des compétences des MG.

Le MG laisse au patient le soin de coordonner sa propre trajectoire. Depuis l'instauration du parcours de soins, certains patients qui ne consultaient pas leur MG avant un spécialiste ont été obligés de le faire. Cette position est délicate pour le MG qui se retrouve comme un intermédiaire à qui l'on demande un simple courrier pour obtenir un avis spécialisé ailleurs, ce courrier étant même parfois exigé après que le spécialiste ait été consulté. D'ailleurs le MG qui refusera à son patient l'accès à un médecin spécialiste doit faire preuve de davantage de persuasion et de pédagogie pour le convaincre du bien-fondé de sa décision, ce qui prend du temps.

Par ailleurs il est étonnant que le rôle de coordonnateur des soins soit cité par moins de 2/3 de la population interrogée.

La WONCA Europe a intégré cette notion dans sa définition de la MG en 2002 : « Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ».

En devenant le pivot incontournable du système de soins, le MG est également considéré comme le gestionnaire du dossier médical du patient, centralisant toutes les informations issues des consultations spécialisées. Les MG ont parfois le sentiment de pallier les insuffisances du système de santé telles que les rendez-vous tardifs de consultation spécialisée ou les difficultés à joindre un spécialiste. De plus, il existe parfois peu de communication des spécialistes envers les MG, ce qui leur donne le sentiment d'être exclus dans la prise en charge et remet en cause leur rôle de coordonnateur.

Un document de la SFMG destiné aux patients précise que le médecin traitant est le médecin spécialiste du premier recours qui assure la coordination et la continuité des soins dans une approche globale du patient. C'est pourtant bien le rôle d'orientation qui apparaît en premier dans notre enquête.

Le rôle de conseil et de prévention est très majoritairement cité par les 18-30 ans ainsi que par les étudiants. Il s'agit là de la tranche d'âge cible majeure des campagnes de prévention (VIH, alcool, drogues, contraception, IVG...). La jeune génération a été très sensibilisée, notamment sur les risques de l'infection au VIH et à la nécessité de prévention, notion avec laquelle elle a grandi.

2.4 NOTORIÉTÉ ET IMAGE DES MG

2.4.1 Notoriété globale et par rapport aux autres spécialités médicales

L'enquête BVA de mars 2008 montre que la profession de médecin est classée en tête des métiers les plus prestigieux pour le public (devançant les professions de professeur et d'infirmier). Le métier apparaît comme prestigieux mais est en réalité peu attractif : en effet seulement 14% du public aurait envisagé d'être médecin (5).

Notre enquête montre que les professions médicales jugées les plus prestigieuses par la population interrogée sont le chirurgien suivi du cardiologue, le MG n'arrivant qu'en 3^{ème} position.

Selon une enquête IPSOS de février 2007 (39), le métier de médecin arrive en 3^{ème} position des professions que les parents souhaiteraient pour leurs enfants, après les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, chefs d'entreprise) et les ingénieurs, et juste devant les enseignants. La profession de médecin reste donc parmi les professions les plus prestigieuses mais n'est plus aussi convoitée que par le passé.

Dans notre enquête, le MG semble avoir plus de notoriété pour les tranches d'âges élevées ainsi que pour les personnes vivant en campagne. Ceci peut s'expliquer par le fait que le MG y a un rôle primordial, est plus proche de ses patients et est beaucoup plus sollicité. Le MG conserve un statut particulier en milieu rural où il faisait partie auparavant des notables. Les MG sont beaucoup moins nombreux à exercer en milieu rural et souffrent de la pénurie de médecins autant que les patients. Ils font beaucoup plus de visites à domicile que leurs collègues établis en ville et apparaissent plus proches de leurs patients, pour lesquels ils sont un véritable renfort.

Les étudiants et les CSP supérieures estiment moins élevée la notoriété des MG, comparativement aux CSP intermédiaires et aux retraités. Les étudiants ont pour la plupart moins de 30 ans, il est légitime de se demander s'ils ont eu le temps de se forger une opinion sur le statut de MG, car ils ne consultent globalement pas souvent. Ils peuvent par contre juger l'image des MG parallèlement aux informations qu'ils reçoivent des médias ou via Internet, qui ne donnent pas forcément une image positive du métier.

Il est possible que les CSP supérieures n'envient pas le statut de MG car ils doivent avoir un niveau de vie équivalent.

En tout cas, il en ressort qu'il est beaucoup moins prestigieux dans l'esprit des gens d'être MG plutôt que cardiologue ou chirurgien. Certaines spécialités gardent ou ont toujours eu une certaine aura, contrairement à d'autres.

2.4.2 La MG, une spécialité?

La très grande majorité des personnes interrogées pense que la MG n'est pas une spécialité.

Avec la réforme de l'internat et son remplacement en 2004 par les ENC, la médecine générale accède au statut de spécialité à part entière (2). Cette évolution n'est pas seulement honorifique mais traduit une reconnaissance professionnelle qui fait suite à la reconnaissance universitaire depuis la création des départements universitaires de médecine générale. La communauté généraliste européenne a établi en 2002 un consensus sur la définition de la médecine générale (42): c'est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques; c'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. La reconnaissance professionnelle de la MG comme spécialité contribue à son positionnement dans le système de santé. Les MG occupent une place privilégiée dans le système de distribution des soins.

Parallèlement, la médecine générale reste parmi les disciplines les moins convoitées par les étudiants à l'issue de l'ENC et tous les postes offerts ne sont pas pourvus. 33 % de ceux-ci en 2004 et 40 % en 2005 sont restés vacants. En 2006, la situation s'est un peu améliorée: 14% des postes de MG n'ont pas été pourvus puis 18% en 2010, 16% en 2011. A noter que l'amélioration des pourcentages est aussi due à une diminution d'ouverture des postes par les pouvoirs publics, devant la difficulté à les pourvoir. Sur ce plan, la valorisation de la médecine générale passe par l'achèvement de sa reconnaissance universitaire.

Il apparaît pourtant que la modification du statut de la MG n'a pas réellement eu d'impact sur la population, qui ne sait pas que la MG est devenue une spécialité à part entière.

Le statut de spécialiste du MG devrait être davantage porté à la connaissance du public qui, dans son ensemble, méconnaît certains aspects de la profession.

2.4.3 Notion de Professeur de Médecine

La plupart des personnes interrogées pensent qu'un Professeur de Médecine est un enseignant et un chercheur, notamment les 18-30 ans.

Une personne sur 4 pense cependant qu'il s'agit d'un médecin réputé ou exerçant au CHU ou un médecin qui a fait plus d'études que les autres.

La notion de Professeur en Médecine n'est donc pas claire du tout pour la population, ceci étant à mettre en parallèle avec la méconnaissance de la « spécialité » médecine générale. La méconnaissance du sens donné à l'usage du titre de Professeur est tout aussi importante.

Cependant, les 18-30 ans semblent plus informés de ce qu'est un Professeur de Médecine. La jeune génération paraît mieux renseignée sur la réalité de ce statut. Les étudiants ont probablement pour la plupart entendu parler de Professeurs des Universités et ont fait le rapprochement avec la spécificité médicale. De plus, l'accès à Internet peut alimenter leurs connaissances.

Une partie de la population interrogée estime que le titre de Professeur peut être lié à la réputation du médecin ou à son lieu d'exercice, le CHU. Dans l'esprit des gens, la

notion de Professeur est donc en relation avec le prestige de l'hôpital et de l'ancienneté du médecin.

2.4.4 Existence de Professeurs de MG

40 % de la population pensent qu'il existe des Professeurs en MG et 38% ne se prononcent pas. Ces résultats sont à prendre avec précaution devant la relative méconnaissance de la définition de Professeur.

Une personne sur 2 ayant entre 18 et 30 ans pense qu'il existe des Professeurs de MG comparativement aux classes d'âges supérieures. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes générations soient plus informées que leurs aînés sur les titres, notamment pour ceux qui suivent des études.

Ceci est également en adéquation avec le fait que les 18-30 ans savent davantage que les autres tranches d'âge ce qu'est un Professeur de Médecine.

Les enseignants titulaires de MG ont une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche mais exercent, contrairement aux Professeurs des autres domaines, en ambulatoire.

Il faut préciser que les premières nominations de Professeurs universitaires titulaires en MG par la voie de l'intégration ont eu lieu en 2009 et sont donc très récentes, ce qui peut aussi expliquer la méconnaissance liée à ce statut encore d'exception.

2.4.5 Evolution de l'image des MG en 10 ans

Dans notre enquête, plus d'un tiers des personnes interrogées pense que l'image du MG s'est dégradée depuis dix ans. Ces résultats concordent avec l'enquête nationale BVA de 2008 qui montre que 50% du public a le sentiment que l'image des MG s'est plutôt détériorée ces dernières années (5).

Ce sont majoritairement les 18-30 ans vivant en ville qui estiment que leur image s'est dégradée, ainsi que les étudiants et les CSP supérieures. Si l'évolution de l'image du MG existe, on peut supposer qu'elle se fait à l'échelle des générations. Il est possible que face à l'augmentation du nombre de cadres dans la société, le métier de MG se banalise. Il est également possible que les personnes des CSP supérieures aient un niveau de vie équivalent à celui des MG et de ce fait n'envient pas ce statut.

Cette tendance est en adéquation avec la baisse de la notoriété chez les 18-30 ans et les CSP supérieures.

Les retraités ont tendance à moins penser que l'image des MG s'est dégradée. Ils gardent certainement une image valorisante du médecin de campagne d'autrefois.

La thèse de Catherine MOUSEL, réalisée à partir d'une enquête en Lorraine comparant l'image du médecin généraliste en 2007 à celle du médecin 25 ans auparavant, a aussi montré que l'image du MG est globalement positive mais que son statut a perdu de son prestige pour 75% de la population interrogée.

Toutefois, si plusieurs études confirment cette tendance, il faut garder à l'esprit que la profession de MG n'est pas la seule touchée : en effet, l'image des instituteurs, des policiers, pompiers semble également s'être ternie.

De plus, dans un contexte où la moindre affaire médicale est mise sous les projecteurs des médias et des réseaux sociaux, tous les acteurs du milieu médical risquent d'être impactés négativement et bien entendu, le MG n'y échappe pas.

3. Limites de l'étude

Nous avons vu que d'après l'analyse statistique, notre échantillon n'est pas représentatif de la population lorraine et française.

Les lieux d'enquête ont été choisis subjectivement devant leur forte fréquentation à cette période, pendant « les Jardins Ephémères » sur Place Stanislas. Les personnes interrogées peuvent de ce fait avoir une sensibilité artistique plus développée. De plus, il existe certainement un biais de sélection de notre part lorsque nous abordons les personnes à interroger.

On peut se demander si les résultats auraient été les mêmes si l'on avait interrogé les personnes dans d'autres lieux publics (supermarchés, gare...).

Nous avons essuyé beaucoup de refus de la part des personnes de plus de 80 ans. Ces dernières fréquentent généralement moins les lieux publics que les jeunes et ont été moins réceptives à notre demande, d'où une faible participation de leur part.

Dans notre enquête, on ignore si les personnes interrogées ont un médecin traitant ou pas. A Paris par exemple, on trouve le taux de personnes ayant déclaré un médecin traitant le plus faible, ce qui peut modifier leur perception des MG. L'image des MG est probablement différente dans les grandes villes.

Enfin, nous avons préféré déposer les questionnaires en terrasse plutôt que de lire le questionnaire en « face à face » pour éliminer le biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire lorsque le participant souhaite donner une bonne image de lui-même à l'enquêteur.

CONCLUSION

Les MG souffrent actuellement d'un sentiment de malaise général concernant la dégradation de leurs conditions de travail, de leur image et de leur statut. Ils trouvent leur charge de travail trop importante et ont parfois du mal à équilibrer vie professionnelle et familiale. De plus, ils sont souvent sous pression devant des patients qu'ils trouvent de plus en plus exigeants, voire revendicateurs.

Nous nous sommes demandés si ce sentiment était fondé ou si les MG avaient une idée erronée de leur image actuelle dans la société. Ce travail nous a permis de mieux cerner l'image qu'a la population lorraine des MG.

Le métier de MG se fonde sur une relation au patient. Il n'est pas étonnant que le discours récurrent de dégradation des conditions de travail soit centré sur la charge de travail liée à la montée des exigences des patients. Les MG subissent une double pression des patients : en termes de disponibilité et de contenu de la prise en charge.

Les personnes interrogées semblent plutôt correctement apprécier les conditions de travail des MG : pour elles, les MG travaillent beaucoup... Pourtant elles aimeraient qu'ils soient totalement et continuellement disponibles en cas de nécessité, même s'ils savent que l'époque du médecin qu'on appelle de jour comme de nuit est révolue. On assiste là à une ambivalence où la population souhaiterait égoïstement avoir à disposition leur MG alors qu'elle sait pertinemment qu'il se profile depuis peu un remodelage de l'exercice des MG, notamment sur leur temps de travail et leur présence.

Les compétences des MG satisfont le public et ce dernier leur fait confiance. Cette satisfaction des compétences et la confiance semblent être plus importantes pour les générations plus âgées. Les jeunes générations paraissent cependant plus méfiantes et accorder légèrement moins de confiance aux MG. Il est inexact de parler de crise de confiance, mais il est possible que les récents scandales sanitaires aient marqué les esprits. Les médias ont certainement aussi leur rôle à jouer dans cette relative crise de confiance qui a tendance à se profiler.

Mais il pourrait s'agir d'une tendance touchant la jeune génération mise à mal, dans un contexte économique difficile, avec une confiance amoindrie pour les pouvoirs publics ainsi que pour leur avenir.

Pour la population, le MG a sa place essentiellement dans la prise en charge des pathologies bénignes mais le recours au spécialiste devient évident dès qu'il s'agit d'une pathologie plus pointue, exigeant des compétences supplémentaires. Le MG ne semble paradoxalement pas assez compétent aux yeux du public pour des pathologies chroniques ou graves, le grand public n'ayant pas conscience de la prise en charge du patient dans sa globalité et dans le temps.

Le MG est le premier médecin à consulter, ce qui semble logique depuis l'instauration du système de soins. D'après notre enquête, le rôle principal des MG dans le système de soins est d'orienter vers les spécialistes. Ce rôle n'est pas le

principal des MG, mais c'est celui retenu par la population. En ce sens, on peut s'interroger sur la perception qu'a le public des rôles des MG. Ces derniers craignent d'être considérés comme un « laissez-passer » pour aller consulter un spécialiste. L'image du prestataire de services est pourtant très loin d'être l'image principale que la population a des MG, ces derniers peuvent être rassurés sur ce point.

La coordination des soins fait également partie des fonctions des MG et la population en est consciente.

Enfin, le rôle de prévention et de conseil semble très important pour les jeunes et étudiants qui sont sensibles aux campagnes de prévention.

Il ressort que la notion de médecin de famille reste encore très ancrée dans l'esprit de la population. Il est encore considéré comme un conseiller par les jeunes femmes, et les habitants à la campagne le voient aussi comme un confident.

Sur le plan de la notoriété, le MG arrive en 3^e position, loin après chirurgien et cardiologue. La notoriété du MG est plus importante en campagne et pour les tranches d'âge élevées. Ils semblent mieux considérés et plus proches de leurs patients. L'image du médecin rural d'antan, disponible et dévoué, reste d'actualité dans l'esprit du public.

La notoriété des MG est cependant bien moins importante auprès des étudiants et des CSP supérieures.

Le statut de spécialité récemment accordé à la MG semble être totalement méconnu du public. Malgré l'instauration du D.E.S. par les pouvoirs publics en 2004, il existe toujours un grand décalage entre MG et spécialiste. Parallèlement la différence persistante des tarifs de consultation continue de symboliser une moindre compétence des MG et entretient l'idée que le contenu de leur consultation relève d'une médecine ressentie comme « inférieure ».

Notre enquête démontre également que la formation médicale continue des MG pendant toute leur carrière n'est pas connue du grand public.

Il pourrait être intéressant d'informer le public sur les aspects méconnus de la MG (le fait que la MG soit dorénavant une spécialité et informer la population sur la formation continue) via les réseaux sociaux et les médias, qui sont les moyens les plus efficaces et rapides pour toucher le plus grand nombre. Il reste un énorme travail de communication à réaliser sur cette évolution du statut auprès du public afin de revaloriser l'exercice de la MG.

L'existence de Professeur de Médecine n'est a priori pas non plus connue du public. Cette notion est à prendre avec précaution car les Professeurs de Médecine n'existent que depuis 2009 et sont encore très minoritaires. Le recul n'est certainement pas suffisant pour évaluer l'impact de ces nouvelles nominations sur l'image de la MG.

Enfin, il apparaît que l'image des MG s'est dégradée ou est restée stable ces dix dernières années pour la grande majorité de la population, ce qui est en adéquation avec la plupart des dernières études réalisées. Le MG ne semble plus être le notable d'autrefois, la profession se banalise et son image s'écorne lentement, tout comme d'autres professions autrefois hautement respectées. Les perceptions évoluent en même temps que la société.

Il semble que la jeune génération des 18-30 ans soit plus critique : elle serait légèrement moins satisfaite des compétences des MG, leur ferait moins confiance que les générations suivantes, considère plutôt les MG comme des professionnels de santé comme les autres. Pour elle, le MG jouit d'une notoriété moins importante et l'image qu'elle en a s'est dégradée.

Il serait intéressant d'approfondir ces résultats concernant la jeune génération et les étudiants sur un plus grand échantillon afin de confirmer ou non ces résultats.

S'agit-il d'une évolution de la société prédominant sur la jeune génération ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Gallois P, Vallée J-P. Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. Médecine. Mars 2008; 4(3): 100-1.
2. Bloy G., Schweyer F-X., Herzlich C. Singuliers généralistes sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010.
3. Gallois P., Vallée J-P., Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. 1 mai 2006; 2(5): 223-228.
4. Ipsos Public Affairs - Le regard des médecins sur leur métier a changé [en ligne] Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2004-09-30-regard-medecins-sur-leur-metier-change> [consulté le 10 août 2013]
5. Hermange M-T., Ambroise-Thomas P., Couturier D., Loisançe D. Académie Nationale de médecine. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. mars 2008; 12p.
6. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007 : Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Thèse d'exercice]. [France] Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.
7. REINFLET WALKER-VIRY S. Médecin généraliste: du mythe d'antan à l'image d'aujourd'hui d'après une enquête réalisée en Maine-et-Loire [Thèse de doctorat]. [France]; 1985.
8. Enquête IPSOS - LEEM : 46% des Français cherchent sur internet des informations sur leurs médicaments – Mars 2013. Actualités - Vidal.fr [en ligne]. Disponible sur: http://www.vidal.fr/actualites/13026/enquete_ipsos_leem_46_des_francais_cherchent_sur_internet_des_informations_sur_leurs_medicaments/ [consulté le 20 sept 2013].
9. François de Singly. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Editions Nathan, 2000. - 125 p.; Collection 128. ISBN : 978-2-09-190567-9 : 8,1
10. Bouletreau A., Chouanière D., Wild P. et Fontana JM. Service d'Epidémiologie, INRS. Concevoir, traduire et valider un questionnaire : à propos d'un exemple, EUROQUEST. MA1999 N° ISSN 0397.4529.
11. SFMG - Le patient et son généraliste « médecin traitant » - Mis en ligne en sept 2010. Disponible sur http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_patient-et-generalistef4b78.pdf [consulté le 5 juin 2013]
12. Jakoubovitch S., Bournot MC., Cercier E., Tuffreau F.- DREES – Les emplois du temps des médecins généralistes - n° 797 – Mars 2012 [en ligne] Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf> [consulté le 10 août 2013]

13. INSEE- Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012. [en ligne] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102 [consulté le 3 octobre 2013]
14. MICHEAU J., MOLIERE E.- DREES - L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossiers solidarité et santé n°15 – 2010.
15. DORY V., POUCHAIN D. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer 2009; 85: 4-7.
16. Code de Déontologie Médicale – Conseil National de l'Ordre des Médecins. Edition novembre 2012. [en ligne] Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> [consulté le 10 sept 2013]
17. Code de Santé Publique. Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Formation Médicale Continue. Article L 4133-1.
18. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
19. LEGIFRANCE - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244 [consulté le 24 septembre 2013]
20. Eco-Santé France 2013. IRDES. Les bases Éco-Santé en ligne. [en ligne] Disponible sur: <http://www.ecosante.fr> [consulté le 25 juillet 2013]
21. MESSEIN, Nicolas. Modes et niveaux de rémunérations des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. [en ligne] Thèse de doctorat. Nancy, Université Henri Poincaré, 2012. Disponible sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_MESSEIN_NICOLAS.pdf [consulté le 7 août 2013]
22. DELALGUE A. Classe éco.fr. Les médecins généralistes abusent-ils ? [en ligne] Disponible sur : <http://blog.francetvinfo.fr/classe-eco/2012/10/24/les-medecins-generalistes-abusent-ils.html> [consulté le 21 septembre 2013]
23. La Documentation Française. Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la Jeunesse [en ligne] Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000305/0000.pdf> [consulté le 29 août 2013]
24. Institut CSA – La santé des étudiants en 2011. [en ligne] Disponible sur : <http://www.csa.eu/multimedia/data/etudes/etudes/etu20110314-la-sante-des-etudiants-en-2011.pdf> [consulté le 3 septembre 2013]

25. Institut CSA – Les médecins nous font trop attendre. Mis en ligne sur LeParisien.fr le 20 octobre 2011. [en ligne] Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/espace-premium/actu/les-medecins-nous-font-trop-attendre-20-10-2011-1675631.php> [consulté le 17 sept 2013]
26. TNS SOFRES. Les français, leurs médecins et leur système de santé. 2 mars 2002
27. THIEBAUT-LERCH C. Image du médecin généraliste en Alsace: enquête auprès de 314 patients [Thèse d'exercice]. [France]; 1998.
28. L'EXPRESS.fr – FHF - Urgences saturées, les médecins libéraux montrés du doigt. Publié le 7 janvier 2009- [en ligne] Disponible sur : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/urgences-saturees-les-medecins-liberaux-montres-du-doigt_730006.html [consulté le 2 novembre 2013]
29. HAS - Diabète type 2. Juillet 2007 [en ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald8_guidemedecin_diabetetype2_revunp_vucd.pdf [consulté le 25 juillet 2013]
30. Baromètre Santé et société – CSA. Evaluation du système de santé et de la qualité des soins [en ligne] Publié le 15 oct. 2013. Disponible sur <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2013/opi20131014-barometre-europ-assistance-2013-26-aout.pdf> [consulté le 21 oct. 2013].
31. Etude BVA/ GSK - septembre 2013. Burn out des médecins : une souffrance au travail.
32. IPSOS – Les Français et la Santé. 6 octobre 2005 [en ligne] Disponible sur : <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/2005-10-06-francais-et-sante> [consulté le 21 août 2013]
33. Baromètre Groupe Pasteur Mutualité - 2010- 91% des Français font confiance à leur médecin généraliste! [en ligne] – Disponible sur : <http://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiqués-de-presse/828-91-des-francais-font-confiance-a-leur-medecin-generaliste-selon-le-barometre-groupe-pasteur-mutualite-l-la-confiance-a-legard-des-professionnels-de-sante-r.html> [consulté le 23 août 2013]
34. Wonca Europe 2002- La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille [en ligne] Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> [consulté le 4 septembre 2013]
35. D'Houtaud A. Recherches en Lorraine sur les facteurs psychosociaux de la santé. Lille : Atelier. reproduction des thèses université de Lille 3 ; 1977. (ds les années 70, patients étaient responsables de leur santé)
36. HAS. Education Thérapeutique du Patient. Mis en ligne le 13 novembre 2007 [en ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_602687/fr/education-therapeutique-du-patient [Consulté le 2 novembre 2013]

37. INSEE- Catteau C. Avril 2005. N° 122. Femmes et hommes à parité ?
38. Sondage ViaVoice pour GPM - 18 mai 2012. Les femmes plus soucieuses de leur santé que les hommes.
39. Zumsteeg S., Kraus F. IPSOS Public Affairs. La bonne image des médecins généralistes. Mis en ligne le 28 février 2007. [en ligne] Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2007-02-28-bonne-image-generalistes> [consulté le 2 oct. 2013]
40. Le Borgne, Catherine. 18 mars 2010. Le médecin généraliste superstar des sondages.
41. URML Rhône alpes. Représentation et attentes de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. juillet 2005;
42. Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I., Ram P.
The European Definitions of the Keys Features of the Discipline of General Practice.
Br J Gen Pract 2002 ; 52(479) : 526-7.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF



LE MEDECIN GENERALISTE : COMMENT LE VOYEZ-VOUS?

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine concernant l'opinion des patients sur les médecins généralistes.

Il est anonyme et dure 2 à 3 minutes. Nous cherchons à recueillir votre avis.

Nous vous remercions pour votre aide.

1/ Pour soigner un rhume ou une angine, pensez-vous que la personne la plus compétente soit :

- Un médecin généraliste
- Un ORL

Pour suivre un diabète durant toute votre vie, pensez-vous que la personne la plus compétente soit :

- Un médecin généraliste
- Un diabétologue

2/ Pour vous, le médecin généraliste: (plusieurs réponses possibles)

- Est le médecin à voir en premier, en cas de maladie
- Est un spécialiste comme les autres
- N'est pas un spécialiste

3/ Pour vous, quelle proposition se rapproche le plus de la définition de « Professeur de Médecine » ? (plusieurs réponses possibles)

- Un médecin réputé ou renommé
- Un médecin exerçant exclusivement au CHU
- Un médecin qui a fait plus d'études que les autres
- Un enseignant et un chercheur

4/Existe-t-il, d'après-vous, des professeurs en médecine générale?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5/ A votre avis quel est le salaire moyen mensuel des médecins généralistes?

.....€

6/ Quel sont pour vous les 2 médecins ayant le plus de notoriété dans la société ? (faire 2 choix dans la liste)

- | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiste | <input type="checkbox"/> Cardiologue | <input type="checkbox"/> Chirurgien |
| <input type="checkbox"/> OrL | <input type="checkbox"/> Médecin Généraliste | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Radiologue | | |

7/ A votre avis les médecins généralistes se forment-t-il tout au long de leur carrière ?

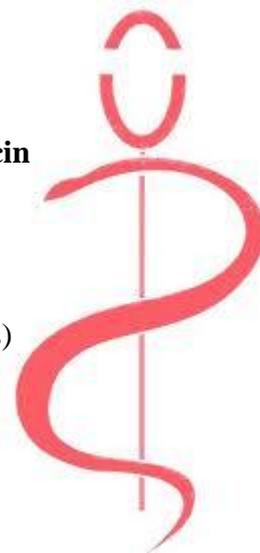
- Oui Non
- Par obligation Par manque de temps
- Par choix personnel Par choix personnel
- Ne sait pas

8/ En moyenne à combien d'heures estimez-vous la semaine de travail d'un médecin généraliste?

- 35h 45h 50h 60h >70h

9/ Le montant de la consultation à 23€ vous paraît-il ? (plusieurs réponses possibles)

- Trop élevé
- Pas assez élevé
- Correspond au travail fourni
- Devrait être du même montant que la consultation d'un spécialiste



10/ D'une façon générale êtes-vous satisfait des compétences des médecins généralistes ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Pas satisfait----->Très satisfait
-

11/ Considérez-vous qu'un médecin généraliste doit être? (Plusieurs choix possibles)

- Un médecin de famille Un confident
- Un professionnel de santé comme un autre Un conseiller
- Un proche, un ami Un prestataire de service

12/ Que pensez-vous de la disponibilité des médecins généralistes ?

- Toujours disponible
- Difficilement disponible
- Jamais disponible

13/ Quelle confiance accordez-vous aux médecins généralistes en général :

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Aucune -----> Confiance totale
-

14/ Quel(s) est/sont le(s) rôle(s) des médecins généralistes dans le système de soins : (plusieurs choix possibles)

- Coordonnateur des soins
- Conseil et prévention des patients
- Orientation vers le spécialiste
- Peu utile en regard des spécialistes

15/ L'image du médecin généraliste :

- S'est plutôt détériorée en dix ans
- S'est plutôt améliorée en dix ans
- Est restée stable depuis dix ans
- Ne sait pas



INFORMATIONS DEMOGRAPHIQUES

A/ Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

B/ Vous avez :

- Entre 18 et 30ans
- Entre 31 et 50ans
- Entre 51 et 65ans
- Entre 66 et 80ans
- Plus de 80ans

C/ Votre activité :

- En activité
- En recherche d'emploi
- En retraite
- Etudiant
- Ne veut pas répondre

D/ Votre profession :

- Agriculteur, exploitant
- Profession libérale
- Fonctionnaire
- Ne veut pas répondre
- Commerçant, Artisan, Chef d'entreprise
- Ouvrier, Employé
- Cadre
- Sans profession

E/ Vous habitez :

- Ville (>Plus de 20.000 hab)
- Suburbain (2000 à 20.000hab)
- Campagne (<moins de 2000 hab)

Merci encore pour votre participation

Emmanuelle Mourton et Steven Corre

ANNEXE 2 : ANALYSE DE LA REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

1. Comparaison à la population française

a. Répartition par genre

sex	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Pop. française	Fréquence cumulée	Pctage. cumulé
Homme	562	41.88	48.40	562	41.88
Femme	780	58.12	51.60	1342	100.00

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées

Khi-2	22.8584	
DDL	1	
Pr > Khi-2	<.0001	Non représentatif

Taille de l'échantillon = 1342

b. Répartition par âge

age	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Pop. française
Entre 18 et 30 ans	376	28.02	22.74 (15-29 ans)
Entre 31 et 50 ans	447	33.31	33.16 (30-49 ans)
Entre 51 et 65 ans	373	27.79	23.47 (50-64 ans)
entre 66 et 80 ans	124	9.24	14.13 (65-79 ans)
Plus de 80 ans	22	1.64	6.50 (80 ans et plus)

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées

Khi-2	98.6303	
DDL	4	
Pr > Khi-2	<.0001	Non représentatif

Les tranches d'âge de l'INSEE ne correspondent pas aux tranches d'âge retenues dans le cadre de l'enquête ce qui implique un biais.

Taille de l'échantillon = 1342

c. Répartition par activité (les données ont été recodées pour pouvoir comparer aux données INSEE)

	profrc	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Pop. française
Agriculteur		6	0.54	0.94
Commerçant, Artisan, Chef d'entreprise		58	5.17	3.35
Ouvrier, employé		343	30.60	30.02
En retraite ou sans activité professionnelle		454	40.50	43.09
Autre (cadre, fonct, prof interm.)		260	23.19	22.60

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées

Khi-2	15.1313	
DDL	4	
Pr > Khi-2	0.0044	Non représentatif

Taille réelle de l'échantillon = 1121
 Valeur(s) manquante(s) = 221

2. Comparaison à la population lorraine

a. Répartition par genre

sex	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Pop. lorraine	Fréquence cumulée	Pctage. cumulé
Homme	562	41.88	48.77	562	41.88
Femme	780	58.12	51.23	1342	100.00

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées

Khi-2	25.5148	
DDL	1	
Pr > Khi-2	<.0001	Non représentatif

Taille de l'échantillon = 1342

b. Répartition par âge

age	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Pop. lorraine	
Entre 18 et 30 ans	376	28.02	22.99	(15-29 ans)
Entre 31 et 50 ans	447	33.31	32.46	(30-49 ans)
Entre 51 et 65 ans	373	27.79	24.11	(50-64 ans)
Entre 66 et 80 ans	124	9.24	14.33	(65-79 ans)
Plus de 80 ans	22	1.64	6.11	(80 ans et plus)

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées

Khi-2	90.7722	
DDL	4	
Pr > Khi-2	<.0001	Non représentatif

Les tranches d'âge de l'INSEE ne correspondent pas aux tranches d'âge retenues dans le cadre de l'enquête ce qui implique un biais.

Taille de l'échantillon = 134

c. Répartition par activité

	profrnc	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Pop. Lorraine
Agriculteur		6	0.54	0.63
Commerçant, Artisan, Chef d'entreprise		58	5.17	2.62
Ouvrier, employé		343	30.60	33.43
En retraite ou sans activité professionnelle		454	40.50	44.10
Autre (cadre, fonct, prof interm.)		260	23.19	19.21

Test du Khi-2#pour proportions spécifiées

Khi-2	43.3133	
DDL	4	
Pr > Khi-2	<.0001	Non représentatif

Taille réelle de l'échantillon = 1121
 Valeur(s) manquante(s) = 221

Note: 16% des données sont manquantes.

ANNEXE 3 : RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE : 1^{ÈRE} PARTIE

1. Proportion de personnes ayant coché les 5 items concernant les rôles des MG (médecin de famille, conseiller, coordonnateur, prévention et orientation)

	n	%
NON	1085	80,85
OUI	257	19,15

2. Proportion de personnes ayant coché les 6 items concernant les rôles des MG (médecin de famille, conseiller, coordonnateur, prévention et orientation ET confident)

	n	%
NON	1255	93,52
OUI	87	6,48

3.a. Comparaison en pourcentages des 18-30 ans considérant le MG comme un conseiller en fonction du sexe

	HOMMES	FEMMES
NON	43,42	33,63
OUI	56,58	66,37

Khi²= 0,0547

3.b. Comparaison en pourcentages des 66-80 ans considérant le MG comme conseiller selon le sexe

	HOMMES	FEMMES
NON	61,54	64,79
OUI	38,46	35,21

Khi2= 0,7116

4. Comparaison des proportions des 18-30 ans considérant que le MG est un professionnel de santé comme les autres en fonction du lieu d'habitation

	VILLE	SUBURBAIN	CAMPAGNE
NON	48,43	47,73	48,44
OUI	51,57	52,27	51,56

Khi2= 0,9933

5.a. Comparaison en pourcentages de la notoriété du MG en fonction du lieu d'habitation

	VILLE	SUBURBAIN	CAMPAGNE
NON	70,54	71,59	56,25
OUI	29,46	28,41	43,75

Khi2= 0,0723

5.b. Comparaison en pourcentages de la notoriété du MG chez les 31-50 ans en fonction du lieu d'habitation

	VILLE	SUBURBAIN	CAMPAGNE
NON	76,04	74,42	60,32
OUI	23,96	25,58	39,68

Khi2= 0,0064

5.c. Comparaison en pourcentages de la notoriété du MG chez les 51-65 ans en fonction du lieu d'habitation

	VILLE	SUBURBAIN	CAMPAGNE
NON	66	55,04	54,84
OUI	34	44,96	45,16

Khi2= 0,1039

5.d. Comparaison en pourcentages de la notoriété du MG chez les 66-80 ans en fonction du lieu d'habitation

	VILLE	SUBURBAIN	CAMPAGNE
NON	58,82	50	58,62
OUI	41,18	50	41,38

Khi2= 0,6438

5.e. Comparaison en pourcentages de la notoriété du MG chez les plus de 80 ans en fonction du lieu d'habitation

	VILLE	SUBURBAIN	CAMPAGNE
NON	88,89	42,86	60
OUI	11,11	57,14	40

Khi2= 0,1433

6. Comparaison en pourcentages des 18-30 ans estimant que l'image des MG s'est détériorée en dix ans, en fonction du lieu d'habitation

	n	%
VILLE	88	57,52
SUBURBAIN	41	26,8
CAMPAGNE	24	15,69

Khi2< 0,0001

ANNEXE 4 : CD : RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE : 2^{ÈRE} PARTIE

- Caractéristiques de la population interrogée
- Comparaison des perceptions en fonction du sexe
- Comparaison des perceptions en fonction des tranches d'âge
- Comparaison des perceptions en fonction du lieu d'habitation
- Comparaison des perceptions en fonction des catégories professionnelles

Tableau D.1 Descriptif des caractéristiques des répondants

		<u>N</u>	<u>%/moy</u>	<u>ET*</u>
Sexe	Homme	562	41,9	
	Femme	780	58,1	
Age	Entre 18 et 30 ans	376	28	
	Entre 31 et 50 ans	447	33,3	
	Entre 51 et 65 ans	373	27,8	
	entre 66 et 80 ans	124	9,2	
	Plus de 80 ans	22	1,6	
Activité	En activité	841	62,7	
	En recherche d'emploi	77	5,7	
	En retraite	277	20,6	
	Etudiant	125	9,3	
	Ne veut pas répondre	22	1,6	
Actif	Non	501	37,3	
	Oui	841	62,7	
Profession	Agriculteur, exploitant	6	0,4	
	Profession libérale	64	4,8	
	Fonctionnaire	224	16,7	
	Ne veut pas répondre	36	2,7	
	Commerçant, Artisan, Chef d'entr	63	4,7	
	Ouvrier, Employé	356	26,5	
	Cadre	205	15,3	
Sans profession	388	28,9		
Lieu d'habitation	Ville (>Plus de 20.000 hab)	626	46,6	
	Suburbain (2000 à 20.000hab)	398	29,7	
	Campagne (<moins de 2000 hab)	318	23,7	
1.a. Personne perçue comme la plus compétente pour soigner un rhume ou une angine				
	Manquant	1		
	Un médecin généraliste	1262	94,1	
	Un ORL	79	5,9	
1.b. Personne perçue comme la plus compétente pour suivre un diabète				
	Manquant	5		
	Un médecin généraliste	409	30,6	
	Un diabétologue	928	69,4	
2.a. Le médecin généraliste est le médecin à voir en premier, en cas de maladie				
	Non	86	6,4	
	Oui	1256	93,6	
2.b. Le médecin généraliste est un spécialiste				
	Non	1173	87,4	
	Oui	169	12,6	
2.c. Le médecin généraliste n'est pas un spécialiste				
	Non	929	69,2	
	Oui	413	30,8	
3.a. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin réputé ou renommé				
	Manquant	1		
	Non	997	74,3	
	Oui	344	25,7	
3.b. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin exerçant exclusivement au CHU				
	Manquant	1		
	Non	988	73,7	
	Oui	353	26,3	

3.c. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin qui a fait plus d'études que les autres			
	Manquant	1	
	Non	981	73,2
	Oui	360	26,8
3.d. Perception du « Professeur de Médecine »: enseignant et un chercheur			
	Manquant	1	
	Non	497	37,1
	Oui	844	62,9
4.II existe des professeurs en médecine générale			
	Manquant	1	
	Non	298	22,2
	Oui	533	39,7
	Ne sait pas	510	38
Salaire estimé			
	Moins de 2000 euros	146	10,9
	De 2000 à moins de 5000 euros	821	61,2
	De 5000 à moins de 10000 euros	333	24,8
	10000 euros et plus	42	3,1
5. Salaire moyen mensuel des médecins généralistes		1245	5.534,3
			5.716,8
6.a. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Anesthésiste			
	Manquant	2	
	Non	1185	88,4
	Oui	155	11,6
6.b. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Cardiologue			
	Manquant	2	
	Non	584	43,6
	Oui	756	56,4
6.c. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Chirurgien			
	Manquant	2	
	Non	190	14,2
	Oui	1150	85,8
6.d. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: ORL			
	Manquant	2	
	Non	1322	98,7
	Oui	18	1,3
6.e. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Médecin Généraliste			
	Manquant	2	
	Non	879	65,6
	Oui	461	34,4
6.f. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Psychiatre			
	Manquant	2	
	Non	1272	94,9
	Oui	68	5,1
6.g. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Radiologue			
	Manquant	2	
	Non	1267	94,6
	Oui	73	5,4
7. Les méd. généralistes se forment tout au long de leur carrière			
	Non	133	9,9
	Oui	1131	84,3
	Ne sait pas	78	5,8
Si oui, pourquoi			
	Manquant	213	
	Par obligation	609	53,9
	Par choix personnel	520	46,1
Si non, pourquoi			
	Manquant	1208	

Par manque de temps	86	64,2
Par choix personnel	48	35,8

8. Nombre moyen d'heures de travail par semaine d'un médecin généraliste

Manquant	2	
35h	37	2,8
45h	322	24
50h	508	37,9
60h	373	27,8
>70h	100	7,5

9.a. Montant de la consultation à 23€: trop élevé

Manquant	3	
Non	1110	82,9
Oui	229	17,1

9.b. Montant de la consultation à 23€: Pas assez élevé

Manquant	3	
Non	1127	84,2
Oui	212	15,8

9.c. Montant de la consultation à 23€: Correspond au travail fourni

Manquant	3	
Non	522	39
Oui	817	61

9.d. Montant de la consultation à 23€: Devrait être du même montant que la consultation d'un spécialiste

Manquant	3	
Non	1210	90,4
Oui	129	9,6

10. Satisfaction quant aux compétences des médecins généralistes (échelle de 0 à 10)

1341 7,4 1,7

11.a. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un médecin de famille

Manquant	3	
Non	386	28,8
Oui	953	71,2

11.b. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un confident

Manquant	3	
Non	1016	75,9
Oui	323	24,1

11.c. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un professionnel de santé comme un autre

Manquant	3	
Non	774	57,8
Oui	565	42,2

11.d. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un conseiller

Manquant	3	
Non	618	46,2
Oui	721	53,8

11.e. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un proche, un ami

Manquant	3	
Non	1319	98,5
Oui	20	1,5

11.f. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un prestataire de service

Manquant	3	
Non	1303	97,3
Oui	36	2,7

12. Perception de la disponibilité des médecins généralistes

Manquant	4	
Toujours disponible	773	57,8
Difficilement disponible	554	41,4
Jamais disponible	11	0,8

13. Confiance accordée aux médecins généralistes en général (échelle de 0 à 10)

1339 7,4 2,4

14.a . Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Coordonnateur des soins

Manquant	4	
Non	518	38,7
Oui	820	61,3

14.b. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Conseil et prévention des patients

Manquant	4	
Non	341	25,5
Oui	997	74,5

14.c. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Orientation vers le spécialiste

Manquant	4	
Non	233	17,4
Oui	1105	82,6

14.d. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Peu utile en regard des spécialistes

Manquant	4	
Non	1309	97,8
Oui	29	2,2

15. L'image du médecin généraliste

Manquant	3	
S'est plutôt détériorée en dix ans	469	35
S'est plutôt améliorée en dix ans	133	9,9
Est restée stable depuis dix ans	512	38,2
Ne sait pas	225	16,8

* écart-type

Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 22OCT2013

Tableau G.5 "Comparaison des perceptions en fonction de la profession"

	Professions supérieures N=294 (23,6%)			Professions intermédiaires N=548 (44,1%)			Etudiants N=125 (10,0%)			Retraités N=277 (22,3%)			p**
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Sexe													<0,0001
	Homme	160	54,4	201	36,7		49	39,2		113	40,8		
	Femme	134	45,6	347	63,3		76	60,8		164	59,2		
Age													<0,0001
	Entre 18 et 30 ans	54	18,4	160	29,2		121	96,8		1	0,4		
	Entre 31 et 50 ans	152	51,7	256	46,7		4	3,2		1	0,4		
	Entre 51 et 65 ans	84	28,6	131	23,9		0	0		136	49,1		
	entre 66 et 80 ans	4	1,4	1	0,2		0	0		117	42,2		
	Plus de 80 ans	0	0	0	0		0	0		22	7,9		
Lieu d'habitation													<0,0001
	Ville (>Plus de 20.000 hab)	157	53,4	235	42,9		80	64		107	38,6		
	Suburbain (2000 à 20.000hab)	78	26,5	172	31,4		25	20		97	35		

Campagne (<moins de 2000 hab)	59	20,1	141	25,7	20	16	73	26,4	
1.a. Personne perçue comme la plus compétente pour soigner un rhume ou une angine									0,005
Une médecin généraliste	275	93,5	520	94,9	110	88	267	96,7	
Un ORL	19	6,5	28	5,1	15	12	9	3,3	
1.b. Personne perçue comme la plus compétente pour suivre un diabète									<0,0001
Une médecin généraliste	105	35,7	153	28	21	16,8	103	37,6	
Un diabétologue	189	64,3	393	72	104	83,2	171	62,4	
2.a. Le médecin généraliste est le médecin à voir en premier, en cas de maladie									0,272
Non	25	8,5	31	5,7	5	4	18	6,5	
Oui	269	91,5	517	94,3	120	96	259	93,5	
2.b. Le médecin généraliste est un spécialiste									0,603
Non	258	87,8	478	87,2	105	84	246	88,8	
Oui	36	12,2	70	12,8	20	16	31	11,2	
2.c. Le médecin généraliste n'est pas un spécialiste									0,271
Non	208	70,7	368	67,2	86	68,8	204	73,6	
Oui	86	29,3	180	32,8	39	31,2	73	26,4	

3.a. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin réputé ou renommé											0,29
Non	231	78,6	413	75,4	88	70,4	203	73,6			
Oui	63	21,4	135	24,6	37	29,6	73	26,4			
3.b. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin exerçant exclusivement au CHU											0,236
Non	218	74,1	390	71,2	100	80	201	72,8			
Oui	76	25,9	158	28,8	25	20	75	27,2			
3.c. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin qui a fait plus d'études que les autres											7E-04
Non	235	79,9	394	71,9	100	80	183	66,3			
Oui	59	20,1	154	28,1	25	20	93	33,7			
3.d. Perception du « Professeur de Médecine »: enseignant et un chercheur											<0,0001
Non	99	33,7	192	35	33	26,4	144	52,2			
Oui	195	66,3	356	65	92	73,6	132	47,8			
4. Il existe des professeurs en médecine générale											<0,0001
Non	68	23,1	97	17,7	17	13,6	98	35,5			
Oui	130	44,2	217	39,6	72	57,6	72	26,1			

	Ne sait pas	96	32,7	234	42,7	36	28,8	106	38,4					
Salaire estimé													<0,0001	
	Moins de 2000 euros	18	6,1	52	9,5	12	9,6	45	16,2					
	De 2000 à moins de 5000 euros	176	59,9	356	65	74	59,2	153	55,2					
	De 5000 à moins de 10000 euros	94	32	122	22,3	38	30,4	64	23,1					
	10000 euros et plus	6	2	18	3,3	1	0,8	15	5,4					
5. Salaire moyen mensuel des médecins généralistes		283	5.419,9	4.125,	518	5.684,	7.062,	122	4.967,	2.991,	235	5.882,	5.258,	0,489
6.a. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Anesthésiste														0,65
	Non	266	90,5	483	88,3	112	89,6	241	87,3					
	Oui	28	9,5	64	11,7	13	10,4	35	12,7					
6.b. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Cardiologue														0,033
	Non	105	35,7	252	46,1	53	42,4	123	44,6					
	Oui	189	64,3	295	53,9	72	57,6	153	55,4					
6.c. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Chirurgien														0,075
	Non	33	11,2	72	13,2	19	15,2	51	18,5					
	Oui	261	88,8	475	86,8	106	84,8	225	81,5					

6.d. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: ORL											
Non	292	99,3	536	98	123	98,4	274	99,3		0,308	
Oui	2	0,7	11	2	2	1,6	2	0,7			
6.e. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Médecin Généraliste											
Non	215	73,1	352	64,4	89	71,2	163	59,1		0,002	
Oui	79	26,9	195	35,6	36	28,8	113	40,9			
6.f. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Psychiatre											
Non	284	96,6	518	94,7	112	89,6	266	96,4		0,015	
Oui	10	3,4	29	5,3	13	10,4	10	3,6			
6.g. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Radiologue											
Non	276	93,9	520	95,1	117	93,6	263	95,3		0,794	
Oui	18	6,1	27	4,9	8	6,4	13	4,7			
7. Les méd. généralistes se forment tout au long de leur carrière											
Non	33	11,2	60	10,9	7	5,6	23	8,3		0,54	
Oui	245	83,3	457	83,4	112	89,6	237	85,6			
Ne sait pas	16	5,4	31	5,7	6	4,8	17	6,1			

Non	158	53,7	306	55,9	60	48	192	69,8
Oui	136	46,3	241	44,1	65	52	83	30,2

11.d. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un conseiller

<0,00
01

Non	156	53,1	238	43,5	40	32	154	56
Oui	138	46,9	309	56,5	85	68	121	44

11.e. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un proche, un ami

0,29

Non	288	98	543	99,3	122	97,6	270	98,2
Oui	6	2	4	0,7	3	2,4	5	1,8

11.f. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un prestataire de service

4E-04

Non	285	96,9	535	97,8	115	92	273	99,3
Oui	9	3,1	12	2,2	10	8	2	0,7

12. Perception de la disponibilité des médecins généralistes

0,91

Toujours disponible	165	56,1	315	57,6	74	59,2	161	58,8
Difficilement disponible	125	42,5	229	41,9	50	40	110	40,1
Jamais disponible	4	1,4	3	0,5	1	0,8	3	1,1

13. Confiance accordée aux médecins généralistes en général (échelle de 0 à 10)	294	7,2	1,6	547	7,4	3,2	125	7,1	1,7	275	7,6	1,5	0,149
14.a . Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Coordonnateur des soins													0,302
Non	101	34,4		214	39,1		52	41,6		113	41,4		
Oui	193	65,6		334	60,9		73	58,4		160	58,6		
14.b. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Conseil et prévention des patients													<0,0001
Non	79	26,9		121	22,1		20	16		99	36,3		
Oui	215	73,1		427	77,9		105	84		174	63,7		
14.c. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Orientation vers le spécialiste													<0,0001
Non	51	17,3		65	11,9		12	9,6		84	30,8		
Oui	243	82,7		483	88,1		113	90,4		189	69,2		
14.d. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Peu utile en regard des spécialistes													0,24
Non	288	98		540	98,5		122	97,6		263	96,3		
Oui	6	2		8	1,5		3	2,4		10	3,7		
15. L'image du médecin généraliste													<0,0001
S'est plutôt détériorée en dix ans	115	39,1		193	35,2		48	38,4		83	30,3		

S'est plutôt améliorée en dix ans	19	6,5	47	8,6	19	15,2	33	12
Est restée stable depuis dix ans	109	37,1	219	40	26	20,8	126	46
Ne sait pas	51	17,3	89	16,2	32	25,6	32	11,7

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives

Tableau G.2 "Comparaison des perceptions en fonction de l'âge"

		Entre 18 et 30 ans N=376 (28,0%)			Entre 31 et 50 ans N=447 (33,3%)			Entre 51 et 65 ans N=373 (27,8%)			entre 66 et 80 ans N=124 (9,2%)			Plus de 80 ans N=22 (1,6%)			
		N	%/moy y	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Sexe																	0,9507
	Homme	152	40,4		187	41,8		162	43,4		52	41,9		9	40,9		
	Femme	224	59,6		260	58,2		211	56,6		72	58,1		13	59,1		
Activité																	<0,0001
	En activité	211	56,1		407	91,1		217	58,2		6	4,8		0	0		
	En recherche d'emploi	37	9,8		28	6,3		12	3,2		0	0		0	0		
	En retraite	1	0,3		1	0,2		136	36,5		117	94,4		22	100		
	Etudiant	121	32,2		4	0,9		0	0		0	0		0	0		
	Ne veut pas répondre	6	1,6		7	1,6		8	2,1		1	0,8		0	0		
Actif																	<0,0001
	Non	165	43,9		40	8,9		156	41,8		118	95,2		22	100		
	Oui	211	56,1		407	91,1		217	58,2		6	4,8		0	0		

Profession												<0,0001
Agriculteur, exploitant	1	0,3	3	0,7	2	0,5	0	0	0	0		
Profession libérale	23	6,1	20	4,5	18	4,8	2	1,6	1	4,5		
Fonctionnaire	38	10,1	111	24,8	68	18,2	7	5,6	0	0		
Ne veut pas répondre	13	3,5	8	1,8	12	3,2	2	1,6	1	4,5		
Commerçant, Artisan, Chef d'entr	11	2,9	28	6,3	19	5,1	4	3,2	1	4,5		
Ouvrier, Employé	124	33	142	31,8	86	23,1	4	3,2	0	0		
Cadre	29	7,7	105	23,5	63	16,9	7	5,6	1	4,5		
Sans profession	137	36,4	30	6,7	105	28,2	98	79	18	81,8		
Lieu d'habitation												<0,0001
Ville (>Plus de 20.000 hab)	224	59,6	192	43	150	40,2	51	41,1	9	40,9		
Suburbain (2000 à 20.000hab)	88	23,4	129	28,9	130	34,9	44	35,5	7	31,8		
Campagne (<moins de 2000 hab)	64	17	126	28,2	93	24,9	29	23,4	6	27,3		
1.a. Personne perçue comme la plus compétente pour soigner un rhume ou une angine												0,0696
Une médecin généraliste	343	91,2	423	94,6	356	95,4	119	96,7	21	95,5		

Un ORL	33	8,8	24	5,4	17	4,6	4	3,3	1	4,5
--------	----	-----	----	-----	----	-----	---	-----	---	-----

1.b. Personne perçue comme la plus compétente pour suivre un diabète

<0,0001

Un médecin généraliste	86	22,9	119	26,7	152	40,8	44	36,4	8	36,4
Un diabétologue	290	77,1	326	73,3	221	59,2	77	63,6	14	63,6

2.a. Le médecin généraliste est le médecin à voir en premier, en cas de maladie

0,6239

Non	25	6,6	25	5,6	27	7,2	9	7,3	0	0
Oui	351	93,4	422	94,4	346	92,8	115	92,7	22	100

2.b. Le médecin généraliste est un spécialiste

0,4317

Non	322	85,6	399	89,3	323	86,6	111	89,5	18	81,8
Oui	54	14,4	48	10,7	50	13,4	13	10,5	4	18,2

2.c. Le médecin généraliste n'est pas un spécialiste

0,3257

Non	253	67,3	307	68,7	258	69,2	96	77,4	15	68,2
Oui	123	32,7	140	31,3	115	30,8	28	22,6	7	31,8

3.a. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin réputé ou renommé

0,0076

Non	269	71,5	335	74,9	291	78	92	74,8	10	45,5
Oui	107	28,5	112	25,1	82	22	31	25,2	12	54,5

3.b. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin exerçant exclusivement au CHU												0,0087
Non	300	79,8	322	72	256	68,6	92	74,8	18	81,8		
Oui	76	20,2	125	28	117	31,4	31	25,2	4	18,2		
3.c. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin qui a fait plus d'études que les autres												0,0052
Non	298	79,3	330	73,8	257	68,9	80	65	16	72,7		
Oui	78	20,7	117	26,2	116	31,1	43	35	6	27,3		
3.d. Perception du « Professeur de Médecine »: enseignant et un chercheur												<0,0001
Non	108	28,7	160	35,8	142	38,1	71	57,7	16	72,7		
Oui	268	71,3	287	64,2	231	61,9	52	42,3	6	27,3		
4.II existe des professeurs en médecine générale												<0,0001
Non	49	13	77	17,2	124	33,2	39	31,5	9	42,9		
Oui	191	50,8	190	42,5	116	31,1	32	25,8	4	19		
Ne sait pas	136	36,2	180	40,3	133	35,7	53	42,7	8	38,1		
Salaire estimé												<0,0001
Moins de 2000 euros	34	9	41	9,2	39	10,5	25	20,2	7	31,8		

	De 2000 à moins de 5000 euros	254	67,6	276	61,7	222	59,5	60	48,4	9	40,9						
	De 5000 à moins de 10000 euros	84	22,3	116	26	101	27,1	27	21,8	5	22,7						
	10000 euros et plus	4	1,1	14	3,1	11	2,9	12	9,7	1	4,5						
5. Salaire moyen mensuel		366	4.849,	4.580,	424	5.708,8	6.535,1	339	5.773,8	5.892,0	100	6.404,3	5.199	16	6.062,5	3.987,0	0,0689
6.a. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Anesthésiste																	0,5987
	Non	329	87,5	395	88,4	336	90,3	106	85,5	19	90,5						
	Oui	47	12,5	52	11,6	36	9,7	18	14,5	2	9,5						
6.b. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Cardiologue																	0,1427
	Non	172	45,7	180	40,3	161	43,3	64	51,6	7	33,3						
	Oui	204	54,3	267	59,7	211	56,7	60	48,4	14	66,7						
6.c. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Chirurgien																	0,0077
	Non	53	14,1	45	10,1	65	17,5	21	16,9	6	28,6						
	Oui	323	85,9	402	89,9	307	82,5	103	83,1	15	71,4						
6.d. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: ORL																	0,2391
	Non	367	97,6	441	98,7	370	99,5	123	99,2	21	100						
	Oui	9	2,4	6	1,3	2	0,5	1	0,8	0	0						

6.e. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Médecin Généraliste												0,0007
Non	257	68,4	318	71,1	221	59,4	69	55,6	14	66,7		
Oui	119	31,6	129	28,9	151	40,6	55	44,4	7	33,3		
6.f. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Psychiatre												0,2436
Non	351	93,4	424	94,9	357	96	121	97,6	19	90,5		
Oui	25	6,6	23	5,1	15	4	3	2,4	2	9,5		
6.g. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Radiologue												0,5599
Non	351	93,4	428	95,7	352	94,6	117	94,4	19	90,5		
Oui	25	6,6	19	4,3	20	5,4	7	5,6	2	9,5		
7. Les méd. généralistes se forment tout au long de leur carrière												0,8994
Non	41	10,9	48	10,7	33	8,8	9	7,3	2	9,1		
Oui	313	83,2	374	83,7	320	85,8	105	84,7	19	86,4		
Ne sait pas	22	5,9	25	5,6	20	5,4	10	8,1	1	4,5		
Si oui, pourquoi												0,1747
Par obligation	185	59,1	199	53,2	160	50	53	51,5	12	63,2		
Par choix personnel	128	40,9	175	46,8	160	50	50	48,5	7	36,8		

Non	165	43,9	152	34,1	144	38,6	49	39,8	12	57,1						
Oui	211	56,1	294	65,9	229	61,4	74	60,2	9	42,9						
9.d. Montant de la consultation à 23€: Devrait être du même montant que la consultation d'un spécialiste											0,399					
Non	346	92	404	90,6	329	88,2	113	91,9	18	85,7						
Oui	30	8	42	9,4	44	11,8	10	8,1	3	14,3						
10. Satisfaction quant aux compétences des	376	7,1	2	447	7,3	1,7	373	7,5	1,5	123	7,6	1,7	22	7,9	1,9	0,0024
11.a. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un médecin de famille											0,0121					
Non	134	35,7	114	25,5	103	27,6	30	24,4	5	23,8						
Oui	241	64,3	333	74,5	270	72,4	93	75,6	16	76,2						
11.b. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un confident											0,6411					
Non	276	73,6	344	77	285	76,4	93	75,6	18	85,7						
Oui	99	26,4	103	23	88	23,6	30	24,4	3	14,3						
11.c. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un professionnel de santé comme un autre											<0,0001					
Non	181	48,3	249	55,7	232	62,2	94	76,4	18	85,7						
Oui	194	51,7	198	44,3	141	37,8	29	23,6	3	14,3						

11.d. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un conseiller <0,0001

Non	141	37,6	206	46,1	183	49,1	78	63,4	10	47,6
Oui	234	62,4	241	53,9	190	50,9	45	36,6	11	52,4

11.e. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un proche, un ami 0,0035

Non	371	98,9	444	99,3	363	97,3	122	99,2	19	90,5
Oui	4	1,1	3	0,7	10	2,7	1	0,8	2	9,5

11.f. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un prestataire de service 0,2441

Non	359	95,7	437	97,8	365	97,9	121	98,4	21	100
Oui	16	4,3	10	2,2	8	2,1	2	1,6	0	0

12. Perception de la disponibilité des médecins généralistes 0,0026

Toujours disponible	214	56,9	260	58,3	210	56,3	79	64,8	10	47,6
Difficilement disponible	160	42,6	182	40,8	161	43,2	42	34,4	9	42,9
Jamais disponible	2	0,5	4	0,9	2	0,5	1	0,8	2	9,5

13. Confiance accordée aux médecins généralistes 0,0133

Non	163	43,4	158	35,3	127	34	60	49,2	10	50
-----	-----	------	-----	------	-----	----	----	------	----	----

14.a . Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Coordonnateur des soins 0,0035

Oui	213	56,6	289	64,7	246	66	62	50,8	10	50	
14.b. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Conseil et prévention des patients											<0,0001
Non	71	18,9	99	22,1	113	30,3	48	39,3	10	50	
Oui	305	81,1	348	77,9	260	69,7	74	60,7	10	50	
14.c. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Orientation vers le spécialiste											<0,0001
Non	51	13,6	57	12,8	79	21,2	43	35,2	3	15	
Oui	325	86,4	390	87,2	294	78,8	79	64,8	17	85	
14.d. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Peu utile en regard des spécialistes											0,7203
Non	369	98,1	439	98,2	363	97,3	118	96,7	20	100	
Oui	7	1,9	8	1,8	10	2,7	4	3,3	0	0	
15. L'image du médecin généraliste											<0,0001
S'est plutôt détériorée en dix ans	153	40,7	151	33,8	122	32,7	37	30,3	6	28,6	
S'est plutôt améliorée en dix ans	36	9,6	31	6,9	46	12,3	16	13,1	4	19	
Est restée stable depuis dix ans	103	27,4	190	42,5	161	43,2	53	43,4	5	23,8	

Ne sait pas	84	22,3	75	16,8	44	11,8	16	13,1	6	28,6
-------------	----	------	----	------	----	------	----	------	---	------

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives

Données LM. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 22OCT2013

Tableau G.4 "Comparaison des perceptions en fonction du lieu d'habitation"

		Ville (>Plus de 20.000 hab) N=626 (46,6%)			Suburbain (2000 à 20.000hab) N=398 (29,7%)			Campagne (<moins de 2000 hab) N=318 (23,7%)			
		N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	p**
Sexe	Homme	267	42,7		174	43,7		121	38,1		0,2695
	Femme	359	57,3		224	56,3		197	61,9		
Age	Entre 18 et 30 ans	224	35,8		88	22,1		64	20,1		<0,0001
	Entre 31 et 50 ans	192	30,7		129	32,4		126	39,6		
	Entre 51 et 65 ans	150	24		130	32,7		93	29,2		
	entre 66 et 80 ans	51	8,1		44	11,1		29	9,1		
	Plus de 80 ans	9	1,4		7	1,8		6	1,9		
Profession	Agriculteur, exploitant	0	0		0	0		6	1,9		0,0006
	Profession libérale	38	6,1		12	3		14	4,4		
	Fonctionnaire	100	16		72	18,1		52	16,4		

Une médecin généraliste	584	93,4	380	95,5	298	93,7
-------------------------	-----	------	-----	------	-----	------

Un ORL	41	6,6	18	4,5	20	6,3
--------	----	-----	----	-----	----	-----

1.b. Personne perçue comme la plus compétente pour suivre un diabète

0,0277

Une médecin généraliste	169	27	132	33,6	108	34
-------------------------	-----	----	-----	------	-----	----

Un diabétologue	457	73	261	66,4	210	66
-----------------	-----	----	-----	------	-----	----

2.a. Le médecin généraliste est le médecin à voir en premier, en cas de maladie

0,7677

Non	43	6,9	25	6,3	18	5,7
-----	----	-----	----	-----	----	-----

Oui	583	93,1	373	93,7	300	94,3
-----	-----	------	-----	------	-----	------

2.b. Le médecin généraliste est un spécialiste

0,8142

Non	544	86,9	348	87,4	281	88,4
-----	-----	------	-----	------	-----	------

Oui	82	13,1	50	12,6	37	11,6
-----	----	------	----	------	----	------

2.c. Le médecin généraliste n'est pas un spécialiste

0,9483

Non	435	69,5	273	68,6	221	69,5
-----	-----	------	-----	------	-----	------

Oui	191	30,5	125	31,4	97	30,5
-----	-----	------	-----	------	----	------

3.a. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin réputé ou renommé

0,0869

Non	470	75,1	305	76,8	222	69,8
-----	-----	------	-----	------	-----	------

Oui	156	24,9	92	23,2	96	30,2	
3.b. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin exerçant exclusivement au CHU							0,0351
Non	457	73	280	70,5	251	78,9	
Oui	169	27	117	29,5	67	21,1	
3.c. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin qui a fait plus d'études que les autres							0,0532
Non	475	75,9	288	72,5	218	68,6	
Oui	151	24,1	109	27,5	100	31,4	
3.d. Perception du « Professeur de Médecine »: enseignant et un chercheur							0,9006
Non	228	36,4	149	37,5	120	37,7	
Oui	398	63,6	248	62,5	198	62,3	
4. Il existe des professeurs en médecine générale							0,0036
Non	119	19	100	25,1	79	24,9	
Oui	279	44,6	132	33,2	122	38,5	
Ne sait pas	228	36,4	166	41,7	116	36,6	
Salaire estimé							0,8144
Moins de 2000 euros	76	12,1	36	9	34	10,7	

De 2000 à moins de 5000 euros	376	60,1		252	63,3		193	60,7		
De 5000 à moins de 10000 euros	153	24,4		99	24,9		81	25,5		
10000 euros et plus	21	3,4		11	2,8		10	3,1		
5. Salaire moyen mensuel des	581	5.549,2	6.148,3	369	5.386,2	4.270,4	295	5.690,1	6.389,9	0,7905
6.a. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Anesthésiste										0,9969
Non	554	88,5		351	88,4		280	88,3		
Oui	72	11,5		46	11,6		37	11,7		
6.b. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Cardiologue										0,0047
Non	253	40,4		168	42,3		163	51,4		
Oui	373	59,6		229	57,7		154	48,6		
6.c. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Chirurgien										0,0629
Non	80	12,8		70	17,6		40	12,6		
Oui	546	87,2		327	82,4		277	87,4		
6.d. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: ORL										0,9175
Non	618	98,7		392	98,7		312	98,4		
Oui	8	1,3		5	1,3		5	1,6		

6.e. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Médecin Généraliste								0,0004
Non	441	70,4	255	64,2	183	57,7		
Oui	185	29,6	142	35,8	134	42,3		
6.f. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Psychiatre								0,6525
Non	593	94,7	375	94,5	304	95,9		
Oui	33	5,3	22	5,5	13	4,1		
6.g. Médecin ayant le plus de notoriété dans la société: Radiologue								0,4507
Non	588	93,9	375	94,5	304	95,9		
Oui	38	6,1	22	5,5	13	4,1		
7. Les méd. généralistes se forment tout au long de leur carrière								0,6695
Non	69	11	34	8,5	30	9,4		
Oui	518	82,7	343	86,2	270	84,9		
Ne sait pas	39	6,2	21	5,3	18	5,7		
Si oui, pourquoi								0,2789
Par obligation	291	56,4	181	52,8	137	50,7		
Par choix personnel	225	43,6	162	47,2	133	49,3		
Si non, pourquoi								0,0896

Par manque de temps	39	55,7	24	70,6	23	76,7
---------------------	----	------	----	------	----	------

Par choix personnel	31	44,3	10	29,4	7	23,3
---------------------	----	------	----	------	---	------

8. Nombre moyen d'heures de travail par semaine d'un médecin généraliste

35h	16	2,6	13	3,3	8	2,5	0,086
-----	----	-----	----	-----	---	-----	-------

45h	140	22,4	115	28,9	67	21,1
-----	-----	------	-----	------	----	------

50h	251	40,2	141	35,4	116	36,5
-----	-----	------	-----	------	-----	------

60h	174	27,9	95	23,9	104	32,7
-----	-----	------	----	------	-----	------

>70h	43	6,9	34	8,5	23	7,2
------	----	-----	----	-----	----	-----

9.a. Montant de la consultation à 23€: trop élevé

Non	520	83,5	325	81,7	265	83,3	0,7348
-----	-----	------	-----	------	-----	------	--------

Oui	103	16,5	73	18,3	53	16,7
-----	-----	------	----	------	----	------

9.b. Montant de la consultation à 23€: Pas assez élevé

Non	512	82,2	336	84,4	279	87,7	0,0863
-----	-----	------	-----	------	-----	------	--------

Oui	111	17,8	62	15,6	39	12,3
-----	-----	------	----	------	----	------

9.c. Montant de la consultation à 23€: Correspond au travail fourni

Non	251	40,3	161	40,5	110	34,6	0,1839
-----	-----	------	-----	------	-----	------	--------

Oui	372	59,7		237	59,5		208	65,4	
9.d. Montant de la consultation à 23€: Devrait être du même montant que la consultation d'un spécialiste									
Non	562	90,2		360	90,5		288	90,6	0,9823
Oui	61	9,8		38	9,5		30	9,4	
10. Satisfaction quant aux compétences des médecins									
	625	7,3	1,7	398	7,4	1,5	318	7,4	2
11.a. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un médecin de famille									
Non	186	29,9		110	27,6		90	28,3	0,7268
Oui	437	70,1		288	72,4		228	71,7	
11.b. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un confident									
Non	469	75,3		319	80,2		228	71,7	0,0283
Oui	154	24,7		79	19,8		90	28,3	
11.c. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un professionnel de santé comme un autre									
Non	344	55,2		244	61,3		186	58,5	0,1516
Oui	279	44,8		154	38,7		132	41,5	
11.d. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un conseiller									
Non	285	45,7		186	46,7		147	46,2	0,9531

Non	161	25,8	100	25,1	80	25,3	
Oui	463	74,2	298	74,9	236	74,7	
14.c. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Orientation vers le spécialiste							0,6885
Non	108	17,3	74	18,6	51	16,1	
Oui	516	82,7	324	81,4	265	83,9	
14.d. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Peu utile en regard des spécialistes							0,1609
Non	612	98,1	385	96,7	312	98,7	
Oui	12	1,9	13	3,3	4	1,3	
15. L'image du médecin généraliste							0,0934
S'est plutôt détériorée en dix ans	211	33,8	158	39,7	100	31,6	
S'est plutôt améliorée en dix ans	67	10,7	34	8,5	32	10,1	
Est restée stable depuis dix ans	228	36,5	149	37,4	135	42,7	
Ne sait pas	119	19	57	14,3	49	15,5	
Rôle du médecin généraliste (hors confident)							0,8734
Non	505	80,7	325	81,7	255	80,2	
Oui	121	19,3	73	18,3	63	19,8	

Rôle du médecin généraliste (dont confident)								0,2911
Non	586	93,6	377	94,7	292	91,8		
Oui	40	6,4	21	5,3	26	8,2		

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'une analyse de variance pour les variables quantitatives

Une médecin généraliste	517	92,2	745	95,5	
Un ORL	44	7,8	35	4,5	
1.b. Personne perçue comme la plus compétente pour suivre un diabète					0,0905
Une médecin généraliste	186	33,1	223	28,8	
Un diabétologue	376	66,9	552	71,2	
2.a. Le médecin généraliste est le médecin à voir en premier, en cas de maladie					0,1763
Non	42	7,5	44	5,6	
Oui	520	92,5	736	94,4	
2.b. Le médecin généraliste est un spécialiste					0,1701
Non	483	85,9	690	88,5	
Oui	79	14,1	90	11,5	
2.c. Le médecin généraliste n'est pas un spécialiste					0,9957
Non	389	69,2	540	69,2	
Oui	173	30,8	240	30,8	
3.a. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin réputé ou renommé					0,4345
Non	424	75,4	573	73,6	
Oui	138	24,6	206	26,4	
3.b. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin exerçant exclusivement au CHU					0,5348
Non	419	74,6	569	73	
Oui	143	25,4	210	27	
3.c. Perception du « Professeur de Médecine »: médecin qui a fait plus d'études que les autres					0,0474
Non	427	76	554	71,1	
Oui	135	24	225	28,9	
3.d. Perception du « Professeur de Médecine »: enseignant et un chercheur					0,5445
Non	203	36,1	294	37,7	
Oui	359	63,9	485	62,3	
4. Il existe des professeurs en médecine générale					0,5764
Non	123	21,9	175	22,4	
Oui	232	41,4	301	38,6	
Ne sait pas	206	36,7	304	39	
Salaire estimé					0,0389
Moins de 2000 euros	45	8	101	12,9	
De 2000 à moins de 5000 euros	355	63,2	466	59,7	

Par manque de temps	39	68,4		47	61		
Par choix personnel	18	31,6		30	39		
8. Nombre moyen d'heures de travail par semaine d'un médecin généraliste							0,0747
35h	19	3,4		18	2,3		
45h	116	20,6		206	26,5		
50h	212	37,7		296	38		
60h	168	29,9		205	26,3		
>70h	47	8,4		53	6,8		
9.a. Montant de la consultation à 23€: trop élevé							0,1913
Non	457	81,3		653	84		
Oui	105	18,7		124	16		
9.b. Montant de la consultation à 23€: Pas assez élevé							0,877
Non	472	84		655	84,3		
Oui	90	16		122	15,7		
9.c. Montant de la consultation à 23€: Correspond au travail fourni							0,3118
Non	228	40,6		294	37,8		
Oui	334	59,4		483	62,2		
9.d. Montant de la consultation à 23€: Devrait être du même montant que la consultation d'un spécialiste							0,2489
Non	514	91,5		696	89,6		
Oui	48	8,5		81	10,4		
10. Satisfaction quant aux compétences des médecins généralistes (échelle de 0 à 10)	562	7,3	1,6	779	7,4	1,8	0,2023
11.a. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un médecin de famille							0,649
Non	158	28,2		228	29,3		
Oui	403	71,8		550	70,7		
11.b. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un confidant							0,281
Non	434	77,4		582	74,8		
Oui	127	22,6		196	25,2		
11.c. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un professionnel de santé comme un autre							0,1888
Non	336	59,9		438	56,3		
Oui	225	40,1		340	43,7		
11.d. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un conseiller							0,034
Non	278	49,6		340	43,7		
Oui	283	50,4		438	56,3		

11.e. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un proche, un ami							0,0983
Non	549	97,9	770	99			
Oui	12	2,1	8	1			
11.f. Perception du rôle du médecin généraliste envers le patient: Un prestataire de service							0,0427
Non	540	96,3	763	98,1			
Oui	21	3,7	15	1,9			
12. Perception de la disponibilité des médecins généralistes							0,2777
Toujours disponible	317	56,5	456	58,7			
Difficilement disponible	237	42,2	317	40,8			
Jamais disponible	7	1,2	4	0,5			
13. Confiance accordée aux médecins généralistes en général (échelle de 0 à 10)	561	7,3	1,6	778	7,4	2,8	0,4275
14.a . Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Coordonnateur des soins							0,0048
Non	242	43,1	276	35,5			
Oui	319	56,9	501	64,5			
14.b. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Conseil et prévention des patients							0,0977
Non	156	27,8	185	23,8			
Oui	405	72,2	592	76,2			
14.c. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Orientation vers le spécialiste							0,4381
Non	103	18,4	130	16,7			
Oui	458	81,6	647	83,3			
14.d. Perception du rôle du médecin généraliste dans le système de soins: Peu utile en regard des spécialistes							0,4114
Non	551	98,2	758	97,6			
Oui	10	1,8	19	2,4			
15. L'image du médecin généraliste							0,1937
S'est plutôt détériorée en dix ans	206	36,7	263	33,8			
S'est plutôt améliorée en dix ans	58	10,3	75	9,6			
Est restée stable depuis dix ans	217	38,7	295	37,9			
Ne sait pas	80	14,3	145	18,6			

* écart-type

** Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Il existe une discordance entre le ressenti des médecins généralistes (MG) et celui de la population. **Objectif:** Evaluer la perception de la place du MG dans la société par la population Lorraine et d'évaluer les connaissances sur le métier de MG. **Matériel et méthode:** Enquête quantitative auprès d'un échantillon de la population lorraine sous forme d'un questionnaire à choix multiples entre le 2 et le 12 octobre 2013 dans des lieux publics de Nancy. Le test du Khi 2 a été utilisé pour les variables qualitatives, les tests t de Student et ANOVA pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. **Résultats:** 1342 questionnaires ont été exploités. 69,4% de la population estime que le diabétologue est le plus compétent pour soigner un diabète et non le MG. Pour le public l'image du MG « de famille » reste encore ancrée. Il est également considéré comme un conseiller par 53,8% des personnes interrogées et il est un confident notamment pour les jeunes femmes. La notoriété du MG arrive loin derrière celle du chirurgien et du cardiologue. Les jeunes de 18 à 30 ans font moins confiance aux MG que les tranches d'âges plus élevées et sont moins satisfaits de leurs compétences. **Conclusion:** La population apprécie correctement les conditions de travail des MG. Mais elle semble de plus en plus exigeante quant à leur prise en charge. Ce constat se démarque surtout pour la jeune génération.

TITRE EN ANGLAIS

Social representation of the general practitioner in the population of Lorraine in 2013. Knowledge of the population on general practitioner's business.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2013

MOTS CLEFS :

Représentation sociale – Médecin généraliste – Connaissance de la population – Métier médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE :
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex