



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-theses-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>

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Catherine MOUSEL

le 20 janvier 2009

LE MEDECIN GENERALISTE EN 2007

**Évolution 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.**

Examineurs de la thèse :

Monsieur F. GUILLEMIN	Professeur	Président
Monsieur O. ZIEGLER	Professeur	Juge
Monsieur B. GUERCI	Professeur	Juge
Monsieur A. AUBREGE	Professeur associé	Juge
Monsieur C. TARQUINIO	Professeur	Juge

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Catherine MOUSEL

le 20 janvier 2009

LE MEDECIN GENERALISTE EN 2007

**Évolution 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.**

Examineurs de la thèse :

Monsieur F. GUILLEMIN	Professeur	Président
Monsieur O. ZIEGLER	Professeur	Juge
Monsieur B. GUERCI	Professeur	Juge
Monsieur A. AUBREGE	Professeur associé	Juge
Monsieur C. TARQUINIO	Professeur	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET – Guy RAUBER – Paul SADOUL

Raoul SENAULT – Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN

Emile de LAVERGNE – Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ – Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH –
Michel PIERSON

Jacques ROBERT – Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET – Alain GAUCHER – Michel
LAXENAIRE

Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES – Alain LARCAN – Gérard
VAILLANT

Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER – Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE –

Jacques BORRELLY Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire
LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU –
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD – Jean-
Pierre NICOLAS

Francis PENIN – Michel STRICKER Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre
DELAGOUTTE

Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD – Professeur Guy PETIET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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 médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

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 Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI

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 Guy PETIET – 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 – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle 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-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

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

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

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

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

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

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – 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 Pierre MONIN

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

Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

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 Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

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

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

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

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

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

Docteur Anne-Christine RAT

**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*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie

GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle

SOMMELET Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean

FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous avons apprécié votre compétence et vos conseils.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre juge,

**Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER
Professeur de nutrition**

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons pu apprécier la qualité de vos enseignements lors des mois passés dans votre service. Nos acquisitions ont été précieuses et nous vous en sommes reconnaissants.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre plus profond respect.

A notre juge,

Monsieur le Professeur Bruno GUERCI
Professeur d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail et nous vous en remercions.

Vous nous avez fait partager avec enthousiasme vos connaissances dans le domaine de la diabétologie. Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Nous vous exprimons notre reconnaissance et notre grand respect.

A notre directeur de thèse,

**Monsieur le Professeur Alain AUBREGE
Professeur associé de Médecine Générale**

Nous avons été honoré que vous acceptiez de superviser notre travail.

Nous vous remercions vivement pour votre gentillesse, votre disponibilité et vos précieux et nombreux conseils. Vous avez été présent à nos cotés tout au long de cette aventure.

Nous avons apprécié, au cours de notre formation, la qualité de vos enseignements.

Vous avez su nous transmettre votre fierté et votre amour pour la profession.

Que cette thèse soit le témoignage de notre gratitude et notre grande admiration.

A notre juge et ami,

**Monsieur le Professeur Cyril TARQUINIO
Professeur de psychologie de la santé**

Sans toi je n'aurais jamais eu le courage de me lancer dans une telle aventure.
Merci pour ton soutien tant psychologique que matériel.
Merci pour ton enthousiasme.
J'espère que mon travail répondra à tes attentes.

A David, mon conjoint.

Pour ton amour et ton soutien.
Pour ta présence à mes cotés, chaque jour.
Pour ta patience toutes ces années.
Pour toute l'aide que tu m'as apportée.
Pour ta faculté à me faire relativiser et garder à l'esprit les réelles priorités.
Tu as largement contribué à ce travail.
Merci.
Je t'aime.

A mes enfants, Maxime et Salomé.

A toi *mon petit chat* qui remplit depuis deux ans ma vie d'amour et de bonheur.
Je suis chaque jour en admiration devant toi. Tu ne cesses de m'étonner.

A toi *ma pucinet*, mon rayon de soleil. Tes sourires me comblent de bonheur,
tes yeux qui pétillent illuminent mes jours (et mes nuits !).

Je mesure chaque jour la chance que j'ai de vous voir grandir.
Mes bébés, vous êtes mes plus belles réussites.
Je vous aime.

A mes parents.

Vous avez toujours été à mes cotés, surtout dans les moments de doute.
Vous savez trouver les mots qui réconfortent et qui rassurent quand je suis perdue.
Sans vous, rien n'aurait été possible.
Vous êtes pour moi des modèles de parents et de grands-parents, j'espère ne jamais vous décevoir.
Les mots ne sont pas assez forts pour vous témoigner tout mon amour.

A mon frère, David.

Je suis si fière de ce que tu es.

A toute ma famille, ma belle famille, mes neveux et nièces.

Pour leur soutien, leur gentillesse et leur présence.

A mon grand-père.

Tu es toujours près de moi malgré ton absence.

A mes amis d'enfance, à mes amis de promo.

Et à tous ceux que j'oublie...

Serment

« Au 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 seront 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 pas 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 sont 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

1^{ère} partie : INTRODUCTION

1) LA NAISSANCE DU PROJET	22
2) L'EVOLUTION DE L'IMAGE DU MEDECIN AU FIL DES SIECLES	23
3) ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE	27
A) Les trois grands systèmes de santé existants.....	27
B) L'évolution du système de santé français de 1980 à 2007.....	29
C) La situation de la médecine générale en 2007	30
a) Le rôle singulier du médecin traitant	30
b) Une pénurie de médecins annoncée	32
c) Le point de vue des médecins sur leur profession	32
4) LA RELATION MEDECIN-PATIENT	34
A) Le rôle de la relation médecin-patient.....	34
B) Les différents modèles de la relation médecin-malade	35
a) Le modèle de Parsons	35
b) Le modèle de Szaz et Hollander	35
C) L'évolution de la relation médecin-patient	36
5) LES MEDECINES ALTERNATIVES	38
6) LA MEDIATISATION DE LA SANTE	41
A) La place des différents médias	41
B) Les effets pervers des médias.....	42
C) Une vraie utilité.....	42
7) LA JUDICIARISATION DE LA SANTE	44
8) L'IMAGE DU MEDECIN EN LORRAINE AU DEBUT DES ANNEES 80.....	47

2^{ème} partie : METHODOLOGIE

1) LA POPULATION	51
A) La situation géographique	51
B) Un bref rappel historique	51
C) La situation démographique de la région étudiée	52
2) L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	53
A) Le questionnaire initial.....	53
B) Le questionnaire actualisé.....	53
3) L'ENQUETE PILOTE.....	57
A) Les objectifs de l'enquête pilote	57
B) Les caractéristiques de l'échantillon test	57
C) Les résultats de l'enquête pilote.....	58
4) L'ECHANTILLON.....	59
A) La base de sondage	59
B) Le nombre de sujets nécessaires à l'étude	59
C) Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	59
5) LE RECUEIL DES INFORMATIONS	60
A) Le choix d'un sondage téléphonique	60
B) Les modalités d'administration du questionnaire	60
a) La présentation de notre travail.....	60
b) Les horaires d'appels	61
c) Le tirage au sort de l'individu à interroger	61
d) L'argumentaire utilisé pour limiter les refus.....	61
6) LE TRAITEMENT DES DONNEES.....	62
A) La saisie des données	62
B) Les tests statistiques	62

3^{ème} partie : RESULTATS

1) L'ECHANTILLON.....	64
A) La participation des sujets, les refus et les abandons	64
a) La participation	64
b) Les refus	66
c) Les abandons	67
B) Les caractéristiques sociologiques de l'échantillon de la population étudiée.....	68
a) Le genre.....	68
b) L'âge	68
c) La situation familiale	68
d) Le niveau d'études et la situation professionnelle	69
e) La commune de résidence.....	70
C) Le recours au médecin généraliste	71
a) Pathologies chroniques	71
b) Fréquence de consultation.....	71
c) Fidélité	72
2) LE MEDECIN TRAITANT.....	73
A) Le choix du médecin traitant.....	73
a) Les critères de choix du médecin traitant (Q11).....	73
b) Le choix du médecin selon le genre (Q12).....	74
B) Les éléments auxquels les patients accordent de l'importance (Q16).....	75
C) L'image du médecin (Q14).....	76
D) Les qualités et les défauts du médecin traitant.....	80
a) Les avantages du médecin traitant (Q13)	80
b) Les critiques adressées au médecin traitant (Q15).....	83
c) Les améliorations souhaitées par la population (Q38).....	86
3) LES MEDECINS.....	88
A) Le premier recours en cas de problème de santé (Q19).....	88
B) Le comportement face à la prescription médicale	90
a) Le comportement du patient face à la prescription (Q20)	90
b) Le comportement du médecin face à la prescription (Q21).....	92
C) Exercer la profession de médecin	93
a) Les motivations des médecins dans leur choix d'orientation professionnelle (Q23).....	93
b) Les atouts nécessaires pour devenir médecin (Q24).....	94
D) Les reproches adressés aux médecins (Q22)	96
4) LES MEDECINES « ALTERNATIVES »	98
A) Le recours aux « autres médecines » (Q25).....	98
B) Les motifs de recours aux médecines « alternatives » (Q26)	100
C) L'efficacité présumée des médecines « alternatives » (Q27)	102
5) LA MEDIATISATION DE LA SANTE	103
A) L'accès aux informations médicales (Q28, 29, 30, 31)	103
B) L'utilité des médias en matière de santé (Q32)	106
6) L'ERREUR MEDICALE.....	108
A) L'évaluation des compétences des médecins.....	108
a) Les réussites des médecins (Q33).....	108
b) Les fautes des médecins (Q34)	109
B) Le droit à l'erreur (Q35, 36)	110
7) LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE	113
A) La confiance accordée au médecin traitant (Q17)	113
B) La qualité de la relation médecin-patient (Q37)	115
C) Les confidences du patient (Q18)	117
D) Le prestige du médecin (Q39)	118

4^{ème} partie : DISCUSSION

1) LA METHODOLOGIE DE NOS PREDECESSEURS.....	120
2) L'ECHANTILLON.....	121
A) Les caractéristiques sociologiques de l'échantillon de la population étudiée.....	121
a) Le genre et l'âge.....	121
b) La situation professionnelle et le niveau d'études	122
B) Le recours au médecin généraliste	123
a) Maladies chroniques	123
b) Fréquence de consultation.....	123
c) Fidélité	124
3) LE MEDECIN TRAITANT.....	125
A) Le choix du médecin traitant.....	125
a) Les critères de choix du médecin traitant (Q11).....	125
b) Le choix du médecin selon le genre (Q12).....	126
B) Les éléments auxquels les patients accordent de l'importance (Q16).....	128
C) L'image du médecin (Q14).....	130
a) L'image actuelle du médecin	130
b) Les choix des répondants en fonction de leurs caractéristiques socioculturelles	131
c) Les liens entre les qualités, les défauts, les motivations du médecin et son image ..	132
d) Les liens entre la confiance, la qualité de la relation médecin-patient et l'image	132
du médecin	
e) Les évolutions en 25 ans	133
D) Les qualités et les défauts du médecin traitant	135
a) Les avantages du médecin traitant (Q13).....	135
b) Les critiques adressées au médecin traitant (Q15)	137
c) Les améliorations souhaitées par la population (Q38)	139
4) LES MEDECINS.....	143
A) Le premier recours en cas de problème de santé (Q19).....	143
B) Le comportement face à la prescription médicale	144
a) Le comportement du patient face à la prescription (Q20)	144
b) Le comportement du médecin face à la prescription (Q21).....	146
C) Exercer la profession de médecin	147
a) Les motivations des médecins dans leur choix d'orientation professionnelle (Q23).....	147
b) Les atouts nécessaires pour devenir médecin (Q24).....	149
D) Les reproches adressés aux médecins (Q22)	151
5) LES MEDECINES « ALTERNATIVES »	153
A) Le recours aux « autres médecines » (Q25).....	153
B) Les motifs de recours aux médecines « alternatives » (Q26)	154
C) L'efficacité présumée des médecines « alternatives » (Q27)	155
6) LA MEDIATISATION DE LA SANTE	157
A) L'accès aux informations médicales (Q28 à 31)	157
B) L'utilité des médias dans le domaine de la santé (Q32)	158
7) L'ERREUR MEDICALE.....	160
A) L'évaluation des compétences des médecins (Q33, 34).....	160
B) Le droit à l'erreur (Q35, 36)	161
8) LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE	163
A) La confiance accordée au médecin traitant (Q17)	163
B) La satisfaction du patient et la qualité de la relation médecin-patient (Q37)	165
C) Les confidences du patient (Q18)	167
D) Le prestige du médecin (Q39)	169

9) LES APPORTS DE L'ETUDE	171
10) LES LIMITES DE L'ETUDE.....	172
A) Les limites liées au questionnaire	172
B) Les limites du sondage téléphonique	173
C) Les limites liées à notre échantillon.....	173
D) Les limites de notre travail.....	174

CONCLUSION	175
-------------------------	------------

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	184
---	------------

ANNEXES

Annexe 1 : Index des tableaux et des figures.....	191
Annexe 2 : Questionnaire téléphonique	192
Annexe 3 : Questionnaire initial	198
Annexe 4 : Tableaux comparatifs des résultats communs aux différents travaux	206

INTRODUCTION

1) LA NAISSANCE DU PROJET

Le projet d'étudier *l'image du médecin généraliste* aux yeux des patients a vu le jour alors que j'effectuais un stage « chez le praticien », au cours de l'hiver 2005-2006, pour mon troisième semestre d'internat de médecine générale. Ce stage a été pour moi extrêmement formateur, sur le plan scientifique certes, mais aussi sur le plan de la compréhension des relations humaines singulières qui unissent le médecin à *son* patient.

En tant qu'observateur de cette relation, je me suis retrouvée face à un double paradoxe. J'avais à mes côtés deux médecins généralistes, à la fois heureux et fiers d'exercer cette profession depuis plus de vingt ans mais qui se plaignaient d'une dégradation de leurs conditions de travail. Les patients seraient plus exigeants et bien moins reconnaissants et respectueux qu'à leurs débuts.

D'autre part, lorsque j'étais amenée à consulter seule au cabinet, je me trouvais face à des patients qui bien souvent me vantaient les mérites de « leur docteur » et quelquefois paraissaient méfiants à l'égard de « sa stagiaire ». Il me semblait ainsi qu'une solide relation de confiance, voire parfois une relation amicale, s'était construite au fil du temps entre ces deux protagonistes.

De ces observations contradictoires est né le désir d'évaluer de la manière la plus objective possible la qualité de la relation médecin-patient, de dresser un portrait du médecin traitant selon son patient, de préciser les comportements et les attentes de ce dernier envers le praticien et enfin, plus globalement, d'évaluer le degré de satisfaction du patient.

En faisant des recherches bibliographiques sur le sujet, j'ai découvert qu'une vaste enquête avait été menée au début des années 80 sous la direction d'Alphonse d'Houtaud, à l'époque Maître de recherche à l'INSERM et responsable de la cellule de Sociologie et d'Economie de la Santé à la Faculté de Médecine de Nancy. Ces travaux portant sur la population de la Vallée de la Fensch et du Pays-Haut lorrain ont conduit à la rédaction de 3 thèses de médecine générale (G Ciancaleoni (15), D Melmi (83) et C Collin (16)). De nombreux autres ouvrages traitant de ce sujet ont par ailleurs été publiés par A. d'Houtaud (25, 26, 27, 28, 29).

En utilisant le même matériel, j'avais ainsi l'opportunité de comparer l'image actuelle du médecin traitant à celle du médecin d'il y a 25 ans.

Mon travail aurait donc deux facettes. Je serais amenée à décrire d'une part l'opinion de la population « cible » au printemps 2007 et d'autre part son évolution ces 25 dernières années.

2) L' EVOLUTION DE L'IMAGE DU MEDECIN AU FIL DES SIECLES

D'Hippocrate, 4 siècles avant JC, à la médecine du XXIème siècle, la représentation populaire du médecin et de la médecine a oscillé entre dédain et admiration, mépris et crainte, et cela en parallèle avec les changements de la société et les progrès de la science. L'image du médecin a souvent souffert de critiques acerbes, en particulier de la part des intellectuels, quelle que soit l'époque.

Avant d'exposer l'évolution de l'image du médecin sur les trente dernières années, il est intéressant de voir comment le médecin était considéré au cours des différentes périodes historiques (20, 24, 26, 29, 70, 75, 102).

Epoque préhistorique

Les témoignages sont évidemment peu nombreux. Les premiers médecins furent des sorciers ou des prêtres. La connaissance du corps humain se limitait au squelette avec le traitement des fractures. Des trépanations crâniennes, retrouvées dans plusieurs pays d'Europe, semblaient être réalisées dans le cadre d'un **rituel mystique** destiné à permettre au démon responsable des maux de s'échapper par l'orifice de trépanation.

Antiquité

Dans l'antiquité, médecine et religion seront bien longtemps indissociables.

- En Assyro-Babylonie, la maladie était la conséquence d'une faute morale ou religieuse. Il existe alors deux types de médecine, l'une pratiquée par le « **magicien** » muni de ses amulettes, potions et incantations, l'autre faite de l'utilisation de « médicaments » d'origine végétale, minérale ou animale et de la pratique d'interventions chirurgicales comme le suggèrent les scalpels et autres instruments chirurgicaux retrouvés. La **première législation réglementant la profession médicale** est instaurée comme en témoigne le Code d'Hammourabi (1900 av JC) dans lequel sont énoncées les **sanctions** infligées aux chirurgiens maladroits mais aussi les honoraires des médecins.

- En Egypte, le plus vieux « traité » de médecine connu, datant de 1500 ans avant JC (papyrus d'Eberth), contient des centaines d'ordonnances, de prescriptions, de drogues, témoignant de l'importance croissante des connaissances thérapeutiques, bien que **médecine et magie restent intriquées**.

Au cours des 3000 ans que dura la civilisation égyptienne, l'exercice médical devint très structuré avec la naissance de nombreuses spécialités comme la chirurgie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'urologie... Il existe aussi des médecins affectés à un groupe d'individus : les médecins des cultivateurs attachés à un domaine, les médecins du palais, les médecins militaires... Ils jouissent d'une **bonne réputation** mais ont **peu de reconnaissance financière** par rapport aux autres professions telles que les scribes ou les potiers.

- Dans la Grèce antique, de **nombreux dieux et demi-dieux** jouent un rôle dans la survenue des maladies et leur guérison. Apollon, fils de Zeus, est le dieu de la médecine, des arts et de la poésie. Asclépios, représenté avec son bâton de pèlerin et le serpent s'y enroulant, restera le symbole de la médecine. Deux de ses filles occupent une position importante, la déesse Hygie représentant la médecine préventive et la déesse Panacée, la médecine curative. La pratique de la médecine à cette époque est basée sur la **consultation des oracles**.

A partir du VI^{ème} siècle avant JC, l'esprit rationnel voit le jour. Pour la première fois, on se préoccupe du « comment » plus que du « pourquoi ». Ce sont les débuts de la médecine d'observation et c'est aussi l'époque des grands penseurs : Thalès, Pythagore, Héraclite, Socrate, Platon, Aristote... **Les critiques envers les médecins fusent**. Héraclite : « *si l'on excepte les médecins, il n'y a rien de plus sot que les grammairiens* » ; Socrate : « *le médecin a-t-il pour objet de gagner de l'argent ou de soigner les malades ?* ».

Puis vient l'époque d'Hippocrate (460-377 avant JC), le « père de la médecine ». Il marque un tournant majeur dans l'histoire de la médecine : la maladie est un phénomène naturel et non divin, elle a une cause, une pathogénie, une évolution et un traitement.

Le **médecin est un laïc** qui appartient à la classe des artisans, il exerce dans un cabinet ou il est itinérant et se déplace de marché en marché.

La pensée logique et rationnelle se développe. Hippocrate dispose d'une pharmacopée végétale et minérale plus variée mais les succès médicaux restent minces.

On trouve encore de nombreux charlatans, **tout le monde pouvant prétendre au titre de médecin** jusqu'en 300 avant JC.

On doit également à Hippocrate les grands préceptes intemporels de la déontologie inscrits dans le célèbre serment qui porte son nom ainsi que le développement d'écoles médicales au premier rang desquelles se trouve **l'Ecole de Cos**.

- Les Romains furent de remarquables hygiénistes (évacuations des eaux usées, construction d'aqueducs et de bains publics) mais d'assez piètres médecins. Au début de l'Empire, ils considéraient la médecine comme **un art mineur réservé aux esclaves grecs** et ils étaient très méfiants vis-à-vis de cette discipline.

Pline traitait les médecins grecs de malhonnêtes, de cupides, d'incompétents et regrettait dans l'Histoire Naturelle « *qu'il n'y ait pas de loi pour punir les médecins ignorants et que la peine capitale ne leur soit pas appliquée ; pourtant ils apprennent par nos souffrances et expérimentent en nous faisant mourir.* ».

Le statut médiocre dont jouissent les médecins va peu à peu s'améliorer.

Galien (129-201 après JC), grec de naissance puis installé à Rome, fut un médecin célèbre à l'autorité indiscutée malgré ses erreurs qui pesèrent pendant des siècles sur l'évolution de la médecine (il est à l'origine de la théorie de la génération spontanée qui prévalut jusqu'à Pasteur).

Le Moyen Age

Au Moyen Age, avec la montée du christianisme, la médecine connaît une période de stagnation et même de régression puisque religion et médecine sont à nouveau intimement liées. La maladie est un châtiment de Dieu, **le médecin est un usurpateur qui va à l'encontre de la volonté divine**. L'Eglise interdit de faire appel à un médecin ou de prendre des médicaments. La loi interdit la dissection de cadavres qui est considérée comme une profanation, la chirurgie devient l'affaire des barbiers.

La Renaissance

La Renaissance est marquée, en 1434, par une découverte primordiale qui allait permettre la diffusion du savoir médical : l'imprimerie. Les dissections sont de nouveau autorisées permettant les progrès de l'anatomie. C'est l'époque de Léonard De Vinci, de Vésale, de Paracelse et du renommé Ambroise Paré, le chirurgien des rois. La pharmacopée s'enrichit de plantes rapportées du Nouveau Monde.

La profession médicale est désormais réservée aux laïcs titulaires d'un doctorat.

Le statut des médecins est codifié, **ils appartiennent à la bourgeoisie et gagnent correctement leur vie.** Ils sont rémunérés par leurs riches patients et délivrent des soins gratuits aux plus pauvres. Les rebouteux et autres charlatans n'ont pourtant pas disparu.

La médecine connaît comme à chaque époque son lot de critiques. Pour Erasme, par exemple, la médecine n'est que « *l'art de jeter de la poudre aux yeux* ».

Le XVIIème siècle

Le XVIIème siècle est celui où le médecin devient un acteur de la vie quotidienne, du moins pour la population citadine la plus aisée.

La médecine reste globalement inefficace sur le plan thérapeutique et l'objet de **nombreuses moqueries par les « intellectuels » de l'époque.**

Molière (1622-1676) accabla à maintes reprises les médecins de son temps. Il écrivit par exemple dans Don Juan « *la croyance en la médecine est une des grandes erreurs des hommes...les médecins ne font que recevoir la gloire des heureux succès en attribuant à leurs remèdes tout ce qui peut retenir les faveurs du hasard et des forces de la nature* » puis dans le Malade Imaginaire « *presque tous les hommes meurent de leurs remèdes et non de leur maladie* » ou « *dans les discours et dans les choses, ce sont deux sortes de personnes que vos grands médecins. Entendez-les parler: les plus habiles gens du monde; voyez-les faire: les plus ignorants des hommes.* » ou encore dans l'Amour Médecin: « *Que voulez-vous donc faire, Monsieur, de quatre médecins? N'est-ce pas assez d'un pour tuer un homme?* ».

Nicolas Boileau (1636-1711) écrivit quant à lui : « *Paul, ce grand médecin, l'effroi de son quartier, qui causa plus de maux que la peste et la guerre, est curé maintenant, et met les gens en terre ; il n'a pas changé de métier.* ».

Le XVIIIème siècle

Le Siècle des Lumières est marqué par le développement des connaissances en anatomie, physiologie et anatomopathologie grâce à la découverte du microscope. La clinique reste par contre archaïque.

Le tarif de la consultation est le reflet de la notoriété du médecin et les consultations par correspondance sont fréquentes.

Le médecin est un notable bourgeois mais il n'occupe jamais le haut de la hiérarchie sociale ou politique.

Voltaire (1694-1776) a écrit « *l'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit* » ou dans le Dictionnaire Philosophique « *très longtemps sur 100 médecins, il y eu 98 charlatans* ».

Le XIXème siècle

On assiste à trois transformations concernant l'organisation de la médecine : le titre de médecin est maintenant reconnu sur le plan national, le médecin parle désormais la langue du malade puisque le latin est abandonné et on assiste à une laïcisation des hôpitaux et du personnel soignant.

Le XIXème siècle est aussi le siècle des grandes avancées médicales : l'essor de la clinique avec Bichat et Laennec et de la médecine expérimentale avec Claude Bernard et Pasteur qui met en évidence le rôle des agents pathogènes et l'importance de l'hygiène. La médecine est une science reconnue dans laquelle tous les espoirs sont permis mais malgré ses énormes progrès, elle reste peu efficace.

Le médecin, quant à lui, devient un **notable craint et respecté**. Il occupe une place de plus en plus visible dans la société. Le malade se plie à ses ordres.

C'est l'âge d'or du paternalisme, les critiques se font plus rares.

Le XXème siècle

- Au début du XXème siècle, le médecin a toujours un rôle limité : il est capable d'établir un diagnostic, éventuellement de prédire une évolution mais rarement de l'influencer. Une part de plus en plus importante de la population peut accéder aux soins médicaux grâce à la création de l'Assistance Médicale Gratuite pour les plus démunis.

Le médecin gagne bien sa vie, il commence à s'impliquer en politique. Il est autoritaire, rassurant, compatissant et jouit globalement d'une **bonne image dans la population**, ce qui n'est pas toujours le cas dans la littérature, comme en témoigne la pièce de théâtre de Jules Romain, « *Knock* », qui peint le médecin sous les traits d'un charlatan cupide.

- Les « Trente Glorieuses » sont marquées par la naissance de la Sécurité Sociale. La recherche médicale avance à grands pas : les découvertes thérapeutiques majeures se multiplient. Les techniques d'imagerie progressent.

A cette époque, le généraliste est souvent l'unique lien avec le monde médical, pour une grande partie de la population. Il suit les patients toute une vie et **son image est globalement très positive**.

- A partir des années 70, le progrès se démocratise.

On guérit plus, on diagnostique mieux et plus vite ; on explore le corps humain sans l'ouvrir, parfois à distance. La médecine biomédicale devient souveraine, puissante, mais surtout démocratique.

La construction de grands CHU permet, grâce à un maillage de l'ensemble du territoire, l'accès pour tous aux soins spécialisés les plus pointus.

Les exploits véhiculés par les canaux médiatiques se banalisent. Le malade-consommateur devient plus exigeant : il veut non seulement un accès immédiat aux soins mais aussi une guérison rapide et sans effet secondaire.

La médecine n'a jamais été aussi performante et efficace que ces dernières décennies et l'on accorde à la recherche médicale un pouvoir quasi mystique.

Alternativement méprisé, respecté, ou craint, le médecin ne laissera jamais ses contemporains indifférents.

Connaître le chemin parcouru permet de mieux comprendre la médecine actuelle, son avenir et de relativiser les reproches que l'on peut entendre aujourd'hui.

3) ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE

La majorité des publications relatives à l'image du médecin et plus largement à la relation médecin-patient sont d'origine étrangère avec une nette prédominance de la littérature anglo-saxonne.

Afin de mieux interpréter ces travaux et de les extrapoler à notre pays, nous allons dans un premier temps présenter un bref rappel de l'organisation des principaux systèmes de santé.

Dans un second temps, nous retracerons les évolutions marquantes du système de soin français, entre le début des années 80, époque où nos prédécesseurs ont entrepris leur travail, et l'année 2007. Ces précisions seront utiles pour comprendre les variations des réponses dans le temps.

Et finalement, nous évoquerons la situation actuelle de la Médecine Générale en France. Nous présenterons la mission singulière du médecin traitant, la situation démographique actuelle puis le point de vue des médecins en activité sur leur profession.

A) LES 3 GRANDS SYSTEMES DE SANTE EXISTANTS (22, 36, 73, 91)

Il existe schématiquement trois types de systèmes de santé : les systèmes nationaux de santé, les systèmes d'assurance maladie et le système libéral, avec pour chacun des avantages et des inconvénients.

Dans **les systèmes nationaux de santé** (Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Espagne, Pays Scandinaves...) l'offre de soins est organisée par l'Etat et financée par les impôts. Les soins sont accessibles à tous les résidents légaux mais les patients n'ont pas une totale liberté quant au choix du médecin.

En Grande-Bretagne par exemple, les patients doivent être enregistrés auprès d'un généraliste de leur circonscription et l'accès aux spécialistes (qui exercent pour l'immense majorité à l'hôpital dans la plupart des systèmes nationaux de santé) est restreint par l'inscription sur liste d'attente. Le médecin généraliste joue donc un rôle de barrière à l'entrée du système de santé britannique, on parle de « Gate Keeper ». Il est payé à la capitation, c'est-à-dire que son salaire dépend du nombre de patients dont il a la charge ainsi que de leurs caractéristiques (âge, pathologie...).

En Suède, l'organisation est similaire, les patients devant obligatoirement consulter un médecin généraliste dans un centre de santé avant d'avoir accès à une consultation spécialisée.

Ces systèmes garantissent une grande égalité d'accès aux soins et des dépenses de santé relativement basses mais la qualité des soins est parfois discutable (absence de concurrence entre les différents professionnels de santé) et les files d'attentes sont longues.

Dans **les systèmes d'assurance maladie** (France, Allemagne, Belgique, Luxembourg, Autriche), l'offre de soins est à la fois privée (soins ambulatoires, cliniques) et publique (hôpitaux). Les frais de santé sont pris en charge par les caisses d'assurance maladie et financés par les cotisations sociales payées par les salariés et les employeurs et, en France, également par un impôt (la Contribution Sociale Généralisée) prélevé cette fois sur tous les revenus. La rémunération à l'acte prédomine chez les médecins de ville.

L'accès aux soins, initialement réservé aux salariés et leurs ayants droits, s'est progressivement étendu à l'ensemble de la population (il s'agit en France de la Couverture Médicale Universelle).

Ces systèmes offrent aux patients une grande liberté concernant le choix du médecin (généraliste ou spécialiste) et une prise en charge de bonne qualité, au prix de dépenses de santé importantes et parfois d'une inégalité d'accès aux soins.

Ces dernières années, on envisage dans la plupart de ces pays de limiter la libre circulation des patients au sein du système de santé afin d'améliorer la coordination des soins mais aussi de réduire les dépenses de santé (en France, il s'agit de la mise en place du médecin traitant en 2005).

Dans **les systèmes libéraux de santé** (principalement aux Etats-Unis), la grande majorité de la population doit recourir à des assurances privées, financées par les employeurs ou les individus eux-mêmes. Le montant des primes tient compte du profil de risque des assurés.

Seules certaines personnes peuvent bénéficier d'un soutien public. Il s'agit des programmes *Medicaid* et *State Children Insurance Program*, pour les classes sociales les plus pauvres, ou de *Medicare*, pour les personnes âgées et les invalides.

Les assureurs privés sont donc les acteurs centraux du système ; ils négocient les tarifs avec les réseaux de soins chargés de contrôler l'activité des médecins.

Les réseaux les plus développés sont les HMO (*Health Maintenance Organisation*). Pour les patients membres d'un HMO, le choix du médecin est limité aux praticiens du réseau qui jouent le rôle de « Gate keeper » et dont la liberté de prescription est restreinte puisqu'ils doivent respecter les normes et protocoles définis par des groupes de travail.

L'organisation des HMO est en fait, par certains aspects, semblable à l'organisation des systèmes nationaux de santé.

Ce système permet aux plus riches de bénéficier de soins d'excellente qualité avec des technologies de pointe mais il se démarque également par une grande inégalité d'accès aux soins. Les primes d'assurance ont fortement augmenté ces dernières années (plus de 10% par an) (36) laissant 45 millions d'Américains sans couverture maladie et avec comme seul recours d'attendre que leur état de santé devienne critique et qu'ils puissent alors bénéficier d'une prise en charge par un service d'urgences (qui a l'obligation de stabiliser l'état du patient qu'il soit assuré ou non).

Il est très difficile d'établir un palmarès des systèmes de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 2000 un rapport dans lequel la France occupait la première position (89). Ce rapport a été vivement critiqué, on lui reprochait en effet de ne pas assez prendre en compte le rapport coût/efficacité et de donner une importance trop importante aux files d'attente.

Pour résumer la situation, on peut dire que les systèmes nationaux de santé semblent être beaucoup moins coûteux que les systèmes d'assurance maladie mais la contrepartie est probablement un manque d'efficacité avec de longues listes d'attente et un manque d'incitation à être réactif à la demande du patient.

B) L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS DE 1980 A 2007

Entre le moment où ont eu lieu les premières enquêtes de C Collin (16), D Melmi (83) et G Ciancaleoni (15) et l'élaboration de notre propre travail, se sont écoulés plus de 25 ans. Pour comprendre l'évolution des mentalités, il faut tout d'abord s'intéresser à l'évolution de la société et en particulier celle de notre système de santé.

Depuis le milieu des années 1970, la situation économique de la France a changé avec un net ralentissement de la croissance et une montée quasi continue du chômage.

Les dépenses de santé, elles, ne cessent de croître, passant de 7,1 % du Produit Intérieur Brut en 1980 à 11,1% en 2005 (37), grâce notamment aux progrès médicaux mais aussi à l'amélioration de l'accès aux soins.

Le 1^{er} janvier 2000 a été mise en place la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** qui garantit à tous l'affiliation au régime de base de la sécurité sociale et permet aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un plafond, de bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite. En décembre 2007, 1,1 million de personnes bénéficiaient de la couverture de base et 4,4 millions de la couverture complémentaire *.

Pour tenter d'équilibrer le système, l'état va décider d'agir sur la demande de soins par une baisse des remboursements et en augmentant les prélèvements obligatoires (impôts et cotisations sociales).

Les plans de sauvetage de la sécurité sociale vont se succéder au rythme des changements de gouvernement. Ceux qui ont marqué les esprits sont le plan Juppé en 1995, la réforme Douste-Blazy en 2004 puis les dernières réformes sous la présidence de Nicolas Sarkozy.

En effet, ces 30 dernières années, les politiques ont décidé de limiter la prise en charge collective des soins en laissant assumer aux individus une part croissante des dépenses concernant leur santé au risque d'accroître les inégalités d'accès aux soins :

- en augmentant les tickets modérateurs,
- en majorant les cotisations sociales,
- en créant la Contribution Sociale Généralisée (CSG) sous le gouvernement Juppé,
- en déremboursant depuis 2006 de nombreux médicaments d'utilisation courante dont le Service Médical Rendu est jugé insuffisant,
- en créant un « forfait hospitalier »
- ou par la mise en place, le 1^{er} janvier 2008, de franchises médicales sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes.

Ces dernières mesures annoncent une **rupture profonde avec la philosophie du système de santé français** qui était jusqu'alors financé par la solidarité populaire (les personnes actives en bonne santé soutenant les personnes malades) et qui maintenant impose aux malades de financer (en partie) leurs propres dépenses de santé.

Un autre élément majeur a vu le jour en 2005, il s'agit de « l'obligation » pour chaque citoyen de plus de 16 ans de choisir un **médecin traitant** et de respecter le parcours de soins coordonné pour ne pas être pénalisé financièrement.

Cette mesure devrait permettre d'améliorer le suivi médical du patient, une meilleure coordination des soins, d'éviter les examens redondants, les interactions médicamenteuses mais également d'éviter les dépenses inutiles induites par le problème du nomadisme médical et le recours injustifié aux spécialistes.

Le médecin traitant français joue ainsi le rôle du « **Gate keeper** » des systèmes nationaux de santé ou du système américain.

* Les chiffres de la Couverture Maladie Universelle www.ameli.fr rubrique statistiques site consulté le 10/05/08

C) LA SITUATION DE LA MEDECINE GENERALE EN 2007

a) Le rôle singulier du médecin traitant

Le personnage central de notre enquête est le médecin traitant ; précisons brièvement sa fonction dans la société.

A en croire Lucien Israël (69), le médecin n'est pas un homme comme les autres : « *il se distingue ou plus exactement on le distingue dès qu'on s'adresse à lui. On ne lui dit pas Monsieur ou Madame, on lui dit Docteur.* » .

Les politiques insistent également sur le rôle primordial du médecin traitant qui est présenté comme le maillon essentiel du système de santé. C'est d'ailleurs pour cela que depuis 2005 chaque citoyen est incité à choisir et déclarer le médecin généraliste qu'il consultera en premier recours.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans sa lettre aux assurés d'avril 2007, affirme que « *consulter en priorité son médecin traitant permet d'être mieux soigné, mieux suivi et mieux remboursé* ».

Les médias relayent également cette idée. En effet, il n'y a pas un jour où nous ne lisions ou n'entendions : « *c'est le médecin généraliste qui est le mieux placé pour..., il a un rôle irremplaçable dans la prise en charge de..., pour plus d'informations sur tel sujet, parlez en à votre médecin traitant.* ».

1) Les missions du médecin généraliste

Le rôle du médecin généraliste est vaste et diversifié, c'est d'ailleurs ce qui en fait son intérêt et sa singularité. Il prend en charge l'individu dans sa globalité, dans son environnement familial, socioprofessionnel et socio-économique.

Ses missions sont donc nombreuses (14):

- **Il assure les soins de premiers recours** : prend en charge toutes les plaintes (ou demandes) des patients et organise un transfert, en cas de nécessité, vers la médecine de 2^{ème} ligne (spécialistes) ou 3^{ème} ligne (secteur hospitalier).

- **Il coordonne** les interventions médicales et médico-sociales.

- **Il assure la continuité des soins.**

- Il garantit un suivi **personnalisé du patient dans la durée**, aux différentes étapes de la vie ; il est en charge de la surveillance clinique, biologique, iconographique.

- Il est chargé de tenir à jour le **dossier médical** du patient, de transmettre les informations médicales utiles aux différents spécialistes sollicités.

- Il **s'assure de l'adhésion du patient à la démarche de soins** et il le soutient.

- Le médecin traitant a aussi un rôle de **prévention** et de **santé publique**.

Il réalise des actions d'éducation, d'information. Il participe à la promotion des campagnes de dépistages organisés. Il signale les maladies à déclaration obligatoire, il concourt aux actions de recueil épidémiologique.

- Il participe à la **permanence des soins**.

Le médecin traitant est celui que l'on consulte en cas de détresse physique mais aussi psychologique.

C'est celui qui envoie à l'hôpital, qui adapte, surveille et explique le traitement lorsque le patient en sort.

C'est aussi lui qui assure le suivi au long cours.

C'est lui qui vient voir le malade à son domicile lorsque ses forces ne lui permettent pas de sortir.

C'est lui encore qui rassure en mettant des mots sur des symptômes, qui accompagne.

Au cœur de la cité, il fait le lien entre le monde profane et le monde de la technique médicale.

Il gère l'urgent, l'aigu, le chronique.

Il soigne le nourrisson, l'enfant, l'adolescent, la femme enceinte, la personne âgée.

Il s'occupe du malade au cabinet, à son domicile, en institution.

Il est le premier consulté au stade de début des troubles alors que ceux-ci ne sont pas encore bien organisés et structurés.

Si on ne lui demande pas de prouesses techniques, on lui demande parfois beaucoup plus. Devant l'apparition de tel ou tel symptôme, il va devoir déterminer s'il s'agit d'un trouble bénin et passager ou bien un processus grave qui est en train de s'amorcer. Il s'agit là d'une grande responsabilité.

2) L'évolution du rôle du médecin traitant : la fonction sociale du médecin généraliste

Comme le dit le célèbre adage prononcé par Ambroise Paré : « *Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* », la médecine était, il y a un demi siècle encore, bien limitée en terme d'efficacité thérapeutique.

Ce que l'on guérissait parfois, c'était certaines maladies aiguës. Ce que l'on soulageait souvent, c'était certaines maladies chroniques. Mais dans la plupart des cas, le médecin ne pouvait pas grand chose pour son malade en dehors de le consoler et d'espérer que le temps se révélerait un bon médecin.

Grâce aux grandes avancées des connaissances scientifiques, le médecin permet de plus en plus souvent au patient de s'opposer à ce qui était avant, une fatalité.

De la simple « absence de maladie ou d'infirmité », la santé est devenue « un état de complet bien-être physique, mental et social » (définition de l'OMS).

Un véritable culte du corps a vu le jour, on pense qu'il est maîtrisable et que toutes ses imperfections peuvent être réparées. La vieillesse devient une pathologie en tant que telle. Les limites physiologiques sont parfois repoussées sous la pression des patients et de médecins avides d'exploits.

La demande du patient évolue, certaines plaintes « mineures » sont aujourd'hui de réels motifs de consultation. Ce qui hier encore était inenvisageable.

Il y a 50 ans, il fallait être au plus mal pour consulter un médecin. Maintenant **tout mal-être appelle une réponse médicale** et la personne vers qui l'on se tourne en premier est bien le médecin traitant.

Comme le souligne E Galam (46) « *Il (le médecin généraliste) est aussi le spécialiste de toutes les maladies de la vie, toutes celles qui ne sont pas vraiment reconnues comme telles, celles qui viennent des difficultés sociales, familiales ou affective.* ».

De plus en plus de consultations relèvent du social, du psychologique, en tout cas du non médical au sens « scientifique » du terme.

Les médecins assistent et participent activement à une médicalisation croissante des événements de la vie. Les exemples sont multiples. On médicalise aujourd'hui des conduites qui étaient auparavant assimilées à de la délinquance, la justice faisant de plus en plus appel aux experts psychiatres. Les enfants turbulents sont maintenant étiquetés « hyperactifs ». Les personnes endeuillées, venant de perdre leur emploi, en difficulté financière ou sentimentale, auparavant soutenues par leur famille, le sont maintenant pharmacologiquement. Faut-il le rappeler, la France est le premier pays européen consommateur de psychotropes.

On attend une réponse médicale à tous les problèmes de la société et le médecin est ainsi de plus en plus souvent sollicité par les politiques pour donner un alibi scientifique aux divers troubles de l'ordre social.

En l'absence de solutions évidentes, on consulte le médecin pour exprimer à sa manière une souffrance et dans l'espoir de trouver un soutien dans le regard attentif de l'autre.

« Quand on se sent exclu ou en passe de l'être, le médecin reste celui qui vous prête attention, se penche sur vos douleurs, reflète vos angoisses et difficultés matérielles. »(82).

b) Une pénurie de médecins annoncée

Quel paradoxe, alors que la France n'a jamais compté autant de médecins, on parle d'une grave crise démographique pour les années à venir !

Beaucoup de départs en retraite attendus dans les prochaines années, trop peu de nouveaux diplômés depuis l'instauration d'un numerus clausus drastique, désintérêt des étudiants pour la médecine générale, féminisation de la profession, aspiration des nouvelles générations à un meilleur équilibre entre vie familiale et professionnelle... En 2025, nous devrions être en Lorraine 12% de médecins de moins qu'aujourd'hui (34).

Et dans le même temps, on prévoit avec certitude un vieillissement de la population qui fera accroître en parallèle la demande de soins.

Au 1^{er} janvier 2006, l'effectif total des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre est de 108 369 dont 93 817 en activité régulière (installés et en activité au moment du recensement). Les généralistes représentent 50,9% du total des médecins français.

La densité médicale est passée de 138 généralistes pour 100 000 habitants en 1985 (date des travaux de nos confrères) à 172 médecins pour 100 000 habitants en 2005, soit une **croissance de 25%** (18).

Ces chiffres peuvent paraître discordants avec le sentiment de pénurie actuel.

En effet, ces données doivent être interprétées avec précaution. Sur les 93 817 médecins généralistes en activité régulière, seuls un peu moins de 67 000 pratiquent réellement la médecine générale (les autres exercent la médecine du travail, la médecine du sport, l'angéiologie...) (18).

Au final, la **densité des médecins exerçant la médecine générale en activité régulière** n'est pas de 172 pour 100 000 habitants mais de **114 pour 100 000 habitants**.

La densité des médecins généralistes en Lorraine n'est que légèrement inférieure à la moyenne nationale. Par contre, on note d'importantes disparités infra-régionales, avec une forte densité dans les grandes villes, comme Nancy et Metz, et une plus **faible densité dans les cantons distants de ces grandes villes, comme ceux qui nous intéressent**.

c) Le point de vue des médecins sur leur profession

1) Les attentes des jeunes médecins

La médecine générale attire peu. Et cela malgré les efforts du gouvernement qui visent à revaloriser cette profession en plaçant le généraliste au cœur du système de santé et en donnant à la médecine générale un statut de spécialité à part entière.

En effet, depuis 2004, un Examen National Classant (ENC) est nécessaire pour l'entrée en 3^{ème} cycle de tous les étudiants en médecine et une filière universitaire de médecine générale a vu le jour.

Mais le constat est sans appel, en 2007 sur les 5366 postes d'internes ouverts, 461 n'ont pas été pourvus dont 452 pour la filière de médecine générale (38).

A la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins, BVA a réalisé une enquête en décembre 2006, auprès de 500 jeunes médecins et 3701 étudiants en médecine, concernant leurs attentes et les éléments qu'ils jugent importants dans leur choix d'installation (10).

Il en ressort que l'« **épanouissement personnel et familial** » est la principale priorité de ces jeunes. Il est cité par 81% d'entre-eux, suivi de la « compatibilité du lieu d'installation avec la profession du conjoint » (58%). Interviennent ensuite « la relation avec les patients » (43%), l'« environnement géographique » (41%), puis de manière très marginale « le revenu » (16%) et l'« utilité sociale » (14%).

Il apparaît clairement que par rapport à leurs aînés, **les jeunes médecins privilégient davantage leur qualité de vie et cherchent à préserver leur vie personnelle** et qu'un dévouement corps et âme à leur profession est de nos jours désuet.

2) Un sentiment de dégradation des conditions de travail

L'opinion des médecins généralistes concernant leur profession est paradoxale. D'une part, **ils sont pour la grande majorité d'entre-eux satisfaits de leur pratique quotidienne, mais d'autre part ils déplorent une dégradation de leurs conditions de travail.**

Une grande enquête nationale auprès de plus de 8000 médecins généralistes libéraux a été menée en 2004 (67) :

- ¾ des médecins qualifient leur métier de passionnant.
- 8 médecins sur 10 ressentent un sentiment d'utilité fort.
- la médecine générale est un métier qui donne satisfaction à 7 médecins sur 10 (voir 8 médecins sur 10 dans une autre enquête (11)).

Pourtant :

- 60% des praticiens estiment que l'exercice de leur métier s'est récemment détérioré, en particulier les professionnels exerçant en milieu urbain.
- seuls 40% des médecins sont satisfaits de leur image et de leur statut dans la société.
- et 1/3 seulement sont satisfaits de l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée.

Aussi, 4 médecins sur 10 considèrent que globalement leurs relations avec les patients se sont détériorées au cours des 5 dernières années. Si bien que seuls 53% des médecins généralistes conseilleraient à leurs enfants de suivre cette voie professionnelle (11).

Pour la plupart des médecins interrogés, la dégradation de leurs conditions d'exercice incombe aux patients qui seraient plus exigeants pour 94% des praticiens sondés et plus méfiants pour 83% d'entre-eux (66).

Certains auteurs parlent d'un véritable « blues du généraliste ».

Si tel est le cas, peut-on l'expliquer par le changement des mentalités de la population ?

Notre travail, en s'intéressant au patient, à ses comportements et ses revendications, devrait permettre d'affirmer ou au contraire d'infirmer le sentiment d'« hyperexigence » que semblent partager bon nombre de médecins.

4) LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Nous le verrons dans notre travail, la relation médecin-malade avant d'être une relation thérapeutique est une **relation humaine** au sens noble du terme.

C'est la rencontre entre un individu en demande, parfois souffrant et un professionnel devant lui porter secours.

C'est aussi une interaction entre deux personnes qui ont des émotions, des désirs, des subjectivités différentes.

Elle est le résultat d'une construction à laquelle chacun contribue avec ses caractéristiques propres et son histoire personnelle.

A) LE ROLE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Une relation médecin-patient de qualité est fondamentale pour une prise en charge efficace en terme de résultats thérapeutiques mais aussi en terme de satisfaction du patient.

Cette vérité qui était déjà une évidence à l'époque d'Hippocrate, a été étudiée plus tard par le psychanalyste Michaël Balint (1896-1970).

Ses travaux reposent sur l'observation de groupes (qui porteront par la suite son nom) composés d'une dizaine de médecins généralistes qu'il encadre lors de séances où chacun expose un cas qui lui a posé problème dans sa pratique quotidienne.

Ces observations l'ont amené au constat suivant : « *le médicament de beaucoup le plus utilisé en médecine générale était le médecin lui-même* » (5).

Le médecin, ou plus exactement la relation qui s'est établie entre celui-ci et son patient, aurait des effets thérapeutiques positifs ou négatifs comme tout médicament.

Le praticien intervient directement par sa personnalité, son comportement et son ouverture au malade dans le processus thérapeutique (5).

Une relation médecin-patient satisfaisante est par ailleurs un élément primordial déterminant la future observance du patient (33).

Divers travaux soulignent ainsi l'importance de l'attention que doit porter le médecin à la relation qu'il établit avec son patient et l'impact considérable que peut avoir son comportement et ses qualités de communication (verbale et non verbale) sur la qualité de la prise en charge du malade.

Le patient n'est pas le seul à tirer des bénéfices d'une relation de qualité. La satisfaction du malade et la satisfaction du médecin ont en effet une action réciproque l'une sur l'autre : le praticien ressentira un certain contentement lors de l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité et parallèlement la satisfaction du médecin se répercutera sur celle de son patient.

« *La qualité de la relation médecin-patient touche également à la satisfaction que le médecin tire de sa relation avec le patient, selon qu'il a le sentiment de lui apporter une réponse thérapeutique utile et efficace qui se manifeste par sa satisfaction, une amélioration de sa santé et de son bien être.* » (43).

B) LES DIFFERENTS MODELES DE RELATION MEDECIN-MALADE

L'étude de la relation médecin-patient a été véritablement théorisée au sortir de la deuxième guerre mondiale avec les travaux de Parsons, Szaz et Hollander.

a) Le modèle de Parsons (1951) (3)

Parsons part du constat selon lequel la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société : l'individu doit être en bonne santé pour assumer son « rôle de producteur ».

La société reconnaît ainsi au malade des droits et des devoirs :

- Il est exempté de ses responsabilités habituelles du fait de la maladie. Il est ainsi dégagé de ses obligations professionnelles (arrêt de travail) et familiales.
- Il a droit à l'assistance de la société (soins médicaux, aides des organismes sociaux).
- Il a l'obligation de souhaiter guérir et doit tout faire dans ce but, en particulier suivre les recommandations du médecin.

Le médecin quant à lui est tenu de fournir une compétence technique qui justifie à elle seule son pouvoir sur le malade. Il doit par ailleurs être désintéressé, c'est-à-dire vouloir le bien de son patient, indépendamment de son intérêt personnel.

Ce modèle de relation médecin-malade est asymétrique : le médecin a le savoir et le patient s'y soumet pour être réintégré dans la société des bien portants.

Donc, selon Parsons, il suffit que le médecin et le malade jouent chacun leur rôle respectif pour assurer le succès de leur consultation dont l'objectif unique est la guérison.

Parsons ne développe qu'un seul type de relation médecin-malade, basé sur le modèle des maladies aiguës, prédominantes à cette époque. Or, les maladies chroniques ont largement pris le pas sur les maladies aiguës, modifiant l'objectif de la relation médecin-malade qui n'est plus la guérison mais le contrôle de l'évolution.

Partant du principe que le malade ne peut plus espérer guérir définitivement, l'autorité du médecin s'en trouve amoindrie. Il perd son pouvoir premier, celui de guérir.

Ce modèle semble, de nos jours, désuet.

b) Le modèle de Szaz et Hollander (1956) (3)

Szaz et Hollander ont décrit 3 types de relation médecin-malade qui peuvent selon les circonstances se succéder pour un même patient.

• Le type 1 : médecin actif et malade passif

Le patient est dépendant du médecin qui décide de tout.

Il est entièrement passif, comme s'il était un objet ; le médecin agit seul.

C'est l'exemple des situations extrêmes comme les urgences vitales, les comas ou les dépressions sévères.

Il ne s'agit pas en fait d'une véritable relation puisque le patient ne participe en rien à l'action ; le médecin étant dans le contrôle absolu de la situation.

C'est le modèle de relation qui unit une mère et son bébé.

• Le type 2 : la coopération guidée

Le patient consulte car il présente des symptômes. **Il attend de son médecin des conseils et une marche à suivre** pour y remédier. Le médecin attend de lui qu'il coopère et suive ses recommandations.

L'accord du patient est nécessaire pour que le médecin puisse agir.

Il s'agit d'une relation de type parent-enfant.

- Le type 3 : la participation mutuelle

C'est le modèle des maladies chroniques comme le diabète. Le but recherché n'est plus la guérison mais l'équilibre de la maladie et le maintien du patient dans son milieu social.

L'expérience propre du patient devient un élément capital dans l'approche thérapeutique.

Le rôle du médecin est d'aider les patients à se prendre en charge, s'assumer, s'autonomiser.

Il s'agit d'une relation d'adulte à adulte.

Selon P Gaillard (3) : *« il est aussi dommageable de faire durer la relation de type 1 ou 2 en maintenant une dépendance, que de vouloir à tout prix autonomiser un patient qui n'en est pas capable et qui va cesser son traitement face à l'angoisse ou aux difficultés. L'incapacité de changer de niveau de relation peut provenir du patient « dépendant » ou du médecin « autoritaire ».*

C) L'EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Schématiquement, la relation qui unit le médecin et son patient peut être de 2 types : une relation paternaliste ou autonomiste.

Les médecins ont traditionnellement défendu ce premier modèle de relation.

Le paternalisme médical fut une doctrine de l'Ordre des Médecins dans les années 1950. Son président, Louis Porte, décrit à cette époque l'acte médical comme *« une confiance qui rejoint librement une conscience »* (57).

Cette relation de soins est fondamentalement asymétrique. **Le médecin détient le savoir** et se voit comme le « gardien de l'intérêt du patient ». **Il prend les décisions pour lui**, en respectant simplement un principe de bienfaisance et la règle hippocratique du « primum non nocere ».

Les termes utilisés pour décrire les différentes étapes de la consultation sont assez évocateurs du pouvoir attribué au médecin : « interrogatoire », « prescription », « ordonnance ».

A l'inverse du modèle paternaliste, **le modèle autonomiste** veut instaurer un dialogue entre le médecin et le patient. Le patient est informé avant même de consulter son médecin généraliste. Et une fois dans le cabinet, il demande encore de l'information.

Il détient une part du savoir, et avec lui une partie du pouvoir.

Comme le souligne B. Hoerni, la relation médecin-patient est profondément insérée dans le contexte social et culturel de l'époque (57). **Mettant en avant les droits de l'individu, notre société souhaite faire évoluer la relation médecin-patient d'un modèle « paternaliste » vers un modèle « d'autonomie ».** Cette évolution en cours se matérialise par la rédaction de nombreux codes et chartes médicaux sur les droits des malades.

Le législateur encourage et accompagne dans le temps, l'évolution de la relation médecin-patient.

Une des étapes majeures est le **droit** reconnu du patient **à l'information**.

Ce droit est inscrit dans de nombreux textes, tels que le Code de Déontologie Médicale, le Code de la Santé Publique ou les recommandations de l'ANAES.

Ainsi, l'article L1111-4 du Code de la Santé Publique précise que *« toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».*

La loi du 4 mars 2002 souligne que *« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ».*

L'article 35 du Code de Déontologie stipule que *« le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les investigations et les soins qu'il lui propose. ».*

Un événement fortement symbolique a entériné en 2002 cette notion de droit à l'information : il s'agit de **l'accès direct du patient à son dossier médical** (article L1111-7 du Code de la Santé Publique).

Le droit à l'information est désormais bien ancré dans les mentalités des patients, surtout des plus jeunes. Et nous sommes bien loin de l'époque où Hippocrate demandait aux médecins de « *cacher au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses, lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent... ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui le menace.* ».

L'information du malade, à la base du modèle autonomiste a certes un intérêt intellectuel pour le patient mais aussi et surtout un intérêt thérapeutique. Un patient qui comprend le but d'un traitement et l'accepte sera plus susceptible d'y adhérer et un choix fait librement aura plus de chance d'être tenu. Rost *et al.* montrent qu'il peut y avoir jusqu'à 50% de variation dans l'adhésion au traitement selon que le patient a pu ou non donner son avis (96).

Malgré la popularité actuelle du modèle autonomiste dans lequel le patient prendrait les commandes de sa propre prise en charge, **il est utopique de croire que la relation médecin-patient est strictement égalitaire.**

Cette relation met généralement en présence un sujet souffrant physiquement et/ou moralement, plus ou moins démuni face à ses problèmes de santé, et un professionnel généralement bien portant, doté d'un savoir et de compétences qui lui assurent un pouvoir sur le patient.

Le malade occupe le plus souvent une position de « demandeur » et pour lui, la consultation est un moment privilégié, exceptionnel, qui n'a lieu que quelques fois par an, alors que le médecin reproduit cet instant 20 à 30 fois dans sa journée.

Faire du patient un partenaire de soins à part entière, le responsabiliser, contractualiser les objectifs thérapeutiques, ne réduiront jamais totalement une telle inégalité de base.

Le modèle de la collaboration est populaire et souvent souhaitable. Mais il ne faut pas oublier que chaque patient a sa propre personnalité et son propre désir de participation. Certes toutes les études montrent que très majoritairement les patients veulent avoir connaissances des différentes options thérapeutiques et discuter avec leur médecin des risques et des bénéfices attendus. Cependant, des travaux récents révèlent que 50 à 70% des malades préfèrent tout de même laisser la décision finale à leur médecin (1, 77).

La quête d'informations par le patient répond plus à un désir de mieux comprendre ce qui lui arrive qu'à une réelle demande d'autonomie et de liberté.

En pratique, une relation médecin-patient valable ne peut se fonder ni sur un autoritarisme médical sans limite, ni sur une autonomie absolue du patient.

Toute la difficulté est de trouver un juste milieu entre ces deux pôles extrêmes :

- la relation paternaliste, trop inégalitaire, respectant insuffisamment l'individu
- la relation d'autonomie, qui déresponsabilise le médecin et renvoie le patient face à des décisions imprenables, le mettant ainsi dans une position psychologiquement ingérable.

Dans notre travail, nous chercherons à préciser auquel des 2 modèles de relation, autonomiste ou paternaliste, la majorité des patients aspire.

Nous essayerons également de dresser un portrait du médecin généraliste tel qu'il apparaît aux yeux du public.

Nous préciserons par ailleurs quelles sont les qualités, les reproches et les attentes que les patients formulent à l'égard du praticien.

Et enfin, nous tenterons de savoir s'ils sont globalement satisfaits de la relation qui les unit à leur médecin traitant et s'ils lui font confiance.

5) LES MEDECINES ALTERNATIVES

Le domaine des « médecines alternatives » est si vaste et à l'origine de tant de débats qu'il pourrait faire l'objet d'une thèse à lui seul.

Le but de notre recherche n'est pas de vérifier le bien fondé de telle ou telle discipline mais plus modestement d'établir un état des lieux succinct des différentes pratiques auxquelles notre population a fait appel, de définir les motivations des gens et la satisfaction qu'ils tirent de ces expériences.

Tout d'abord, lorsque l'on parle des médecines différentes de la médecine officielle, on se retrouve confronté à un problème de définition.

L'Organisation Mondiale de la Santé retient la définition suivante : « *les médecines complémentaires et alternatives sont l'ensemble des pratiques et idées définies par les utilisateurs eux-mêmes pour prévenir ou traiter les maladies ou promouvoir la santé et le bien-être.* ».

La médecine conventionnelle étant, quant à elle, la « *méthode habituellement appliquée pour traiter la maladie* » (88).

Il est par ailleurs complexe de regrouper sous un même terme générique des pratiques aussi différentes les unes des autres ; certaines ayant un lourd passé culturel comme l'acupuncture ou la phytothérapie, d'autres étant plus contemporaines, voire un simple phénomène de mode.

Plusieurs termes sont couramment usités, sans qu'aucun ne soit parfait :

- Le terme de médecine « *douce* », pour commencer, est impropre car rares sont les pratiques totalement dénuées d'effets secondaires ; en phytothérapie par exemple, on peut attribuer aux plantes comme la valériane ou le millepertuis, des effets iatrogènes ou des interactions médicamenteuses notables.
- L'adjectif « *parallèle* » signifierait « en dehors » de la médecine classique, or une discipline comme l'homéopathie est souvent pratiquée par des médecins lors de consultations « classiques » et elle a sa place sur l'ordonnance à côté des traitements traditionnels.
- Le terme de médecine « *alternative* » bien que parmi les plus répandus, est également imparfait. Il sous-entend que ces pratiques peuvent se substituer à une démarche thérapeutique conventionnelle.
- Le terme « *holistique* », quant à lui, est discriminatoire pour la médecine générale dont le principe fondamental est justement de prendre en charge l'individu dans sa globalité.

Au final, ce sont peut-être les termes de **médecines** « *non conventionnelles* » ou de médecines « *complémentaires* » qui sont les plus appropriés.

La liste des médecines non conventionnelles est longue et ne peut être, ici, exhaustive. Quelques précisions relatives aux différentes pratiques auxquelles nous allons nous intéresser dans notre enquête, sont néanmoins nécessaires (31, 75) :

- L'acupuncture est une médecine traditionnelle chinoise, vieille de plusieurs milliers d'années, qui vise à l'aide de fines aiguilles appliquées en certains points du corps à permettre une meilleure circulation de l'énergie vitale.
- L'homéopathie a été fondée par un médecin allemand, le Dr Hahnemann, au XVIIIème siècle. Elle consiste à administrer au malade des doses infinitésimales d'un produit qui, à dose pondérale, provoquerait les mêmes symptômes que ceux de la maladie à traiter.
- L'ostéopathie est une méthode thérapeutique manuelle datant de la fin du XIXème siècle, utilisant des techniques de manipulations vertébrales et musculaires. Elle admet que le bien-être du corps humain est lié au bon fonctionnement de son appareil locomoteur et elle peut ainsi agir sur les principaux organes.
- La phytothérapie qui trouve ses origines en Chine il y a plusieurs milliers d'années est basée, comme son nom l'indique, sur l'utilisation de plantes médicinales, en infusions, décoctions, broyats...
- La chiropraxie est une pratique fondée sur l'hypothèse que certains maux proviennent de problèmes articulaires au niveau du rachis. Elle consiste à réaliser des manipulations, essentiellement vertébrales.
- La sophrologie est une méthode visant à dominer les sensations douloureuses et de malaise psychique, telles que les manifestations anxieuses et phobiques. Elle s'appuie sur des techniques de relaxation proches de l'hypnose.
- L'hypnose est une méthode thérapeutique née au XVIIIème siècle qui génère par suggestion un état de sommeil incomplet.
- La mésothérapie est un procédé thérapeutique né il y a 60 ans, consistant en injections de doses minimales de médicaments (anesthésiques, anti-inflammatoires, décontractants ...) au moyen de fines aiguilles, au plus près du siège de la douleur.
- La radiesthésie utilise des radiations dans un but thérapeutique.
- Le magnétisme est une technique datant du XVIème siècle, basée sur l'imposition des mains du magnétiseur, censé posséder un fluide aux vertus curatives.
- Les rebouteux utilisent des techniques empiriques mais ancestrales de manipulations articulaires pour remédier à des blocages articulaires. Ce sont, en quelque sorte, les ancêtres des ostéopathes.
- Les guérisseurs, quant à eux, prétendent guérir en vertu de dons mystérieux ou à l'aide de procédés empiriques.
- L'iridologie pour finir, est une méthode de diagnostic des troubles organiques à partir de l'examen de l'iris, développée à partir du XIXème siècle.

Si l'on s'intéresse à l'aspect légal de ces pratiques, on note d'importantes disparités **selon les pays. Une même discipline peut être interdite, tolérée, reconnue ou même remboursée**, ce qui entretient le flou sur la légitimité de leur présence dans l'offre globale de soins.

Certaines de ces disciplines peuvent être pratiquées par des médecins (comme l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, l'ostéopathie) et remboursées par la sécurité sociale, par des paramédicaux, ou par des personnes dont la qualité de la formation ne peut être évaluée (voire sans aucune formation).

C'est un fait avéré, la médecine « non conventionnelle » occupe une place importante dans les pratiques de santé de la population.

Un sondage réalisé par l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) en novembre 2007 auprès d'un échantillon de 958 personnes (59), montre que **plus d'un français sur 3 ont fait appel aux médecines « douces » au cours des 12 derniers mois.**

Et par ailleurs, le plus souvent, **le recours à ces traitements alternatifs se fait à l'insu du médecin traitant** (6).

On ne peut qu'être frappé par l'attitude ambivalente des malades qui, bien que fascinés par les progrès indéniables de la médecine « officielle », se tournent en nombre vers les médecines parallèles dont l'efficacité reste controversée.

Même si la médecine « allopathique » reste de loin la plus utilisée, le recours massif aux « autres médecines » illustre le fait que les patients aspirent à être acteurs de leur propre santé, dans une logique de libre choix concernant la manière de se soigner.

Nous l'avons vu, les médecines « non conventionnelles » sont à la mode.

-Quelles sont les pratiques plébiscitées, parmi la multitude des choix qui s'offrent aux patients?

-Le fait d'y avoir recours traduit-il une méfiance ou une déception face à la médecine traditionnelle et à ses acteurs?

-Ces pratiques se substituent-t-elles à la médecine « classique » ou cohabitent-t-elles en bonne intelligence ?

-Et enfin quelle satisfaction les gens en retirent-t-ils ?

6) LA MEDIATISATION DE LA SANTE

Les informations médicales sont partout autour de nous, que ce soit à la télévision, dans la presse écrite ou sur Internet. Ceci constitue l'une des évolutions majeures survenues au cours des 30 années qui viennent de s'écouler, entre les travaux de nos confrères et notre enquête.

Nul besoin de formation médicale pour accéder à ces données, au contraire, la plupart des informations s'adressent au grand public.

Le patient n'est pas un simple spectateur, on lui donne la parole. Il pose des questions, fait partager son expérience, que ce soit lors d'appel à témoins, d'émissions de libre antenne ou sur les forums de discussion.

A) LA PLACE DES DIFFERENTS MEDIAS

Chaque chaîne de télévision ou de radio propose son émission médicale hebdomadaire voire journalière; chaque revue, journal ou magazine a sa rubrique santé.

Mais le média qui connaît le développement le plus impressionnant ces dernières années est sans conteste Internet.

Les sites Web et les forums de discussion, dans tous les domaines mais en particulier ceux ayant une orientation médicale, se sont multipliés.

Ces sites s'adressent directement aux patients ou offrent des contenus « professionnels » qui leur restent le plus souvent accessibles.

Le public a désormais accès, d'un simple clic, à un volume inégalé d'informations concernant la santé et cela 24 heures sur 24.

L'information disponible est illimitée, reste pour le consommateur à **faire le tri entre les données fiables et celles qui peuvent être dangereuses.**

Un regard critique de l'internaute est primordial. Ceci d'autant plus que les informations sont recherchées, la plupart du temps, à partir de « moteurs de recherche », sans privilégier les sources réputées pour leur fiabilité.

Pour l'aider dans ses choix, le législateur a confié à la Haute Autorité de Santé (dans le cadre de la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie) une **mission de certification des sites Internet** (54).

Pour mener à bien ce projet, devenu réalité en novembre 2007, la Haute Autorité de Santé a accrédité l'organisation non gouvernementale suisse « Health On the Net » (HON), qui est un organisme certificateur reconnu comme une référence internationale en matière de certification de sites santé.

Cette certification s'applique aux sites ou parties de sites délivrant de l'information en santé, y compris les forums de discussion.

Elle porte sur le respect de 8 principes (le HON Code) parmi lesquels on trouve : citer les qualifications des auteurs, respecter les informations personnelles des visiteurs, citer les sources, dater les contenus, justifier toute affirmation, présenter les sources de financement, séparer les contenus éditoriaux de la publicité, fournir un contact, mais également « compléter et non remplacer la relation médecin-patient » (55).

En juin 2008, 346 sites (grands publics comme « santé-magazine.fr », scientifiques comme « caducee.net » ou administratifs comme « ameli.fr ») satisfont l'ensemble de ces critères et peuvent afficher ce label sous forme d'un logo international (54).

Ce label officiel, censé garantir le sérieux des informations présentées, reste pourtant imparfait. Le contenu du site en lui-même n'est pas vérifié et il serait illusoire de croire qu'il est possible de contrôler en temps réel les milliers d'informations qui apparaissent et disparaissent parfois aussi vite.

B) LES EFFETS PERVERS DES MEDIAS

Rien ne semble désormais inaccessible à qui se montre un peu curieux, même l'emblématique gros livre rouge est désormais désacralisé et à portée de mains des patients sous le titre de « Vidal du particulier ».

Les coulisses des hôpitaux n'ont plus de secrets pour le public. Chaque année, un palmarès permet aux patients de connaître le classement de la clinique ou de l'hôpital proche de chez eux et leur donne l'impression de pouvoir choisir de manière éclairée à qui ils vont confier leur bien le plus précieux, leur santé.

Les exploits sont banalisés ; les médias nous montrent des images de prouesses techniques et de découvertes scientifiques sans toujours préciser qu'il s'agit d'exploits d'exception ou d'espoirs thérapeutiques.

Ainsi **les médias sèment parfois le trouble et un sentiment d'injustice** dans la tête des patients, pourquoi la médecine qui paraît pourtant toute puissante ne peut parfois pas les guérir, eux ?

Tout paraît possible, le meilleur mais aussi le pire.

Les scandales se multiplient ; l'« affaire du sang contaminé » en est l'un des premiers et probablement le plus marquant.

Les catastrophes sanitaires peuvent arriver près de chez soi, à son voisin, à sa famille et pourquoi pas à soi même ? Le doute s'insinue à pas de velours dans la relation médecin-patient et les médias sont ainsi une source d'angoisse pour les personnes les plus sensibles.

C) UNE VRAI UTILITE

Mais les médias, en matière de santé, ne sont heureusement pas que « polémique » et « banalisation ». Ils ont **une vraie utilité**.

En effet, l'information médicale a de nombreuses fonctions :

- elle permet au patient de « **comprendre** » la pathologie qui est en jeu, avoir une idée du pronostic, comprendre l'intérêt des examens complémentaires, l'utilité de tel ou tel traitement et ainsi d'améliorer l'observance et diminuer l'anxiété liée à l'ignorance.
- elle permet également de « **gérer la maladie** », le patient devenant un véritable acteur de sa prise en charge, ce qui est primordial dans toute pathologie chronique.
- elle aide le patient dans les « **choix thérapeutiques** » qui s'offrent à lui, lui permettant d'affirmer ses préférences de manière éclairée.
- elle a de plus un rôle non négligeable en matière de « **prévention** » permettant aux personnes de modifier leur comportement pour améliorer leur santé.
- enfin, elle apporte un « **soutien psychologique** » certain, par l'intermédiaire des groupes d'entraide et associations de malades ; l'échange d'informations et le partage d'expérience ont souvent montré leur effet positif sur la santé.

Une étude portant sur les effets de l'utilisation d'Internet, chez des patients atteints de pathologies cardiaques, diabète, cancer, hypertension ou dépression, menée en 2002 aux Etats-Unis, par Baker *et al.*(4) va confirmer ces affirmations.

Les bénéfices reconnus par les patients interrogés sont évidents : Internet améliore leur compréhension de la maladie (48%), des traitements (46%) et améliore également leur capacité à gérer eux-mêmes leur pathologie (27%).

Cette évolution vers une démocratisation du savoir médical est souhaitable et inévitable.

Elle s'inscrit dans l'évolution plus globale de la société toute entière.

Dans les systèmes de santé contemporains, la responsabilité des individus ne cesse d'être soulignée or il n'est pas de responsabilité sans information.

Quelle est véritablement l'ampleur du phénomène médiatique ; qui a recours à ces informations et dans quel but ?

Est-ce la conséquence d'une défaillance de la relation médecin-patient ou d'un manque de confiance ?

Et enfin, qu'attend concrètement le patient de son médecin face à toutes ces informations ?

7) LA JUDICIARISATION DE LA SANTE

« Une corporation, quelle qu'elle soit, ne rend pas tout le service qu'elle peut si elle travaille sur un terrain malveillant. Les hommes sont ainsi faits qu'ils oeuvrent mal dans l'hostilité ou l'indifférence, alors qu'ils se dépassent si on leur accorde confiance, estime et gratitude. »

Jean Hamburger (1909-1992).

Ces 10 dernières années, la justice semble s'immiscer dans les cabinets médicaux, tant et si bien que la peur du procès est omniprésente dans l'esprit des médecins, en particulier chez les plus jeunes.

Lorsque la médecine était inefficace, elle était également inoffensive. Ainsi, jusqu'à une époque récente, médecins et juges n'avaient que peu de contacts. Si le malade ne guérissait pas, c'est que la providence en avait décidé ainsi.

- La mise en cause de la responsabilité du médecin, comme dans **l'affaire du Dr Hélié (1825)** était exceptionnelle (9).

Le Dr Hélié rate l'accouchement d'un enfant qui naît avec d'importants handicaps. La famille Foucault porte alors l'affaire devant le tribunal civil qui a l'idée insolite de demander l'avis de l'Académie de Médecine. Celle-ci conclue à l'absence de responsabilité civile ou pénale des médecins dans l'exercice de leur métier. Elle précise que *« une fois le principe de responsabilité admis tout deviendrait suspect et dangereux pour le médecin. Il devrait craindre à chaque pas d'encourir la vindicte des lois et il fuirait à l'aspect du danger. C'est un mandat illimité qu'il faut auprès des malades : l'art de guérir ne peut réellement devenir profitable qu'à cette condition... La responsabilité est toute morale, toute de conscience, et celle là est assez puissante pour que les tribunaux n'aient pas besoin d'invoquer encore un principe inutile et nuisible de responsabilité légale. »*.

- Il faudra attendre le célèbre **arrêt Mercier du 20 mai 1936** pour que la responsabilité médicale ne soit plus du domaine délictuel mais du domaine contractuel (101). Le médecin est alors tenu à une **obligation de moyens**, c'est-à-dire l'obligation de faire tout ce qui est en son pouvoir dans l'intérêt du patient, sans que l'on puisse lui reprocher le résultat.

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement de donner des soins attentifs, consciencieux et, sous réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science... ».

Cette conception de la responsabilité médicale évoluera peu jusqu'à la fin des années 1990.

- Le développement récent de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques a donné des résultats qui paraissaient souvent utopiques quelques années en arrière et la notion de « **droit à la santé** » a germé dans l'esprit des gens.

Les Arrêts rendus par la Cour de Cassation à partir de 1997 attribuent alors une responsabilité bien plus forte aux médecins qui acceptent mal cette intrusion brutale et perçue comme agressive, du droit dans leur pratique (56).

- Le point d'orgue de cette dispute entre médecins et juges a été **l'arrêt Perruche du 17 novembre 2000** :

Arrêt par lequel la Cour de Cassation a admis que les fautes commises par un médecin à l'occasion d'un diagnostic prénatal qui avaient empêché la mère d'exercer son droit d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, engageaient la responsabilité civile du médecin à l'égard de cet enfant.

Cette décision de justice a fait grand bruit au sein du corps médical, en particulier des gynécologues obstétriciens et échographistes et a eu comme conséquence une majoration impressionnante des primes d'assurance.

- Avant 2002, les règles qui engageaient la responsabilité médicale étaient essentiellement jurisprudentielles et les juridictions ont eu tendance à rendre la **mise en cause de la responsabilité du médecin de plus en plus facile**.

L'indignation croissante des médecins craignant une « **dérive à l'américaine** » a entraîné la saisine du Parlement et le vote **le 4 mars 2002, de la loi Kouchner ***, relative aux « Droits des malades et à la qualité du système de santé ».

Elle précise que les praticiens et les établissements de santé ne sont responsables qu'en cas de faute et renvoie à la solidarité nationale la réparation du dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou nosocomiale.

Cette loi a permis de clarifier la notion de responsabilité médicale et d'apaiser les esprits des médecins, sans pour autant que la « judiciarisation » de la médecine ne s'efface du débat public.

Force est de constater que les **grands scandales médiatiques** de ces 20 dernières années ont été à l'origine d'une véritable **crise de confiance** à l'égard du système de soins.

L'affaire du sang contaminé et celle de l'hormone de croissance marquent encore légitimement les esprits.

L'un des moyens qu'ont trouvé les patients pour palier à ce sentiment croissant d'insécurité est probablement le développement d'associations de malades, l'union faisant la force.

Aujourd'hui le médecin est « confronté » au quotidien à des patients de mieux en mieux informés qui exigent des résultats et de la transparence.

Et, même les médecins les plus compétents et consciencieux sont déstabilisés par l'ingérence de la justice dans leur cabinet.

Une enquête réalisée en 2005 auprès de 250 médecins généralistes de Côte d'Or (93) confirme que les professionnels de santé se sentent remis en cause dans leur pratique et la peur du procès est omniprésente même si le risque reste finalement assez marginal.

L'idée d'une augmentation importante des procédures judiciaires semble tout à fait vraie pour 3/4 des participants. Ils expliquent cela principalement par une plus grande exigence des patients (64%), plus que par leur cupidité (36,5%).

Mais peut-on réellement parler de « dérive à l'américaine » ?

Les données avancées pour témoigner de l'augmentation des contentieux sont le plus souvent fournies par les compagnies d'assurance elles-mêmes (MACSF, Sou Médical, Médicale de France...).

Elles affirment qu'il y a eu un doublement des affaires portées en justice sur les 10 dernières années. Mais que penser de l'objectivité de ces sources, dont le but reste évidemment lucratif avant tout ?

* Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé. JO du 5 mars 2002.

Les pouvoirs publics se sont rendus compte de la carence de données fiables dans ce domaine et ont mis en place, le 29 avril 2002, un **Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)** dont les missions sont, d'une part le règlement amiable des accidents médicaux et l'indemnisation des victimes, mais aussi de recenser les informations objectives sur les contentieux entre patients et médecins. Cet organisme n'a pas à ce jour le recul nécessaire pour évaluer l'évolution de ces recours en justice et confirmer ou non les informations fournies par les compagnies d'assurance.

Il est fort probable qu'une augmentation des affaires portées en justice ait réellement eu lieu ces dernières années mais elle n'est peut-être pas aussi impressionnante que ce que l'on veut nous faire croire.

Cette augmentation des recours en justice peut, en partie, s'expliquer par un accroissement de l'activité médicale ces dernières années (12) ; s'il y a plus d'actes, il y a forcément plus de risque de voir survenir un aléa thérapeutique ou une faute avérée. Par ailleurs, la médecine est de plus en plus invasive et les traitements de plus en plus efficaces mais aussi plus risqués.

Il faut également préciser qu'il y a des disparités évidentes entre les différentes disciplines ; les chirurgiens, les anesthésistes ou les obstétriciens étant beaucoup plus exposés aux plaintes des patients que leurs confrères généralistes.

Dans tous les cas, **ce contexte de « judiciarisation » risque de modifier les pratiques des médecins. Elle pourrait les conduire à prescrire à l'excès, examens et bilans, dans le seul but de se rassurer et éviter une condamnation pour « insuffisance de moyens ».** Ou au contraire, **l'application excessive du « principe de précaution »** pourrait amener le praticien à refuser de réaliser des actes à risque ou encore à proposer au patient non plus la solution thérapeutique qui offre le maximum de chances de guérison mais celle qui est grevée du moindre risque de complications (50).

Dans notre travail, nous allons tout d'abord chercher à mettre en évidence s'il y a eu ces dernières décennies un véritable accroissement de la demande de transparence des patients concernant les compétences des médecins.

Puis, dans un deuxième temps, nous verrons dans quelle mesure la population est prête à tolérer une erreur médicale dont elle serait victime.

Et enfin nous essaierons de dresser le portrait du patient « processif ».

8) L'IMAGE DU MEDECIN EN LORRAINE AU DEBUT DES ANNEES 80 : les conclusions des travaux de nos prédécesseurs

Les travaux de G Ciancaleoni (15), D Melmi (83) et C Collin (16) se sont déroulés en 1981 et 1982.

Leurs objectifs étaient, entre autres, de définir l'image du médecin de l'époque ainsi que le portrait du médecin idéal, au sein de la population du Pays Haut et de la Vallée de la Fensch.

Au début des années 80, le médecin traitant est perçu comme un homme de contact, proche de ses patients. Il est celui qui les connaît le mieux. C'est un interlocuteur privilégié pour l'ensemble de la famille.

Il est vu avant tout comme un conseiller mais aussi comme un technicien.

Le médecin spécialiste quant à lui, est davantage perçu comme un technicien, pratiquant certes une médecine de pointe mais dépersonnalisée.

Les patients attendent de leur médecin généraliste une relation humaine privilégiée, voire pour certains de l'amitié.

Les motivations prêtées aux médecins sont majoritairement d'ordre philanthropique, on ne met pas en doute ses qualités louables telles que son ardeur au travail, son dévouement, son altruisme.

Le médecin traitant à l'époque est avant tout le médecin de la famille ; les patients se sentent à l'aise avec lui.

Ils accordent une grande importance à son aspect extérieur et plus encore à l'aspect du cabinet.

Les hommes préfèrent se faire soigner par un médecin homme, les femmes quant à elles sont plutôt indifférentes au sexe du médecin. Par contre, ni les uns, ni les autres ne sont sensibles à la vie privée du praticien ou à ses opinions personnelles.

L'image traditionnelle du médecin, notable distant et infaillible, ne semble plus d'actualité en 1980.

La médecine est une science de plus en plus performante et de ce fait, on ne permet plus au médecin de se tromper ni de douter.

La population revendique une qualité de soins optimale et critique sans retenue les défauts du système de santé et de ses protagonistes.

Près d'un tiers des gens n'hésite pas à lui reprocher son manque de compétence, que ce soit justifié ou non.

Les patients ne se contentent plus de subir la médecine mais demandent de plus en plus à en être des acteurs à part entière.

Ils ne se sentent ni diminués ni dépendants face au praticien.

Et même si les patients sont persuadés que le médecin prescrit dans l'unique but de bien soigner, moins de la moitié d'entre-eux suit consciencieusement ses conseils.

Certaines qualités semblent parfois manquer aux médecins : prendre le temps d'écouter le patient et de lui donner les explications qu'il est en droit d'attendre.

Certes, le praticien reste pour l'ensemble de la population un personnage important et fiable.

Pourtant, nos confrères sont inquiets pour le métier de médecin, si aucun changement n'intervient.

Ils redoutent que la relation médecin-patient, basée sur une confiance mutuelle, ne s'effrite dans les années à venir.

Ils craignent que, sous prétexte d'une médecine plus performante, notre pratique ne devienne impersonnelle et inhumaine, alors que les patients réclament, au contraire, plus de contact et de compréhension.

Nos confrères parlent, au début des années 80, d'une véritable « crise de la médecine » qui serait en train de s'amorcer.

L'objet de notre étude est d'appréhender les fondements de la relation médecin-patient, de dresser un portrait du médecin traitant, de préciser les comportements et les attentes de la population envers les praticiens et d'évaluer le degré de satisfaction des patients. Il s'agit également de souligner la place des médecines « non conventionnelles » et des médias dans la vie quotidienne des patients, puis celle de la justice dans la relation thérapeutique.

Pour enfin comparer la situation actuelle à celle du début des années 80.

La première partie de notre travail a permis de dresser un état de lieu de notre système de santé et plus particulièrement de la Médecine Générale, en insistant sur les grandes évolutions qui ont eu lieu au fil du temps et cela afin de préciser l'atmosphère dans laquelle a eu lieu notre investigation.

METHODOLOGIE

1) LA POPULATION

A) LA SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'un des objectifs de notre travail était d'obtenir des éléments de comparaison concernant l'image du médecin et les caractéristiques de la relation médecin-patient, entre les années 1980 et aujourd'hui. Il nous a donc paru logique de nous intéresser à la même population géographique que nos prédécesseurs, G Ciancaleoni, D Melmi et C Collin.

Ainsi, notre enquête s'est déroulée :

- sur le **canton de Briey**, peuplé de 16 363 habitants au dernier recensement de 1999 (60), comprenant 9 agglomérations (Anoux, Avril, Les Baroches, Briey, Joeuf, Lantéfontaine, Lubey, Mance et Mancieulles) ;

- sur le **canton de Hayange** comptant 20 061 habitants, qui regroupe les villes de Hayange, Ranguenau et Sérémange ;

- et sur le **canton de Longwy** comprenant uniquement cette commune, peuplée 14 521 habitants.

Si nos sujets sont originaires de trois cantons différents, on peut néanmoins les réunir en deux grandes entités géographiques : la vallée de la Fensch et le Pays-Haut.

La zone géographique étudiée se situe au nord de la région lorraine, elle chevauche les départements de la Meurthe-et-Moselle et de la Moselle et elle est limitée, au nord, par les frontières belge et luxembourgeoise.

B) UN BREF RAPPEL HISTORIQUE

D'une terre à vocation agricole, le Pays-Haut et la vallée de la Fensch sont devenus, au XIX^{ème} siècle, le berceau de la sidérurgie française (85).

Le minerai de fer est extrait des mines souterraines du Pays-Haut avant d'être acheminé par voie ferroviaire dans la vallée de la Fensch (à Hayange notamment) ou vers les hauts fourneaux de Longwy, où il est traité par les usines métallurgiques.

La sidérurgie lorraine emploie à son apogée des dizaines de milliers de travailleurs sous l'égide de la puissante famille De Wendel. Dans la première moitié du XX^{ème} siècle, face à une main d'œuvre trop nombreuse, on fait appel en masse aux travailleurs étrangers venant principalement d'Italie et de Pologne, ce qui fut à l'origine d'un important brassage culturel. Cette industrialisation va marquer de son empreinte indélébile les paysages, les hommes, les villes et villages ainsi que la culture de cette région.

Cette glorieuse époque va prendre fin dans les années 70 (44) ; le coût d'exploitation du minerai français, trop élevé, ne résistant pas à la concurrence des pays émergents. S'en suivent des plans de restructuration, des fermetures d'usines accompagnés de suppressions massives d'emplois (40 000 en 1977). Des 20 000 mineurs de fond que comptait la région en 1960, il n'en reste que 2000 en 1985. Même chute vertigineuse pour la métallurgie qui employait 95 000 personnes en 1966 et moins de 30 000 en 1985.

En février 2005, après une longue agonie, Longwy voit son dernier haut fourneau s'éteindre, mettant fin à près de 200 ans d'histoire.

Hayange, quant à elle, aura résisté plus longtemps grâce au groupe Usinor-Sacilor qui mit en place un plan de modernisation efficace à la fin des années 1990, s'orientant alors vers la production de rails de chemin de fer.

Aujourd'hui toutes les mines de fer ont fermé.

Début 2007, Hayange comptait encore trois hauts fourneaux en activité. En 2012, au plus tard, ils seront éteints.

C) LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE DE LA REGION ETUDIEE

L'ensemble des trois cantons a connu au cours des 20 dernières années un net déclin démographique, en partie expliqué par l'extinction de la sidérurgie lorraine. Le canton de Longwy a perdu près de 3 000 habitants soit 16% de sa population, le canton de Briey plus de 1000 personnes soit 6% de sa population et le canton de Hayange 2300 personnes soit plus de 10% de ses habitants (60).

On note tout de même un ralentissement de la décroissance de la population à partir du milieu des années 1990, expliqué par l'attrait économique exercé alors par le Luxembourg tout proche (86).

2) L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

A) LE QUESTIONNAIRE INITIAL (annexe 3 p 198)

Pour dresser un aperçu global de l'image dont jouissent les médecins aujourd'hui, mais aussi dans l'optique de mettre en évidence une éventuelle évolution de la représentation populaire du médecin au cours des trente dernières années, nous avons repris, en l'actualisant et en le simplifiant, un outil élaboré en 1981 par le A d'Houtaud.

La version d'origine comptabilisait 48 questions dont certaines étaient subdivisées en nombreuses sous-questions.

La première partie du questionnaire, que nous n'avons pas exploitée, s'intéressait à la santé et à la prévention, la deuxième partie au médecin de famille et la dernière partie à la discipline médicale et aux autres professions médicales (médecin spécialiste, hospitalier, du travail, scolaire, de Protection Maternelle et Infantile, pharmacien, dentiste).

Dans notre propre questionnaire, nous nous sommes intéressés principalement à l'image du médecin de famille et à la pratique de la médecine générale.

B) LE QUESTIONNAIRE ACTUALISE (annexe 2 p 192)

Notre souhait était d'adapter notre questionnaire aux évolutions de la société actuelle, tout en restant le plus proche possible du questionnaire original (même si nous aurions aimé améliorer certaines questions), afin d'obtenir des éléments de comparaison fiables.

Dans le souci de rester synthétique, un nombre important de questions a dû nécessairement être supprimé par rapport au travail de nos prédécesseurs (en particulier toutes les questions sur le thème de la prévention ainsi que celles concernant les autres professions médicales).

D'autres questions ont été ajoutées afin de préciser certains comportements.

Notre questionnaire (annexe 2) comporte 39 questions, essentiellement des questions fermées.

Les variables auxquelles on s'intéresse sont très majoritairement des **variables qualitatives** :

- 27 questions concernent des *variables nominales* (c'est-à-dire dont les valeurs sont des éléments d'une catégorie non hiérarchique (47))
- 11 questions regroupent des *variables ordinales* qui peuvent en effet être rangées dans un ordre logique.

Une seule question concerne une *variable quantitative* (l'âge).

Nous avons ajouté au questionnaire initial une *question d'anticipation ou d'intention*, la question n°36, tout en ayant à l'esprit que les questions de projection dans l'avenir ne permettent pas de fonder des prévisions fiables (7). Le principal usage que nous ferons de cette question, sera d'observer les variations de pourcentages d'un groupe à l'autre (par exemple, dans les classes d'âge, le genre etc...).

Le questionnaire se décompose en 7 parties.

La première partie comprend 9 questions et porte sur les « caractéristiques sociologiques » des répondants à savoir :

- le genre (*Question n°1*)
- l'âge (*Question n°3*)
- la localité de résidence (*Question n°2*)
- la situation familiale et professionnelle (*Question 4 à 7*)

Une sous partie permet de connaître la fréquence des contacts qu'entretient le répondant avec son médecin généraliste, c'est-à-dire l'existence d'une pathologie chronique (*Question n°8*) et le rythme des consultations (*Question n°9*).

Nous avons introduit 4 questions qui n'étaient pas présentes dans le questionnaire initial. Il s'agit des questions n°4 et 5 relatives à la situation familiale, la question n°8 sur les pathologies chroniques et la question n°9 sur la fréquence de consultation. En effet, ces caractéristiques individuelles semblent importantes à connaître pour comprendre et interpréter la représentation que les individus se font du médecin ainsi que leurs attentes.

Nous avons modifié la formulation des questions n°6 et 7 relatives à la situation professionnelle afin d'obtenir des données comparables aux autres études de la littérature.

La seconde partie du questionnaire comporte 9 questions portant sur « le médecin traitant », afin de préciser :

- la fidélité des patients à leur médecin généraliste (*Question n°10*)
- les modalités de choix du médecin (*Question n°11*)
- l'importance du genre du médecin (*Question n°12*)
- l'image du médecin traitant (*Question n°14*)
- les qualités et les critiques qui lui sont faites (*Question n°13 et 15*)
- les éléments auxquels les individus accordent de l'importance (*Question n°16*)
- la confiance que les répondants ressentent envers leur praticien (*Question n°17*)
- la facilité avec laquelle les gens exposent leurs problèmes personnels au médecin (*Question n°18*).

Trois questions n'étaient pas présentes dans le questionnaire initial : la question n°10 relative à la fidélité des patients, la question n° 17 concernant la confiance des patients ainsi que la question n°18 sur la capacité à se confier.

Nous avons ajouté l'item « *autre* » à la question 11 portant sur le choix du médecin. Et enfin nous avons modifié un item de la question 15 concernant les reproches que l'on peut faire au médecin, pour des raisons de compréhension l'item « *n'est pas assez souvent compétent* » est remplacé par « *est souvent incompétent* ».

La troisième partie du questionnaire comprend 6 questions portant sur « les médecins » en général :

- la *question n°19* s'intéresse au premier recours du patient en cas de problème de santé bénin,
- la *question n°20* pointe le comportement du patient face à la prescription,
- la *question n°21* s'intéresse au but que le médecin recherche lors de l'établissement de sa prescription, de l'avis du répondant
- la *question n°22* porte sur les qualités de communication des médecins
- les *questions n°23 et 24* se rapportent aux motivations et compétences nécessaires pour exercer la profession de médecin, également du point de vue du répondant

Par rapport au questionnaire initial, nous avons transformé les propositions négatives des items de la question n°22 en propositions positives afin qu'il n'y ait pas de confusion possible lors de la saisie des réponses.

Les autres questions sont identiques à celle du questionnaire élaboré par A d'Houtaud.

La quatrième partie, plus succincte (3 questions) s'intéresse aux « médecines alternatives », avec une première question (n°25) permettant de dresser un aperçu des pratiques les plus répandues dans la population interviewée.

Dans un second temps, nous voulions définir ce qui motivait le recours à ces « médecines » (question n°26), puis nous avons repris la seule question sur ce sujet présente dans le questionnaire initial, question relative à l'efficacité des « médecines alternatives » du point de vue du patient (question n°27).

Etant donnée la grande hétérogénéité des médecines « non conventionnelles », il nous a paru en effet intéressant de connaître les pratiques auxquelles les patients ont eu recours et les motifs de ce recours (question 25 et 26) avant d'aborder leur efficacité présumée.

La cinquième partie, composée de 5 questions, est axée sur « la médiatisation de la santé » et a pour objectifs d'évaluer l'accès aux informations médicales (encyclopédies, presse écrite, émissions télévisées, Internet) (questions 28, 29, 30 et 31) et l'utilité que la population attribue à ces sources d'information (question 32).

Cette partie a dû être étoffée en raison d'un important développement des médias aux cours des 25 dernières années (multiplications des sources écrites, télévisuelles mais surtout la naissance et l'explosion d'Internet).

La question n°32 (relative à l'utilité des sources d'information) a été modifiée par rapport à la version originale. En effet, dans le questionnaire initial, elle ne portait que sur les encyclopédies et dictionnaires médicaux tandis que dans notre enquête, nous avons étendu cette question à l'ensemble des informations médicales provenant des médias actuels. Nous avons par ailleurs ajouté un item « *sont utiles pour en savoir un peu plus en sortant de chez le médecin* » et remplacé l'item « *sont des livres qu'il est bien d'avoir dans sa bibliothèque* » par « *sont utiles pour sa culture générale* ». Nous serons donc prudents lorsque nous ferons des comparaisons entre les réponses antérieures et les nôtres.

La sixième partie comporte 4 questions sur le thème de « l'erreur médicale » :

-les questions n° 33 et 34 s'intéressent au désir éventuel des individus d'être informés des réussites et des fautes des médecins.

Ces deux questions étaient formulées en une seule dans les précédents travaux, ce qui avait été critiqué, à l'époque, par la population interviewée, raison pour laquelle nous avons opté ici, pour une formulation un peu différente.

-la question n°35 porte sur le droit à l'erreur du médecin

-puis dans la question n°36, le répondant se projette en tant que « victime » d'erreur médicale et nous confie si, dans ces circonstances, il serait prêt à porter plainte contre son praticien.

Ces deux dernières questions inédites ont pour but de mettre en évidence une relation éventuelle entre la tolérance du patient face à l'erreur médicale et l'image qu'il a de son médecin.

La septième et dernière partie du questionnaire permet de conclure notre travail avec 3 questions.

-la *question n°37* permet d'« évaluer » la qualité de la relation qui unit le patient à son médecin traitant (sur une échelle allant de médiocre à très satisfaisante).

-par l'intermédiaire de la *question n°38*, nous avons cherché à mettre en évidence les améliorations souhaitées par les patients afin d'optimiser leur niveau de satisfaction.

Une liste de 9 items était proposée ; le 10^{ème} item intitulé « *autre ...* » permettant au répondant de nous faire part de suggestions plus personnelles que nous n'aurions pas envisagées.

Les réponses obtenues permettront d'éclairer les professionnels sur les attentes des patients et ainsi améliorer leurs pratiques.

-la *question n°39* permet de savoir si, selon la personne interrogée, l'image du médecin a perdu de son prestige auprès de ses concitoyens. On ne cherche pas à connaître ici ce que pense personnellement le répondant mais plutôt le sentiment qu'il perçoit dans son environnement.

Ces trois questions sont inédites.

Lors de l'élaboration de ce questionnaire nous avons essayé de rester le plus proche possible de la version originale (nombre et ordre des items) même si parfois nous aurions aimé formuler les questions différemment ; et cela afin d'obtenir des données comparables.

Pour finir, il est important de noter que l'ordre dans lequel sont exposés les résultats est différent de l'ordre dans lequel les questions ont été posées au public.

3) L'ENQUETE PILOTE

A) LES OBJECTIFS DE L'ENQUETE PILOTE

Avant de débiter le travail de terrain, nous avons décidé de réaliser une « enquête pilote » auprès d'un petit groupe de personnes, afin de tester la **compréhension** de nos questions, la **durée** du questionnaire et de recueillir des **remarques et critiques** éventuelles (7, 51).

L'enquête préliminaire a été réalisée par téléphone, comme le serait l'enquête à échelle réelle.

B) LES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON TEST

Nous avons interrogé 16 personnes choisies dans notre entourage personnel, selon des critères d'âge, de situation familiale et professionnelle, afin d'avoir un échantillon le plus hétérogène possible.

Nous avons ainsi soumis notre questionnaire à 7 hommes et 9 femmes, âgés de 20 à 82 ans (âge moyen 44 ans), de situations matrimoniales et de catégories socioprofessionnelles différentes.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon test de l'enquête pilote

Sujet	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Dernier diplôme obtenu	Situation professionnelle
S1	H	21	Célibataire	CAP	En formation
S2	F	43	Mariée	CAP	CDI
S3	F	22	Célibataire	Baccalauréat	Chômage
S4	F	76	Mariée	Aucun	Retraitée
S5	H	82	Marié	Aucun	Retraité
S6	H	20	Célibataire	Baccalauréat	Etudiante
S7	F	21	Célibataire	Licence	Etudiante
S8	F	21	Célibataire	DEUG	Etudiante
S9	F	32	Mariée	Doctorat	CDI
S10	H	62	Divorcé	Certificat d'études	Retraité
S11	F	75	Veuve	Aucun	Retraitée
S12	F	36	Pacsée	Etudes supérieures	CDI
S13	H	45	Marié	Baccalauréat	Chômage
S14	H	22	Célibataire	Baccalauréat	Etudiant
S15	F	54	Mariée	CAP	CDD
S16	H	69	Marié	Grandes. Ecoles.	Retraité

Légende : Sexe : H= Homme, F=Femme ; Age en années ; CAP= certificat d'aptitude professionnelle, DEUG= diplôme d'études universitaires générales ; CDI= contrat à durée indéterminée, CDD= contrat à durée déterminée.

C) LES RESULTATS DE L'ENQUETE PILOTE

Au cours de la phase de test, **aucun problème majeur de compréhension** n'est apparu.

La seule modification que nous ayons dû apporter concernait la question n°38, à propos des changements souhaités chez le médecin ; l'item n°9 initialement formulé de la sorte « *qu'il (le médecin) soit plus proche de moi* » était compris par 2 personnes dans le sens de proximité géographique et non psychologique comme nous le voulions ; le terme « *proche* » a donc été remplacé par « *chaleureux/convivial* ».

Concernant la question n°19, portant sur la première personne à qui les gens font appel en cas de problème de santé bénin, l'un des répondants nous a suggéré qu'il manquait l'item « *je n'en parle à personne, j'attends que ça passe* ».

Cette suggestion, certes fondée, ne nous a pas conduit à modifier la question car nous souhaitions rester fidèles au questionnaire initial, duquel elle était directement tirée.

Une remarque similaire a été énoncée au sujet de la question n°20 relative au comportement du patient face à la prescription. Dans l'item n°1 « *vous vous fiez aveuglément à ses prescriptions* », le terme « *aveuglément* » était considéré comme péjoratif par l'une des personnes. Dans la crainte de modifier la répartition des réponses si nous changions cet item par rapport au questionnaire original, nous avons laissé cette proposition, certes imparfaite, à l'identique.

La question 36, concernant la décision de porter plainte ou non contre son médecin traitant, s'est avérée être la plus difficile pour les répondants. L'hésitation des participants était perceptible et le temps de réponse était plus long que pour les autres questions. Mais tous les sujets finissaient néanmoins par émettre leur avis.

Aucune des questions n'est apparue trop intrusive et les personnes interrogées ne se sont jamais senties mal à l'aise.

Aucune question n'a été éliminée ni ajoutée.

Le temps moyen de passation du questionnaire était de **17 minutes**, durée jugée correcte par la population test.

Les sujets de la phase test ont, pour la plupart, trouvé le thème de l'étude intéressant et ont manifesté un intérêt certain pour celle-ci. Deux d'entre-eux auraient préféré s'exprimer par entretien plutôt que par questionnaire.

4) L'ECHANTILLON

A) LA BASE DE SONDAGE

Nous avons donc réalisé une enquête téléphonique utilisant la **technique du sondage aléatoire**, en ne sélectionnant qu'un échantillon de la population, qualifié de « représentatif » (51). Pour cela, France Télécom nous a fourni une liste de 1000 numéros de téléphone, tirés au sort dans les cantons concernés, en excluant les administrations, les entreprises, les numéros inscrits sur liste rouge ainsi que les numéros de portables.

Nous n'avons pas d'information sur l'identité de ces personnes en dehors de leur commune de résidence.

L'échantillon « **représentatif** » d'une population est un idéal statistique difficilement atteignable car il nécessite de disposer d'une liste exhaustive de la population de référence (comme c'est le cas lors des recensements menés par l'INSEE) pour procéder au tirage au sort (21). L'utilisation d'une base de sondage téléphonique présente des imperfections que nous préciserons plus loin.

B) LE NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES A L'ETUDE

Le nombre de personnes à interroger a été calculé en considérant la question 14 de notre enquête, relative à l'image du médecin traitant.

Dans cette question, la personne consultée doit dire si elle considère son médecin traitant comme « un technicien », « un ami », « un confident », « un conseiller », « un guide », « un savant », « un éducateur » ou « un modèle humain ».

Dans un premier temps, elle doit répondre par « oui » ou « non » à chaque item et dans un second temps, elle doit choisir l'item qui correspond le mieux à l'image de son médecin.

Cette question paraît en effet centrale pour le thème de notre travail de recherche.

Dans les précédentes enquêtes, D Melmi (83) et G Ciancaleoni (15) notaient que 42% des gens considéraient le terme de « conseiller » comme le plus approprié pour qualifier leur médecin traitant. Pour C Collin (16), ce taux s'élevait à 44%.

Nous avons donc retenu un taux moyen de 43% comme « pourcentage fictif » (π) pour déterminer le nombre de sujets nécessaires à notre étude.

On soulignera par ailleurs qu'avec une valeur de π proche de 50%, le rapport $\pi(1-\pi)$ sera maximal et le nombre d'observations requises sera surévalué (100).

Une **précision de 10%** nous parut acceptable.

Le nombre de sujets à interroger s'élève ainsi à 96.

Il a été calculé selon la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 (\pi(100\% - \pi))}{\delta^2} \quad \left(= \frac{\pi(100\% - \pi)}{\left(\frac{\delta}{Z}\right)^2} \right) \quad \text{avec :}$$

n : nombre de sujets nécessaires
 π : le pourcentage fictif (43%)
 δ : la précision (marge d'erreur tolérée) (0,10)
 Z = 1,96 pour un niveau de confiance de 95%

C) LES CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour être éligible, le ménage devait comporter au moins une personne âgée de **plus de 18 ans**, possédant un **abonnement téléphonique France Télécom** et pouvant **communiquer** par téléphone avec l'enquêteur (sont exclues les personnes ne parlant pas français, malentendantes ou ayant de lourds problèmes d'élocution).

Sont également exclues les personnes exerçant la **profession de médecin** ou celles **ne faisant pas partie du foyer**.

5) LE RECUEIL DES INFORMATIONS

A) LE CHOIX D'UN SONDAGE TELEPHONIQUE

Pour obtenir une bonne représentativité de la population « cible » et sur les conseils du Service d'« Épidémiologie et Évaluation Cliniques » du CHU de Nancy, nous avons décidé d'administrer notre questionnaire par téléphone.

Il s'agit d'une méthode qui présente des avantages indéniables dont le meilleur rapport « coût - investissement en temps / participation » (7, 51).

Cette méthode de sondage permet d'interroger les personnes en difficulté avec l'écriture et la lecture. Elle permet également de convaincre les personnes initialement réticentes à participer, grâce à un argumentaire fort de l'enquêteur, tout en évitant des déplacements incompatibles avec nos obligations professionnelles.

En effet, les autres alternatives nous ont semblé plus difficiles à mettre en place pour des raisons logistiques ou financières :

- les entretiens en « face-à-face » auraient nécessité un temps démesuré de collecte des données, lié aux déplacements itératifs induits par cette méthode ainsi qu'une probable réticence de la part de la population à nous laisser « pénétrer » dans leur foyer.

- l'auto-administration, quant à elle, aurait conduit à un coût élevé (frais postaux) pour probablement un faible rendement.

Nos prédécesseurs, dans les années 80, avaient utilisé leur réseau relationnel pour distribuer les questionnaires sous forme papier, questionnaires qui étaient alors auto-administrés sans l'intervention des enquêteurs.

Cette méthode ne garantissant pas la représentativité de l'échantillon interrogé, nous ne l'avons pas retenue.

On notera tout de même que les résultats obtenus par D Melmi (83) et G Ciancaleoni (15) (qui ont travaillé conjointement sur le même échantillon) et ceux de C Collin (16) sont très proches, on peut donc en conclure que leurs panels étaient relativement bien constitués. Ceci peut s'expliquer par le nombre considérable de sujets interrogés (près d'un millier) et la multitude des moyens de diffusion (lycées, entreprises, maisons de retraite ...).

B) LES MODALITES D'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE

a) La présentation de notre travail

Lorsque la personne décrochait, je me présentais en insistant sur mon statut d'étudiante à la faculté de médecine de Nancy, sur le thème de l'étude (la santé) et sur ses aboutissants (une thèse).

Je soulignais également le caractère strictement anonyme des déclarations qui pourraient être faites et la durée de l'interview qui était estimée à une quinzaine de minutes.

b) Les horaires d'appels

Chaque foyer a été contacté par téléphone, soit en semaine (le plus souvent l'après midi entre 13h30 et 17h30 ou en soirée de 18h à 21h), soit le samedi matin de 10h à midi.

En cas d'absence, nous avons rappelé le foyer à des horaires différents, dans la limite de 6 appels.

Les appels aboutissant sur un répondeur étaient considérés comme des non-réponses.

Les entretiens téléphoniques se sont déroulés sur deux mois, au printemps 2007.

Un étudiant en psychologie s'est joint à moi afin d'optimiser cette phase de collecte des données.

c) Le tirage au sort de l'individu à interroger

L'individu éligible était sélectionné par la méthode anniversaire (individu dont l'anniversaire était le prochain à venir parmi les adultes du foyer) (51).

- Si la personne retenue était présente et disponible au moment de l'appel, le questionnaire lui était immédiatement administré.

- Si elle le souhaitait, un rendez-vous téléphonique lui était proposé.

- Si elle était absente, un rendez-vous était pris en fonction des disponibilités déclarées par ses proches.

d) L'argumentaire utilisé pour limiter les refus

En cas de réticence de la personne à participer à cette étude, nous insistions sur le fait que la validité de notre travail repose sur un fort taux de participation, qu'il s'agissait d'un travail universitaire local et en aucun cas commercial, que l'enquête était strictement anonyme et pour finir, que la personne ne serait pas recontactée par la suite.

Nous précisions également que nous pouvions convenir d'un rendez-vous si la personne le souhaitait.

6) LE TRAITEMENT DES DONNEES

A) LA SAISIE DES DONNEES

Les entretiens téléphoniques étaient immédiatement retranscrits sur questionnaires papiers. Puis, une fois l'enquête terminée, les données ont été saisies sur matrice informatique grâce au logiciel de statistiques SPSS ® (72).

B) LES TESTS STATISTIQUES

Dans un premier temps, nous avons étudié les données recueillies au cours de notre enquête en utilisant le « **test de χ^2** ».

Ce test permet d'évaluer l'importance des écarts entre des fréquences observées à l'intérieur d'échantillons aléatoires et des fréquences théoriques qui devraient être observées si l'hypothèse nulle était vraie (100).

L'hypothèse nulle (H_0) affirme qu'il n'existe aucune différence significative entre les fréquences observées dans nos « groupes d'individus » et les fréquences attendues.

Nous avons choisi un seuil de signification du test (risque α) à 5%.

Puis dans un second temps, nous nous sommes attelés à comparer nos résultats à ceux des études précédentes ; en faisant appel pour cela, à un test d'hypothèse sur 2 pourcentages (100).

L'hypothèse nulle (H_0) retenue est l'hypothèse selon laquelle on ne note pas de différence significative entre les réponses des deux populations (celle de 1980 et celle de 2007).

Comme précédemment, nous avons choisi un seuil de signification du test (risque α) à 5%.

RESULTATS

1) L'ECHANTILLON

A) LA PARTICIPATION DES SUJETS, LES REFUS ET LES ABANDONS

a) La participation

En tout 417 appels furent passés, 263 personnes décrochèrent, 114 acceptèrent de participer à l'étude et au final 108 questionnaires furent valides (6 personnes ont abandonné en cours d'interview).

10 appels n'ont pas abouti (numéros non attribués, entreprises).

Près de 2/3 des appels ont abouti.

Le taux de participation s'élève à 43,3 %. Ce qui nous a paru satisfaisant étant donné notre manque d'expérience et la durée relativement longue du questionnaire.

Avec le recul, nous pensons que les personnes ont été sensibles au fait que nous étions originaires de leur région et que leur participation était primordiale pour nous.

Pour information, le taux de participation des grandes enquêtes nationales se situe aux environs de 60-70%.

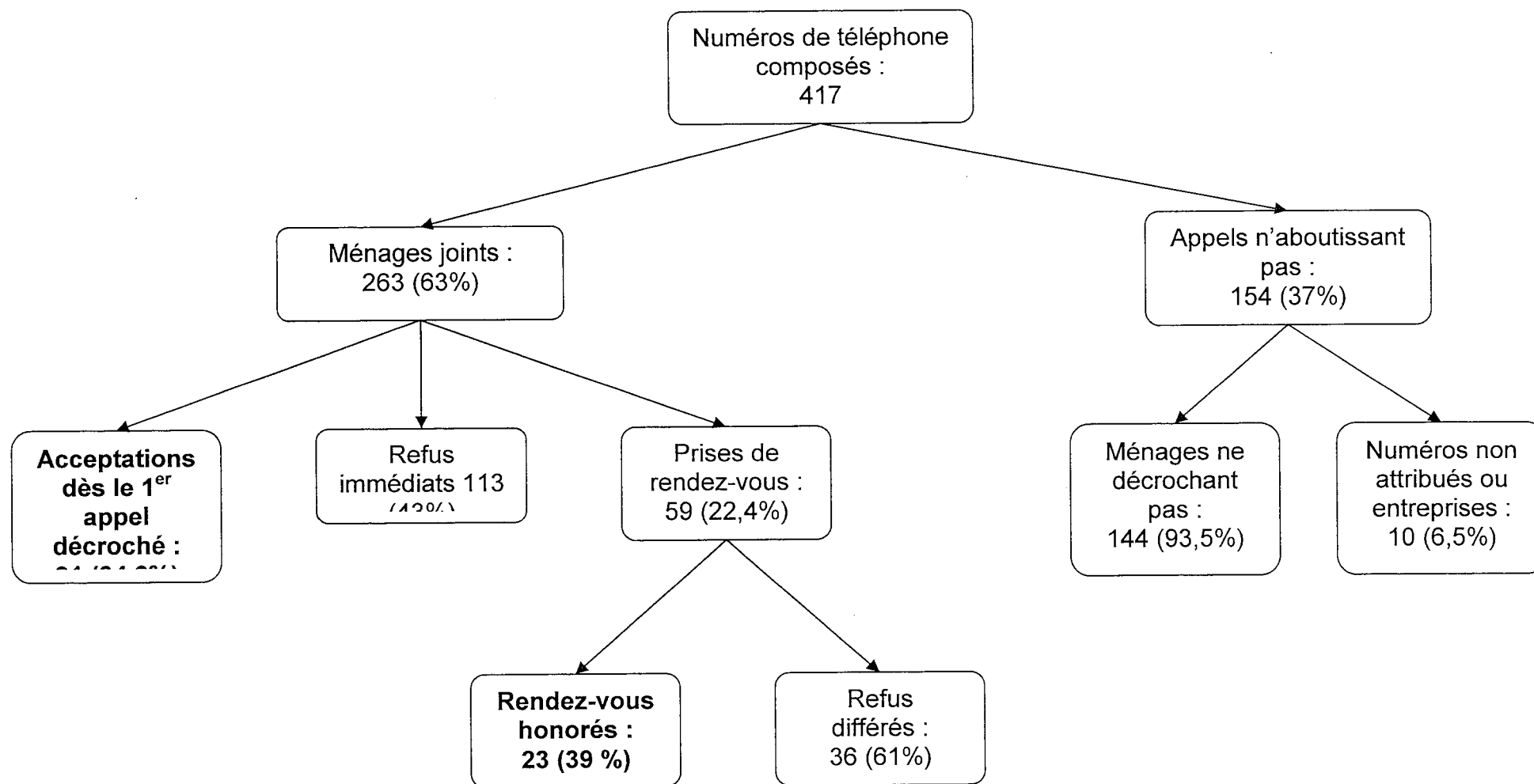


Figure 1 : La participation

b) Les refus

1) Le taux de refus

Par refus, nous entendons, tout appel ayant abouti (c'est-à-dire tout appel décroché), mais dont le répondant refuse de nous faire entrer en contact avec la personne éligible ou lorsque cette personne elle-même refuse de participer à l'étude.

Le taux de refus s'élève à 56,7% :

149 personnes ont refusé de participer : 113 personnes sur les 263 ménages contactés ont refusé immédiatement (refus immédiats : 43% des ménages joints) tandis que 36 personnes sur les 59 qui nous avaient fixé un rendez-vous ont finalement changé d'avis (refus différés : 13,7% des ménages joints).

Lorsqu'une personne exprimait son refus de participer à l'étude nous lui demandions son sexe, son âge, sa profession et le motif.

2) Les caractéristiques sociologiques des personnes refusant de participer

- le sexe

Tableau 2 : Répartition des refus en fonction du sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Hommes	50	33,6
Femmes	99	66,4
Total	149	100

50 hommes et 99 femmes ont refusé de répondre à notre questionnaire.

- l'âge

Tableau 3 : Répartition des refus en fonction de l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
18-29 ans	0	0
30-59 ans	22	15
60 ans et plus	58	39
Non communiqué	69	46
Total	149	100

Parmi les personnes ayant refusé de participer, aucune n'est âgée de moins de 30 ans, 15% ont entre 30 et 59 ans, 39% ont plus de 60 ans ; près de la moitié n'a pas souhaité préciser son âge.

- la profession

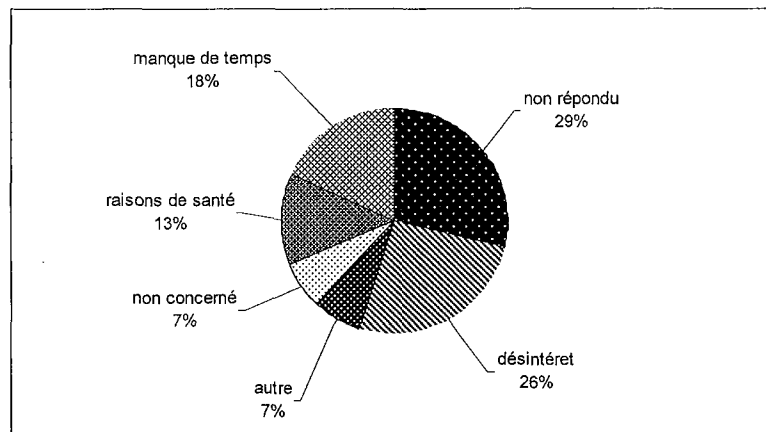
La majorité des personnes refusant l'entretien n'a pas précisé sa profession (73 sujets), 61 sujets sont retraités, 11 sont en CDI, deux sans activité, un en CDD et un au chômage.

Au total, la majeure partie des refus est le fait de personnes de plus de 60 ans, de retraités, de femmes (comme nous le verrons ci-dessous, cette population est proche de celle ayant accepté de répondre au questionnaire).

Ces résultats sont à manier avec une grande prudence étant donnée la forte proportion de sujets n'ayant pas souhaité préciser leur identité.

3) Les motifs de refus

Figure 2 : Motifs de refus



Les principaux motifs de refus sont les suivants :

Le **désintéret pour le sujet** de notre étude ou le simple **manque d'envie** de participer ont été évoqués par 38 des 149 personnes refusant de répondre à nos questions soit $\frac{1}{4}$ d'entre elles.

Souvent la personne précisait, peut-être pour ne pas nous vexer, que d'une manière générale elle ne répondait pas aux enquêtes. Parfois elle se plaignait de la multitude de sondages qui inondent les médias (pour mémoire, notre enquête s'est déroulée en pleine campagne présidentielle).

Le **manque de temps** était évoqué par 27 personnes soit 18% des réfractaires, même si nous leur proposons de les rappeler à un moment plus propice.

Des **raisons de « santé »** étaient alléguées par 19 personnes soit 13 % de la population refusant de répondre. Les motifs les plus souvent évoqués étant la « fatigue » et la « vieillesse ». Ce chiffre non négligeable peut être expliqué par une forte proportion de sujets de plus de 60 ans parmi les personnes refusant de nous accorder un entretien.

Le fait de ne **pas se sentir concerné** était cité par seulement 10 sujets soit 7% des « non répondants ». Ces personnes se disaient en bonne santé et ne voyaient pas en quoi elles pouvaient nous être utiles, pensant sans doute, malgré nos explications, que notre étude visait avant tout les malades.

Divers **autres motifs** ont été prétextés par 7% des récalcitrants, à savoir la peur du non respect de l'anonymat, le manque de confiance en nous (plusieurs personnes pensaient que nous enquêtions pour la Sécurité Sociale) ou la mauvaise maîtrise de la langue française.

Enfin la grande majorité des refus (près d' $\frac{1}{3}$) n'était **pas explicitée**. Le sujet précisant simplement de manière plus ou moins courtoise, qu'il n'avait pas à se justifier.

A noter que parmi les refus, la plupart émanaient de la personne qui décrochait le téléphone et qui n'était pas forcément la personne éligible.

c) Les abandons

Six interviews ont été interrompues avant la fin ; 5 à l'initiative du répondant qui trouvait le questionnaire trop long et une à notre demande car les conditions ne permettaient pas d'obtenir des réponses exploitables (la personne parlant très mal le français).

Le taux d'abandon s'élève à 5,2%.

B) LES CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES DE L'ECHANTILLON DE LA POPULATION ETUDIEE

a) Le genre (question 1)

On note une prédominance de **femmes** interrogées, puisqu'elles représentent **66,7%** de la population de notre échantillon de 108 sujets.

b) L'âge (question 3)

Tableau 4 : Répartition de la population selon les classes d'âge

Classes d'âge	Fréquence	Pourcentage
18-29 ans	19	17,6
30-39 ans	22	20,4
40-49 ans	15	13,9
50-59 ans	15	13,9
60 ans et plus	37	34,2
Total	108	100,0

La **moyenne d'âge** de notre échantillon est de **48 ans**.

Le plus jeune sujet interrogé a 19 ans, le sujet le plus âgé a 85 ans.

Un tiers de l'échantillon est âgé de plus de 60 ans, un peu plus d'un tiers est âgé de moins de 40 ans et un peu moins d'un tiers est âgé de 40 à 60 ans.

Tableau 5 : Répartition de la population dans les classes d'âge en fonction du sexe

Classes d'âge	Hommes : fréquence (%)		Femmes : fréquence (%)		Total	
18-29 ans	27,8	(10/108)	12,5	(9/108)	17,6	(19/108)
30-39 ans	33,3	(12/108)	13,9	(10/108)	20,4	(22/108)
40-49 ans	5,6	(2/108)	18	(13/108)	13,9	(15/108)
50-59 ans	8,3	(3/108)	16,7	(12/108)	13,9	(15/108)
60 ans et plus	25,0	(9/108)	38,9	(28/108)	34,2	(37/108)
Total	100,0	(36/108)	100,0	(72/108)	100	(108/108)

Les hommes prédominent dans les classes d'âge jeunes contrairement aux femmes, qui elles sont majoritaires dans les groupes plus âgés.

c) La situation familiale (questions 4 et 5)

Tableau 6 : Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	16	14,8
Concubinage, union libre	15	13,9
Marié(e), pacsé(e)	56	51,9
Divorcé(e), séparé(e)	12	11,1
Veuf(ve)	9	8,3
Total	108	100,0

Plus de la moitié des sujets est mariée ou pacsée (51,9%).

Les gens vivant en couple représentent plus de deux tiers (65,8%) de l'échantillon, 14,8% des sujets sont célibataires, 11,1% divorcés et 8,3% sont veufs.

73% des répondants ont un ou plusieurs enfants.

d) Le niveau d'études et la situation professionnelle (questions 6 et 7)

Tableau 7 : Répartition de la population selon le dernier diplôme obtenu

Dernier diplôme obtenu	Fréquence	Pourcentage
Certif. d'études / sans diplôme	32	29,6
Brevet, CAP, BEP	34	31,5
Baccalauréat	14	13,0
Diplôme d'enseignement sup (DUT,BTS, paraméd. ...)	17	15,7
Diplôme de faculté ou grandes écoles	11	10,2
Total	108	100,0

Près d'un tiers de la population ne possède pas de diplôme ou le seulement le certificat d'études, un autre tiers un diplôme inférieur au baccalauréat (brevet, CAP, BEP), le dernier tiers possède le baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures.

Plus la population est jeune plus elle est diplômée ($p < 0,001$).
61% des moins de 40 ans ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat (36,6% ont un diplôme d'études supérieures) ; quant aux personnes de plus de 60 ans, elles ne sont que 16,2% à être bacheliers. Les sujets âgés de 40 à 60 ans se trouvent dans une position intermédiaire : 36,7% ont le baccalauréat (et 30% ont fait des études supérieures).

Le sexe n'intervient pas de manière significative dans le niveau d'instruction ($p > 0.1$).

Tableau 8 : Répartition de la population selon la situation professionnelle

Situation professionnelle	Fréquence	Pourcentage
CDI	40	37,0
CDD / intérim	5	4,6
Chômage	3	2,8
Etudiant / en formation	5	4,6
Sans activité professionnelle	12	11,1
Retraité	40	37,0
Autre	3	2,8

La plupart des individus de notre échantillon est titulaire d'un contrat à durée indéterminée (CDI) (37%) ou est à la retraite (37%). Rares sont les sujets en situation précaire (contrat à durée déterminée, intérim, chômage) (7,4%).

La situation professionnelle des répondants varie selon :

- le sexe ($p = 0.037$) :

Plus de la moitié des hommes (52,8%) occupe un emploi stable (CDI), contre 29,2% pour les femmes.

Une femme sur 6 est sans activité professionnelle tandis qu'aucun homme n'est dans cette situation ; les femmes prédominent également dans le groupe des retraités (40,3% des femmes pour 30,5% des hommes).

- l'âge ($p < 0.001$) :

Logiquement on retrouve plus de 90% de retraités chez les plus de 60 ans.

Les plus jeunes, âgés de moins de 40 ans, sont pour 61% d'entre eux en CDI contre 46,7% des 40-60 ans.

C'est parmi les gens d'âge intermédiaire (40-60 ans) que l'on retrouve le plus de personnes sans activité professionnelle (23,3% contre 9,7% pour les 18-40 ans).

- le niveau d'étude ($p = 0.001$) :

Plus de la moitié des bacheliers (54,8%) occupe un emploi stable contre un 1/4 (25,7%) seulement des personnes moins ou non-diplômées. Ces dernières, plus âgées, sont pour plus de la moitié à la retraite.

On notera que 3 sujets travaillant en libéral ont été regroupés dans la catégorie « autre ».

e) La commune de résidence

Tableau 9 : Répartition de la population selon la commune de résidence

Commune	Fréquence	Pourcentage
Hayange	34	31,5
Serémange	11	10,2
Ranguevaux	5	4,6
Longwy	16	14,8
Briey	13	12,0
Joeuf	13	12,0
Lantéfontaine	4	3,7
Avril	4	3,7
Mancieulles	7	6,5
Mance	1	0,9

Comme attendu, les deux villes les plus représentées sont celles qui comptent le plus d'habitants : Hayange arrive en tête, regroupant 31,5% des sujets de l'étude, Longwy venant en seconde position avec 14,8%, talonnée par Joeuf et Briey, toutes deux avec 12% des effectifs.

Deux communes ne sont pas représentées, il s'agit de Anoux (287 habitants) et Les Baroches (348 habitants) dans le canton de Briey.

C) LE RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE

a) Pathologies chroniques

Question 8 : Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ?

1-oui

2-non

37% des sujets interrogés déclarent souffrir d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

Les principales maladies citées sont le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le cancer et l'asthme.

Il n'est pas surprenant d'observer que plus la population vieillit, plus elle est atteinte de pathologies chroniques ($p < 0,001$) ; ainsi 62,5% des malades ont plus de 60 ans.

Les moins diplômés ($p < 0,001$) et les retraités ($p < 0,001$) sont également les personnes les plus fréquemment atteintes de maladies chroniques.

Les gens les moins touchés par ces pathologies sont ceux qui jouissent d'une situation professionnelle stable ($p < 0,001$).

(On notera que les non-diplômés et les retraités sont aussi les plus âgés.)

Il n'y a pas de lien statistique entre le genre et la présence de pathologies chroniques ($p = 0,159$).

b) Fréquence de consultation

Question 9 : À quelle fréquence consultez-vous en moyenne ?

1-moins d'une fois par an

2-une fois par an

3-tous les 6 mois

4-tous les 3 mois

5-tous les mois

6-plus d'une fois par mois

Tableau 10 : Fréquence de consultation

Fréquence de consultation	Fréquence	Pourcentage
Moins d'une fois par an	6	5,6
Une fois par an	12	11,1
Tous les 6 mois	20	18,5
Tous les 3 mois	34	31,5
Tous les mois	30	27,8
Plus d'une fois par mois	6	5,6

Deux tiers (64,9%) de la population consultent le médecin régulièrement, à savoir au moins une fois tous les trimestres.

La fréquence de consultation est influencée par :

- l'âge ($p < 0,001$) : plus les sujets sont âgés plus ils consultent.

92% des plus de 60 ans consultent au moins tous les trimestres, contre 57% des 40-60 ans et 46% des moins de 40 ans ; ceci étant sans doute lié à la plus grande prévalence des pathologies chroniques dans cette classe d'âge.

- le niveau d'études ($p = 0,003$) : les personnes qui ne possèdent pas le baccalauréat consultent davantage (77,3% voient le médecin au moins une fois tous les trimestres contre 46,4% pour les personnes ayant suivi des études supérieures). (NB : ce sont aussi les personnes les plus âgées).

- la situation professionnelle ($p < 0.001$) : les retraités consultent plus que les personnes occupant un emploi stable (90% consultent tous les 3 mois au moins contre 60% pour les dernières). Les sujets en situation professionnelle instable sont ceux qui consultent le plus épisodiquement (seuls 40% consultent au moins tous les trimestres).
- les pathologies chroniques ($p < 0.001$) : bien évidemment, les sujets souffrant de pathologies chroniques consultent plus régulièrement. 90% consultent au moins une fois tous les 3 mois contre 50% pour les individus sans maladie chronique.

Le sexe du patient n'influence pas la fréquence de consultation ($p > 0.05$).

c) Fidélité

Question 10 : Depuis combien de temps consultez-vous le même médecin traitant ?

1-depuis moins d'un an

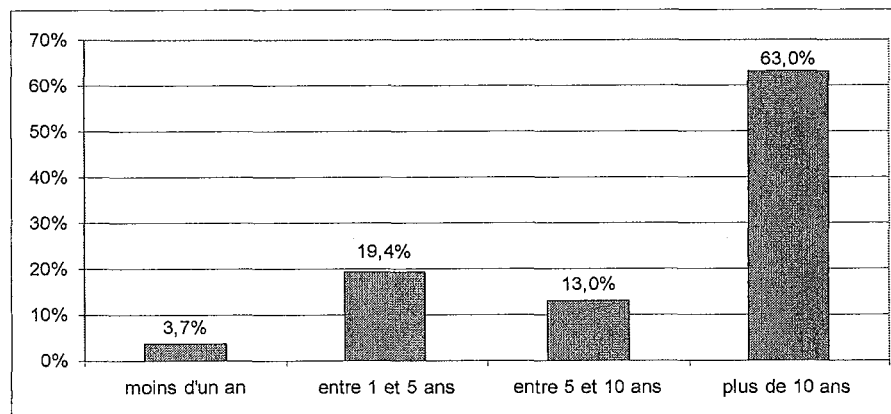
2-entre 1 et 5 ans

3-entre 5 et 10 ans

4-depuis plus de 10 ans

5-vous n'avez pas de médecin traitant

Figure 3 : Fidélité envers le médecin traitant



Près des 2/3 des individus fréquentent le même généraliste depuis plus de 10 ans.

Dans toutes les catégories sociologiques (sexe, âge, situation matrimoniale, situation professionnelle), la moitié au moins des sujets est fidèle au médecin depuis plus de 10 ans :

La fidélité des patients dépend de :

- l'âge ($p = 0.043$) : les sujets les plus âgés sont les plus fidèles. 78,4% des plus de 60 ans, 60% des 40-60 ans et 51,2% des moins de 40 ans fréquentent leur médecin traitant depuis plus de 10 ans.
- le niveau d'études ($p = 0.026$) : les moins diplômés sont les plus fidèles. Les gens qui ne possèdent pas le baccalauréat consultent pour 71,2% d'entre-eux le même médecin depuis plus de 10 ans (alors que les sujets ayant ce diplôme sont 50% dans ce cas).
- la situation professionnelle ($p = 0.028$) : les retraités sont les plus fidèles, suivis des personnes occupant un emploi instable et enfin les sujets jouissant d'une situation stable. Ils sont respectivement 80, 60 et 50% à faire appel au même praticien depuis plus de 10 ans.
- la présence de pathologies chroniques ($p = 0.016$) : les malades sont plus fidèles à leur médecin traitant : ils sont 77,5% à consulter le même médecin depuis plus de 10 ans contre 54,4% des sujets « sains ».

Comme nous l'avons déjà souligné, les retraités, les peu diplômés et les malades chroniques sont bien souvent des personnes de plus de 60 ans.

On notera qu'une seule personne sur les 108 interviewées a déclaré ne pas avoir de médecin traitant.

2) LE MEDECIN TRAITANT

A) LE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT

a) Les critères de choix du médecin traitant

Question 11 : *Comment avez-vous choisi votre médecin traitant ?*

1- *C'est le médecin le plus proche de votre domicile*

2- *On vous l'a conseillé (amis, famille...)*

3- *C'est un médecin qui a bonne réputation*

4- *C'est votre médecin de famille*

5- *Au hasard (vous avez vu sa plaque dans la rue, son nom dans l'annuaire...)*

6- *Autre...*

Tableau 11 : Critères de choix du médecin traitant (choix simple)

Critères de choix	Fréquence	Pourcentage
Proximité	39	36,1
Conseils de l'entourage	26	24,1
Bonne réputation	6	5,6
Médecin de famille	16	14,8
Au hasard	7	6,5
Autre	13	12
Ne se prononce pas	1	0,9
Total	108	100

Le choix du médecin traitant se fait de nos jours principalement sur des critères géographiques : plus d'un tiers des répondants va au plus près de son domicile.

Néanmoins, une part tout de même non négligeable de la population (un quart) se fie aux conseils de l'entourage (famille, amis...).

Le médecin traitant n'est que beaucoup plus rarement le médecin de famille (15%), choisi au hasard (6,5%), ou par sa réputation (5,6%).

Le choix du médecin traitant est influencé par :

- l'âge ($p < 0,001$) : les personnes de plus de 60 ans ont tendance à privilégier la **proximité** pour 56,8% d'entre-elles; quant aux plus jeunes (les moins de 40 ans), près d'un tiers continue à être suivi par le médecin qu'il connaît depuis l'**enfance** et un autre tiers suit les **conseils de l'entourage**.

Les personnes âgées de 40 à 60 ans ont une conduite intermédiaire : 1/3 a choisi le médecin le plus proche du domicile et un autre tiers a suivi les conseils des proches.

- le niveau d'étude ($p = 0,031$) et la situation professionnelle ($p = 0,002$)

Les non-diplômés et les retraités (qui sont aussi les plus âgés) se dirigent en premier lieu vers le praticien **proche** de leur domicile (respectivement pour 44,6 et 52,5% d'entre eux).

Les diplômés d'études supérieures se fient au contraire tout d'abord aux **conseils de leur entourage** (35,7%, contre 20% pour les non-diplômés) puis ils consultent leur médecin d'**enfance** (25% contre 9,3% pour les non-diplômés). Une part non négligeable (10,7%) fait confiance à la bonne **réputation** du professionnel de santé.

- la situation matrimoniale ($p < 0.001$) : les personnes veuves et mariées ou pacsées cherchent d'avantage la **proximité** géographique quand il s'agit de choisir un médecin. Elles sont respectivement 44 et 48% dans ce cas. Contrairement aux sujets vivant en union libre qui ne sont que 13% et aux célibataires qui sont 20% à adopter ce comportement. Ces derniers sont bien plus nombreux que les autres à continuer à consulter le **médecin de famille** (ils sont 60% contre 27% pour les personnes en union libre et 5% pour les gens mariés). Une fois encore, l'âge a probablement un rôle prépondérant, les célibataires et les personnes vivant en union libre sont souvent jeunes.

- l'image la plus représentative du médecin ($p = 0.002$).
Les répondants qui voient leur médecin principalement comme un « *technicien* » se sont fiés, pour plus de la moitié (54,5%), aux **conseils de leur entourage**.

Les personnes qui qualifient leur médecin de « *confident* » sont également plus nombreuses que la population générale à suivre les **conseils des proches** (42,8%).

Les gens qui ont choisi comme médecin traitant le **médecin de la famille**, le considèrent plus souvent que les autres comme un « *conseiller* ».

- la fidélité ($p = 0.001$) :
Les Sujets qui consultent le même médecin depuis plus de 10 ans ont d'abord choisi un praticien **proche** de leur domicile (38,2%) puis pour 22,1% d'entre eux le médecin de famille. Seuls 13,2% ont suivi les conseils de leur entourage.

Au contraire, les patients moins fidèles (depuis moins de 10 ans) ont davantage suivi les **conseils de leurs proches** (43,6%) puis vient le critère de proximité (33,3%) et enfin pour 10,2% d'entre eux le choix du médecin est le fruit du hasard.

b) Le choix du médecin selon le genre

Question 12 : Vous préférez consulter :

1-un médecin homme ?

2-un médecin femme ?

3-l'un ou l'autre ?

Tableau 12 : Préférence pour le genre du médecin (choix simple)

Préférences	Fréquence	Pourcentage
Médecin homme	10	9,3
Médecin femme	12	11,1
Indifférent	85	78,7
Non répondu	1	0,9
Total	108	100

Choisir un médecin en fonction de son sexe n'est pas un critère décisif.

En effet, l'immense majorité des répondants (78,7%) se déclare indifférente au genre du praticien.

Seuls 9,3% des sujets préfèrent être suivi par un homme et 11,1% par une femme.

Les caractéristiques sociologiques (âge, sexe, niveau d'études...) des personnes interrogées n'influencent pas les réponses à cette question.

B) LES ELEMENTS AUXQUELS LES PATIENTS ACCORDENT DE L'IMPORTANCE

Question 16 : *Chez votre médecin traitant, à quoi accordez-vous de l'importance ?*

1-A l'aspect extérieur du médecin

2-A la vie privée du médecin

3-A l'aspect du cabinet du médecin

4-Au quartier où se situe le cabinet du médecin

5-Aux opinions politiques ou religieuses du médecin

L'élément le plus important est ...

Tableau 13 : Eléments auxquels les patients accordent de l'importance

Eléments importants	Eléments importants (choix multiple) (%)	Elément « le plus important » (%)
Aspect extérieur du médecin	38,0	15,7
Vie privée	1,9	0,9
Aspect du cabinet	67,6	55,6
Quartier	24,1	4,6
Opinions personnelles du médecin	0,9	0,0
Aucun	22,2	22,2
Non répondu	0,9	0,9

L'aspect du cabinet est le principal critère, choisi par plus de 2/3 des répondants, pour juger son médecin au-delà de sa pratique à proprement parler.

L'apparence extérieure du praticien et le quartier où se situe le cabinet sont également cités par 38 et 24,1% des gens.

Seules 2 personnes accordent de l'importance à la vie privée du médecin et 1 personne à ses opinions politiques et religieuses.

Près d'un quart des sujets n'accorde d'importance à aucun des éléments proposés.

Quand on demande aux sujets de choisir l'élément le plus important à leurs yeux, l'aspect du cabinet arrive une fois encore en tête, loin devant les autres propositions.

Les réponses des sujets sont influencées par :

- le sexe ($p=0.022$) : les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à accorder de l'importance à **l'aspect extérieur du médecin** (45,8% contre 22,8%).
- l'âge ($p=0.033$) : ce sont les plus jeunes (moins de 30 ans) et les plus de 60 ans qui accordent le moins d'importance à **l'aspect du cabinet**.
Ils sont respectivement 52,6 et 56,7% dans ce cas contre 73 à 93% pour les classes d'âge intermédiaires.

On notera que la seule personne qui avoue être attentive aux **opinions politiques et religieuses** de son médecin traitant déclare par ailleurs lui parler à chaque consultation de ses problèmes personnels sans rapport direct avec sa santé (nous verrons plus loin que seules 2 personnes sur les 108 interrogées se confient à chaque consultation).

C) L'IMAGE DU MEDECIN

Question 14 : *Considérez-vous votre médecin traitant comme :*

1-un technicien

2-un ami

3-un confident

4-un conseiller

5-un guide

6-un savant

7-un éducateur

8-un modèle humain

L'élément le plus important est le ...

Tableau 14 : Image du médecin (choix multiple)

Image du médecin	Réponses par « oui » (%)	Image prépondérante (%)
Technicien	29,6	10,2
Ami	25,0	3,7
Confident	51,9	19,4
Conseiller	81,5	49,1
Guide	52,8	5,6
Savant	25,0	1,9
Educateur	31,5	0,9
Modèle humain	33,3	3,7
Ne se prononce pas	0,9	5,6

En 2007, le médecin traitant est vu comme un « conseiller » par 81,5% des sujets, puis comme un « guide » et un « confident » par plus de la moitié de la population . Ensuite viennent les images de « modèle humain », d'« éducateur » et de « technicien » pour environ un tiers des gens.

Les termes d'« ami » et de « savant », cités par un quart des répondants, arrivent en fin de classement.

Quand il s'agit de faire un choix, c'est à nouveau le terme de « conseiller » qui arrive largement en tête, cité par une personne sur deux. Suivi de « confident » (19,4%) puis « technicien » (10,2%).

L'image du médecin est influencée par :

- le sexe :
Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à voir le médecin comme un « **technicien** » (45,7% contre 22,2%) ($p=0.013$).
- l'âge :
Plus on est âgé, plus on entretient des liens amicaux avec son médecin ($p=0.018$). En effet, 40,5% des personnes de plus de 60 ans considèrent leur généraliste comme un « **ami** », alors que cela ne concerne que 23,3% des 40-60 ans et 12,5% des plus jeunes.

Le médecin apparaît également plus souvent comme un « **savant** » aux yeux des aînés ($p=0.003$) : ils sont 43,2% à le considérer ainsi, alors que les 18-39 ans ne sont que 10% et les 40-59 ans 23,3%.

On retrouve la même tendance pour le terme de « **modèle humain** », sélectionné par plus de la moitié (51,3%) des personnes âgées et seulement 15% des moins de 40 ans et 36,7% des 40-60 ans ($p=0.003$).

Les jeunes sont bien moins nombreux à reconnaître une fonction de « **confident** » à leur médecin ($p=0.006$) : ils sont un tiers dans ce cas, alors que leurs aînées sont le double.

Enfin, les moins de 30 ans considèrent plus rarement que les sujets plus âgés leur médecin comme un « **guide** » ($p=0.035$). Ils sont 1/4 à le penser contre près de 2/3 des plus de 50 ans.
- le niveau d'études :
Les moins diplômés (sans diplôme ou certificat d'études) sont davantage à voir leur médecin :
 - comme un « **ami** » (32,3% contre 14,3 pour les bacheliers) ($p=0.036$)
 - comme un « **confident** » (64,6% contre 33,3%) ($p=0.002$)
 - comme un « **conseiller** » (89,2% contre 71,4%) ($p=0.019$)
 - comme un « **modèle humain** » (56,3% contre 18 à 28 % des plus diplômés) ($p=0.003$).
- la fréquence de consultation :
D'une manière générale, les patients qui consultent régulièrement leur généraliste, c'est-à-dire au moins une fois par trimestre, sont ceux qui lui attribuent le plus de qualificatifs.
En effet, ils sont significativement plus nombreux à le définir comme :
 - « **ami** » (32,8% contre 10,8% pour ceux qui consultent épisodiquement) ($p=0.013$),
 - « **confident** » (64,3% contre 29,7%) ($p=0.001$),
 - « **conseiller** » (88,6% contre 70,3%) ($p=0.018$),
 - « **guide** » (62,8% contre 35,1%) ($p=0.006$),
 - « **savant** » (31,4% contre 13,5%) ($p=0.042$),
 - « **modèle humain** » (41,4% contre 18,9%) ($p=0.019$).
- les personnes qui souffrent de maladies chroniques ($p=0.005$) perçoivent plus souvent leur médecin comme un « **confident** » que les sujets « sains » (70% contre 41,8%).
- la fidélité : les sujets qui fréquentent le même praticien depuis plus de 10 ans sont davantage à lui accorder un statut de « **modèle humain** » ($p=0.029$). Ils sont 41,2% contre 20,5% pour les patients moins fidèles.

- la facilité à aborder des problèmes personnels sans rapport avec la santé
Les sujets qui considèrent leur médecin comme un « **confident** » sont 46,4% à lui parler régulièrement de problèmes personnels contre 17,6% pour les gens ne citant pas cet item ($p=0.002$).
Idem pour les sujets qui retiennent le terme d'« **éducateur** » et qui sont, cette fois, 47% à parler librement contre 26% pour les autres répondants ($p=0.031$).
Les gens qui ont choisi le terme de « **modèle humain** » sont 47.2% à parler régulièrement contre 25,3% ($p=0.023$).
- la confiance envers le médecin :
Les sujets qui voient en leur médecin traitant un « **ami** », un « **confident** », un « **guide** », un « **éducateur** », ou un « **modèle humain** » ressentent une plus grande confiance envers leur médecin que les personnes ne retenant pas ces termes ($p=0.005$, $p<0.001$, $p=0.012$, $p=0.004$, $p=0.002$).
- la qualité de la relation médecin-patient :

Tableau 15 : Qualité de la relation en fonction des différents qualificatifs du médecin retenus

Qualificatif du médecin	Citation par les Répondants	Relation satisfaisante ou très satisfaisante (%)	p
Technicien	Oui	81,2	$p=0.652$
	Non	77,3	
Ami	Oui	92,6	$p=0.039$
	Non	73,8	
Confident	Oui	91,1	$p=0.001$
	Non	64,7	
Conseiller	Oui	79,5	$p=0.573$
	Non	73,7	
Guide	Oui	87,7	$p=0.013$
	Non	68,0	
Savant	Oui	96,3	$p=0.009$
	Non	72,5	
Educateur	Oui	88,2	$p=0.094$
	Non	74,0	
Modèle humain	Oui	91,7	$p=0.018$
	Non	71,8	

Les termes d'« **ami** », « **confident** », « **guide** », « **savant** » et « **modèle humain** » sont statistiquement liés à une relation médecin-patient de bonne qualité.

Les personnes qui ont choisi les termes de « **technicien** », de « **conseiller** » ou d'« **éducateur** » ne sont pas plus satisfaites ni insatisfaites de leur relation de soins que les sujets n'ayant pas cité ces qualificatifs ($p>0.05$).

Nous verrons plus loin que les personnes qui voient leur médecin comme un « **confident** », un « **conseiller** », un « **éducateur** » ou un « **modèle humain** » perçoivent plus d'avantages à être suivi par un « médecin de famille » que les personnes n'ayant pas cité ces termes.

Par contre, l'image que le patient a de son médecin n'est pas liée statistiquement au nombre de changements qu'il souhaiterait voir dans sa pratique (question 38).

Concernant l'image jugée la plus représentative du médecin traitant :

- Les sujets qui citent le terme de « **technicien** » ou de « **confident** » comme le plus représentatif de l'image du médecin traitant se sont davantage fiés aux « *conseils de leur entourage* » lorsqu'il a fallu choisir ce médecin.

Quant aux gens qui ont choisi le terme de « **conseiller** », ils sont plus nombreux que les autres à consulter un « *médecin de famille* » (ce choix arrive en 2^{ème} position après le critère de proximité) ($p=0.002$).

On note que le terme de « **modèle humain** », cité 4 fois comme qualificatif le plus important, l'a été à chaque fois par des retraités, de plus de 60 ans, avec un niveau d'étude inférieur au baccalauréat et consultant au moins une fois par trimestre.

D) LES QUALITES ET LES DEFAUTS DU MEDECIN TRAITANT

a) Les avantages du médecin traitant

Question 13 : *Quels sont les avantages d'avoir un médecin de famille ?*

1-il est plus facilement disponible qu'un autre médecin

2-il vous connaît mieux

3-il vous met plus à l'aise

4-il vous consacre plus de temps

5-il vous explique mieux ce que vous avez

6-il ne présente aucun avantage

Le principal avantage est le ...

Tableau 16 : Les avantages du médecin traitant

Avantages	Réponses par « oui » (choix multiple) (%)	Principal avantage (choix unique) (%)
Disponible	55,6	13,0
Connaît le patient	88,9	57,4
Met à l'aise	73,1	13,9
Consacre du temps	41,7	2,8
Explique bien	47,2	8,3
Aucun avantage	2,8	2,8
Ne se prononce pas	0,9	1,9

C'est une évidence pour près de 90% des gens, le médecin traitant est avant tout celui qui connaît le mieux ses patients.

Les gens lui accordent également la faculté de les mettre à l'aise (73,1%), d'être plus disponible (55,6%), de mieux leur expliquer leur pathologie (47,2%) et de leur consacrer plus de temps (41,7%) que n'importe quel autre médecin.

Les personnes interrogées citent en moyenne 3,1 avantages parmi les 5 proposés.

Seuls 2,8% des répondants ne trouvent aucun intérêt à avoir un médecin traitant.

Lorsque l'on demande aux gens de citer le principal avantage à leurs yeux, c'est sans conteste le fait que leur médecin les connaisse bien qui arrive en tête (dans 57,4% des cas).

Le nombre d'avantages reconnus par les répondants au médecin traitant est lié à :

- la fréquence de consultation ($p=0.004$) : les sujets qui consultent leur médecin généraliste de façon régulière (à savoir au moins tous les trimestres) lui reconnaissent plus d'avantages.
Ils en pointent en moyenne 3,4 contre 2,5 pour les patients « occasionnels ».
- la fidélité ($p=0.007$) : plus la relation entre le médecin et le patient est ancienne, plus ce dernier reconnaît d'intérêt à être suivi par un médecin « référent ».
Les patients « fidèles » depuis plus de 10 ans citent 3,4 avantages en moyenne, contre 2,6 pour les autres personnes.

- les critiques formulées à l'encontre du médecin traitant (question 15) : assez logiquement on trouve un rapport inverse entre le nombre de reproches et le nombre d'avantages attribués au médecin traitant ($p=0.019$).
Les gens qui ne font aucun reproche au médecin généraliste lui reconnaissent en moyenne 3,4 avantages par rapport à un autre médecin, contre 2,9 pour ceux qui émettent 1 à 2 critiques et 1,6 pour ceux qui citent 3 critiques ou plus.
- les critiques formulées à l'égard des médecins en général (question 22) ($p=0.003$) : ce sont les sujets les moins critiques envers l'ensemble des médecins qui trouvent également le plus d'avantages à être pris en charge par un médecin traitant.
Les personnes satisfaites de l'« **écoute** » des médecins en général ($p=0.011$), des « **explications** » données lors de la consultation ($p=0.027$) et du « **temps** » qui leur est consacré ($p=0.008$) ont également une opinion bien plus positive sur le médecin traitant en particulier.
- l'image du médecin traitant (question 14) : les répondants qui voient leur médecin comme un « *confident* », un « *conseiller* », un « *éducateur* » ou un « *modèle humain* » perçoivent plus d'avantages à être suivi par un « médecin de famille » que les personnes n'ayant pas cité ces qualificatifs ($p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.007$, et $p<0.001$).

Quand on s'intéresse à la représentation la plus importante du médecin traitant ; les personnes qui citent le terme de « *technicien* » sont parmi celles qui reconnaissent le moins d'avantages à ce dernier ($p=0.013$).

1,9 avantage en moyenne contre 3 pour l'ensemble de la population.

- la confiance ($p<0.001$) : il existe un lien statistiquement fort entre la confiance que le patient ressent envers son médecin et le nombre d'avantages qu'il lui reconnaît.
Les sujets qui qualifient leur confiance de « forte » voire « très forte » citent 3,5 avantages en moyenne, alors que les personnes qui jugent leur confiance « variable » à « faible » n'en relèvent que 2,4.

Les gens qui ont une grande confiance en leur praticien apprécient plus que les autres sa « **disponibilité** » ($p=0.01$), le fait qu'il les « **connaisse bien** » ($p=0.011$), qu'il leur « **consacre du temps** » ($p=0.006$), ou qu'il leur donne des « **explications** » satisfaisantes ($p=0.015$).

- la relation médecin-patient ($p=0.003$) : il existe également une forte corrélation entre la qualité de la relation qui unit le médecin et son patient et le nombre d'avantages que les sujets soulignent chez ce dernier.
En effet, les gens qui qualifient leur relation de « satisfaisante » ou « très satisfaisante » lui trouvent en moyenne 3,3 avantages alors que les personnes qui qualifient leur relation d'« acceptable » à « médiocre » n'en relèvent que 2,3.

De plus, les personnes qui considèrent que leur médecin traitant est « **disponible** », les « **met à l'aise** », ou leur « **consacre suffisamment de temps** » qualifient plus volontiers la relation qu'ils ont avec lui de « satisfaisante » voire « très satisfaisante » ($p=0.005$, $p=0.033$ et $p=0.026$).

On peut enfin préciser que les caractéristiques sociologiques du répondant (sexe, âge, niveau d'études, situation professionnelle) n'influencent pas le nombre d'avantages attribués au médecin traitant.

Si l'on étudie plus en détails les divers avantages cités, en fonction des caractéristiques sociologiques des personnes interrogées, on constate que :

Selon l'âge

-les moins de 30 ans sont ceux qui apprécient le moins la **disponibilité** de leur médecin généraliste ($p=0.014$) : ils ne sont que 21,1% à citer cet avantage contre plus de la moitié (de 53 à 68%) de leurs aînés.

On notera aussi que les 3 personnes à ne trouver aucun avantage au médecin traitant font partis des moins de 35 ans.

Selon le niveau d'études et la situation professionnelle

-les non-diplômés sont ceux qui apprécient le plus le fait de **se sentir à l'aise** lors de la consultation ($p<0.001$) : 86,2% d'entre eux citent cet item contre 54,8% pour les autres personnes interrogées.

-les retraités sont paradoxalement ceux qui apprécient le plus la **disponibilité** de leur médecin traitant ($p=0.046$) : près de 3/4 (72,5%) d'entre eux citent cette proposition contre moins de la moitié des autres personnes.

Selon la fréquence de consultation

-les patients qui consultent régulièrement (tous les trimestres au moins) apprécient particulièrement le fait que le praticien les **connaisse bien** ($p=0.032$), sa **disponibilité** ($p=0.006$) et dans une moindre mesure le fait qu'il leur **consacre du temps** ($p=0.06$).

On notera également que toutes les personnes qui consultent régulièrement trouvent un ou plusieurs avantages à avoir « leur » médecin traitant. Les 3 personnes à ne trouver aucun avantage au médecin traitant consultent moins de 2 fois par an.

Selon la fidélité

-les patients « fidèles » à leur médecin généraliste depuis plus de 10 ans sont davantage à apprécier le fait d'être **à l'aise** en sa présence ($p=0.028$) et que le professionnel leur **consacre du temps** ($p=0.028$).

Selon le sexe

-Pour finir, lorsque l'on demande aux participants de citer l'intérêt principal d'avoir un médecin traitant, on constate que les hommes (par rapport aux femmes) citent plus souvent le fait que le médecin « **les connaisse mieux** », tandis que les femmes sont plus sensibles au fait que le généraliste soit « **disponible** », les mette « **à l'aise** » et leur « **explique** » la pathologie dont elles souffrent ($p=0.05$).

b) Les critiques adressées au médecin traitant

Question 15 : *Vous avez peut-être des reproches à adresser à votre médecin traitant, quels sont-ils ?*

1-il est souvent incompetent

2-il profite de la maladie des autres

3-il fait trop souvent la morale

4-il est attiré par l'argent

5-il utilise souvent un langage incompréhensible

6-il exerce un pouvoir trop important dans la société

7-il s'occupe même de ce qui ne le regarde pas

Le reproche le plus important est...

Tableau 17 : Les reproches adressés au médecin traitant

Reproches	Réponses par « oui » (choix multiple) (%)	Principal reproche (choix unique) (%)
Incompétent	8,3	6,5
Profite de la maladie	1,9	0,0
Fait la morale	13,9	9,3
Attiré par l'argent	15,7	13,9
Utilise un langage incompréhensible	11,1	8,3
Exerce un pouvoir trop important	10,2	6,5
Curieux	10,2	5,6
Aucun reproche	49,1	49,1
Ne se prononce pas	0,9	0,9

De manière générale, la population interrogée formule peu de critiques à l'égard du médecin traitant ; en moyenne 0,7 critique.

Près de la moitié des répondants ne cite aucun reproche.

Le principal reproche adressé à l'encontre du médecin traitant est la « cupidité », suivi de près par les autres attaques : faire trop souvent « la morale », utiliser un « langage incompréhensible », « s'occuper de ce qui ne le regarde pas », exercer un « pouvoir trop important » dans la société, être « incompetent » (seul le fait qu'il « profite de la maladie des autres » arrive loin derrière, sélectionné par seulement 2 personnes sur 108).

Lorsque l'on demande à la personne interrogée de citer la principale critique selon elle ; les 3 premiers reproches restent les mêmes (« être attiré par l'argent » reste en tête avec 13,9% suffrages, suivi de « faire la morale » (9,3%) et utiliser un « langage incompréhensible » (8,3%).

Le reproche d'« incompetence », par contre, gagne des places et arrive en 4ème position (6,5%).

Aucune des personnes interviewées n'a retenu l'item « profite de la maladie des autres ».

On retrouve peu de relations à la fois intéressantes et statistiquement significatives entre les réponses aux différentes questions de notre enquête et les reproches formulés à l'égard du médecin traitant.

Le sexe, l'âge, le niveau d'études, la situation professionnelle, la fréquence de consultation des répondants n'interviennent pas significativement dans leurs réponses.

Il est par ailleurs étonnant de constater que les plus « fidèles » à leur médecin et les personnes lui accordant une grande confiance lui font autant de reproches que les autres.

On note tout de même que le nombre de critiques exprimées par les répondants est influencé par :

- la qualité de la relation médecin-patient ($p=0.023$) :

Comme on pouvait s'y attendre, plus le patient est satisfait de la relation qu'il entretient avec son médecin, moins il émet de critiques.

Les gens « satisfaits » ou « très satisfaits » de leur relation font en moyenne 0,6 reproche à leur praticien alors que les personnes qui qualifient leur relation d'« acceptable » à « médiocre », en citent 1,1.

- l'image de médecin traitant :

Les sujets qui considèrent leur médecin comme un « *technicien* » semblent être plus critiques à son égard ($p=0.055$).

Ils émettent en moyenne 1 critique contre 0,6 pour les personnes qui n'ont pas sélectionné cette représentation.

Au contraire, les participants qui voient leur médecin comme un « *ami* » paraissent plus satisfaits de lui ($p=0.059$).

Ils ne lui font que 0,4 reproches en moyenne contre 0,8 pour ceux qui n'ont pas choisi ce terme.

- les avantages attribués au médecin traitant par rapport aux autres praticiens :

Les personnes qui considèrent que leur médecin généraliste « *est plus disponible* », les « *connaît mieux* », et leur « *accorde plus de temps* » formulent significativement moins de critiques à son égard ($p=0.006$, $p=0.010$ et $p=0.010$).

Si l'on étudie plus en détails certaines des critiques retenues, nous pouvons faire les constatations suivantes :

Les personnes qui se plaignent d'un manque de compétence de la part de leur médecin :

-entretiennent avec lui une relation peu satisfaisante ($p=0.009$) :

Elles sont plus de la moitié à qualifier leur relation de juste « acceptable » à « médiocre » contre 18,4% pour les gens qui ne lui reprochent pas son incompetence.

-sont globalement moins convaincues de son utilité dans le système de santé (cf question 13 sur les avantages du médecin traitant) ($p=0.014$) :

Les répondants qui jugent le médecin incompetent ne retiennent que 1,9 avantages à le consulter lui plutôt qu'un autre contre 3,2 avantages pour les personnes ne mettant pas en cause ses compétences.

-réclament davantage d'améliorations dans sa pratique (question 38) ($p=0.039$) :

Les sujets qui reprochent au médecin son incompetence demandent en moyenne 4,3 changements contre 2,7 pour les personnes qui ne le jugent pas incompetent.

-adoptent un comportement plus méfiant face à la prescription médicale (question 20) ($p=0.039$) :

Seulement 25% des patients qui déplorent un manque de compétence chez leur médecin traitant vont « *se fier aveuglément à sa prescription* » (contre 59,8% pour les sujets ne formulant pas cette critique) ; 25% solliciteront un « *deuxième avis médical* » au moindre doute (contre 8% pour les autres personnes) et enfin 50% « *demandront le traitement* » qu'ils désirent (contre 18,4%).

Les personnes qui se plaignent de **ne pas comprendre** le jargon de leur médecin traitant:

-sont plutôt des patients qui consultent occasionnellement ($p=0.013$) :

Les patients qui consultent moins d'une fois par trimestre sont 21,6% à se plaindre de ne pas comprendre leur médecin contre 5,7% pour les malades qui consultent régulièrement.

-sont des personnes qui voient souvent leur médecin comme un « technicien » ($p=0.022$) :

58,3% des gens qui ne comprennent pas le langage de leur généraliste le qualifient de « technicien » alors que ce terme n'est retenu que par 29,6% des sujets de notre échantillon.

-demandent logiquement davantage d'informations de sa part (question 38) ($p=0.039$).

c) Les améliorations souhaitées par la population

Question 38 : *Quels changements souhaiteriez-vous chez votre médecin traitant ?*

1-qu'il prenne plus de temps pour vous écouter

2-qu'il prenne plus de temps pour vous examiner

3-qu'il vous informe davantage sur votre état de santé

4-qu'il soit ponctuel

5-qu'il soit plus disponible les soirs et les week-end

6-qu'il s'intéresse davantage à votre état psychologique

7-qu'il donne plus de conseils sur la vie courante (tabac, alcool, alimentation, hygiène...)

8-qu'il soit plus compétent

9-qu'il soit plus chaleureux, convivial

10-autre...

Tableau 18 : Améliorations souhaitées par les patients (choix multiple)

Améliorations	Fréquence	Pourcentage
Prendre plus de temps pour écouter le patient	35	32,4
Prendre plus de temps pour examiner le patient	34	31,5
Informé davantage le patient sur son état de santé	42	38,9
Etre plus ponctuel	44	40,7
Etre plus disponible le soir et le week-end	44	40,7
S'intéresser davantage à l'état psychologique du patient	36	33,3
Donner plus de conseils sur la vie courante	24	22,2
Etre plus compétent	19	17,6
Etre plus chaleureux, convivial	24	22,2

Les améliorations souhaitées par les répondants ne se démarquent pas beaucoup les unes des autres en terme de fréquence.

Les 6 demandes les plus citées le sont toutes par 30 à 40% de notre population.

Les gens aimeraient en moyenne 2,8 changements.

On retrouve en tête des améliorations demandées la « ponctualité » et la « disponibilité les soirs et week-end », suivis de près par une « information » de meilleure qualité puis une prise en considération de l'« état psychologique » du patient, et davantage de temps consacré à l'« écoute » et à l'« examen clinique » du malade.

Les demandes de « conseils », de « convivialité » et d'une plus grande « compétence » arrivent en dernier.

Les rares paramètres qui influencent le nombre de changements souhaités sont :

- la qualité de la relation médecin-patient ($p=0.001$) : les personnes satisfaites de la relation qu'elles ont établie avec leur médecin traitant expriment moins de souhaits de changements dans sa pratique.
En effet, les sujets qui qualifient leur relation de « satisfaisante » voire « très satisfaisante » citent en moyenne 2,4 changements contre 4,2 pour ceux qui jugent la relation de juste « acceptable » à « médiocre ».

Plus en détails, les personnes qui demandent plus d'« écoute », plus de « **temps pour être examinées** », plus de « **conseils** », plus de « **compétences** » ou plus de « **convivialité** » de la part de leur médecin sont significativement moins satisfaites de la relation qu'elles entretiennent avec lui ($p=0.006$, $p=0.004$, $p=0.03$, $p=0.000$ et $p=0.006$).

- l'intérêt porté aux informations médicales provenant des médias (question 29 à 31):
-les personnes qui lisent, plus d'une fois par mois, des « *articles médicaux dans la presse* » demandent davantage de changements à leur médecin traitant ($p=0.014$). Elles souhaiteraient 3,7 changements en moyenne contre 2,5 pour les personnes qui s'informent moins régulièrement.
-les sujets qui regardent, à un rythme au moins mensuel, des « *émissions télévisées traitant de la santé* » sont plus demandeurs d'améliorations dans la prise en charge de leur médecin généraliste ($p=0.006$). Ils citent 3,7 changements en moyenne contre 2,5 pour les personnes moins assidues.

Les caractéristiques sociologiques du répondant, telles que son sexe, son âge, son niveau d'études ou sa situation professionnelle n'influencent pas ses réponses. Il en est de même pour la confiance que le patient a en son médecin, pour sa fidélité et la fréquence à laquelle il le consulte.

Il est étonnant de constater que le nombre de changements souhaités par les personnes interrogées n'est pas lié statistiquement au nombre de critiques ni au nombre d'avantages attribués au médecin traitant (questions 13 et 15).

Si l'on étudie plus en détails les divers changements cités en fonction des caractéristiques sociologiques des personnes interrogées, on constate que :

Concernant la demande d'information :

- Plus on est jeune, plus on souhaite d'informations de la part des médecins ($p=0.031$). 55% des moins de 40 ans formulent cette demande contre 33,3% des 40-60 ans et 27% des plus de 60 ans.
- Les personnes en situation professionnelle instable (CDD, Intérim, chômage, en formation...) sont celles qui demandent le plus à être mieux informées ($p=0.034$). Elles sont 52% à émettre cette doléance contre 38,5% pour les personnes qui occupent un emploi stable et 27,5% pour les retraités.

Concernant la demande de ponctualité et de disponibilité les soirs et les week-end :

- Les sujets diplômés sont plus sensibles à la ponctualité du médecin que les personnes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ($p=0.057$). Les bacheliers sont 52,4% à citer cet item contre 33,8% pour les non-bacheliers.
- Les personnes qui consultent occasionnellement sont paradoxalement celles qui sont les moins patientes ($p=0.048$). 54,1% des patients qui consultent moins de 2 fois par an adhèrent à cette proposition contre 34,3% pour ceux eux qui consultent plus régulièrement.
- Les patients traités pour une pathologie chronique aimeraient davantage de disponibilité de la part de leur médecin traitant ($p=0.024$). Ils sont 55% à émettre cette demande contre 32,8% pour les sujets « sains ».

Concernant la demande de prise en compte de l'état psychologique du patient :

- Les personnes qui consultent fréquemment (plus d'une fois par trimestre) se plaignent davantage que le médecin ne porte pas assez d'attention à leur moral ($p=0.05$). Elles sont 40% à émettre cette critique contre 21,6% pour les sujets qui consultent occasionnellement.

3) LES MEDECINS

A) LE PREMIER RECOURS EN CAS DE PROBLEME DE SANTE

Question 19 : En cas de léger trouble de santé, à qui demandez-vous conseil en premier ?

1-à la famille

2-aux ami(e)s

3-à votre milieu professionnel

4-au pharmacien

5-au médecin

Tableau 19: Premier recours en cas de problème de santé bénin (choix simple)

Premier recours	Fréquence	Pourcentage
Famille	21	19,4
Ami(e)s	7	6,5
Milieu professionnel	4	3,7
Pharmacien	11	10,2
Médecin	58	53,7
Autre	7	6,5

Le médecin est la personne que l'on consulte en premier lieu en cas de problème de santé, même bénin : 53,7% des gens s'orientent d'emblée vers lui.

La famille arrive en seconde position, avec près d'un sujet sur 5 qui lui demande conseil.

Puis c'est au pharmacien que l'on fait appel dans 10,2% des cas.

Plus rarement, on sollicite ses amis (6,5%) ou ses collègues de travail (3,7%).

Le choix de la personne consultée en première intention varie selon :

- l'âge ($p=0.010$) : les jeunes font significativement plus appel à la **famille** en cas de léger trouble de santé tandis que les personnes âgées s'orientent davantage vers leur **médecin**.
En effet 30,8% des moins de 40 ans demandent conseil à leurs proches (contre 21,4 % des 40-60 ans et 8,8 % des plus de 60 ans) et 82,3% des plus de 60 ans interrogent leur médecin (contre 39,3% des 40-60 ans et 48,7% des plus jeunes).
- la situation matrimoniale ($p=0.025$): les célibataires font bien moins souvent appel au **médecin** en cas de problème de santé supposé bénin.
Ils sont en effet 18,7% à adopter cette attitude contre plus de 60% pour les couples, mariés ou non, 58,3% pour les personnes séparées et 75% pour les veuf(ve)s.

- la situation professionnelle ($p=0.001$) : les personnes en situation instable (CDD, intérim, chômage, étudiants) font relativement peu appel au **médecin** (29,2% lui demandent conseil en cas de problème bénin et la même proportion fait appel à la famille).
Par contre, les retraités sont 81,1% à solliciter le médecin et seulement 10,8% la famille.
Les sujets occupant un emploi stable sont dans une situation intermédiaire (54% ont recours au médecin et 21,6% à la famille).
- la fréquence de consultation ($p=0.001$) : comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui consultent régulièrement leur **médecin** lui parleront plus spontanément de leur problèmes de santé, même bénins.
Ainsi 3/4 (73,4%) des patients qui consultent plus d'une fois par trimestre se dirigent en première intention vers le généraliste alors que cela concerne moins d'1/3 (29,7%) des autres personnes.
- les sujets qui tiennent compte des conseils de l'entourage concernant la prescription médicale (question 20) vont également plus facilement s'orienter vers la **famille** en cas de problème de santé jugé bénin ($p=0.017$).
Ils sont 33,3% à faire appel à la famille contre 13,8% pour les personnes ne suivant pas l'avis de leurs proches sur la prescription.
- les avantages à être suivi par un médecin traitant (question 13; $p=0.048$): les personnes qui reconnaissent le plus d'avantages à avoir un **médecin** traitant vont s'adresser plus spontanément à lui en cas de problème de santé même bénin.
En effet, les personnes qui ont recours au médecin lui attribuent en moyenne 3,4 avantages contre 3,1 pour celles qui s'orientent vers la famille ou les amis, 2,2 pour celles qui se fient à leurs collègues de travail et seulement 2 avantages pour les gens qui vont s'adresser d'emblée au pharmacien.
- la qualité de la relation médecin-patient ($p=0.015$) : les personnes qui entretiennent une relation de bonne qualité avec leur médecin traitant se dirigent logiquement plus spontanément vers lui en cas de problème de santé, même bénin.
Les gens satisfaits de leur relation sont 61% à faire appel au **médecin** alors qu'ils ne sont que 47,8% à le faire lorsque la relation n'est qu'acceptable à médiocre.
Lorsque les répondants ne sont pas satisfaits des rapports qu'ils entretiennent avec le médecin, ils se dirigent davantage vers les « **amis** » (17,4% contre 2,6%) ou le « **pharmacien** » (21,7% contre 7,8%).

La confiance que le répondant accorde à son médecin n'influence pas son comportement.

B) LE COMPORTEMENT FACE A LA PRESCRIPTION MEDICALE

a) Le comportement du patient face à la prescription

Question 20 : *Le plus souvent, quand vous consultez un médecin...*

1-vous vous fiez aveuglément à ses prescriptions

2-vous tenez compte de ses prescriptions mais aussi des conseils de votre entourage

3-vous gardez un œil critique et allez voir un autre médecin si ses prescriptions ne vous plaisent pas

4-vous lui demandez le médicament ou le traitement qui vous semble le plus adapté

Tableau 20 : Comportement du patient face à la prescription médicale (choix simple)

Comportement du patient	Comportement prépondérant (%)
Se fier aveuglément à la prescription	50,9
Tenir compte des conseils de l'entourage	11,1
Changer de médecin	8,3
Demander le traitement	18,5
Ne se prononce pas	11,1

Plus de la moitié des individus affirme se fier aveuglément à la prescription du médecin.

Une part tout de même non négligeable (18,5%) des sujets interrogés prétend demander au médecin le traitement « adapté » ; 11,1% des répondants déclarent tenir compte à la fois des prescriptions du médecin mais aussi des conseils de l'entourage. Quant aux 8,3% restant, il s'agit de personnes qui n'hésitent pas à demander un deuxième avis, si le premier ne les satisfait pas.

Ces comportements dépendent de :

- l'âge ($p=0.035$) : les personnes âgées sont les plus compliantes.
3/4 d'entre elles (75,9%) affirment **se fier aveuglément** aux prescriptions médicales, alors que seul 1/3 (34,5%) des 40-60ans et 60,5% des moins de 40 ans adoptent le même comportement.

Les sujets âgés de 40 à 60 ans sont les plus exigeants lors de la rédaction de l'ordonnance : 31% d'entre eux **demandent le traitement** qu'ils désirent (contre 15,8% pour leurs cadets et 17,2% pour leurs aînés). Ils sont également davantage à tenir compte des **conseils de leur entourage** (24,1% contre 13,1% pour les plus jeunes ; aucune personne âgée de plus de 60 ans n'a cité cet item).

Quant aux gens qui avouent **changer de médecin** en cas de désaccord, ils appartiennent à toutes les classes d'âges sans distinction notable.

- le reproche d'incompétence (question 15) ($p=0.039$) : les patients qui reprochent à leur médecin généraliste d'être incompétent sont logiquement plus nombreux à garder un œil critique et **solliciter un deuxième avis** en cas de doute sur la prescription (25% contre 8% pour les gens qui ne formulent pas cette critique) ; voire à **demander le traitement** qu'ils jugent adéquat (50% contre 18,4%).
Ils sont par ailleurs moins nombreux à **suivre aveuglément** les prescriptions (25% contre 59,8% pour les gens qui ne doutent pas de la compétence du praticien).

- le recueil d'informations sur Internet ($p=0.006$) : les sujets qui consultent les sites médicaux à un rythme hebdomadaire sont bien plus nombreux à **demandeur le traitement** qui leur semble convenir le mieux à leur pathologie (ils sont 85,7% dans ce cas) et par opposition ils sont bien moins nombreux à **suivre aveuglément les prescriptions** médicales de leur médecin (14,3%).

Toujours dans le domaine des médias, les gens qui jugent les informations des médias utiles pour se soigner eux même sont davantage à **demandeur le traitement** qu'ils souhaitent (50% contre 15,8%) et moins nombreux à **se fier aveuglément** aux prescriptions du médecin (28,6% contre 62,2%) ($p=0.020$).

- la confiance ($p=0.041$) : les sujets qui accordent une grande confiance (forte ou très forte) à leur médecin traitant suivent plus rigoureusement ses prescriptions et demandent moins fréquemment le traitement qui leur semblerait adapté. En effet, 65% de ces personnes disent **se fier aveuglément** à la prescription contre 44,4% pour les répondants peu confiants et seuls 11,7% **demandent le traitement** qu'ils désirent contre 36,1%.

Pour les résultats suivants, on note qu'il ne s'agit que de tendances ($0.1 > p > 0.05$) mais les écarts entre certains taux de réponses sont suffisamment frappants pour être soulignés.

- le niveau d'études ($p=0.064$) : les personnes qui ont suivi des études supérieures ont tendance à adopter un comportement plus « autonome » face à la prescription médicale. Elles sont en effet 38,5% à **demandeur le traitement** qu'elles désirent (contre 15,5% pour les non-diplômés) et 34,6% à **se fier aveuglément** aux décisions du praticien (contre 63,8% des non-diplômés).
- la fidélité ($p=0.063$) : les patients qui fréquentent le même médecin depuis plus de 10 ans semblent plus à l'aise pour lui **demandeur le traitement** qu'ils souhaitent. Ils sont 29,3% à faire cette démarche contre 7,9% pour les autres répondants. Les personnes qui consultent le médecin depuis moins de 10 ans sont plus attentifs aux **conseils de leur entourage** (ils sont 18,4%, soit plus de 2 fois plus nombreux à choisir cet item).

La qualité de la relation médecin-patient n'influence pas les réponses des personnes interrogées ($p > 0.1$).

b) Le comportement du médecin face à la prescription

Question 21 : *Quand le médecin établit sa prescription, il cherche...*

1-à ne pas décevoir le malade

2-à garder le malade dans sa clientèle

3-exclusivement à soigner le malade

Tableau 21: But principal de la prescription médicale (choix simple)

Objectif du médecin	Pourcentage
Ne pas décevoir le malade	23,1
Garder le malade	6,5
Soigner exclusivement	68,5
Ne se prononce pas	1,9

Quand on demande au public de définir l'objectif principal du médecin, plus de 2/3 des gens déclarent qu'il souhaite « exclusivement les soigner », 1/4 prétend au contraire qu'il a pour but de « ne pas les décevoir » et seulement 6,5% pensent que le médecin cherche « uniquement à garder sa clientèle ».

Les facteurs qui influencent les réponses des sujets sont :

- l'âge ($p=0.005$) : les jeunes reconnaissent un but plus louable au médecin lorsqu'il établit sa prescription que leur aînés.
Pour 85% des moins de 40 ans son objectif premier est de **soigner** le patient (contre 73,3% des 40-60ans et seulement 50% des plus de 60 ans).
Aucun jeune n'imagine que le médecin voit surtout en son patient un **client à ne pas perdre** alors que 16,7% des personnes âgées lui font ce reproche.
1/3 des personnes de plus de 60 ans pense que le praticien cherche surtout à **ne pas les décevoir** alors que cela ne concerne que 15% des plus jeunes et 23,3% des 40-60 ans.
- le niveau d'étude ($p=0.040$) : les plus diplômés sont les moins critiques.
En effet, la totalité des sujets (7/108) qui attribuent au médecin, comme objectif premier, de vouloir **garder sa clientèle**, est non diplômée.
Les personnes ayant un niveau d'études égal ou supérieur au baccalauréat sont par contre bien plus nombreuses à accorder au médecin, comme but principal, celui de **soigner** son malade (80,9% contre 62,5% pour les sujets non bacheliers).
- la situation professionnelle ($p=0.012$), la présence de pathologies chroniques ($p=0.038$) et la fréquence de consultation ($p=0.002$): sans surprise (car il s'agit des personnes les plus âgées), on note que les retraités, les sujets qui souffrent de pathologies chroniques et ceux qui consultent très régulièrement sont les plus critiques.
En effet, par rapport au reste de la population interrogée, ils reprochent davantage au médecin d'établir sa prescription dans un **but clientéliste** et moins souvent de chercher **l'amélioration de l'état de santé** du patient.

La qualité de la relation médecin-patient et la confiance ne semblent pas être déterminantes dans les réponses obtenues ($p>0.1$).

C) EXERCER LA PROFESSION DE MEDECIN

a) Les motivations des médecins dans leur choix d'orientation professionnelle

Question 23 : *On s'oriente vers la profession médicale...*

1-pour le prestige que donne le titre

2-pour consacrer sa vie à ceux qui souffrent

3-parce que c'est un métier où on gagne bien sa vie

4-pour améliorer la santé des gens

La raison prédominante est...

Tableau 22 : Motivations des médecins

Motivations des médecins	Réponses positives (%)	Motivation principale (%)
Prestige du titre	28,7	1,9
Consacrer sa vie à ceux qui souffrent	73,1	29,6
Bien gagner sa vie	55,6	12,0
Améliorer la santé des gens	90,7	56,5

La quasi-totalité de la population (90,7%) pense que l'on s'oriente vers le métier de médecin pour « améliorer la santé des gens » et plus de la moitié des gens (56,5%) considère cet objectif comme la motivation principale des étudiants.

La deuxième finalité, plus louable encore, est de « consacrer sa vie à ceux qui souffrent » ; ce critère d'orientation est cité par 3/4 des répondants et pour près d'1/3, comme motivation principale.

Plus de la moitié des gens supposent que l'intérêt financier entre en jeu dans le choix de carrière des médecins (12% des praticiens choisiraient cette orientation dans un but essentiellement lucratif).

Enfin, plus d'1/4 des sujets pense que le prestige du titre de médecin a une grande importance aux yeux de ces derniers (mais 2% seulement citent cette motivation comme décisive).

Au total, la grande majorité de la population attribue aux médecins, comme motivations prépondérantes, des motivations philanthropiques, à savoir améliorer l'état de santé des gens et même consacrer sa vie à ceux qui souffrent. Seuls 14% des sujets évoquent des objectifs plus égoïstes comme l'attrance pour l'argent ou le prestige du titre.

Les facteurs qui influencent les réponses sont :

- l'âge ($p=0.017$) : plus on est âgé et plus fréquemment on attribue au médecin l'ambition honorable de « **consacrer sa vie à ceux qui souffrent** ». 89,2% des plus de 60 ans, 70 % des 40-60 ans et 61% des moins de 40 ans pensent cela.
- le niveau d'études ($p=0.011$) : on retrouve également un lien significatif entre le niveau d'études des répondants et cette motivation. Seuls 59,5% des personnes ayant un niveau supérieur ou égal au baccalauréat ont cité cet item, alors que cela concerne 81,8% des sujets ne possédant pas ce diplôme.
- la fréquence de consultation ($p=0.002$) : les patients qui consultent au moins une fois par trimestre sont plus nombreux à considérer que leur médecin « **consacre sa vie aux malades** ». Ils sont 82,8% contre 55,3% pour les patients qui consultent moins de 2 fois par an.

- les qualités du médecin traitant (question 13) : plus les sujets reconnaissent de qualités à leur médecin (question 13) et plus ils lui accordent des motivations louables comme celle de « **consacrer sa vie aux malades** » ($p=0.001$) ou de souhaiter « **améliorer la santé des gens** » ($p=0.004$).
- l'image du médecin : les termes d'« *ami* », de « *confident* », de « *guide* », de « *savant* », d'« *éducateur* » et de « *modèle humain* » sont davantage retenus par les gens qui considèrent que le médecin « **consacre sa vie à ceux qui souffrent** » ($p<0.03$).
- la qualité de la relation médecin-patient : les personnes qui entretiennent une relation de bonne qualité avec leur médecin sont moins négatives lorsqu'elles citent les motivations de celui-ci.
En effet, elles sont plus nombreuses à supposer que le praticien souhaite « **consacrer sa vie** » aux malades et « **améliorer la santé** » des gens (respectivement 80.9% contre 43,5% pour les sujets insatisfaits de leur relation ($p<0.001$) et 95,2% contre 78,3% dans le deuxième cas ($p=0.009$)).
- Dans le même ordre d'idées, les répondants qui ont une grande confiance en leur médecin sont plus nombreux à lui attribuer comme motivation, celle de souhaiter « **améliorer la santé des gens** » ($p=0.028$).

b) Les atouts nécessaires pour devenir médecin

Question 24 : Pour pouvoir devenir médecin, il faut :

- 1-avoir la vocation
- 2-avoir des relations
- 3-être dévoué
- 4-avoir de l'argent
- 5-être travailleur

L'élément le plus important est ...

Tableau 23 : Atouts nécessaires pour devenir médecin

Atouts	Réponses positives (%)	Atout principal (%)
Avoir la vocation	81,5	39,8
Avoir des relations	25,0	0,0
Etre dévoué	83,3	22,2
Avoir de l'argent	33,3	1,9
Etre travailleur	97,2	36,1

Etre « travailleur », « dévoué » et avoir la « vocation » sont les trois grandes qualités citées pour devenir médecin et cela par plus de 80% des répondants.

La quasi totalité de la population (97,2%) est convaincue que les études médicales représentent une lourde charge de travail.

Le fait d'avoir de l'argent ou des relations arrive loin derrière (33,3 et 25% de réponses positives).

Lorsque l'on demande de citer le principal atout permettant de devenir médecin, cette fois c'est la « vocation » qui arrive en tête avec 39,8% des suffrages, suivie de près par le « travail » (36,1%) puis le « dévouement » (22,2%).

Le fait d'avoir de l'argent est évoqué par seulement 2 personnes sur les 108 constituant notre échantillon ; le fait d'avoir des « relations » n'a jamais été retenu.

Les principaux critères qui influencent les réponses sont :

- le sexe ($p=0.005$) : les femmes sont 88,9% à penser qu'il est nécessaire d'avoir la **vocation** pour exercer la profession de médecin alors que les hommes sont 66,7% dans ce cas.
- le niveau d'études ($p=0.034$) : les sujets qui ont un faible niveau scolaire (aucun diplôme ou le certificat d'études) attribuent plus souvent le **dévouement** comme qualité permettant d'exercer la profession de médecin. Ils sont 89,4% dans ce cas contre 73,8% pour les bacheliers.
- la fréquence de consultation:
Les patients qui consultent régulièrement (plus d'une fois par trimestre) sont plus nombreux (87,1%) à citer la **vocation** comme atout nécessaire pour accéder à la profession de médecin (contre 71% pour les personnes consultant moins de 2 fois par an ; $p=0.040$).
Ces patients réguliers sont également plus nombreux à évoquer la nécessité d'être **dévoué** (91% contre 68% ; $p=0.002$).
Ils sont aussi davantage (42,8%) à citer la nécessité d'avoir de l'**argent** pour réussir (contre 15,8% pour les patients qui consultent moins de 2 fois par an ; $p=0.004$).
- la fidélité ($p=0.048$) : les patients qui consultent le même praticien depuis plus de 10 ans citent plus souvent la **vocation** ou le **dévouement** comme qualité principale pour être médecin (respectivement à 45,6 et 26,5% contre 30 et 15% pour les moins fidèles). Au contraire, ils reconnaissent plus rarement le **travail** comme qualité prépondérante (26,5% contre 52,5%).
- l'image du médecin : tous les qualificatifs utilisés pour représenter le médecin sont associés positivement à la réponse **être dévoué** ($p<0.05$) sauf le terme de « technicien ».
- les motivations attribuées aux médecins dans leur choix d'orientation professionnelle (question 23) :
Comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui ont une vision philanthropique des médecins sont moins critiques lorsqu'elles expriment les atouts qui leur semblent nécessaires pour exercer cette profession.
Par exemple, les sujets pour qui l'on devient médecin afin de « consacrer sa vie à ceux qui souffrent » sont significativement plus nombreux à penser qu'il faut être **dévoué** ($p<0.001$) et avoir la **vocation** ($p=0.010$) pour exercer cette profession.
Par contre, les sujets qui attribuent au médecin la recherche d'un certain « prestige », comme motivation professionnelle, sont moins nombreux à citer la **vocation** ou le **dévouement** comme atout principal permettant de devenir médecin ($p=0.028$).
Les personnes qui attribuent aux médecins l'« intérêt financier » comme motivation sont plus nombreuses à penser qu'il faut des **relations** ($p=0.025$) et de l'**argent** ($p=0.040$) pour accéder à ce poste.
- la qualité de la relation médecin-patient : les personnes qui qualifient de satisfaisante la relation qu'elles entretiennent avec leur médecin sont plus positives lorsqu'on leur demande de citer les atouts nécessaires pour devenir médecin.
Elles sont 88,1% à évoquer la **vocation** contre 56,5% pour les sujets insatisfaits ($p=0.001$) et elles sont 88,1% à citer le **dévouement** du médecin contre 65,2% pour les personnes mécontentes de leur relation de soins ($p=0.009$).

D) LES REPROCHES ADRESSES AUX MEDECINS

Question 22 : *A votre avis les médecins...*

1-écoutent suffisamment les malades

2-expliquent suffisamment de choses aux malades

3-passent assez de temps avec les malades

4-s'intéressent suffisamment aux conséquences pratiques de leurs prescriptions sur la vie professionnelle et familiale des malades (effets secondaires des médicaments, répercussions au travail, sur la conduite automobile...)

Tableau 24 : Critiques adressées aux médecins (choix multiples)

Critiques (Les médecins...)	Fréquence	Pourcentage
N'écoutent pas suffisamment les malades	50	46,3
N'expliquent pas suffisamment de choses aux malades	59	54,6
Ne passent pas assez de temps avec les malades	61	56,5
Ne s'intéressent pas suffisamment aux conséquences	47	43,5

Les patients sont relativement critiques à l'égard des médecins (médecins généralistes et spécialistes confondus).

Ils citent en moyenne 2 reproches sur les 4 proposés et chacune des critiques obtient l'adhésion de quasiment la moitié de la population interrogée.

Les principaux reproches cités sont le « manque de temps » accordé par le praticien ainsi que le « manque d'explications » données (ils sont mentionnés par respectivement 56,5 et 54,6% de la population).

Juste derrière, c'est le « manque d'écoute » qui est pointé par 46,3% des répondants.

Les principaux facteurs qui influencent les réponses sont :

- l'âge :

Plus les sujets sont jeunes et plus ils sont critiques ($p=0.004$) :

Les répondants âgés de moins de 40 ans émettent en moyenne 2,5 critiques contre 2,1 pour les 40-60 ans et 1,4 pour les plus âgés.

En particulier, plus on est jeune et plus on se plaint de manquer d'**explications** lorsque l'on consulte un médecin ($p=0.011$) :

-les sujets de moins de 40 ans sont 68,3% à citer cette critique contre 35,1% pour les répondants les plus âgés (plus de 60 ans).

On retrouve des résultats similaires concernant le reproche « les médecins ne passent pas assez de **temps** avec les malades » :

-les moins de 60 ans sont plus de 65% à évoquer cette lacune contre seulement 37,8% de leurs aînés ($p=0.019$).

- la situation professionnelle :

Ce sont les personnes qui occupent un emploi stable qui expriment le plus de plaintes ($p=0.037$) :

Elles citent en moyenne 2,4 reproches contre 1,5 pour les retraités.

Parmi les reproches évoqués, elles citent le manque d'**explications** à 72,5%, contre 52% pour les sujets en situation instable et 37,5% pour les retraités ($p=0.017$).

- l'image du médecin traitant :
Les personnes qui considèrent leur médecin comme un « *confident* », un « *savant* » ou un « *modèle humain* » lui font statistiquement moins de reproches que les autres ($p=0.025$; $p=0.005$; $p=0.046$).
- la fidélité :
Les sujets qui fréquentent le même médecin traitant depuis plus de 10 ans lui font moins de reproches ($p=0.003$).
1,8 en moyenne contre 2,4 pour les patients moins réguliers.

En particulier, les patients les plus fidèles se plaignent plus rarement de manquer d'**explications** (ils sont dans ce cas 47,1% contre 67,5% pour les sujets ayant changé plus récemment de médecin traitant ; $p=0.039$) et ils ont également tendance à moins souffrir d'un manque d'**écoute** (ils sont 39,7% contre 57,5% ; $p=0.073$).
- la confiance :
Les répondants qui déclarent avoir une grande confiance en leur médecin traitant formulent moins de reproches à l'encontre des médecins en général ($p=0.031$).
Les personnes qui qualifient leur confiance de satisfaisante voire très satisfaisante émettent en moyenne 1,8 reproche contre 2,4 pour celles qui la disent variable à très faible.
- la qualité de la relation :
Les personnes qui qualifient la relation qu'elles entretiennent avec leur médecin traitant de « satisfaisante » ou « très satisfaisante » font **significativement** moins de reproches aux médecins en général ($p=0.002$).
1,8 reproche en moyenne contre 2,8 pour les personnes qui jugent leur relation acceptable à médiocre.

Lorsque la relation médecin-patient est satisfaisante, ce dernier lui reproche plus rarement :
un manque d'**écoute** : 41,7% contre 65,2% si la relation est de mauvaise qualité ; $p=0.045$
un manque d'**explications** : 48,8% contre 78,3% ; $p=0.012$
un manque de **temps** : 50% contre 82,6% ; $p=0.005$

On notera que le sexe et le niveau d'études n'ont pas d'impact sur le nombre de critiques adressées aux médecins.

4) LES MEDECINES « ALTERNATIVES »

L'« objet » principal de cette thèse étant le médecin, nous traiterons de manière succincte cette partie dédiée aux médecines « alternatives ».

Sur les 3 questions proposées aux répondants, seule la dernière relative à l'efficacité de ces médecines était présente dans les enquêtes antérieures.

A) LE RECOURS AUX « AUTRES MEDECINES »

Question 25 : Avez-vous déjà eu recours à ces « médecines parallèles » ?)

1-homéopathie	6-ostéopathie	11- iridologue
2-acupuncture	7-magnétisme	12-hypnose
3-phytothérapie	8-rebouteux	13-sophrologie
4-mésothérapie	9-chiropraxie	14-autres...
5-radiesthésie	10-guérisseur	

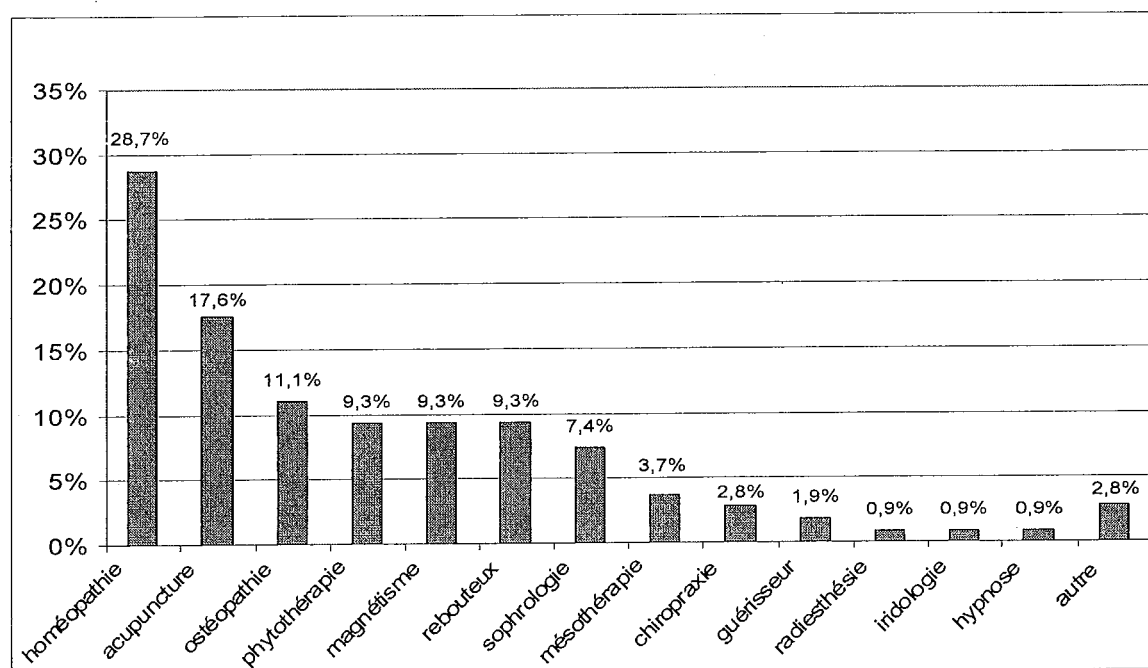
Près de la moitié (48,1%) des individus déclare avoir déjà eu recours, au moins une fois, à une « autre » médecine que la médecine « traditionnelle ».

L'« homéopathie » est la médecine douce la plus appréciée du grand public puisque 28,7% des gens y ont déjà fait appel ; elle est suivie de l'« acupuncture » avec 17,6% de pratiquants, puis de l'« ostéopathie » avec 11,1% d'adeptes.

La « phytothérapie », le « magnétisme » et le recours au « rebouteux » arrivent juste derrière (9,3% des gens y ont eu recours).

Les autres pratiques restent marginales dans notre population.

Figure 4 : Le recours aux médecines « alternatives »



On retrouve peu de relations statistiquement significatives entre les caractéristiques des individus et le recours aux « médecines alternatives ». Nous pouvons néanmoins observer quelques tendances ($p > 0.05$):

- Les femmes déclarent plus souvent avoir déjà fait appel à ces pratiques (54% des femmes contre 36% des hommes, $p = 0.077$).
- Les personnes âgées de 40 à 60 ans ont tendance à être les plus grandes consommatrices de médecines « douces ». Elles sont 63,3% à avoir déjà consulté contre 40,5% pour les plus âgés et 43,9% pour les plus jeunes.
On retrouve cette tendance pour les 6 médecines « parallèles » les plus répandues.
- Paradoxalement, on constate que les personnes qui ont une grande confiance en leur médecin traitant déclarent, pour 55% d'entre elles, avoir déjà eu recours aux autres praticiens alors que cela ne concerne que 37% des sujets qui évaluent leur niveau de confiance de variable à très faible ($p = 0.06$).

Le niveau d'études, la situation professionnelle, la fidélité envers le médecin, la fréquence de consultation ou la présence de maladies chroniques ne jouent pas de rôle significatif dans les conduites des répondants.

Le fait de recourir à des médecines « alternatives » n'est pas non plus lié aux reproches émis à l'encontre des médecins (qu'il s'agisse du médecin traitant ou des médecins en général) ni à la qualité de la relation qui s'est établie entre le médecin traitant et son patient.

B) LES MOTIFS DE RECOURS AUX « MEDECINES ALTERNATIVES »

Question 26 : Vous avez recours aux « médecines alternatives » ...

1-pour n'importe quel problème de santé

2-pour des problèmes que vous jugez bénins

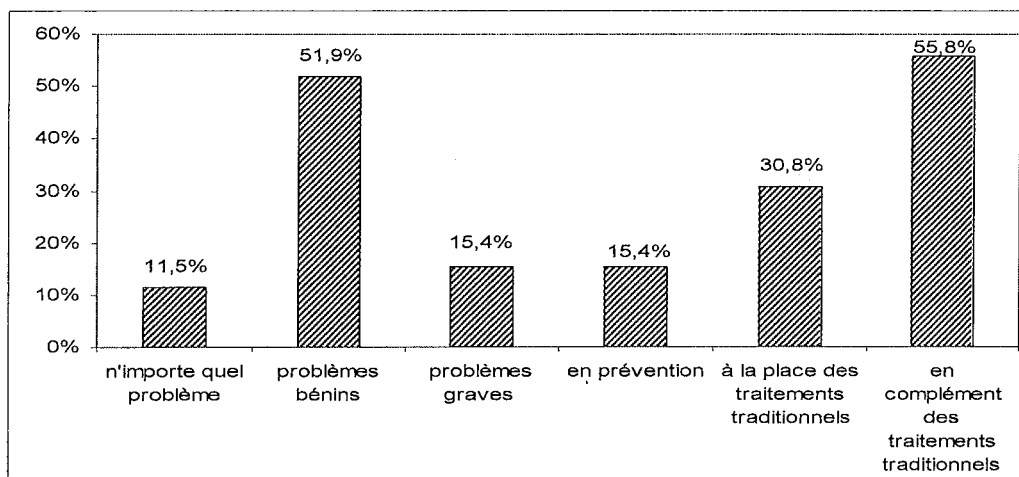
3-pour des problèmes graves quand la médecine traditionnelle est limitée

4-en complément des traitements traditionnels

5-à la place des traitements traditionnels

6-pour prévenir l'apparition de maladies

Figure 5 : Circonstances de recours aux médecines « alternatives »

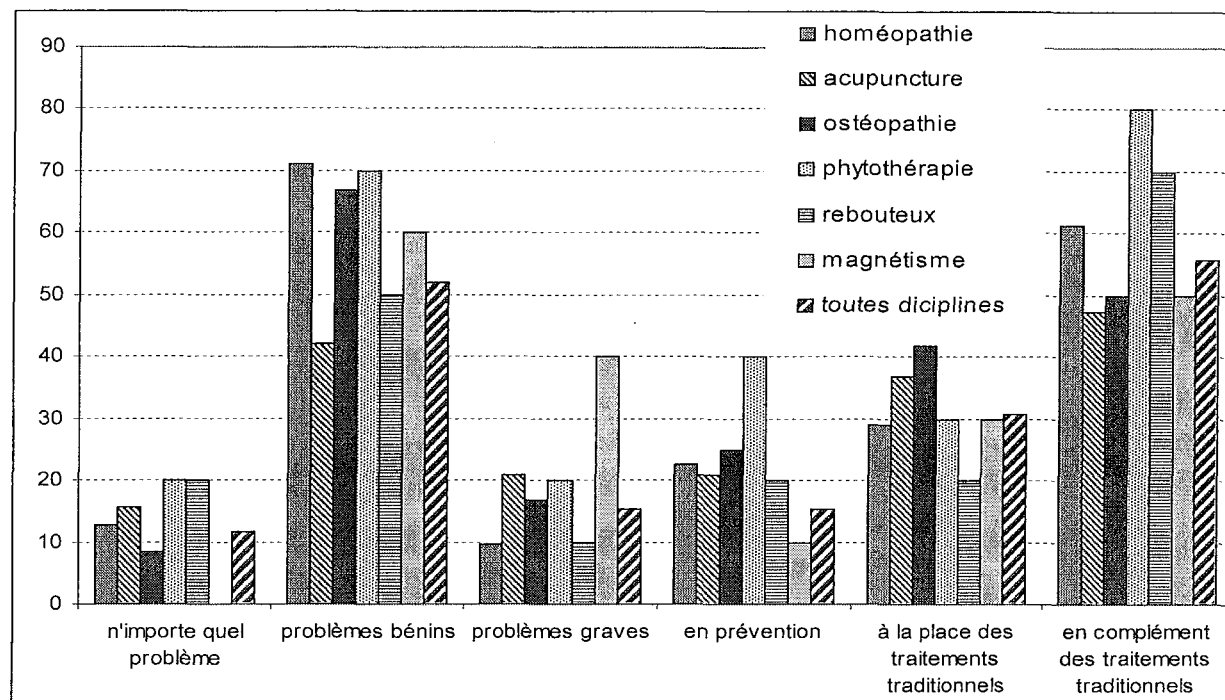


Plus de la moitié de la population déclare avoir recours aux pratiques alternatives « en compléments des traitements traditionnels » (55,8%) et pour la prise en charge de « problèmes de santé bénins » (51,9%).

Près d'1/3 (30,8%) des gens utilisent les médecines douces « à la place » des traitements « scientifiquement » reconnus.

15,4% des sujets font appels à ces pratiques pour soigner des « pathologies graves » et la même proportion dans un « but préventif ».

Figure 6 : Motifs de recours aux différentes pratiques de soins



Concernant les motifs de recours aux pratiques les plus répandues, on constate que :

Parmi les gens qui consultent l'homéopathe, 71% font appel à lui pour résoudre des **problèmes de santé bénins** ; ce chiffre est de 70% pour le recours au phytothérapeute et de 67% pour le recours à l'ostéopathe. Si l'on considère l'ensemble des disciplines, le taux s'élève à 52%.

Parmi les gens qui consultent le magnétiseur, un part non négligeable (40%) le fait afin de résoudre des **problèmes de santé jugés graves** (contre 15 % si l'on considère l'ensemble des disciplines sans distinction).

Parmi les gens qui ont recours à la phytothérapie, 80% utilisent cette méthode de soins **en complément des traitements traditionnels** ; pour le recours au rebouteux ce taux est de 70% (alors que pour l'ensemble des autres disciplines, il est de 56%).

Parmi les gens qui consultent le phytothérapeute, 40% le font dans un but **préventif**. Ce comportement est plus répandu que dans les autres disciplines puisque seuls 15% des gens qui utilisent d'autres pratiques que la médecine traditionnelle le font en prévention.

Les caractéristiques sociologiques des répondants, la présence de pathologies chroniques, la qualité de la relation médecin-patient, ni même la confiance du patient en son médecin n'influencent de manière significative les motifs de recours aux « médecines alternatives ».

C) L'EFFICACITE PRESUMEE DES MEDECINES « ALTERNATIVES »

Question 27 : *Les médecines « alternatives » sont-elles pour vous plus efficaces que la médecine traditionnelle ?*

1-oui, dans certains cas

2-oui, dans tous les cas

3-non, en aucun cas

Tableau 25: Efficacité présumée des médecines « alternatives »

Les médecines « alternatives » sont plus efficaces que la médecine « conventionnelle »...	Fréquence	Pourcentage
Dans certains cas	65	60,2
Dans tous les cas	0	0,0
En aucun cas	40	37,0
Sans opinion	3	2,8

La majorité des répondants (60,2%) considère que les médecines « alternatives » peuvent, dans certains cas, être plus efficaces que la médecine dite « conventionnelle ». Plus d'un tiers (37%) des sujets est cependant convaincu que ce n'est jamais le cas. Aucune des personnes interrogées ne reconnaît de supériorité absolue à ces pratiques « parallèles ».

Les sujets qui ont déjà testé différentes pratiques de soins ne leur reconnaissent pas plus d'utilité en matière de santé que les sujets sans expérience dans ce domaine ($p=0.329$).

Les caractéristiques sociologiques des répondants n'influencent pas de manière significative leur opinion sur cette question.

Les réponses des sujets ne dépendent pas non plus de la confiance qu'ils accordent au médecin traitant, ni de la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec lui.

5) LA MEDIATISATION DE LA SANTE

A) L'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES

Question 28 : Possédez-vous une encyclopédie ou un dictionnaire médicaux ?

1-oui 2-non

Question 29 à 31 :

Lisez-vous des revues ou des journaux traitant de la santé ?

Regardez-vous des émissions à la télévision dont le thème est la santé ?

Lisez-vous des informations médicales sur Internet ?

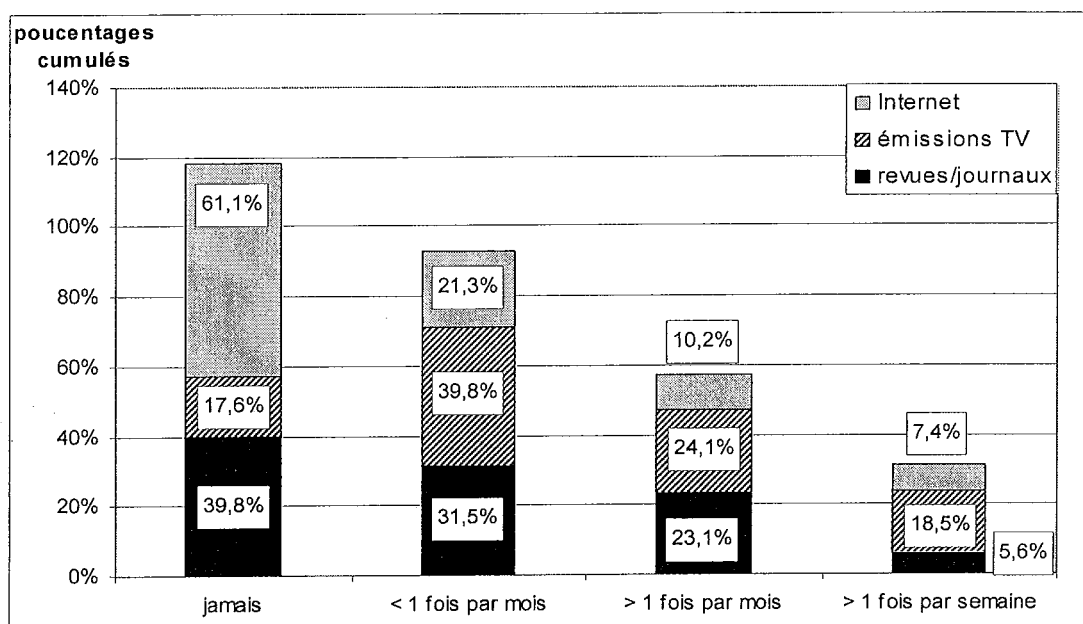
1-jamais

2-moins d'une fois par mois

3-plus d'une fois par mois

4-plus d'une fois par semaine

Figure 7 : Accès aux informations médicales



En 2007, 43,5% des gens possèdent une encyclopédie ou un dictionnaire médical. Le média préféré des Lorrains interrogés, en matière d'information médicale, est la télévision : 42,6% des répondants regardent, au moins une fois par mois, des émissions télévisées traitant de la santé. Plus d'une personne sur 4 (28,7%) lit des revues médicales et 1 sur 6 (17,6%) s'informe sur Internet, à un rythme au moins mensuel.

Les facteurs qui influencent les comportements dans le mode de recours à l'information médicale sont :

- Pour la possession d'**encyclopédies médicales** :

-le niveau d'études ($p=0.03$) : les sujets ayant suivi des études supérieures possèdent plus souvent une encyclopédie et un dictionnaire médicaux que les personnes non ou peu diplômées (57,1% contre 43,9%).

Les autres critères sociologiques n'entrent pas en compte de manière significative.

- Pour le recours aux **informations télévisées**:

-le niveau d'études ($p=0.006$) : les personnes les moins diplômées sont celles qui regardent le plus d'émissions télévisées traitant de la santé (53% des personnes n'ayant pas le baccalauréat les regardent au moins une fois par mois contre 26,2% pour les sujets ayant ce diplôme).

-la fréquence de consultation ($p=0.035$) : les patients qui consultent plus d'une fois par trimestre sont ceux qui suivent le plus assidûment les programmes télévisés sur les thèmes médicaux (ils sont 50% à les suivre au moins une fois par mois contre 28,9% pour les autres personnes interrogées).

-les personnes qui souhaitent plus d'informations de la part de leur médecin (question 38) regardent davantage d'émissions médicales à la télévision (54,8% en regardent plus d'une par mois contre 33,8% pour sujets satisfaits des informations données par leur praticien) ($p=0.032$).

- Pour la recherche d'informations sur **Internet** :

-le sexe ($p=0.049$) : les hommes sont deux fois plus nombreux à rechercher au moins une fois par mois des informations médicales sur Internet (ils sont 27,8% contre 12,5% pour les femmes).

-l'âge ($p=0.008$) : plus les répondants sont jeunes et plus ils font appel à Internet lorsqu'ils ont besoin d'une information médicale (29,3% des moins de 40 ans consultent les sites Web plus d'une fois par mois contre 20% des 40-50 ans et seulement 2,7% des plus de 60 ans).

-le niveau d'études ($p=0.006$) : les personnes ayant suivi des études supérieures ont plus fréquemment recours à Internet pour rechercher des informations médicales. Ils sont 14,3% à consulter des sites Web plus d'une fois par semaine, contre 4,5 % pour les non-bacheliers. Seulement 28,6% des diplômés n'ont jamais recours à ce média alors que cela concerne près de 3/4 (72,7%) des sujets ayant un niveau scolaire inférieur au bac.

-la situation professionnelle ($p=0.017$) : un seul retraité sur les 40 constituant notre échantillon a recours à Internet plus d'une fois par mois.

-les personnes qui déclarent demandeur à leur médecin le traitement qu'elles désirent (question 20) font plus souvent appel à Internet que celles qui n'adoptent pas ce comportement ($p=0.029$). Elles sont en effet 28,2% à rechercher des informations sur Internet plus d'une fois par mois contre 11,6% pour les autres personnes.

- Pour la recherche d'informations dans la **presse** :

-la fréquence de consultation semble avoir un impact sur ce comportement ($p=0.010$) : les patients qui voient leur médecin généraliste tous les mois sont significativement plus nombreux à lire la presse spécialisée (1 personne sur 2 la lit au moins tous les mois contre 1 patient « occasionnel » sur 5).

-les personnes souffrant de pathologies chroniques consultent davantage de revues traitant de la santé. Seuls 22,5% d'entre elles n'en lisent pas contre 50% des personnes « en bonne santé » ($p=0.013$).

-les personnes qui souhaitent plus d'informations de la part de leur médecin (question 38) lisent davantage la presse médicale ($p=0.006$). Elles sont 42,9% à le faire plus d'une fois par mois contre 18,5% pour les sujets satisfaits des informations obtenues lors des consultations médicales.

-quant aux gens qui demandent plus de compétences de la part de leur médecin ($p=0.039$), ils sont 47,4% à lire la presse plus d'une fois par mois contre 23,9% pour les personnes qui n'émettent pas ce souhait.

Le fait d'être avide d'informations médicales n'est pas déterminé par le nombre de reproches que la personne peut formuler envers les médecins (question 22) ou envers son médecin traitant (question 15).

Ni la confiance que le patient accorde à son médecin, ni la qualité de leur relation, n'ont de retentissement sur le recours aux informations provenant des médias.

B) L'UTILITE DES MEDIAS EN MATIERE DE SANTE

Question 32 : Pensez-vous que les informations médicales provenant d'encyclopédies, de revues, d'Internet ou d'émissions télévisées sont ... ?

1-utiles pour se soigner soi-même

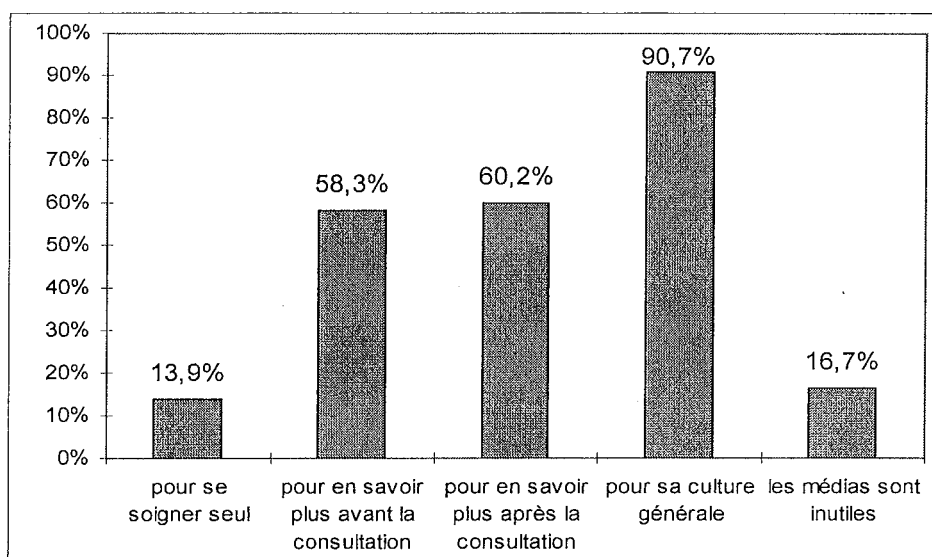
2-utiles pour en savoir un peu plus avant d'aller voir le médecin

3-des sources d'informations inutiles pour les non-médecins

4-utiles pour en savoir un peu plus en sortant de chez le médecin

5-utiles pour sa culture générale

Figure 8 : Utilité des médias



L'immense majorité de la population trouve une utilité aux médias traitant de la santé. 90,7% des gens y voient un intérêt pour leur culture générale, 60,2% les utilisent pour obtenir des informations complémentaires « après » avoir vu le médecin et 58,3% les estiment utiles « avant » même de consulter leur praticien.

Rares sont les sujets qui se servent des informations obtenues par ces médias pour se soigner eux-mêmes (13,9%), ou au contraire, qui les trouvent sans aucun intérêt (16,9%).

Les caractéristiques des individus qui influencent les résultats sont :

- **l'âge** : plus les sujets sont jeunes, plus ils voient dans les médias une source d'information **utile avant de consulter** un médecin ($p=0.014$) :
-3/4 des moins de 40 ans pensent cela contre 60% des 40-60 ans et 40% des plus de 60 ans.

Ce sont les personnes d'âge moyen (40-59 ans) qui perçoivent le plus d'utilité dans les informations mises à leur disposition ($p=0.035$) :

-elles ne sont en effet que 3,3% à les juger **inutiles** contre 17,1 % des plus jeunes et 27% de leurs aînés.

- les personnes qui souffrent de pathologies chroniques trouvent moins d'utilité aux informations provenant des médias ($p=0,021$) :
-elles sont 27,5% à les trouver totalement inutiles contre 10.3% pour les sujets en « bonne santé ».
- le comportement face à la prescription (Question 20) :
Assez logiquement, les sujets qui disent « *se fier aveuglément aux prescriptions de leur médecin* » sont ceux qui font le moins appel aux médias pour se soigner eux-mêmes ($p=0.015$) :
-ils sont 3 fois moins nombreux que les autres à adopter ce comportement (6.7% contre 22,9%).

Les gens qui « *se fient aux conseils de leur entourage* » se fient également aux informations glanées dans les médias :

-3/4 d'entre eux les utilisent « **avant** » de faire appel au médecin et la même proportion « **après** » la consultation, contre la moitié des autres individus dans ces deux cas ; $p=0.008$ et $p=0.018$.

Les personnes qui disent « *garder un œil critique et éventuellement changer de médecin* » en cas de doute ou de désaccord sur leur prise en charge sont significativement plus nombreuses à recourir aux informations médiatiques « **avant** » la consultation ($p=0.043$) :

-à savoir ¾ d'entre elles contre la moitié des autres répondants.

Quant aux personnes qui avouent « *demandeur le traitement de leur choix* », elles sont davantage (25,6%) à juger les informations des médias **utiles pour se soigner elles-mêmes** (contre 7,2% pour les autres sujets, $p=0.008$).

Elles sont également plus nombreuses à s'informer « **avant** » de se rendre chez leur praticien (71,8% contre 50,7%, $p=0.033$).

- les reproches des patients envers les médecins (question 38)
Les sujets qui réclament « *plus de compétence* » de la part de leur médecin sont davantage à utiliser les médias pour **se soigner seuls** ($p=0.015$) :
-ils sont 31,6% contre 10,2% pour les autres personnes.

Ils sont également plus nombreux à s'informer « **avant** » de consulter ($p=0.041$) :
-78,9% se servent des informations des médias avant de se rendre chez leur médecin contre 53,4% pour les autres personnes.

Ni la qualité de la relation que les patients entretiennent avec leur médecin traitant, ni la confiance ne semblent avoir d'impact sur l'utilité perçue des médias ($p>0.1$).

Les personnes qui reprochent au médecin d'utiliser un langage incompréhensible (question 15) et de ne pas donner suffisamment d'explications (question 22) ne cherchent pas plus que le reste de la population à obtenir ces informations par eux-mêmes ($p>0.1$).

6) L'ERREUR MEDICALE

A) L'EVALUATION DES COMPETENCES DES MEDECINS

a) Les réussites des médecins

Question 33 : Si l'on proposait de rendre publiques les réussites des médecins, vous y seriez... ?

1-Totalement favorable

2-Plutôt favorable

3-Indifférent

4-Plutôt défavorable

5-Totalement défavorable

Tableau 26 : Désir de la population d'avoir connaissance des réussites des médecins

Opinion		Fréquence	Pourcentage
favorable	Totalement favorable	21	19,4
	Plutôt favorable	49	45,4
indifférent	Indifférent	27	25,0
	Plutôt défavorable	10	9,3
défavorable	Totalement défavorable	1	0,9

Près des 2/3 (64,8%) des gens seraient favorables (totalement ou plutôt favorables) à la diffusion d'informations relatives à la compétence de leur médecin, 1/4 serait indifférent et seulement 10,2% défavorables (totalement ou plutôt défavorables).

Les individus les plus désireux de connaître les compétences de leur médecin sont :

- les personnes de plus de 40 ans ($p=0.017$).
80% des sujets âgés de 40 à 60 ans et 70,3% des personnes de plus de 60 ans sont favorables à ce qu'on rende publiques les réussites des médecins contre moins de la moitié (48,8%) des moins de 40 ans.
- les sujets n'ayant pas le baccalauréat ($p=0.031$).
3/4 d'entre eux souhaiteraient connaître les compétences de leur médecin contre la moitié seulement des personnes avec un niveau d'études supérieur.
- les patients qui consultent régulièrement, à savoir plus d'une fois par trimestre ($p=0.051$).
Ils souhaiteraient massivement (71,4%) avoir connaissance des réussites de leurs médecins (contre 52,6% des gens qui voient le médecin épisodiquement).
- les patients qui voient en leur médecin un « confident », un « guide », ou un « éducateur ».
Ils sont davantage favorables à ce que les compétences de leur praticien soient divulguées au grand jour ($p=0.010$, $p=0.002$, et $p=0.038$).
- les personnes dont la confiance en leur praticien est forte ou très forte ($p=0.021$).
Elles sont près de 3/4 à souhaiter une communication des réussites des médecins contre la moitié des sujets dont la confiance est jugée variable à très faible.
- les gens qui qualifient la relation avec leur médecin de très satisfaisante ($p=0.004$).
Ils sont également plus nombreux à souhaiter qu'on rende publiques les réussites de ce dernier.

b) Les fautes des médecins

Question 34 : Si l'on proposait de rendre publiques les fautes des médecins, vous y seriez... ?

1-Totalement favorable

2-Plutôt favorable

3-Indifférent

4-Plutôt défavorable

5-Totalement défavorable

Tableau 27 : Désir de la population d'avoir connaissance des fautes des médecins

Opinion		Fréquence	Pourcentage
favorable	Totalement favorable	24	22,2
	Plutôt favorable	46	42,6
indifférent	Indifférent	13	12,0
	Plutôt défavorable	24	22,2
défavorable	Totalement défavorable	1	0,9

Près des 2/3 (64,8%) des gens seraient favorables (totalement ou plutôt favorables) à la diffusion d'informations relatives aux échecs de leur médecin, 12% y seraient indifférents et 23,1% défavorables (totalement ou plutôt défavorables).

Les individus les plus désireux d'avoir connaissance des erreurs et des fautes de leur médecin sont :

- les sujets d'âge moyen (entre 40 et 60 ans) ($p=0.05$).
Ils sont 80% à souhaiter la publication des échecs de leur médecin contre 51,3% de leurs aînés et 65,8% de leurs cadets.
- les personnes qui « ne tolèrent pas que leur médecin puisse se tromper » (Question 35, $p=0.075$).
Elles sont 82% à demander la divulgation des fautes des professionnels de santé.
Au contraire, les répondants qui considèrent que l'« *erreur est humaine* » ne sont que 56% à émettre ce souhait.
- les gens qui se disent prêts à porter plainte contre leur praticien (Question 36, $p=0.1$)
Ils sont très majoritairement (74%) favorables à la publication des erreurs des médecins alors que cela concerne seulement la moitié des personnes affirmant qu'elles n'auraient jamais recours à la justice ($p=0.1$).

Ces deux résultats intéressants sont à interpréter avec prudence car ils ne sont pas statistiquement significatifs au seuil que nous nous sommes fixé ($p>0.05$).

Ni la confiance, ni la qualité de la relation médecin-patient ne semblent avoir d'impact sur le désir d'avoir connaissance des erreurs des médecins ($p=0.253$).

Le nombre de reproches formulés à l'encontre du médecin généraliste ou des médecins en général n'est pas non plus lié à ce souhait.

B) LE DROIT A L'ERREUR

Question 35 : *Acceptez-vous qu'un médecin puisse se tromper ?*

1-oui, si l'erreur n'a pas de conséquence sur ma santé

2-oui, même si l'erreur est grave, tout le monde peut se tromper

3-non, en aucun cas

Tableau 28 : Droit à l'erreur

Un médecin peut-il se tromper ?	Fréquence	Pourcentage
Oui, sous conditions	33	30,5
Oui, sans condition	64	59,3
Non, en aucun cas	11	10,2

Près de 60% des gens affirment accorder au médecin le droit à l'erreur, sans condition : qu'elle soit grave ou non, qu'elle soit à l'origine d'un préjudice ou pas. 30% de la population émet des réserves : le médecin a le droit de se tromper tant que l'erreur est insignifiante.

Une personne sur 10 est intransigeante et ne tolère aucune erreur possible de la part du professionnel de santé.

Les critères qui influencent les réponses de la population sont principalement:

- le niveau d'études ($p=0.05$) : les personnes n'ayant pas le baccalauréat acceptent en plus grand nombre l'erreur médicale, même lorsqu'elle a des conséquences sur leur santé. Elles sont 68,2% dans ce cas contre 45,2% pour les personnes ayant un niveau supérieur ou égal au baccalauréat.
- la fréquence de consultation ($p=0.002$) : les patients qui consultent régulièrement (au moins une fois par trimestre) sont beaucoup plus tolérants. Ils sont 71,4% à penser que tout le monde peut se tromper (soit deux fois plus que ceux qui ne consultent qu'occasionnellement).
- la fidélité ($p=0.019$) : les patients qui fréquentent leur médecin depuis plus de 5 ans sont plus indulgents envers lui. En effet, 79% des personnes qui voient le même médecin depuis 5 à 10 ans et 65% de celles qui le fréquentent depuis plus de 10 ans acceptent l'erreur médicale « sans condition » contre 25% pour ceux ont changé de praticien dans l'année.
- l'image du médecin généraliste :
Les sujets qui voient leur praticien comme un « *conseiller* » ($p=0.003$) ou un « *éducateur* » ($p=0.016$) sont plus tolérants et acceptent qu'une erreur puisse être commise même si celle-ci a des conséquences importantes sur leur état de santé. Pour les personnes qui définissent leur médecin comme un « *technicien* », on note qu'ils tendent à être moins tolérants si une erreur médicale se produisait : ils sont deux fois plus nombreux que les autres à ne tolérer aucune erreur (15,6% contre 8%) ($p>0.05$).
- les qualités du médecin traitant (question 13) : les personnes qui considèrent que leur praticien leur « *consacre suffisamment de temps* » sont plus indulgentes en cas d'erreur médicale. Elles sont 73,3% à tolérer une faute médicale même grave contre la moitié seulement pour les autres personnes ($p=0.05$).

- Les Sujets les plus âgés ont tendance à être plus tolérants avec leur médecin ($p=0.064$).
En effet, les personnes de plus de 60 ans sont 73% à accepter qu'un médecin puisse se tromper, même lorsque les conséquences sont graves, les 40-60 ans sont 63,3% et les plus jeunes 43,9%.
Les moins de 40 ans mettent davantage de conditions avant d'accepter une erreur médicale ; elle ne doit pas avoir de répercussion sur leur santé pour 46,3% d'entre eux, alors que les 40-60 sont 26,7% dans ce cas et les seniors, 16,2%.

Question 36 : Si suite à une erreur médicale ou un retard de diagnostic votre état de santé était sévèrement perturbé, seriez-vous prêts à porter plainte contre votre médecin traitant ?

1-oui

2-non

3-ne sait pas

Tableau 29 : Recours en justice potentiel en cas d'erreur médicale

Seriez-vous prêts à porter plainte ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	38	35,2
Non	40	37,0
Ne sait pas	30	27,8

Les réponses des personnes interrogées peuvent approximativement être divisées en 3 tiers : 1/3 des répondants affirme être prêt à aller en justice s'il était victime d'erreur médicale, un autre tiers pense qu'il ne portera jamais plainte contre son médecin, quelle que soit la gravité de la faute, et le dernier tiers est indécis.

Le recours potentiel à la justice (porter plainte) est influencé par :

- l'âge ($p=0.002$) : plus les sujets sont jeunes, plus ils seraient prêts à aller devant les tribunaux en cas d'erreur médicale.
En effet, cela concerne plus de la moitié (51,2%) des moins de 40 ans, 36,6% des 40-60 ans et seulement 16,2% des plus âgés.
- la situation professionnelle ($p=0.003$) : plus de la moitié des personnes qui occupent un emploi stable se dit capable de porter plainte contre le médecin (elles sont 55% contre 32% pour les sujets en situation professionnelle instable et 15% pour les retraités).
- la présence de pathologies chroniques ($p=0.033$) : les malades sont deux fois moins nombreux à se dire capables de porter plainte contre leur médecin en cas de faute médicale grave avérée (ils sont 20% contre 44,1% des sujets « sains »).

- le droit à l'erreur ($p=0.031$) : comme on pouvait logiquement s'y attendre, les gens qui accordent au médecin un droit à l'erreur sont significativement moins nombreux à se déclarer prêts à porter plainte si elle survient.
Ils sont 26,6% à envisager la possibilité d'aller devant les tribunaux en cas de litige grave, contre 54,5% pour les gens qui ne tolèrent aucune erreur de la part du professionnel.
- l'image du praticien aux yeux des patients : ceux qui voient leur médecin comme un « *modèle humain* » sont moins enclins à porter plainte contre ce dernier en cas de préjudice ($p=0.008$).
- le comportement du patient face à la prescription médicale (question 20) : les personnes qui se fient aux « *conseils de leur entourage* » ou qui avouent « *demandeur un deuxième avis médical* » en cas de doute sont davantage disposées à porter plainte en cas de faute médicale.
Elles sont respectivement 56,8% et 54,5% contre 23,9% et 30,2% ($p=0.002$ et $p=0.061$).
- le sentiment que le médecin traitant consacre du temps à son patient (question 13) semble lié au fait de « ne pas de porter plainte » en cas de faute médicale ($p=0.068$).
Seuls 26,6% des sujets satisfaits du temps que leur accorde le médecin traitant se disent prêts à porter plainte si nécessaire contre 41,9% pour les autres personnes.

On notera que les 4 personnes qui ont changé de médecin traitant au cours de l'année se disent toutes prêtes à porter plainte en cas de litige.

Le refus catégorique de toute erreur de la part du médecin ainsi que le recours en justice si une faute se produisait ne semblent pas être liés au nombre de reproches que le patient exprime envers son médecin traitant ou envers les médecins en général.

La qualité de la relation entre le médecin et son patient et la confiance n'ont pas non plus d'impact sur ces comportements.

Le fait d'avoir un accès quasi-illimité aux informations médicales par le biais des médias ne semble pas avoir de retentissement sur l'exigence des patients.

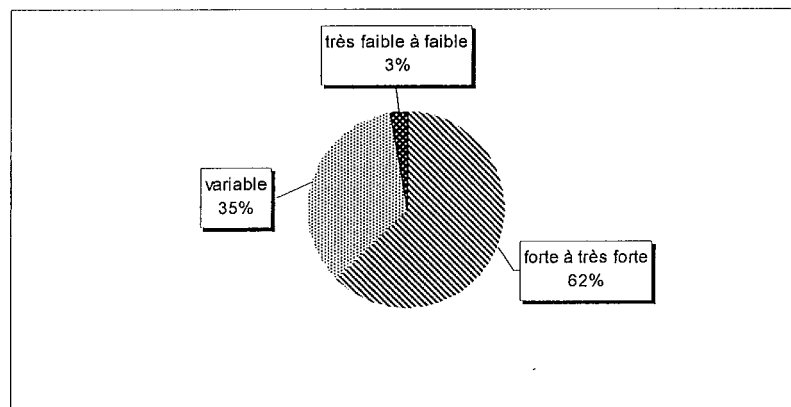
7) LA RELATION MEDECIN -PATIENT EN MEDECINE GENERALE

A) LA CONFIANCE ACCORDEE AU MEDECIN TRAITANT

Question 17 : *Comment jugez-vous la confiance que vous avez en votre médecin ?*

- 1-Très forte
- 2-Forte
- 3-Variable
- 4-Faible
- 5-Très faible

Figure 9 : Confiance accordée au médecin traitant



Près des 2/3 des patients font confiance à leur médecin traitant : ils sont 49,5% à déclarer que leur confiance est « forte » et 13,1% « très forte ».

Il y a tout de même un tiers de la population (34,6%) qui la qualifie de « variable ».

Rares sont ceux qui la décrivent comme « faible » (2,8%).

Aucun sujet de notre échantillon ne la dit « très faible ».

La confiance des patients en leur médecin est influencée par :

- le sexe ($p=0.025$) : les femmes sont 69,4% à accorder une grande confiance à leur praticien alors que leurs homologues masculins ne sont « que » 47,2% à décrire celle-ci comme forte ou très forte.
- l'âge ($p=0.031$) : ce sont les plus jeunes qui sont le moins confiants. Plus de la moitié (53,7%) des 18-29 ans décrivent leur confiance comme « variable ou faible » alors que cela ne concerne qu'un peu plus d'un quart de leur aînés (26,7% des 40-60 ans et 29,7% des plus de 60 ans).

- la situation professionnelle ($p=0.01$) : les personnes occupant un emploi stable ont moins confiance en leur médecin traitant.
La moitié d'entre eux évalue la confiance de « variable à faible » alors que cela ne concerne que 20% des personnes occupant un emploi à durée déterminée, 25% des personnes sans activité et 30% des retraités.
On notera par ailleurs, que sur les 3 chômeurs qui constituent notre échantillon, tous ont une grande confiance en leur médecin ; à l'inverse, la totalité des étudiants de notre panel (5/108) éprouve une confiance « variable à faible ».
- la qualité de la relation médecin-patient ($p=0.002$) : assez logiquement, les patients satisfaits ou très satisfaits de leur relation avec le médecin traitant sont également ceux qui lui font le plus confiance.
70,2% des satisfaits ont une confiance « forte ou très forte » en leur praticien alors que les mécontents ne sont qu'un tiers (34,8%) dans ce cas.

Comme nous l'avons vu ou nous le verrons au cours de la présentation des différents résultats de notre enquête, on note une relation statistiquement significative entre la confiance et :

- les avantages reconnus au médecin traitant (question 13)
Il existe un lien statistiquement fort entre la confiance que le patient ressent envers son médecin et le nombre d'avantages qu'il lui reconnaît ($p<0.001$).
Les gens qui ont une grande confiance en leur praticien apprécient plus que les autres sa « disponibilité », le fait qu'il les « connaisse bien », qu'il leur « consacre du temps » ou qu'il leur donne des « explications » satisfaisantes.
- l'image du médecin généraliste (question 14)
Ceux qui voient en leur médecin un « ami », un « confident », un « guide », un « éducateur » ou un « modèle humain » ressentent une plus grande confiance que les personnes ne retenant pas ces termes.
- l'aisance avec laquelle les patients abordent leurs problèmes personnels au cours de la consultation (question 18) :
Les patients peu confiants évoqueront moins facilement leurs préoccupations sans rapport direct avec leur état de santé.
- le comportement du patient face à la prescription médicale (question 20)
Ceux qui accordent une grande confiance à leur médecin traitant suivent plus rigoureusement ses prescriptions et demandent moins fréquemment le traitement qui leur semble adapté.
- les critiques formulées à l'encontre des médecins en général (question 22)
Ceux qui déclarent avoir une grande confiance en leur médecin traitant formulent moins de reproches à l'encontre des médecins en général.

On notera par ailleurs, qu'aucun lien n'a été mis en évidence entre la confiance des patients et

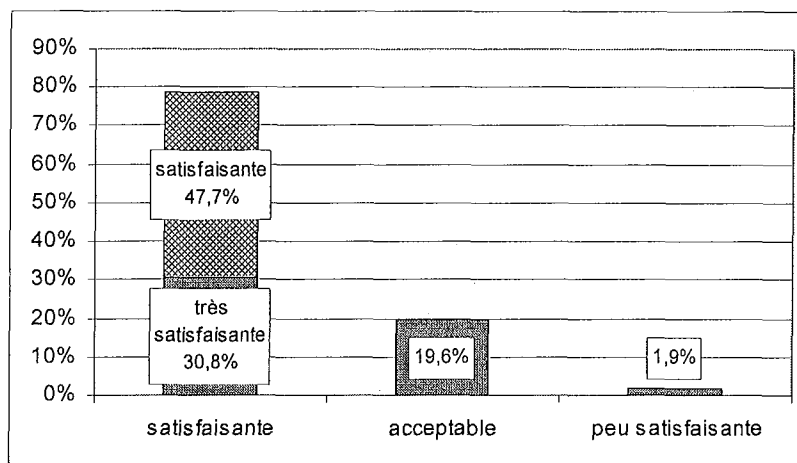
leur niveau d'études,
leur fidélité,
la fréquence de consultation,
le premiers recours en cas de problème de santé bénin,
la recherche et l'utilité des informations médicales provenant des médias,
le droit à l'erreur accordé aux praticiens,
le prestige du médecin,
et les reproches formulés ou les changements souhaités chez le médecin traitant.

B) LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Question 37 : Comment qualifiez-vous votre relation avec votre médecin traitant ?

- 1-très satisfaisante
- 2-satisfaisante
- 3-acceptable
- 4-peu satisfaisante
- 5-médiocre

Figure 10 : Qualité de la relation médecin-patient



L'immense majorité de la population (78,5%) se dit satisfaite de sa relation avec son médecin traitant. Moins d'une personne sur cinq la trouve juste acceptable et rares sont les patients peu satisfaits (2/107).

On notera que personne n'a qualifié sa relation de « médiocre ».

Les facteurs qui influencent la qualité de la relation sont :

- la fréquence de consultation ($p=0.045$) : les patients qui consultent à un rythme au moins trimestriel entretiennent une relation de meilleure qualité avec leur médecin. En effet, ils sont 84,3% à être « satisfaits » ou « très satisfaits » contre 67,6% pour les patients moins réguliers.
- la fidélité ($p=0.054$) : les gens qui fréquentent leur médecin traitant depuis peu de temps sont moins satisfaits de leur relation que les patients plus fidèles. En effet, ceux qui voient leur médecin depuis moins d'un an ne sont que 50% à décrire leur relation comme satisfaisante contre 61,9% pour les personnes qui le voient depuis 1 à 5 ans et plus de 80% pour les patients les plus fidèles.

Comme nous l'avons vu ou nous le verrons au cours de la présentation des différents résultats de notre enquête, on note une relation statistiquement significative entre la qualité de la relation qui s'est établie entre le médecin et son patient et :

-les avantages reconnus au médecin traitant (question 13)

Ceux qui reconnaissent à leur médecin généraliste de nombreux avantages (et en particulier celui d'être « disponible », de les mettre « à l'aise », et de leur « consacrer du temps ») qualifient plus volontiers la relation qu'ils ont avec lui de satisfaisante voir très satisfaisante.

-l'image du médecin (question 14)

Les termes d'« ami », « confident », « guide », « savant » et « modèle humain » sont statistiquement liés à une relation médecin-patient de bonne qualité.

-les critiques adressées au médecin traitant (question 15)

Comme on pouvait s'y attendre, plus le patient est satisfait de la relation qu'il entretient avec son médecin, moins il émet de critiques ($p=0.023$).

Les personnes qui se plaignent d'un manque de compétence de la part de leur médecin traitant entretiennent avec lui une relation peu satisfaisante ($p=0.009$).

-la confiance (question 17)

Les patients qui ont le plus confiance en leur médecin traitant sont également ceux qui sont le plus satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec ce dernier.

-l'aisance à aborder ses problèmes personnels au cours de la consultation (question 18)

Les patients peu satisfaits de leur relation avec le médecin se confient moins.

-le premier recours en cas de problème de santé bénin (question 19)

Les personnes qui entretiennent une relation de bonne qualité avec leur médecin traitant se dirigent plus spontanément vers lui en cas de problème de santé même bénin.

-les critiques formulées à l'encontre des médecins en général (question 22)

Les gens satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant font significativement moins de reproches aux médecins en général ; en particulier en ce qui concerne le manque d'« écoute », d'« explications » ou de « temps » qui leur est consacré.

-les motivations et les atouts nécessaires pour devenir médecin (questions 23 et 24)

Les sujets satisfaits de la relation médecin-patient sont plus nombreux à supposer que le praticien souhaite « consacrer sa vie aux malades » et « améliorer la santé des gens » et d'autre part qu'il est « dévoué » et qu'il a la « vocation ».

-les changements souhaités chez le médecin traitant (question 38)

Les sujets satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin formulent peu de désirs de changements dans sa pratique.

-le prestige du médecin (question 39)

Les patients satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant sont bien plus nombreux à penser que l'image du médecin reste prestigieuse.

On notera par ailleurs, qu'aucun lien n'a été mis en évidence entre la relation médecin-patient et le sexe, l'âge, le niveau d'études, la situation professionnelle, le comportement du patient face à la prescription médicale, le recours aux médecines « alternatives » ou aux sources d'information médiatiques et le droit à l'erreur accordé aux praticiens.

C) LES CONFIDENCES DU PATIENT

Question 18 : Parlez-vous à votre médecin de problèmes personnels ne concernant pas directement votre santé ?

1-Jamais

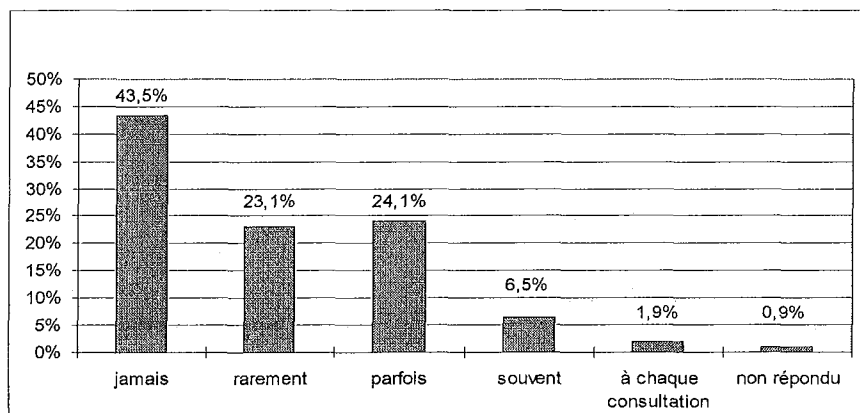
2-Rarement

3-Parfois

4-Souvent

5-À chaque consultation

Figure 11 : Fréquence à laquelle la personne évoque des problèmes personnels lors de la consultation



Deux tiers des gens ne parlent jamais ou rarement au médecin de leurs problèmes personnels et seuls 8,4% en parlent fréquemment (souvent ou à chaque consultation).

Le fait de parler de sa vie personnelle à son médecin généraliste est influencé par :

- le sexe ($p=0.001$) : les hommes évoquent beaucoup plus rarement des éléments personnels que les femmes.
Ils sont 88,6% à ne jamais ou rarement parler de leur intimité alors que les femmes sont 57% dans ce cas.
- la fréquence de consultation ($p=0.027$) : les personnes qui consultent le plus fréquemment sont celles qui parlent le plus facilement de leur vie privée.
40% des patients qui voient leur médecin au moins tous les trimestres se confient régulièrement alors que les autres sont moins de 18,9% dans ce cas.
- la qualité de la relation médecin-patient ($p=0.006$) : moins la relation entre le patient et son médecin est de qualité, moins ce dernier n'aura accès à son intimité.
91,3% des gens qualifiant leur relation d'acceptable à médiocre ne parlent jamais ou rarement de problèmes personnels contre 60,7% pour les personnes satisfaites.
- la confiance ($p=0.038$) : la grande majorité des patients qui accordent peu de confiance à leur médecin n'évoque par ailleurs jamais ses problèmes personnels en consultation.
En effet, ceux qui qualifient leur confiance de variable à très faible sont 62,5% à ne jamais se confier contre seulement 32,8% des personnes dont la confiance est forte ou très forte.
- l'image du médecin : comme nous l'avons vu précédemment, les gens qui considèrent leur médecin traitant comme un « confident », un « modèle humain » ou un « éducateur » abordent plus facilement leurs problèmes personnels avec lui.

D) LE PRESTIGE DU MEDECIN

Question 39 : Pensez-vous que l'image du médecin de famille a perdu de son prestige depuis quelques années ?

1-oui

2-non

3-ne sait pas

Tableau 30 : Perte de prestige du médecin

Pensez-vous que le médecin a perdu de son prestige ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	59	54,6
Non	30	27,8
Ne sait pas	19	17,6

Pour plus de la moitié de la population, l'image actuelle du médecin traitant n'est plus aussi valorisante que par le passé. Seuls 27,8% des personnes interrogées pensent, au contraire, que l'image du médecin reste aussi enviable qu'avant.

Les caractéristiques des individus qui affectent leur opinion sur cette question sont :

- l'âge ($p=0.053$) : les 40-60 ans sont les plus négatifs.
En effet, 70% d'entre eux considèrent que l'image du médecin a perdu de son prestige (contre 53,6% pour les plus jeunes et 43,2% pour les plus âgés). Seuls 10% des gens d'âge moyen considèrent que l'image du médecin reste bonne (contre 26,8% pour les moins de 40 ans et 43,2% pour les plus de 60 ans).
On notera que les personnes les plus âgées sont partagées sur cette question.
- la situation professionnelle ($p=0.038$) : les personnes qui occupent un emploi stable sont les plus sévères.
72,5% d'entre elles pensent que le statut du médecin n'est plus aussi enviable que par le passé (contre 44% des personnes en situation professionnelle instable et 45% des retraités). Seuls 12,5% considèrent que le prestige reste inchangé.
- la fidélité ($p=0.01$) : 35,3% des patients fidèles à leur médecin depuis plus de 10 ans pensent que son image reste gratifiante contre 15% des personnes qui consultent le praticien depuis moins longtemps. On notera que parmi ces derniers, on trouve 30% d'indécis.
- la relation médecin-patient ($p=0.012$) : les patients satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant sont bien plus nombreux à penser que l'image du médecin reste prestigieuse.
Ils sont en effet 33,3 % dans ce cas contre 4,3% pour les mécontents des contacts qu'ils ont avec le praticien.

La confiance que le patient ressent envers son médecin généraliste ne semble pas avoir d'impact sur l'image de ce dernier ($p>0.05$).

DISCUSSION

1) LA METHODOLOGIE DE NOS PREDECESSEURS

Avant de commencer à mettre en parallèle nos résultats et ceux de nos prédécesseurs, quelques précisions concernant la méthodologie de leurs travaux sont nécessaires.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le questionnaire que nous avons exploité en 2007 a auparavant servi de support à la rédaction de 3 thèses de médecine générale de 1983 à 1985 (15, 16, 83).

Les deux premiers travaux ont été réalisés conjointement par G Ciancaleoni (15) et D Melmi (83) au cours de l'année 1981.

Au total 1755 questionnaires furent distribués par les 2 investigateurs, en profitant, précisent-ils, des contacts privilégiés que leurs parents, amis et eux-mêmes avaient avec la population de la région du Pays Haut lorrain et de la Vallée de la Fensch.

Les questionnaires ont ainsi été confiés et complétés en l'absence des enquêteurs, après une explication succincte des buts poursuivis, à des employés de l'industrie, des agriculteurs, des commerçants, des artisans, des fonctionnaires (enseignement, police, gendarmerie, équipement), des malades hospitalisés, des retraités et des chômeurs.

Cette distribution empirique a permis de recueillir 924 questionnaires.

Le deuxième travail a été réalisé au cours de l'année 1982 par C Collin (16).

Une fois encore les questionnaires ont été distribués en utilisant les relations et connaissances de l'investigateur, de ses amis et de sa famille.

Sur 1560 questionnaires remis à la population, 847 furent exploitables.

Il faut préciser que 3/4 des questionnaires ont été administrés dans la région du Pays Haut lorrain et 1/4 dans la région de Nancy.

Une fois les questionnaires récupérés, les réponses des participants ont été codées, retranscrites sur cartes perforées puis montées sur bandes magnétiques et traitées par le service informatique de la Faculté de Médecine de Nancy.

Ces enquêtes n'ont pas été réalisées avec la rigueur méthodologique qu'on attend actuellement d'un travail de recherche. De plus, l'échantillon de C Collin comporte des sujets domiciliés à Nancy, donc en dehors de la zone géographique qui nous a intéressé.

Néanmoins, la similitude des résultats obtenus lors de leurs 2 enquêtes permet de penser :

- que les échantillons étaient globalement bien constitués, probablement grâce au nombre important de questionnaires recueillis.
- et que la population nancéienne n'a pas significativement modifié les résultats.

Nous resterons tout de même prudents lors de la comparaison de nos résultats avec ceux obtenus par nos collègues.

2) L'ECHANTILLON

A) LES CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES DE L'ECHANTILLON DE LA POPULATION ETUDIEE

Quelques points sont intéressants à souligner concernant les caractéristiques sociologiques de notre échantillon, en particulier la répartition par âge, par genre et la situation professionnelle.

a) Le genre et l'âge (question 1 et 3)

D'après les estimations de l'INSEE au 1^{er} janvier 2004 (61), la répartition par classes d'âge de la population lorraine est quasiment superposable à celle des Français.

A l'échelle nationale, les 20-39 ans représentent 36,2% de la population de plus de 20 ans, les 40-59 ans 36,2% et les plus de 60 ans 27,6%.

Concernant notre échantillon, les 18-39 ans représentent 38% de l'ensemble des sujets, les 40-59 ans 27,8% et enfin les plus de 60 ans 34,3%.

Tableau 31 : Répartition de la population française et lorraine par classes d'âge

Région	Pourcentages		
	20-39 ans	40-59 ans	Plus de 60 ans
Lorraine	36,3	36,7	27,0
France	36,2	36,2	27,6
Echantillon	38,0	27,8	34,3

Nous constatons donc que dans notre échantillon les plus jeunes sont bien représentés, la classe d'âge moyenne est sous représentée et les plus âgés sont surreprésentés.

Comme on pouvait s'y attendre, on trouve plus de femmes que d'hommes chez les sujets les plus âgés (tendance retrouvée dans les estimations 2004 de l'INSEE mais à une moindre échelle). Par contre, les hommes prédominent dans les classes d'âge les plus jeunes, alors qu'au niveau national les effectifs hommes/femmes sont quasiment équilibrés.

Au total, nous constatons que notre échantillon comporte une surreprésentation des personnes âgées de plus de 60 ans et de sexe féminin par rapport à la population nationale et lorraine.

Comme cela sera détaillé lorsque nous exposerons les limites de notre travail, deux hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer ces résultats :

- La première concerne les modalités d'interview.

La plupart des appels téléphoniques avaient lieu en pleine journée (plus rarement en soirée et le samedi matin), à ces horaires il est logiquement plus facile de joindre les personnes retraitées, qui sont le plus souvent des femmes, ou les personnes sans activité professionnelle, qui sont également souvent des femmes.

- La deuxième hypothèse concerne la particularité démographique de la région ciblée par notre enquête.

Nous nous sommes en effet intéressés à une région rurale, à l'écart des grandes villes de Lorraine et dont la population est probablement vieillissante (comme dans la plupart des campagnes françaises).

Concernant les travaux de nos prédécesseurs :

-La population de nos prédécesseurs était plus jeune que la population française et également plus jeune que la nôtre, puisque G Ciancaleoni et D Melmi retrouvent 13,1% de personnes âgées de 55 à 85 ans et C Collin 8,1% de personnes de plus de 62 ans.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le mode de recrutement des sujets.

En effet de nombreux questionnaires ont été distribués dans des entreprises et aux proches des investigateurs, donc à une population active et jeune.

-Leur répartition par genre était quasiment équilibrée.

b) La situation professionnelle et le niveau d'études (question 6 et 7)

- D'après les données de l'INSEE, en 2006, 88% de la population qui travaille occupe un emploi à durée indéterminée et 12% sont employés en contrat à durée déterminée ou en intérim (62).

Ces chiffres sont très proches des nôtres puisque nous retrouvons respectivement des taux de 89% (CDI) et 11% (CDD et Intérim).

Le taux de chômage dans notre population est particulièrement faible : 4,4% de la population active alors qu'il s'élève à 8,3% en Lorraine, d'après les estimations de l'INSEE au deuxième trimestre 2007 (63).

Ces chiffres peuvent s'expliquer en partie par :

- une surreprésentation dans notre échantillon des personnes âgées, donc retraitées
- un fort taux de salariés de l'industrie sidérurgique ayant bénéficié de la préretraite à la fermeture des usines
- mais surtout par le nombre important de travailleurs transfrontaliers qui profitent de l'eldorado luxembourgeois. Ils sont estimés aujourd'hui à près de 90 000 (94).

Comme nous l'avons déjà sous-entendu, notre échantillon comporte plus de personnes retraitées que la population générale. Notre panel est ainsi constitué de 1,2 actifs pour 1 retraité contre 2,2 actifs pour 1 retraité à l'échelle nationale.

- Concernant le niveau d'étude, notre échantillon comporte davantage de sujets sans diplôme ou titulaires uniquement du Certificat d'Etudes par rapport au niveau de formation de la population française (65). Ceci peut, une fois encore, s'expliquer par la surreprésentation des personnes de plus de 60 ans qui sont souvent les moins diplômées.

En comparaison avec la population étudiée il y a 25 ans :

-Notre échantillon comporte plus de sujets à faible niveau d'études.

-Il est constitué de plus de retraités (37% contre 11% pour C Collin et 7% pour D Melmi). Ces chiffres s'expliquant de nouveau par une population plus âgée en 2007.

-De plus, notre population comporte significativement moins de sujets occupant un emploi stable (37% de l'ensemble des sujets occupent un CDI contre respectivement 52% et 68% dans les années 80). Ce constat correspond à la précarisation de l'emploi que subit l'ensemble des actifs français.

B) LE RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE

a) Maladies chroniques (question 8)

D'après l'OMS, une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge durant plusieurs années. Il s'agit d'une définition très large.

Dans notre échantillon, plus d'**un tiers (37%) des sujets déclare souffrir d'une ou plusieurs pathologies chroniques.**

Étant donné le caractère extrêmement vaste des affections regroupées sous le terme de « pathologies chroniques », on ne retrouve pas de données statistiques fiables sur leur prévalence globale.

Nous savons que 13,6% des assurés affiliés au régime général sont atteints d'une pathologie considérée comme une « affection de longue durée » (ALD) (37).

Or la liste des ALD étant restrictive, de nombreux patients souffrant de pathologies chroniques ne présentent pas l'ensemble des critères requis (par exemple l'hypertension artérielle légère et modérée n'est pas prise en charge à la différence de l'hypertension artérielle sévère). Par conséquent, on estime que le nombre de patients souffrant de pathologie(s) chronique(s) est bien plus élevé que le nombre de patients en ALD.

Ce qui nous intéressait principalement dans cette question n'était pas de connaître la prévalence des maladies chroniques, mais plutôt d'**interpréter les comportements des participants en fonction de leur état de santé.**

b) Fréquence de consultation (question 9)

Près de 2/3 des gens consultent régulièrement leur médecin généraliste, à savoir au moins une fois tous les trimestres.

Ce sont logiquement les personnes âgées (donc les personnes à la retraite et peu diplômées) qui consultent le plus fréquemment, en raison de la prévalence plus importante de pathologies chroniques.

Parmi ceux qui consultent tous les mois, un nombre considérable d'entre eux a précisé spontanément que le motif de la visite était un **renouvellement de traitement**.

Comment pouvons nous interpréter cela ?

- Est-ce en quelque sorte une manière de s'«excuser» d'être des grands consommateurs de soins médicaux ? Ces patients ne peuvent pas faire autrement que de consulter leur médecin tous les mois étant donné qu'ils sont dépendants de ses prescriptions.
- Ou bien faut-il interpréter leurs commentaires comme une banalisation de la consultation médicale, de laquelle les patients ne retiennent que la finalité : l'ordonnance ?
La consultation devient-elle, pour eux, une simple formalité où l'examen clinique et les conclusions du médecin n'ont plus l'importance psychologique que perçoivent les patients qui consultent pour des pathologies aiguës ?
Ou plus grave, est-ce que leur médecin, en proie à la routine, néglige l'examen de son patient, réduisant la consultation à une simple reconduction des traitements ?

c) Fidélité (question 10)

Les participants à notre étude sont particulièrement fidèles à leur médecin traitant. En effet 63% des gens consultent leur médecin traitant depuis plus de 10 ans. D'après un sondage réalisé en 2001 par la Sofres auprès d'un échantillon national de 1003 personnes (106), 47% des gens étaient fidèles à leur médecin généraliste depuis plus de 10 ans. Ce chiffre est confirmé par une enquête plus récente réalisée en janvier 2007 par l'institut de sondage IPSOS (66).

Parmi les personnes qui fréquentent leur médecin depuis moins de 10 ans, un nombre non négligeable d'entre elles a déclaré spontanément lors de l'interview avoir **changé de médecin traitant, non par choix mais car celui-ci cessait son activité.**

Les personnes les moins fidèles sont les personnes jeunes ($p=0.043$) (qui sont également les plus diplômées ($p=0.034$) et en bonne santé ($p=0.016$)). On peut probablement expliquer cela par une plus grande mobilité géographique de cette population, pour des raisons professionnelles ou familiales.

Or, comme nous le verrons à la question 11, le médecin traitant est le médecin qui est proche de chez soi et que l'on est donc bien souvent « contraint » de quitter en cas de déménagement.

On soulignera également que les personnes atteintes de pathologies chroniques sont plus fidèles que les autres ($p=0.016$). C'est en effet dans le cas où le patient présente des antécédents chargés que l'intérêt d'avoir un médecin référent est le plus grand.

La fidélité du patient chronique est en quelque sorte une reconnaissance du rôle singulier du médecin traitant, véritable « pivot du système de santé », coordonnateur au service du malade.

On notera que les réponses que nous avons obtenues sont cohérentes avec celles provenant d'une enquête nancéienne portant sur la rupture de la relation médecin-malade, menée en 1996 par JM Boivin *et al.* (8). Celle-ci montre que c'est plutôt la population jeune et diplômée qui pratique le « nomadisme médical » et le plus souvent ce sont les contraintes extérieures qui conduisent au changement de praticien (déménagement dans 2/3 des cas, retraite, maladie ou décès du médecin pour le tiers restant).

3) LE MEDECIN TRAITANT

A) LE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT

a) Les critères de choix du médecin traitant (question 11)

- En 2007, **le médecin traitant est avant tout le médecin de proximité** (pour 36,1% des participants).

Consulter un médecin proche de chez soi présente non seulement un avantage matériel évident (il est en effet plus confortable, surtout lorsque l'on est souffrant, de limiter ses déplacements) mais aussi un avantage relationnel certain.

Le médecin est un homme (ou une femme) que le patient côtoie dans sa vie quotidienne, qui connaît l'environnement dans lequel il vit et les contraintes familiales ou professionnelles auxquelles il peut être soumis.

Cette proximité géographique induit ainsi bien souvent une plus grande proximité psychologique, fondamentale dans l'exercice de la médecine générale ; les rapports humains sont simplifiés, moins distants.

Certaines personnes ayant une vision plus critique de la médecine pourront penser que le fait de citer le critère de proximité comme critère principal n'est que le reflet du changement récent des mentalités. La santé devient un objet de consommation courant et il paraît logique dans ce cas de recourir au plus proche donc au plus rapide, pour se soigner.

Les personnes qui ont cité le critère de proximité comme primordial dans le choix de leur praticien sont surtout les personnes âgées (qui sont souvent non diplômées et retraitées). On imagine bien que ce sont elles qui éprouvent les plus grandes difficultés pour se déplacer. De plus, la plupart de ces personnes consultent régulièrement leur médecin, ainsi, le fait qu'il soit proche de chez elles revêt une grande importance.

- **Le médecin traitant est ensuite un professionnel que l'on choisit sur les conseils de son entourage** (pour 24,1% des participants).

On peut alors se demander ce qui prévaut dans ces recommandations ; s'agit-il des compétences techniques et des connaissances scientifiques du médecin ou de critères plus subjectifs tels que ses qualités humaines ou sa disponibilité ?

Cela dépend probablement des patients. On constate, par exemple, que les personnes qui voient leur médecin comme un « technicien » ou comme un « confident » (question 14) se fient en premier lieu aux conseils de leurs proches. On peut alors supposer que les premiers attendent de leur entourage des conseils sur les compétences scientifiques et techniques du médecin alors que les seconds attendent plutôt des informations sur les qualités humaines de ce dernier.

Les jeunes et les diplômés vont également privilégier les conseils de leur entourage pour choisir leur médecin, ils adoptent donc une démarche plus réfléchie que celle qui consiste simplement à aller au plus près. Ils souhaitent ainsi se donner toutes les chances de bénéficier des meilleurs soins possibles en ne laissant pas de place au hasard.

• **Le médecin traitant n'est le médecin de famille que pour 14,8% des gens interrogés.**

On retrouve ainsi une différence frappante avec les réponses obtenues par nos prédécesseurs dans les années 1980. En effet, à l'époque, 70% des sujets affirmaient choisir le médecin de famille ($p < 0.01$).

Il faut toutefois rester prudent quant à l'interprétation hâtive des chiffres de nos confrères car leur question était formulée différemment et avec une certaine ambiguïté. (Quand vous devez consulter un médecin, vous choisissez : le médecin le plus proche, qu'on vous a conseillé, qui a une bonne réputation, le médecin de famille, n'importe quel médecin ?). On parle ici du choix d'un médecin et pas exactement du choix du médecin traitant. Nous ne nous étendrons donc pas sur des interprétations qui risqueraient d'être erronées.

Pour en revenir à notre population, les sujets qui plébiscitent le médecin de famille sont les sujets jeunes, célibataires et diplômés. L'âge est probablement le principal critère qui entre en jeu (le haut niveau d'études et la situation matrimoniale étant corrélés à l'âge).

Cette population jeune, souvent en bonne santé et qui consulte peu, continue de fréquenter le médecin de son enfance, par habitude surtout. Il s'agit souvent du seul médecin que ces jeunes ont connu et qui les a vu grandir. Il a obtenu la confiance de leur parents et maintenant la leur. La question de changer de médecin ne se pose souvent à eux que lorsqu'un déménagement s'impose.

Les Français ont la chance de pouvoir choisir leur médecin traitant comme nous l'avons longuement détaillé en introduction. Or **le fait de choisir son médecin est un critère majeur de satisfaction** et cela indépendamment des qualités propres du médecin (98).

En effet, les patients se dirigent souvent inconsciemment vers un médecin qui leur ressemble et avec qui ils partagent les mêmes valeurs. Par ailleurs, la démarche de choisir son médecin permet au patient de se positionner en tant qu'acteur de sa santé, ce qui le rend en quelque sorte responsable de la qualité de sa prise en charge. Or, il est plus difficile de se plaindre de nos propres choix.

Il faut toutefois préciser qu'**en milieu rural comme ici, le choix du médecin est sans doute plus retreint** ; bien souvent un seul praticien exerce dans la commune et il faut parfois se rendre dans la ville voisine pour consulter.

De plus, il existe un particularisme local lié à l'activité minière : le **régime minier**. Les anciens mineurs et leurs familles bénéficient de la gratuité des soins médicaux. Bien que le libre choix du praticien soit reconnu par le Code de la Sécurité Sociale, jusqu'à présent les difficultés administratives encourageaient fortement les bénéficiaires de ce régime spécial à consulter le médecin salarié de la mine. Dans notre échantillon, trois personnes nous ont déclaré être affiliées à ce régime et par conséquent ne pas avoir véritablement choisi leur médecin généraliste.

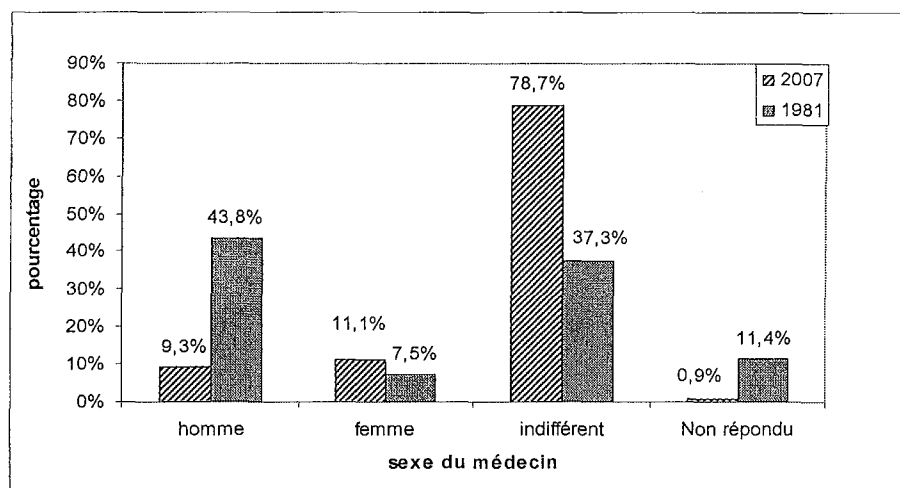
Une seule personne sur les 108 sujets interrogés a signalé ne pas avoir de médecin traitant, ce qui est très faible comparé à la population française. D'après les données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en mars 2007 20% des gens n'avaient pas déclaré de médecin traitant et d'après la SOFRES, en 2002, 12% des gens n'avaient pas de médecin de famille (105).

b) Le choix du médecin selon le genre (question 12)

Le genre du médecin n'est absolument pas un critère de choix prépondérant en 2007 : 78,7% des répondants sont indifférents au sexe de leur médecin.

C'est avant tout la **compétence** qui est recherchée : « *l'important c'est qu'il fasse bien son métier* » (sujet 5), « *l'important c'est sa compétence* » (sujet 8), « *il doit surtout être professionnel* » (sujet 15), « *il doit juste bien me soigner, peu importe son sexe, son âge, sa couleur* » (sujet 26)...

Figure 12 : Choix du médecin selon son genre



Parmi les personnes qui signalent une préférence, on ne retrouve pas de différence significative entre le choix d'un médecin homme ou femme ($p=0.96$) : **9,1% des sujets préfèrent être suivis par un homme et 11,1% des gens optent, au contraire, pour un médecin femme.**

C'est une fois encore pour des compétences particulières, comme la **prise en charge des enfants**, que le patient va affirmer sa préférence : « *une femme est plus douce avec les enfants* » (sujet 88), « *mes enfants ont moins peur d'une femme* » (sujet 28), « *une femme prend plus de temps avec les enfants* » (sujet 100). Pour d'autres patients, c'est une question de **pudeur** qui détermine leur préférence : « *je préfère voir une femme quand j'ai des problèmes gynécologiques* » (sujet 90), « *je suis plus à l'aise pour me déshabiller devant une femme* » (sujet 102), un homme aux antécédents de cancer de la prostate : « *je préfère que ce soit un homme qui m'examine* » (sujet 64).

Ces remarques restent anecdotiques puisqu'on ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'être une femme et de préférer consulter une femme ou l'inverse ($p>0.1$).

Nos résultats sont différents de ceux de Fang *et al.* (41). Les auteurs soulignaient dans cette étude américaine, une forte préférence des patients pour un médecin du même sexe (les 4/5^{ème} de la patientelle d'une femme médecin seraient des femmes).

On note une nette évolution des préférences des patients en l'espace de 25 ans.

En 1981, le sexe du médecin était un critère important pour le choix de son praticien.

En effet, à l'époque, **près de la moitié de la population déclarait préférer être suivie par un homme.**

Il faut souligner qu'il y a 25 ans, les femmes exerçant une profession médicale étaient minoritaires et leurs compétences davantage mise en doute. Alors qu'aujourd'hui la tendance s'inverse : 58% des médecins de moins de 35 ans en activité sont des femmes contre 42% d'hommes (18).

On peut affirmer que les mentalités ont changé car même les patients les plus âgés n'émettent plus de préférence pour l'un des deux sexes.

Aucune des caractéristiques sociologiques des répondants n'a par ailleurs d'influence sur leurs préférences.

B) LES ELEMENTS AUXQUELS LES PATIENTS ACCORDENT DE L'IMPORTANCE (question 16)

- **L'aspect du cabinet** est un élément important pour 2/3 des patients et c'est l'« élément extérieur » primordial permettant de juger son médecin au-delà de sa pratique pour plus de la moitié des répondants (et cela quelles que soient leurs caractéristiques sociologiques).

C'est avant tout la **propreté** qui intéresse les gens et les remarques spontanées des participants sont très nombreuses : « *le cabinet doit être propre* » (sujets 26, 32, 35, 43, 62, 68, 74, 87), « *il faut juste que le cabinet soit propre, après si c'est vieillot c'est pas grave* » (sujet 8), « *le plus important c'est l'hygiène* » (sujet 94)...

La propreté et l'ordre inspirent confiance : « *avant j'avais un médecin qui avait un cabinet avec un bazar monstre, il ne retrouvait jamais ses papiers, ça fait pas sérieux* » (sujet 88), « *l'aspect du cabinet reflète la personnalité du médecin, un cabinet mal rangé donne l'impression d'un médecin peu rigoureux, un cabinet sale donne l'impression que le médecin lui aussi est sale* » (sujet 91)...

Quelques personnes sont sensibles à **l'ambiance générale du cabinet et de la salle d'attente** : « *il (le cabinet) doit être clair* » (sujet 49), « *il ne faut pas que le cabinet soit trop froid car on est souvent stressé quand on va chez le médecin et la salle d'attente doit permettre de se détendre* » (sujet 89), « *il faut de la lecture pour passer le temps* » (sujet 12), « *la salle d'attente doit être agréable, pas étouffante* » (sujet 87)...

L'importance accordée aux locaux a déjà été soulignée dans une enquête nationale réalisée en 1996 par le laboratoire Théraplix (2) : 85% des patients se disaient sensibles à la qualité des lieux (59% assez sensibles et 26% très sensibles).

- **L'apparence extérieure du médecin** revêt également de l'importance aux yeux de 38% des patients. Les femmes y étant 2 fois plus sensibles que les hommes.

Une fois encore, c'est avant tout l'**hygiène** qui intéresse les répondants, plus que la **tenue vestimentaire**.

Comme pour l'aspect du cabinet, l'aspect du médecin semble, selon les patients, être le **reflet de sa compétence** et du **respect** qu'il éprouve envers les malades.

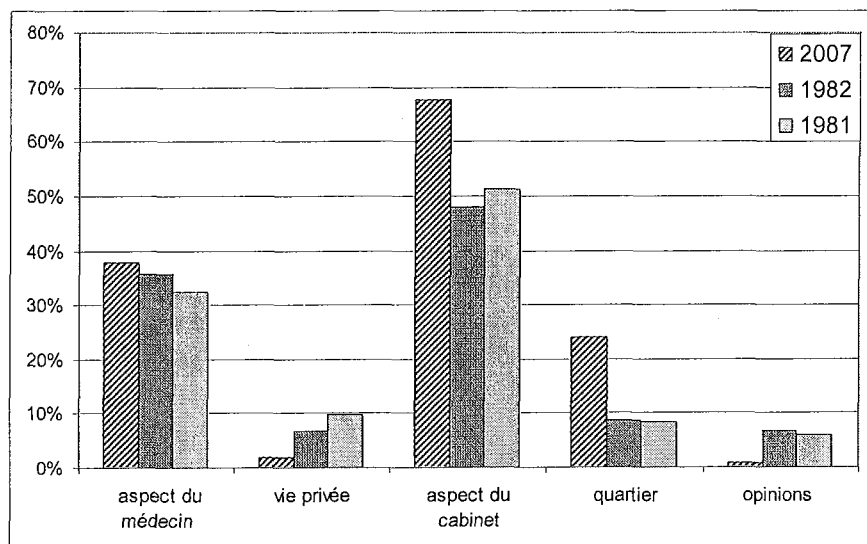
On peut noter que l'importance accordée à la tenue vestimentaire et à l'aspect « esthétique » du médecin et la nature des préférences des patients sont conditionnées par son **appartenance culturelle**. En effet, en Inde par exemple, les hommes doivent porter une cravate, éviter les T-shirts et les jeans ; les femmes, quant à elles, doivent porter le traditionnel sari, les cheveux longs et s'abstenir de mettre du parfum, du maquillage ou des bijoux « tape à l'œil » (95).

- Nous l'avons précédemment évoqué (question 11), le critère majeur qui détermine le choix du médecin est sa proximité géographique ; il n'est donc pas étonnant de constater qu'**1/4 des répondants accorde de l'importance au quartier où se situe le cabinet**.

- Quant à la **vie privée** et aux **opinions personnelles** du médecin, seules 3 personnes sur les 108 interrogées y accordent de l'importance.

Certaines personnes précisent même qu'elles seraient mal à l'aise si leur médecin évoquait ses opinions politiques lors de la consultation.

Figure 13 : Eléments auxquels les patients accordent de l'importance



Si l'attention portée à l'aspect du cabinet médical était déjà prépondérante en 1980, elle l'est encore plus aujourd'hui ($p < 0.01$).

L'intérêt accordé à l'aspect extérieur du médecin reste par contre stable ($p = 0.64$ en 1982 et $p = 0.26$ en 1981).

La vie privée du médecin et ses opinions politiques ou religieuses étaient déjà peu plébiscitées à l'époque et le sont encore moins aujourd'hui ($p < 0.01$).

Les participants à une autre enquête réalisée par A d'Houtaud au début des années 1970 (28) accordent un intérêt plus important qu'aujourd'hui à la vie privée du médecin (sa situation familiale intéresse 18% des répondants) ou à ses opinions religieuses (8%) et politiques (7%).

L'importance accordée à l'hygiène et plus globalement à la sécurité est en pleine croissance dans nos sociétés occidentales. Cette préoccupation des gens n'est pas propre d'ailleurs au domaine des soins mais est généralisable à d'autres secteurs comme l'environnement professionnel ou l'industrie agroalimentaire.

Les grandes pandémies comme celle du VIH apparue au début des années 80 ou celles plus récentes de la grippe aviaire ou de la «vache folle» ont probablement joué un rôle dans la demande croissante d'hygiène de la part des patients.

C) L'IMAGE DU MEDECIN (question 14)

a) L'image actuelle du médecin

Définir en quelques mots l'image d'un personnage qui s'est construite tout au long de la vie du patient et des événements marquants, heureux ou malheureux, qu'il a rencontré, est difficile voire impossible. Il n'est pas aisé de mettre des mots sur une **représentation en grande partie inconsciente** mais aussi **changeante** au fil du temps.

Au cours de cette enquête, les participants ont donné beaucoup de réponses multiples, comme si un seul terme était trop réducteur pour qualifier le médecin.

Plus qu'un professionnel du soin, le médecin généraliste reste perçu comme un soignant humain.

Pour 8 personnes sur 10, c'est un « **conseiller** » et pour 1 personne sur 2, c'est un « **guide** » et un « **confident** ».

Quand il s'agit de faire un choix, c'est également le terme de « **conseiller** » qui est plébiscité par la moitié des répondants, loin devant celui de « **confident** » (19%) et de « **technicien** » (10%).

- Il n'est pas étonnant de constater un tel engouement pour le terme de « conseiller ». Comme nous l'avons déjà souligné en introduction et tout au long de notre travail, les patients sont à la recherche d'une participation active dans leur propre prise en charge.

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 2/3 d'entre elles classaient en première position leur responsabilité personnelle, très loin devant celle du médecin traitant (28).

En 40 ans, le désir d'autonomisation du patient n'a cessé de progresser, le terme de « conseiller » garde donc aujourd'hui toute sa valeur.

- Le terme de « confident », neutre et discret, susceptible d'entendre les détresses individuelles, est également largement sélectionné par les répondants. Ce qualificatif est assez proche de celui de « conseiller » avec une **connotation affective** supplémentaire et peut-être une notion de **passivité** plus marquée. Le patient se livre, le médecin écoute.

Le médecin joue ici un **rôle de soutien psychologique**, indispensable dans la relation thérapeutique, en particulier lors de la prise en charge de pathologies chroniques ou graves.

Les deux fonctions de conseiller et confident sont indissociables et complémentaires.

- Le terme de « guide » est ambigu. Il désigne à la fois « *une personne qui dirige quelqu'un* » mais aussi « *une personne qui conduit d'autres personnes et qui les soutient dans l'existence* »*. On retrouve simultanément une notion d'**autoritarisme**, laissant peu de place au dialogue, mais également une notion d'**empathie**.

- Le médecin « technicien », doté d'un savoir et d'un savoir faire sur les dérèglements physiologiques est, quant à lui, davantage porté sur l'aspect « **scientifique** » de sa pratique que l'aspect « humain et relationnel ». L'instrument tient ici une place importante, il est le prolongement des sens du médecin, avec le risque qu'il s'interpose entre l'homme et le patient.

C'est donc pour ce terme que la dimension affective de la relation médecin-patient est la moins forte.

* Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <http://www.cnrtl.fr>

- Le terme de « savant » a suscité de nombreuses réactions de la part des participants. Pour certaines personnes, un savant est comme sa définition le dit, « *quelqu'un qui possède des connaissances dans un domaine* ».

« *on peut dire que c'est un savant, il a beaucoup étudié* » (sujet 4), « *il a fait de longues études* » (sujet 35, 40), « *ils savent plus de choses que nous* » (sujet 81)...

Pour d'autres, ce terme fait référence à l'archétype des grands inventeurs qui ont marqué l'histoire des sciences et de ce fait, ils désapprouvent le plus souvent cette proposition.

« *dire que c'est un savant, c'est un grand mot !* » (sujet 7, 57, 75), « *savant, c'est un peu fort comme mot !* » (sujet 48), « *savant, quand même pas...* » (sujet 67)...

- Il est surprenant de constater qu'une personne sur 4 considère son médecin comme un « ami ». Est-ce simplement une manière pour le patient de nous dire qu'il est à l'aise et en confiance en présence de son médecin et qu'il apprécie la relation qui les unit ? Ou s'agit-il d'une véritable amitié ?

Par définition, une amitié est réciproque, or il paraît peu concevable que le médecin soit lui-même ami avec un quart de ses patients.

Une relation amicale n'est par ailleurs pas souhaitable sur le plan thérapeutique. **La bonne distance** doit être maintenue pour préserver l'objectivité nécessaire au jugement du médecin et à sa décision. Il est reconnu qu'un médecin est souvent mal placé pour soigner sa famille ou se soigner lui-même, à cause d'un rapport affectif pouvant entacher la rigueur de son intervention.

b) Les choix des répondants en fonction de leurs caractéristiques socioculturelles

Le sexe

Les **femmes** sont moins nombreuses que les hommes à retenir le terme de « technicien » ($p=0.013$). Comme nous le confirmerons plus loin, elles sont en effet **plus sensibles à l'aspect affectif et émotionnel de la consultation qu'à l'aspect scientifique**.

La présence de maladies chroniques

Les patients souffrant de pathologies chroniques sont attachés au terme « confident » ($p=0.005$). La relation entre un malade chronique et son médecin traitant se caractérise par une grande proximité entre les deux acteurs du soin. Dans les pathologies chroniques, nous sommes loin du modèle Parsonien qui voyait le médecin diriger la consultation sans partage. Au contraire, la relation tend à devenir égalitaire sans pour autant l'être totalement. **Le médecin ne pouvant plus guérir le malade, son rôle est de le soutenir et l'orienter afin de contrôler au mieux l'évolution de la maladie**. C'est dans ce contexte d'échanges que la représentation de « confident » trouve son origine.

La fréquence de consultation

Plus un patient voit régulièrement son médecin en consultation, plus il va lui attribuer de qualificatifs « positifs » comme les termes d'« ami », « confident », « conseiller », « guide », « savant », « modèle humain ». En fait, seuls les termes de « technicien » et d'« éducateur » qui ont une consonance négative ou mixte (cette notion sera développée plus loin) ne sont pas ou peu retenus par les patients qui consultent fréquemment.

Des contacts réguliers avec son praticien permettent de mieux le connaître et de mieux l'apprécier.

Les personnes âgées

Les personnes les plus âgées attribuent plus volontiers à leur médecin une **image à connotation affective forte** comme celle d'« ami », de « confident », de « guide », de « savant » ou de « modèle humain ». Ceci est probablement en rapport avec la fréquence des contacts qu'elles entretiennent avec leur médecin traitant, car comme nous l'avons dit, des contacts répétés permettent de mettre en place une relation affective.

- c) Les liens entre les qualités (question 13), les défauts (questions 15), les motivations du médecin (questions 23 et 24) et son image

- **Les représentations figurant dans notre questionnaire ont plus souvent été associées aux qualités qu'aux défauts du médecin, sauf pour le terme « technicien ».**

Il est ainsi **le seul à avoir une consonance négative** pour les répondants.

On retrouve ce terme associé à un plus grand nombre de critiques ($p=0.05$) dont, en particulier, le reproche fait au médecin d'utiliser un langage incompréhensible ($p=0.022$). De plus, les gens qui voient leur médecin traitant comme un technicien lui attribuent moins de qualités que les autres ($p=0.013$).

Dans le même ordre d'idées, on constate que l'ensemble des qualificatifs utilisés pour définir l'image du médecin traitant sont corrélés positivement à l'image d'un médecin dévoué et consacrant sa vie à ceux qui souffrent ($p<0.05$), sauf le terme « technicien ».

Les gens qui considèrent leur médecin comme un « technicien » ont de lui une opinion moins gratifiante que les autres.

- Les termes de « **conseiller** » et de « **confident** » sont étroitement liés puisqu'ils renvoient à des qualités qui sont, non seulement nombreuses ($p=0.003$ et $p=0.001$) mais aussi en grande partie communes aux 2 représentations. Il s'agit d'un médecin qui met à l'aise ($p=0.02$ et $p=0.013$), qui consacre du temps au malade ($p=0.011$ et $p=0.003$) et qui donne des explications satisfaisantes ($p=0.04$ et $p=0.01$).

De plus, le médecin « conseiller » est perçu comme connaissant bien son patient ($p=0.001$), ce qui paraît indispensable pour donner un avis approprié et personnalisé.

Quant au médecin « confident », il doit être disponible pour permettre au patient de s'exprimer librement ($p=0.029$).

- Le terme d'« **éducateur** » est ambigu. Il est certes associé à de nombreux avantages ($p=0.007$) comme la faculté de mettre le patient à l'aise ($p=0.021$), de lui accorder du temps ($p=0.048$), de donner de bonnes explications ($p=0.001$). Mais il lui est aussi reproché d'être trop moralisateur ($p=0.05$).

En effet, la fonction d'éducateur est double :

-celui qui éduque doit donner au patient une place d'acteur, pour cela il doit créer un climat de confiance et prendre le temps de lui transmettre les informations et les explications utiles.

-celui qui éduque doit aussi dicter à son patient une certaine ligne de conduite avec des directives qui peuvent être jugées comme intrusives (ne pas fumer, perdre du poids).

- Les sujets qui considèrent leur médecin traitant comme un « **ami** » sont peu critiques à son égard ($p=0.05$) et apprécient tout particulièrement chez lui le fait qu'il les connaisse bien ($p=0.042$).

- Les personnes qui considèrent leur médecin comme un « **modèle humain** » ont une vision très idéalisée de celui-ci. Ce sont eux qui lui reconnaissent le plus de qualités ($p<0.001$).

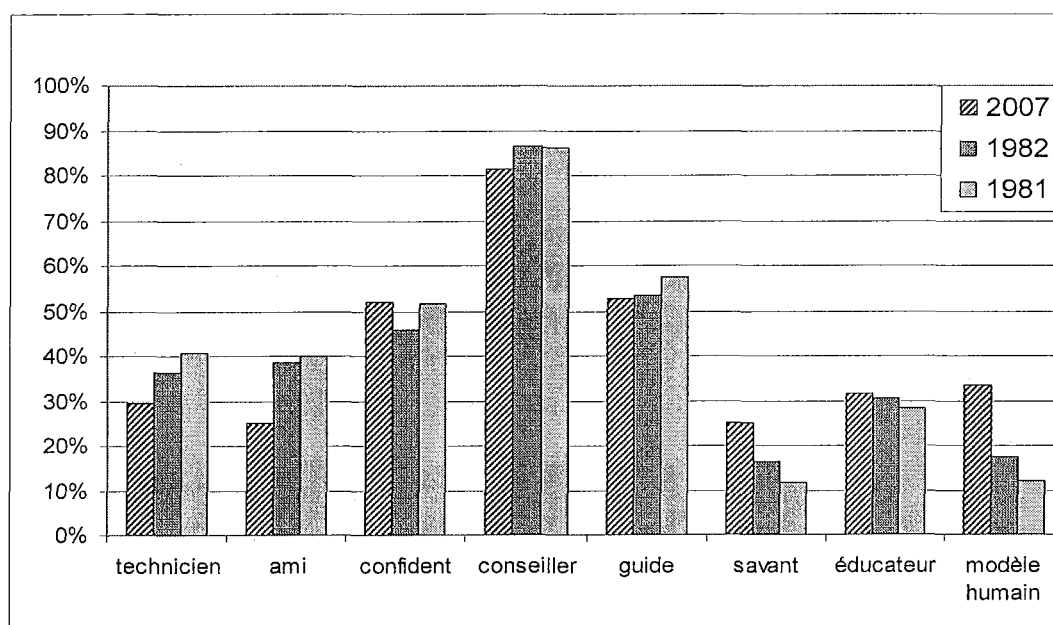
- d) Les liens entre la confiance (question 17), la qualité de la relation médecin-patient (question 37) et l'image du médecin

Comme nous l'avons déjà souligné, la plupart des qualificatifs proposés pour représenter le médecin sont interprétés comme des qualités (sauf le terme technicien).

On les retrouve donc très souvent associés à une **grande confiance** et une **relation médecin-patient satisfaisante**. (Sauf une fois encore pour ceux qui qualifient leur médecin de « technicien »).

e) Les évolutions en 25 ans

Figure 14 : Image du médecin traitant (choix multiple)



Depuis les années 80, l'image de « **conseiller** » prédomine toujours, suivie de celle de « **guide** » puis de « **confident** ». **Ce trio de tête reste en effet stable** depuis plus d'un quart de siècle.

On note une nette **dépréciation du terme « ami »** qui n'est sélectionné que par 25% des répondants en 2007 contre près de 40% en 1981 et 1982 ($p < 0.01$).

Ceci s'explique peut-être par le fait que dans le passé, le médecin était souvent un enfant du village qui avait fréquenté la même école et partagé les mêmes jeux que les patients de son âge.

Le médecin d'aujourd'hui participe peut-être moins qu'avant à la vie de la cité, il côtoie plus rarement les patients en dehors de cabinet et donc est moins à même d'établir une relation amicale avec eux, ce qui comme nous l'avons dit, n'est pas un mal au contraire.

Par opposition, l'image de « **modèle humain** » **recueille deux fois plus de suffrages** qu'il y a 25 ans (passant de 12 et 17% à 33% en 2007) ($p < 0.01$).

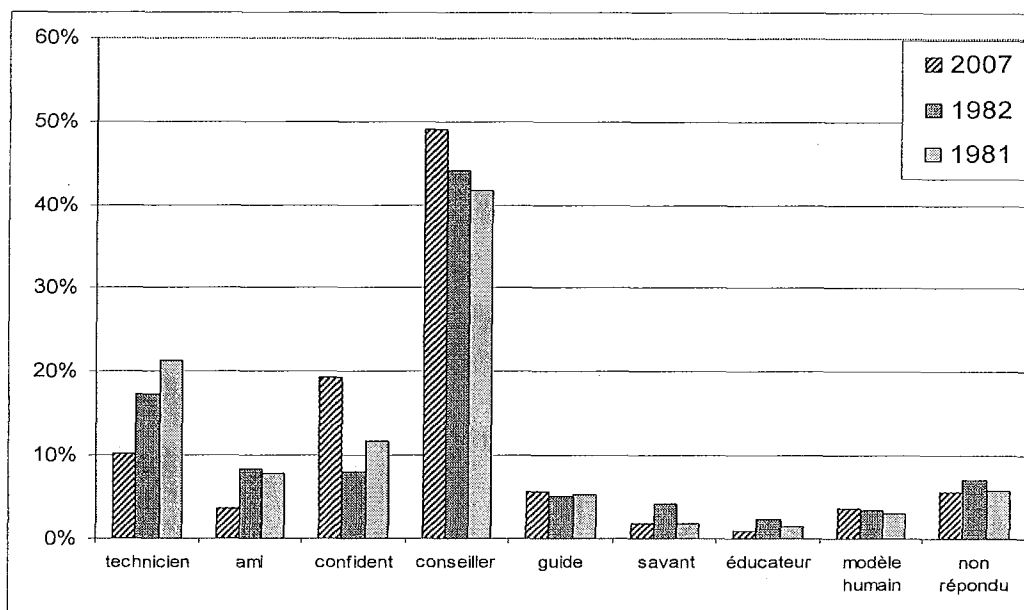
Selon M Tubiana, les gens ont besoin de repères qu'ils trouvent en la personne charismatique du médecin : « *Dans une société où de nombreuses barrières ont disparu, ou la religion n'est plus aussi présente, ou la famille est éclatée, le médecin demeure un repère pour de nombreux patients. Il représente pour certains la droiture voire une référence* » (107).

Le terme de « **savant** » **est également davantage cité** en 2007 (25%) que dans les années 80 (12 et 16%) ($p < 0.01$ et $p = 0.05$). Ceci peut paraître paradoxal quand on considère que l'accès à l'information médicale est de plus en plus facile pour le patient.

Au début des années 70, l'ordre des termes les plus cités par la population du Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre était proche de celui que nous avons retrouvé en 2007 (28).

« **conseiller** » arrive en premier avec 89,7%, suivi de « **guide** » (65,9%) puis d'« **ami** » (56,6%) ; le terme de « **confident** » arrivant en 4^{ème} position (51,4%). On notera que le qualificatif « **ami** » était bien plus plébiscité à l'époque.

Figure 15 : Image du médecin traitant (choix unique)



Quand il s'agit de définir l'image qui correspond le mieux au médecin traitant, celle de « **conseiller** » **prédomine toujours largement et reste stable.**

Le terme de « **confident** » est **davantage adopté**, passant de la troisième position en 1980 (avec 8 et 12% des suffrages), à la deuxième position aujourd'hui avec 19% de réponses positives ($p < 0.01$ et $p = 0.05$).

Avec la distension des liens sociaux ou familiaux et les difficultés croissantes de la vie, la population ressent probablement le besoin de se confier à une personne digne de confiance. Or, qui mieux que le médecin, qui est par ailleurs tenu au secret médical, peut jouer ce rôle de confident bienveillant ?

La tendance s'inverse pour ce qui concerne l'image de « **technicien** » qui en effet **diminue significativement** aux yeux des sondés, passant de la deuxième position (avec 17 et 21% des votes) à la troisième position (avec 10% de réponses positives) ($p = 0.03$ et $p < 0.01$). Cette évolution peut s'expliquer par l'accès aux soins hospitaliers et spécialisés qui ne cesse de se démocratiser depuis plus de 30 ans.

Les médecins généralistes réalisent moins d'actes dits « techniques » au cabinet. Les urgences sont de plus en plus souvent prises en charge par le Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital le plus proche, tout comme la petite traumatologie (sutures, immobilisations...). Les infiltrations sont souvent réalisées par le rhumatologue, le traitement des verrues par le dermatologue, la pose de stérilet par le gynécologue...

Le médecin généraliste va de plus en plus assurer le suivi des pathologies chroniques, tâche tout aussi noble et difficile mais moins spectaculaire.

Ainsi, les individus ont tendance à associer davantage la représentation de technicien aux spécialistes qu'aux généralistes.

Le personnage du médecin a de multiples facettes qui varient selon les patients et pour un même patient, selon les moments et les besoins.

C'est un conseiller tout d'abord, mais aussi un confident, un guide ou un technicien.

Parfois c'est un ami, un modèle humain, parfois un savant ou un éducateur.

La difficulté dans l'interprétation de cette question tient également au fait que certains termes ont des sens multiples et que le même sens peut être transmis par des mots différents.

D) LES QUALITES ET LES DEFAUTS DU MEDECIN TRAITANT

a) Les avantages du médecin traitant (question 13)

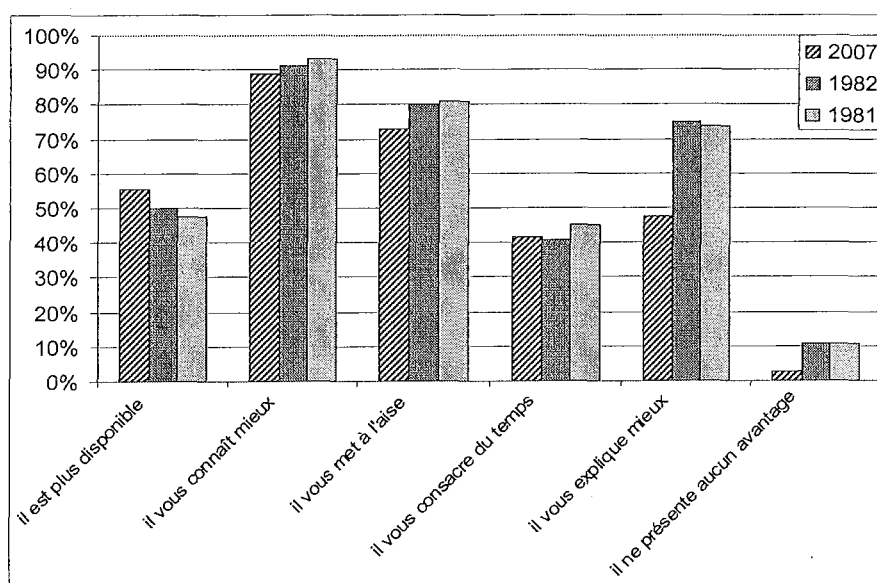
Le médecin traitant est avant tout un professionnel qui **connaît parfaitement son patient** et avec qui ce dernier **se sent à l'aise**. Les patients apprécient particulièrement la **proximité qui s'est établie avec leur praticien, au fil du temps**.

Ce constat rejoint les conclusions de plusieurs études.

Celle de K Grumbach (49) qui a révélé que 99% des sondés apprécient le fait d'être suivi par un médecin généraliste qui connaît l'ensemble de leurs problèmes de santé.

Ainsi que celle de JS Schuman (99) qui a montré que les gens préfèrent recourir à un généraliste plutôt qu'à un spécialiste, car celui-ci donne des soins personnalisés, assure un suivi médical et manifeste plus d'intérêt et de compréhension envers son patient.

Figure 16 : Les avantages du médecin traitant (choix multiple)



La connaissance du patient est considérée avant tout sous un angle professionnel : « *il connaît tout l'historique, mes maladies, mes allergies* » (sujet 108), « *il reçoit les comptes-rendus de l'hôpital, du cardiologue etc et il peut faire la synthèse* » (sujet 103), « *il connaît mieux mon parcours médical* » (sujet 75)...

Il est néanmoins très intéressant de constater que **le fait de bien connaître le patient peut être perçu, par certains, comme un handicap dans la relation thérapeutique** : « *il me connaît même trop bien* » (sujets 9, 32), « *parfois on est plus mal à l'aise quand on se connaît bien* » (sujet 2), « *comme il nous connaît bien, le généraliste va pas chercher plus loin* » (sujet 20), « *il a trop l'habitude avec nous, quand j'ai mal quelque part il dit que c'est les nerfs* » (sujet 41), « *quand il y a une habitude qui s'installe alors il peut passer à côté de quelque chose* » (sujet 68). La routine fait craindre au patient une **banalisation de ses doléances** et un **manque d'objectivité de la part du médecin qui peuvent avoir un retentissement majeur sur la relation médecin-patient**. Ainsi, dans l'enquête de Boivin *et al.* (8), le reproche de ne plus faire attention au patient au fil du temps est cité par 10% des gens qui ont quitté leur médecin dans les 20 années précédant l'enquête.

Généralement, **plus la relation médecin-patient est ancrée dans le temps, plus le patient apprécie son médecin et trouve un intérêt à le consulter lui, plutôt qu'un autre.** En effet, ceux qui sont fidèles au même praticien depuis plus de 10 ans ou ceux qui consultent régulièrement, lui trouvent plus d'avantages.

Il paraît logique qu'un patient qui consulte souvent apprécie que son médecin le connaisse bien et qu'un patient fidèle depuis de nombreuses années se sente plus à l'aise en sa compagnie. (On note également que les 3 personnes qui n'accordent aucun avantage au médecin traitant consultent rarement.)

Les personnes non ou peu diplômées apprécient plus encore le fait que leur médecin traitant les mette à l'aise. On peut supposer que lors d'un contact avec un nouveau médecin, elles se sentent socialement en position d'infériorité et qu'il leur faut le temps de connaître le praticien avant d'être en confiance.

Lorsque l'on demande aux participants de définir le principal avantage à consulter son médecin traitant plutôt que tout autre médecin, on constate que les hommes et les femmes n'apprécient pas les mêmes choses en lui.

En effet, les hommes s'attachent plus à l'aspect « professionnel » voire « scientifique » : le généraliste est avant tout celui qui connaît l'ensemble de leur parcours médical, grâce à sa fonction de coordonnateur.

Les femmes quant à elles, apprécient davantage son côté « humain » : il met à l'aise, leur consacre du temps, est disponible, les écoute.

Les patients apprécient donc particulièrement leur médecin traitant, mais que les spécialistes se rassurent, cela ne se fait pas en réaction à une dépréciation de leurs confrères.

En effet, les personnes qui trouvent le plus d'avantages à avoir un médecin traitant formulent parallèlement moins de critiques à l'égard des médecins en général.

Elles ont donc une **image globalement positive de l'ensemble du corps médical.**

Pour terminer, on notera qu'une fois encore, les répondants qui qualifient leur médecin généraliste de « technicien » sont les moins satisfaits de son rôle et lui accordent peu d'avantages. Le médecin « technicien » est le contraire d'un médecin « humain » qui sait mettre à l'aise, communiquer et apporter des soins personnalisés à son patient.

Evolutions en 25 ans

- Les deux principaux avantages reconnus au médecin traitant (sa **connaissance du patient** et sa capacité à le **mettre à l'aise**) n'ont **pas varié en 25 ans**.

- On note cependant une différence significative ($p < 0.01$) concernant l'item « *il vous explique mieux ce que vous avez* ». 75 et 74% des sujets mentionnaient cette qualité dans les années 80 contre seulement 47,5% aujourd'hui.

Pour autant, les personnes interrogées ne semblent pas imputer ce manque d'explications à un manque de temps ni de disponibilité (les réponses à ces items n'ont pas changé).

On peut se demander si cette observation est la conséquence d'un véritable **défaut d'explications de la part du médecin** par rapport au début des années 80, ou si c'est simplement lié au fait que la **population cherche, aujourd'hui, davantage à comprendre**.

La deuxième hypothèse semble la plus probable. Comme nous l'avons vu en introduction, la relation médecin-patient est en pleine évolution. La relation paternaliste d'antan n'est plus d'actualité, les patients souhaitent participer à leur propre prise en charge. Or, pour participer il faut acquérir un certain nombre de connaissances et donc avoir en main l'ensemble des données.

Certes la population trouve quantité d'informations par le biais des médias mais l'intervention du médecin reste indispensable pour faire le lien entre ces données éparses et leur propre pathologie.

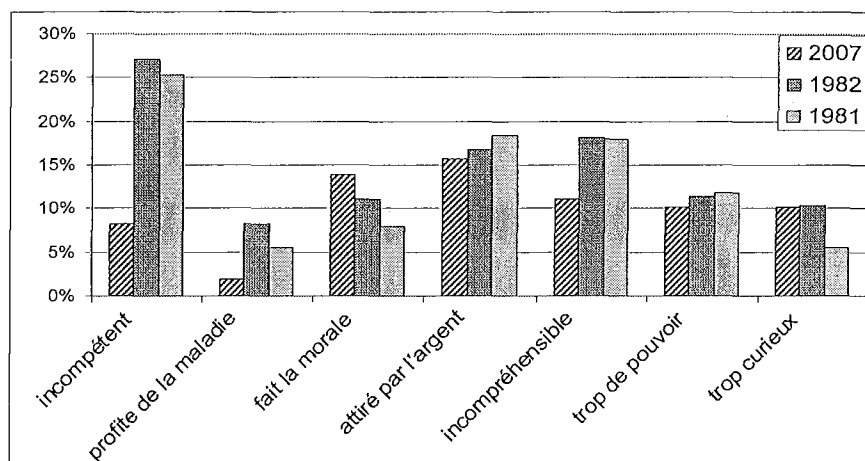
- Un point positif reste à souligner, il y a significativement moins de gens qui ne trouvent aucun avantage à leur médecin généraliste (2,8% aujourd'hui contre 10% au début des années 80 ; $p < 0.01$).

Les efforts des pouvoirs publics pour rendre à la médecine générale ses lettres de noblesse, en replaçant le médecin généraliste au cœur du système de soin, commenceraient-ils à porter leurs fruits ?

b) Les critiques adressées au médecin traitant (question 15)

Nous l'avons vu, le médecin traitant jouit d'une image positive donc logiquement **la population formule peu de reproches** contre lui (0,7 reproches en moyenne parmi les 7 proposés) et près de la **moitié des gens n'en citent aucun** !

Figure 17 : **Reproches adressés au médecin traitant (choix multiple)**



- Parmi les rares reproches émis, c'est en premier lieu sa **cupidité** qui est critiquée par une personne sur 6.

On le voit bien ici, pour les répondants, **l'attirance pour l'argent et la mission de prendre soin d'autrui sont deux valeurs opposées**.

Parfois, **cette attirance semble malgré tout légitime au patient** : « *tous les généralistes font ça pour l'argent car s'est un métier dur* » (sujet 41), « *vu les années d'études et les heures qu'elle fait, c'est normal qu'elle soit attirée par les sous* » (sujet 68), « *Qui n'aime pas l'argent aujourd'hui ?* » (sujet 74)...

- En deuxième lieu, c'est son côté **moralisateur** qui est souligné par 1 personne sur 7. Mais une fois encore, cette conduite est **justifiée pour certains par sa mission de prévention** : « *il me parle à chaque fois du tabac, c'est vrai que je fume trop* » (sujet 92), « *dès que je prends du poids il me fait la morale, sur le moment ça m'énerve mais il a raison* » (sujet 73), « *il vaut mieux qu'il la fasse, la morale* » (sujet 59), « *il fait pas vraiment la morale, il donne plutôt des conseils* » (sujet 39)...

La médecine n'est plus uniquement curative, la prévention occupe, en effet et à juste titre, une place de plus en plus importante lors de la consultation mais aussi dans la vie quotidienne des gens. Les médias prennent le relais du médecin sur les grands thèmes de santé publique, comme le VIH, le tabac, l'alcool, l'obésité... et participent à la promotion des campagnes de dépistage de masse.

Les gens ont pris l'habitude qu'on leur donne des conseils et qu'on s'immisce en quelque sorte dans leur intimité.

- Le troisième reproche est le fait que le médecin utilise un **langage incompréhensible**. Cette critique est significativement moins citée en 2007 que par le passé : 18% des répondants lui faisaient ce reproche en 1981 et 82 contre 11% aujourd'hui ($p=0.04$).

La **vulgarisation des connaissances médicales**, ces dernières années, a probablement joué un rôle majeur dans cette évolution. Le médecin n'est plus le seul et unique gardien du savoir. Le jargon médical n'est plus réservé à une élite « scientifique ».

On peut également supposer que le médecin a fait des efforts pour se mettre à la portée de son patient, afin de lui permettre d'être un acteur de sa santé dans une démarche d'**autonomisation**.

Ce sont surtout les personnes qui consultent de manière occasionnelle ($p=0.013$) qui émettent le plus souvent cette critique. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées :

- La qualité de la communication médecin-patient se construit avec le temps et la connaissance de l'autre. Un médecin qui connaît bien son patient saura plus justement se mettre à son niveau de connaissances et utiliser un langage adéquat. De même, un patient qui connaît bien son médecin sera plus à l'aise pour demander des précisions ou des éclaircissements sur les points qu'il n'a pas compris.

- Comme nous le reverrons, les personnes qui consultent régulièrement s'intéressent plus aux informations médicales provenant des médias (que ce soit la télévision ou la presse écrite). Elles ont ainsi appris au fil du temps à maîtriser le jargon médical.

On notera que les personnes qui se plaignent de ne pas comprendre leur médecin vont le décrire davantage comme un « technicien » ($p=0.022$). Une fois encore ce terme de technicien est contraire à l'une des missions du généraliste, à savoir être un médecin abordable et proche de ses patients.

- Rares sont aujourd'hui les personnes qui reprochent au médecin son **incompétence**. **Au début des années 80, le médecin était jugé incompetent par plus d'un quart de la population ; aujourd'hui, seuls 8% des gens lui font ce reproche ($p<0.01$).**

Ces constatations rejoignent les remarques de nombreux omnipraticiens en exercice qui ont observé une amélioration du niveau des connaissances des jeunes médecins. La formation initiale en faculté semble plus complète et mieux adaptée de nos jours à la pratique de terrain car dispensée par des médecins généralistes, pour des médecins généralistes.

Cette amélioration des compétences est également le résultat d'une volonté politique entérinée par le législateur : la loi du 9 août 2004 confirme **l'obligation de formation continue** et la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 soumet tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, à une obligation d'**évaluation de leurs pratiques professionnelles** (53).

Le fait de voir son médecin comme un professionnel qui manque de compétences va avoir un retentissement sur la qualité de la relation et sur le comportement du patient face à la prescription : il sera plus méfiant, sollicitera plus facilement un deuxième avis médical ou demandera le traitement qu'il désire et suivra moins consciencieusement la prescription.

- Pour terminer, 1 personne sur 10 considère que les médecins généralistes exercent un **pouvoir trop important dans la société**.

C'est en premier lieu le « pouvoir politique » qui est reproché au médecin.

Il est en effet fréquent dans les campagnes que le médecin soit également le maire du village. Cette frilosité est confirmée par une enquête TNS Sofres de 2001 (106) qui montre que les gens sont majoritairement défavorables au fait que leur médecin exerce une fonction politique car celle-ci pourrait, selon eux, nuire à la qualité de son exercice professionnel.

On notera que les caractéristiques socioculturelles des répondants n'influencent pas de manière significative les reproches émis à l'encontre du médecin.

c) Les améliorations souhaitées par la population (question 38)

Nous venons de le voir, les personnes interrogées formulent relativement peu de critiques contre leur médecin traitant, cependant **elles suggèrent tout de même de nombreuses améliorations dans sa pratique.**

Ces demandes peuvent être classées artificiellement en plusieurs domaines :

- (1) Une plus grande **disponibilité physique** : disponibilité le soir et le week-end (40,7%), ponctualité (40,7%)
- (2) Une plus grande **disponibilité intellectuelle** : prendre du temps pour écouter (32,4%) ou examiner (31,5%) le patient
- (3) Une plus grande **information** : sur l'état de santé du patient (38,9%), donner des conseils (22,2%)
- (4) Une plus grande **humanité** : s'intéresser à l'état psychologique du patient (33,3%), être chaleureux, convivial (22,2%)
- (5) Une plus grande **compétence technique** : être plus compétent (17,6%)

- Concernant la disponibilité « physique » du médecin (disponibilité le soir et le week-end, ponctualité)

Il s'agit d'un domaine qui tient à cœur aux patients et qui a suscité de nombreux commentaires spontanés.

Les gens souhaiteraient que leur médecin soit là chaque fois qu'ils ont besoin de lui : c'est-à-dire « *en cas d'urgence* » (sujets 40, 48), « *quand c'est grave* » (sujet 4), car ils se sentent **démunis face à un médecin qui leur est étranger** : « *on est face à des généralistes qui ne nous connaissent pas, c'est difficile de leur expliquer toute l'histoire* » (sujet 59), « *le soir, il faut faire le 15 et décrire la maladie, ça devient terrible* » (sujet 73).

Ils sont également **effrayés par la prise en charge hospitalière** : « *la nuit, on se retrouve aux urgences et c'est affreux* » (sujet 59).

Les gens sont donc partagés entre le désir « égoïste » que leur médecin soit à leur disposition 24 heures sur 24 et le sentiment que ce dévouement corps et âme n'est pas humainement acceptable pour le médecin : « *ils ont quand même une vie à côté* » (sujet 14), « *elle a quand même sa vie de famille* » (sujet 20), « *ils ont quand même le droit de souffler un peu le soir et de voir leurs enfants le week-end* » (sujet 66), « *il a besoin de se reposer* » (sujet 75)...

Les patients souffrant de pathologies chroniques souhaitent plus que les autres que leur médecin soit disponible le soir et le week-end.

On peut supposer que la crainte de voir survenir une décompensation brutale est une source d'angoisse et d'inconfort important pour certains malades.

La présence du médecin généraliste, qui rappelons le est apprécié en premier lieu pour la connaissance approfondie qu'il a de son patient, rassure le malade.

Les personnes diplômées demandent, quant à elles, plus de ponctualité. On peut imaginer que leur emploi du temps est déjà bien chargé sur le plan professionnel et que se rendre chez le médecin est une contrainte supplémentaire.

Nos observations sont concordantes avec les différentes enquêtes disponibles dans la littérature.

La ponctualité est également la principale amélioration demandée par 48% des patients lors d'un sondage de février 2008, réalisé par BVA (11). La disponibilité et l'absence d'attente sont synonymes d'une bonne consultation pour 71 et 47% des participants à l'enquête Théraplix (2). La disponibilité du médecin et sa ponctualité sont importantes pour 97 et 84% des personnes sondées par IPSOS (66).

- Concernant la disponibilité « intellectuelle » du médecin (prendre du temps pour écouter et examiner)

Cette demande concerne plus d'un tiers des participants, quelles que soient leurs caractéristiques socioculturelles.

Pour que le patient puisse se mettre à nu et évoquer la totalité de ses problèmes et de ses interrogations en un quart d'heure (une consultation chez un généraliste dure en moyenne 16 minutes (35)), le médecin doit faire preuve d'une grande capacité d'attention.

Un patient qui perçoit son médecin comme un professionnel attentif, qui accorde de l'intérêt à ce qu'il a à dire, va être globalement satisfait voire très satisfait de la relation qui les unit.

Un patient sur 3 demande que le médecin lui accorde davantage de temps pour s'exprimer.

Une étude publiée en 1999 dans le JAMA (81) montre que les médecins généralistes américains interrompent les patients en moyenne 23 secondes après qu'ils aient pris la parole, de crainte d'être envahis par la logorrhée des patients.

Une seconde étude étonnante, menée cette fois en Suisse en 2002 (74), vient compléter la première. Elle révèle que, lors d'une consultation, 3/4 des patients parlent moins de 2 minutes consécutives. Les médecins ne risquent donc rien à laisser les patients s'exprimer sans les interrompre.

Même quand la salle d'attente est pleine, accorder 2 minutes au patient pour exprimer toutes ses plaintes n'est pas vraiment contraignant et riche d'enseignements.

L'importance que nos participants accordent à la notion de temps et d'écoute est retrouvée dans de nombreuses autres études ou sondages, français ou anglo-saxons.

Pour 98% des gens interrogés dans l'enquête Théraplix (2), l'écoute est synonyme d'une bonne consultation et elle est également importante pour 99% des gens interrogés par IPSOS (66).

22% des gens interrogés par la Sofres (105) et 30% des gens sondés par l'institut BVA (11) demandent que leur médecin passe plus de temps lors de la consultation et 23% qu'il les écoute davantage.

Le manque de temps accordé par le médecin est le plus souvent expliqué par le patient par une **surcharge de travail** : « *il a tellement de monde à voir...* » (sujet 25), « *la salle d'attente est pleine alors il est obligé de faire au plus vite* » (sujet 45), « *il est toujours pressé mais c'est pas de sa faute* » (sujet 92)...

En ce sens, une étude transversale menée dans 6 pays européens (23) confirme que la surcharge de travail du praticien est un facteur prédictif d'une consultation brève.

La durée de la consultation a certes un impact sur la satisfaction globale du patient mais elle a également des conséquences thérapeutiques directes. Comme le souligne l'étude française de L Esman (39), plus la consultation est longue, plus le patient sera satisfait de la prescription médicale, or l'adhésion du patient à la prescription est indispensable pour une bonne observance.

Un point est toutefois intéressant à préciser, J Cape (13) et CT Lin (78) ont montré que la satisfaction du patient n'est pas tant liée à la durée réelle de la consultation mais davantage à la durée perçue. **Ainsi une consultation efficacement menée par le médecin aura plus de chance de satisfaire le malade même si elle est brève.**

Le sentiment de manque de disponibilité et d'attention du médecin envers son patient peuvent avoir des répercussions majeures sur la relation médecin-patient puisque selon l'enquête de Boivin *et al.* (8) c'est la deuxième cause de rupture de cette relation.

- Concernant la demande d'information et de conseils

Près de 40% des gens souhaitent plus d'information de la part de leur médecin traitant et plus les sujets sont jeunes, plus ils le revendiquent ($p=0.031$).

Comme nous l'avons détaillé en introduction, ce droit à l'information est depuis quelques années bien ancré dans les mentalités des patients comme nous le confirment d'ailleurs ces résultats.

Considérant les réponses obtenues dans notre enquête, il semble que ce droit ne soit pas encore totalement reconnu et suffisamment pris en compte par des médecins. Il y a en effet un certain décalage entre la demande d'information du patient et la réponse du médecin.

Cette carence d'information ressentie par le patient peut trouver une autre explication. Quand le médecin annonce à son patient un diagnostic, celui-ci est bien souvent dans une position psychologiquement inconfortable. Cet état ne lui permet pas de retenir l'ensemble des renseignements que lui donne le médecin.

JA Cramer (19) a montré qu'en moyenne la moitié des informations orales données à un patient lors d'une consultation est oubliée lorsque celui-ci a quitté le cabinet.

Il y a donc une véritable nécessité de **répéter ces informations** lors des consultations ultérieures.

Pour finir, on peut souligner que l'opinion de nos participants concernant l'exigence de transparence rejoint celle des répondants d'autres études.

Dans un sondage IPSOS de 2001 (68), 70% des gens considèrent comme primordial d'avoir un accès direct à l'ensemble des informations concernant leur santé et 93% des gens souhaitent un médecin qui leur explique précisément la situation, leur présente les choix possibles et les associe à la décision.

- Concernant le souhait d'avoir affaire à un médecin plus humain (qui s'intéresse à l'état psychologique du patient et qui est chaleureux, convivial)

Les répondants soulignent bien ici, **l'une des spécificités du médecin traitant, à savoir être un médecin proche de ses patients.**

Un patient sur 3 souhaiterait qu'il prenne davantage en compte son état psychologique et 1 sur 4 qu'il soit plus chaleureux. Comme quoi, on ne va pas voir son médecin pour une simple ordonnance ou un geste technique. **On attend bien plus de lui, c'est à dire qu'il prenne en charge la personne malade dans sa globalité et pas uniquement les dysfonctionnements organiques.**

La convivialité du médecin joue un rôle important dans la qualité de la relation médecin-patient ($p=0.006$) et donc dans la satisfaction du patient.

Ce besoin de soutien psychologique n'est pas nouveau mais semble s'amplifier parallèlement aux avancées scientifiques.

L. Israël écrivait déjà en 1968 (69) : *« Trop souvent le niveau psychique est le parent pauvre, non qu'il soit plus difficile à traiter que le niveau somatique, mais parce qu'il est apparemment dépourvu de cette dimension « scientifique » qui a valu à la médecine moderne ses plus remarquables succès ».*

Les patients, en consultant le médecin, s'attendent avant tout à rencontrer un être humain.

- Concernant la compétence du médecin

Nous l'avons vu précédemment, rares sont les personnes qui reprochent à leur médecin traitant d'être incompetent. Il n'est donc pas étonnant que peu de sujets réclament ici **davantage de compétence. Cette demande arrive en effet loin derrière les autres.**

Deux explications, non contradictoires, peuvent être proposées au regard de ces résultats.

- D'une part, les médecins généralistes sont compétents et exercent leur mission de premiers recours de manière satisfaisante.

- D'autre part, les compétences médicales, « scientifique », du praticien passent au second plan après le versant humain.

Il est d'ailleurs plus facile pour le patient de juger des compétences relationnelles que techniques.

Cette **priorité donnée aux qualités humaines du médecin** est retrouvée dans la plupart des études et articles scientifiques. Elle n'est pas propre à la culture française mais partagée par l'ensemble des patients. Même les patients américains qui pourtant sont réputés pour exiger une médecine scientifique de pointe, privilégient avant tout les rapports humains. Pour C Luthy (79), un bon médecin doit être sensible (écouter et comprendre les besoins du patient et prendre en compte ses problèmes psychologiques), avoir un bon contact (être souriant, aimable, sympathique), considérer le patient comme une personne à part entière et le faire participer à sa prise en charge, l'informer et être disponible.

4) LES MEDECINS

A) PREMIER RECOURS EN CAS DE PROBLEME DE SANTE (question 19)

Le premier interlocuteur vers qui les gens se tournent en cas de problème de santé jugé bénin est, loin devant les autres, le **médecin** (53,7%).

On fait ensuite appel, dans une moindre mesure, à la **famille** (19,4%).

Puis, de manière beaucoup plus sporadique, au pharmacien, aux amis et aux collègues de travail.

Quelles que soient les caractéristiques socioculturelles des répondants (âge, sexe, niveau d'études, situation professionnelle), ils se dirigent en priorité vers leur médecin.

Mais cela concerne plus encore :

- les personnes âgées et celles qui consultent régulièrement leur généraliste (qui sont souvent d'ailleurs des personnes âgées).

Il est probable que les patients qui consultent de manière fréquente leur médecin profitent naturellement de la consultation pour exposer à ce professionnel leur problème bénin.

On peut aussi se demander si les sujets qui ont d'emblée recours au médecin pour le moindre problème de santé ne deviennent pas justement, pour cette raison, des patients réguliers.

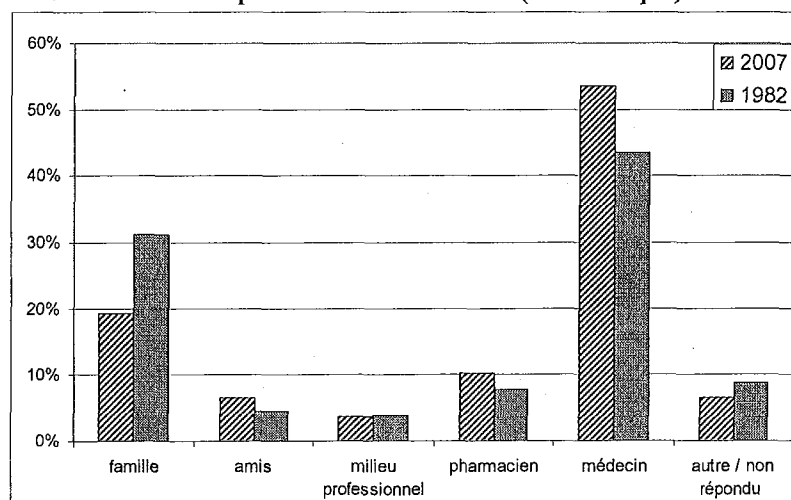
- les personnes qui entretiennent avec leur médecin traitant une relation de qualité.

Il est en effet logique de se diriger d'emblée vers quelqu'un avec qui l'on a des rapports satisfaisants.

Au contraire, les jeunes, qui ont souvent un environnement familial bien présent à leurs côtés, vont davantage faire appel à lui.

On remarquera que sur les 4 personnes ayant déclaré prendre conseil auprès de leur **cercle professionnel**, toutes occupent un emploi stable en CDI.

Figure 18 : Premier recours en cas de problème de santé bénin (choix unique)



Au début des années 80, la **population plébiscitait déjà le médecin traitant mais moins massivement qu'aujourd'hui** (43,5% contre 53,7% ; $p < 0.05$), contrairement à la **famille qui était davantage sollicitée** (31,3% contre 19,4% ; $p < 0.01$).

On ne retrouve pas de différences significatives concernant le recours au pharmacien, aux amis ou aux collègues de travail ($p > 0.05$).

Parle t'on moins à ses proches ou allons nous plus spontanément chez le médecin ? L'accès aux soins s'est démocratisé ces dernières années avec entre autre la mise en place d'un régime de protection sociale favorable aux plus démunis (Couverture Maladie Universelle). Par ailleurs, les familles éclatées géographiquement pour des raisons professionnelles ou relationnelles sont plus nombreuses, il devient alors plus difficile, à distance, d'aborder ses problèmes de santé surtout lorsqu'ils sont bénins.

Pour terminer, il est intéressant de constater que 6,5% des répondants ont déclaré spontanément ne faire appel à personne en cas de problème de santé bénin et gérer seuls la situation. Il s'agit d'une alternative que ni nous, ni nos prédécesseurs, n'avions envisagée.

B) LE COMPORTEMENT FACE A LA PRESCRIPTION MEDICALE

a) Le comportement du patient face à la prescription (question 20)

Une relation de soins basée sur un **autoritarisme médical est un modèle dépassé** depuis bien longtemps.

Certes, la majorité des patients déclare **suivre aveuglément les prescriptions** du médecin mais il y a tout de même **plus d'une personne sur 3 qui restent vigilantes**, en tenant compte des **conseils des proches (11,1%)**, en sollicitant un **deuxième avis médical (8,3%)** ou en demandant **au médecin le traitement désiré (18,5%)**.

- Comme dans beaucoup de travaux (1, 39, 77), c'est la population âgée et peu diplômée qui adopte le comportement le plus passif au moment de la prescription médicale et qui va en l'occurrence **se fier aveuglément aux prescriptions** du médecin.

Ce sont également les personnes qui ont la plus grande confiance en leur médecin qui vont s'en remettre totalement à lui. Pourquoi, en effet, mettre en doute les prescriptions du médecin s'il est compétent et agit uniquement dans l'intérêt du patient ?

On précisera que, parmi les personnes qui déclarent suivre aveuglément les prescriptions de leur médecin, certaines étaient gênées par le terme « aveuglément » qu'elles jugeaient, à juste titre, péjoratif. Et souvent les répondants précisaient qu'ils consultaient tout de même la « notice » pour s'informer des effets secondaires.

- Les patients plus jeunes, s'informant par le biais des médias (en particulier sur Internet) et ayant un niveau d'études élevé sont plus enclins à **demandeur le traitement** qu'ils désirent et qu'ils estiment correspondre à leurs besoins.

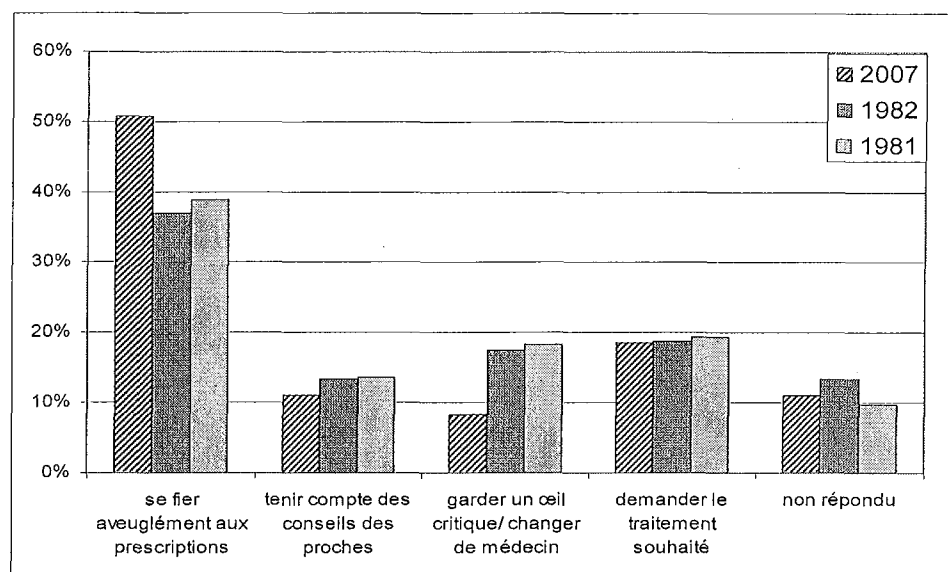
Nous touchons probablement là le fait qu'il est plus facile de s'exprimer face à son médecin lorsque l'on se sent d'un **milieu socioculturel équivalent** ou lorsque l'on a les **connaissances scientifiques de base** permettant d'établir un dialogue argumenté.

Quelques participants ont précisé qu'ils demandaient un autre traitement, non pas par manque de confiance mais tout simplement pour **éviter la survenue d'effets secondaires** qu'ils auraient déjà rencontrés dans le passé.

Ces commentaires concordent avec ceux obtenus dans une étude menée dans la région Midi-Pyrénées en 2001 (39) : 6% des patients qui ont eu une prescription lors de leur dernière consultation de médecine générale ont demandé une modification de celle-ci. Et parmi les patients qui ont souhaité le remplacement ou la suppression d'un médicament, une part non négligeable a évoqué un problème de tolérance.

La **pression de prescription** est un phénomène ressenti par de nombreux praticiens. Selon une enquête nationale de 2004 (67), 94% des médecins généralistes estiment que leurs patients deviennent, ces dernières années, « plus exigeants » et 83% « plus méfiants ». Cette pression justifierait même parfois des **comportements thérapeutiques inappropriés** comme une prescription d'antibiotique pour une pathologie à priori virale.

Figure 19 : Comportement le plus fréquent du patient face à la prescription médicale (choix unique)



En 2007, les patients sont plus nombreux à se fier sans condition à la prescription de leur praticien (ils sont 51% contre 37 et 39% il y a 25 ans ; $p < 0.01$ et $p = 0.02$). Ces chiffres sont en contradiction avec le sentiment général « d'émancipation » du patient. Comment expliquer ces résultats surprenants ? Probablement par une surreprésentation de la population âgée dans notre échantillon, qui, comme nous venons de le dire, revendique moins d'autonomie que les autres.

Enfin, notons que les patients qui déclarent demandeur un deuxième avis en cas de désaccord avec la prescription de leur médecin traitant sont 2 fois moins nombreux en 2007 qu'il y a 25 ans. Ils sont 8% aujourd'hui contre 17 et 18% à l'époque. La mise en place du « médecin traitant » a certainement joué un rôle majeur dans la diminution du phénomène de « **nomadisme médical** ». Les gens sont bien conscients de la pénalité financière à laquelle ils s'exposent en cas de consultation d'un praticien « hors parcours de soin » : « *si on va voir un autre médecin, c'est à nos frais* » (sujet 4), « *maintenant on ne peut plus changer de médecin comme on veut* » (sujet 40)...

En résumé, seul un patient sur deux se fie aveuglément aux décisions du médecin. L'acte de prescription n'est donc plus nécessairement unidirectionnel, du « médecin qui sait » vers le « patient qui ne sait pas ». Cette évolution est d'ailleurs souhaitable pour le patient. En effet, **les malades qui ont un rôle actif dans la prise en charge de leur pathologie ont de meilleurs résultats thérapeutiques grâce notamment à une plus grande compliance.** Et, comme le souligne A d'Houtaud (28) : « *Nul n'est mieux placé que l'individu pour gérer sa propre santé de façon valable et persévérante et nul n'est plus intéressé que lui à obtenir des résultats tangibles.* »

L'enjeu principal pour le médecin est d'éviter le glissement dangereux d'une « participation active du patient » à une véritable « pression de prescription ». Le médecin deviendrait alors un vulgaire prestataire de service. Cela pourrait être évité grâce au renforcement du rôle « d'éducation » du médecin, le moment de la prescription étant un temps privilégié d'échanges avec le patient.

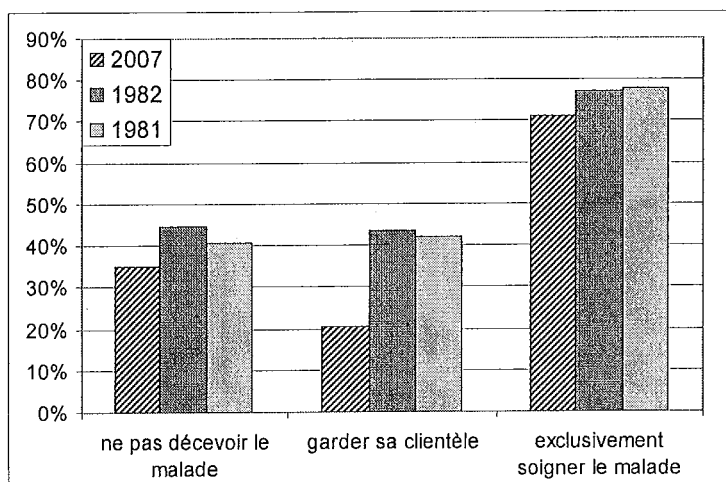
b) Le comportement du médecin face à la prescription (question 21)

Soigner les malades reste aux yeux de la grande majorité des patients, le but principal poursuivi par les médecins.

Cet objectif, qui paraît une évidence, est plébiscité par les jeunes et les diplômés. Ces patients « occasionnels » voient en leur médecin l'image infantile et idéalisée du « docteur » de leur enfance.

Les personnes âgées (retraitées et peu diplômées) accordent également au médecin, en premier lieu, la motivation louable de chercher la guérison de ses malades. Cependant, elles sont plus nombreuses que les autres à le voir aussi comme un commerçant cherchant à **garder sa clientèle** ou comme un professionnel s'efforçant de **satisfaire le patient**. Ces personnes âgées gardent t'elles en mémoire l'époque où les médecins étaient en surnombre et attendaient le patient ?

Figure 20 : But présumé du médecin quand il établit sa prescription (choix multiple)



Les temps ont bien changé, surtout dans les campagnes. Les salles d'attentes sont désormais pleines et les médecins partant en retraite sont difficilement remplacés. Les praticiens, débordés, n'ont pas besoin de chercher à satisfaire le patient pour assurer leur avenir professionnel.

La population en a globalement conscience, ainsi on constate qu'en 2007, deux fois moins de personnes imaginent que le praticien cherche à **garder son « client »** (20% en 2007 contre plus de 40% il y a 25 ans ; $p=0.01$).

C) EXERCER LA PROFESSION DE MEDECIN

a) Les motivations des médecins dans leur choix d'orientation professionnelle (question 23)

La grande majorité de la population attribue aux médecins, comme motivation prépondérante, une motivation philanthropique, à savoir « **améliorer la santé des gens** » (56,5%) ou « **consacrer sa vie à ceux qui souffrent** » (29,6%).

Certes, pour plus d'un répondant sur 2, l'« **intérêt financier** » entre en compte dans le choix professionnel des médecins, tout comme pour plus d'une personne sur 4, le désir d'occuper une « **position valorisante** » dans la société. Mais ces motivations ne sont prépondérantes que pour une minorité des participants (respectivement 12 et 1.9%).

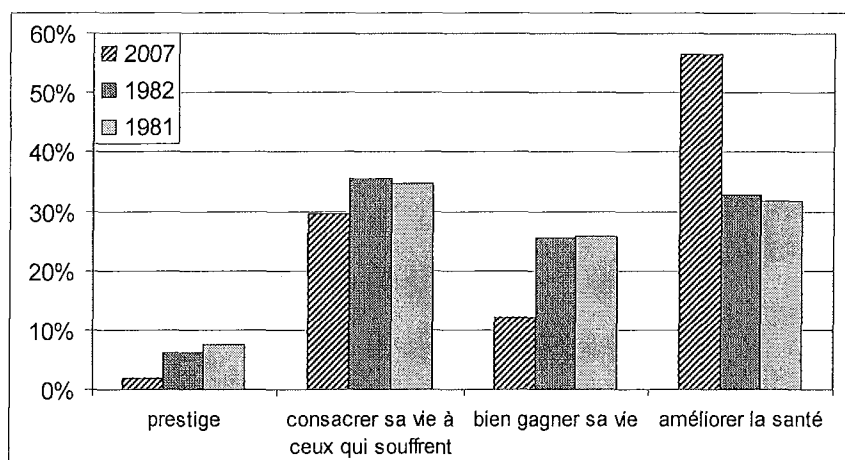
Les gens ont **une image globalement positive de leur médecin**.

En l'occurrence, ceux qui qualifient leur relation avec ce dernier de satisfaisante, qui lui accordent une grande confiance et lui attribuent le plus de qualités, lui allouent également davantage de motivations altruistes.

Il est également intéressant de constater que les personnes qui connaissent le mieux leur médecin, c'est-à-dire celles qui consultent régulièrement (qui sont également les personnes âgées et non diplômées) ont une opinion plus valorisante de leur praticien (elles sont plus nombreuses à supposer qu'il est animé par le désir de consacrer sa vie aux malades).

C'est donc à son contact qu'on apprécie voire qu'on idéalise ce professionnel.

Figure 21 : Principale motivation professionnelle des médecins (choix unique)



L'évolution des motivations attribuées aux médecins traduit plus globalement l'évolution du statut du médecin.

- Concernant la motivation principale des médecins, l'ambition fort louable de vouloir « améliorer la santé des gens » est nettement plébiscitée en 2007 et passe de la deuxième à la première position dans les choix des répondants (56% des gens citent cet item, contre 32 et 33% dans les enquêtes de nos confrères ; $p < 0.01$).

Cette affirmation a aujourd'hui supplanté le fait de « consacrer sa vie à ceux qui souffrent ».

La tonalité de la seconde est plus forte que la première : **d'une idée de dévouement, on passe à une notion plus professionnelle qui sous entend une obligation de résultats.**

Ce glissement signe ici l'évolution des attentes envers la médecine qui devient une science efficace et performante. Certaines personnes n'hésitent pas à verbaliser cette idée de transition : « *pour consacrer sa vie à ceux qui souffrent, c'était comme ça dans le temps, à mon époque, mais plus maintenant* » (sujet 49), « *c'est une ancienne valeur* » (sujet 85).

- En 2007, les médecins ne semblent plus occuper la position sociale prestigieuse d'antan.

Dans son livre publié en 1968, L Israël évoquait la convoitise du statut éblouissant du médecin : *« le désir de pouvoir est très communément prêté aux médecins... Qu'il y ait des médecins auxquels la profession serve de tremplin à l'exercice du pouvoir moral, financier ou politique est possible. Mais ils ne constituent pas une majorité... Que le public prête parfois au médecin de telles intentions n'est le plus souvent que l'expression de l'envie suscitée par une situation sociale relativement satisfaisante. »* (69).

Selon les répondants, le désir d'occuper une « position sociale gratifiante » passe de 6 et 8% il y a 25 ans à 2% en 2007 ; $p < 0.01$).

Nombreux sont ceux qui évoquent spontanément l'érosion du prestige: *« le prestige du titre, autrefois oui »* (sujet 2.), *« avant le médecin c'était un notable, maintenant ça n'a plus la même valeur »* (sujet 43), *« le prestige, c'était bon dans le temps »* (sujet 60), *« le prestige, plus maintenant ! »* (sujet 73), *« peut-être avant »* (sujet 86)...

- Pour finir, la population attribue plus rarement au praticien le désir de « s'enrichir » (12% en 2007 contre 26% dans les années 1980; $p < 0.01$). **Le médecin d'aujourd'hui n'est plus le riche notable d'autrefois.** De plus en plus de patients atteignent désormais son niveau de vie.

Les résultats que nous avons obtenus sont très proches de ceux d'autres enquêtes nationales comme celle de l'Institut BVA, réalisée en février 2008 (11).

84,4% des sondés attribuent aux futurs médecins des motivations essentiellement altruistes : aider et soigner les gens, peu importe ce que cela leur rapporte personnellement (contre 86,1% dans notre étude) alors que 15,6% des répondants évoquent, au contraire, un intérêt personnel : gagner de l'argent et une forte reconnaissance sociale (contre 14% pour notre échantillon).

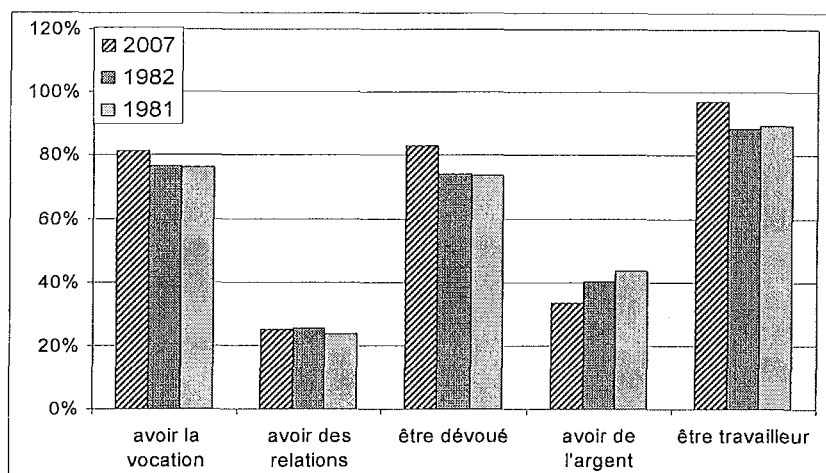
Il semblerait donc que l'intervention d'un enquêteur appartenant au corps médical n'ait pas significativement biaisé les réponses de nos participants.

Pour conclure, si l'image du médecin est parfois chahutée, la profession donne toujours l'impression d'un sacerdoce ; les futurs médecins ayant peu, d'après les personnes interrogées, de velléités matérielles.

b) Les atouts nécessaires pour devenir médecin (question 24)

Etre travailleur, dévoué et avoir la vocation : voilà le triptyque essentiel pour devenir médecin selon les sujets de notre échantillon.

Figure 22 : Atouts nécessaires pour devenir médecin (choix multiple)



Les principales qualités nécessaires au médecin pour mener à bien son cursus médical n'ont pas changé en 25 ans. On note toutefois que **les répondants citent davantage le fait d'être « travailleur » et « dévoué »**.

La population est bien consciente, aujourd'hui, que la profession de médecin est souvent éprouvante et que la **charge de travail devient de plus en plus lourde**.

- Le **travail** est d'ailleurs davantage cité comme qualité nécessaire au médecin (97% en 2007 contre 88 et 89% dans les précédentes enquêtes ; $p < 0.01$) :

- **Nécessaire lors des études reconnues comme longues et difficiles** : « il faut être travailleur pour réussir le concours d'entrée » (sujet 12), « réussir médecine, c'est pas donné à tout le monde » (sujet 25), « de nombreuses années d'études, trop d'heures à l'hôpital pour les internes... » (sujet 103), à propos d'un ami d'enfance médecin généraliste « il était toujours premier de la classe et quand il était à la fac, il bossait comme un forcené » (sujet 106)...
- **Mais aussi nécessaire pour exercer la profession de médecin** : « il faut qu'il le soit (travailleur) car la clientèle augmente » (sujet 43), « je pense qu'ils ne chôment pas vu le monde dans les salles d'attentes » (sujet 66), « il faut forcément être travailleur pour faire des journées de 12 heures » (sujet 89), « mon docteur, ne prend même pas le temps de manger à midi » (sujet 96)...

- Le **dévouement** est également davantage cité en 2007 (83% en 2007 contre 74% auparavant ; $p = 0.02$).

Il est admis que le métier de médecin n'est pas un métier comme les autres, il implique de se consacrer à l'autre, voire même une part d'abnégation.

« on n'est pas médecin ou infirmière par hasard » (sujet 68), « devenir médecin c'est pas donné à tout le monde, il faut le côté humain, le contact » (sujet 35), « il faut aimer rendre service » (sujet 75).

- Quant à la **vocation**, elle semble évidente pour 8 personnes sur 10.

Tellement évidente que les remarques spontanées des participants se résument simplement à celle-ci : « *il faut aimer ce métier* ».

On notera que les gens attribuent plus souvent au médecin cette « qualité », que les médecins eux-mêmes. Seuls 58% des médecins généralistes disent de leur métier que c'est un métier de vocation (67).

- Dans les cas où l'**argent** est cité comme atout nécessaire pour être médecin, il l'est essentiellement pour mener à bien les **études** de médecine, qui sont reconnues comme étant particulièrement longues :

« *il faut avoir de l'argent pour payer ses études* » (sujets 11, 26, 39, 45, 46, 54, 73, 87, 92,...),
« *les études sont longues, il faut que les parents aident* » (sujet 48).

L'argent est par ailleurs nécessaire au moment de l'**installation** : « *pour ouvrir son cabinet* » (sujets 39, 64), « *pour s'installer à son compte* » (sujet 85), « *pour acheter la clientèle* » (sujet 92)...

Comme pour la question précédente relative aux motivations attribuées aux médecins, il est également intéressant de constater ici, que les personnes qui connaissent le mieux leur médecin, c'est-à-dire celles qui consultent régulièrement et qui sont fidèles à leur praticien depuis plus de 10 ans, ont une opinion plus valorisante de ce dernier.

Elles sont plus nombreuses à le voir comme quelqu'un de dévoué, exerçant son métier par vocation.

C'est donc bien à son contact qu'on apprécie ce professionnel.

Il est également intéressant de constater que l'ensemble des qualificatifs utilisés pour définir l'image du médecin traitant (question 14) sont corrélés positivement à l'image d'un médecin dévoué ($p < 0.05$), sauf le terme « technicien ». Ce qui permet de penser que les gens qui considèrent leur médecin comme un « technicien » ont de lui une opinion moins gratifiante que les autres.

Le médecin, aujourd'hui plus encore qu'il y a 25 ans, est perçu comme quelqu'un de travailleur, dévoué et animé par la vocation.

L'interdépendance des trois qualités les plus citées est manifeste : pour faire un travail épuisant dont le but est l'intérêt de ses semblables, il faut être dévoué. Et pour être dévoué, il faut avoir la vocation.

D) LES REPROCHES ADRESSES AUX MEDECINS (question 22)

Pour des raisons de compréhension, cette question a été légèrement modifiée par rapport aux précédents travaux. En effet, l'équipe de d'Houtaud formulait des propositions négatives que nous avons jugées difficiles à appréhender par téléphone.

Dans le tableau ci-dessous, les propositions sont présentées comme dans notre questionnaire, c'est-à-dire comme des qualités.

Tableau 32 : Qualités des les médecins (choix multiple)

Qualités (les médecins ...)	Pourcentage de réponses par « oui » en 2007	Pourcentage de réponses par « oui » en 1982	Pourcentage de réponses par « oui » en 1981
écoutent suffisamment	53,7	48,4	45,6
expliquent suffisamment	45,4	28,7	25,5
passent assez de temps	43,5	28,2	24,7
s'intéressent aux conséquences	56,5	34,1	29,2

Etant donné le nombre important de sujets n'ayant pas répondu à cette question dans les travaux de nos confrères (10 à 20%), il convient d'interpréter avec précaution ces résultats.

Il apparaît que, de nos jours, **même si la population reste critique à l'égard des médecins, elle l'est moins qu'il y a 25 ans.**

En effet, on constate que davantage de sujets estiment que les médecins donnent les explications adéquates ($p < 0.01$), consacrent suffisamment de temps à leurs patients ($p < 0.01$) et s'intéressent aux conséquences de leurs prescription ($p < 0.01$).

On ne note pas de modification significative de l'opinion populaire au sujet de la capacité d'écoute des médecins ($p = 0.30$ et $p = 0.11$).

On ne note pas non plus de différences significatives entre nos résultats et ceux de l'enquête réalisée au début des années 70, au Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre, par d'Houtaud (28) ; elle retrouvait alors 51% de gens satisfaits de l'écoute des médecins.

La seule caractéristique sociologique en corrélation avec les différentes critiques émises est l'âge du répondant.

Les jeunes formulent en effet davantage de critiques ; ils sont en particuliers moins satisfaits par les explications et les informations fournies par les médecins (ce que nous avons déjà mis en évidence chez le médecin traitant) ainsi que par le temps qu'ils leur consacrent.

Les gens reprochent souvent aux médecins d'être **obligés d'insister pour obtenir les renseignements** qu'ils sont pourtant en droit d'attendre : *« pour qu'ils nous expliquent, faut leur « tirer les vers du nez » »* (sujet 9), *« si on pose des questions, ils répondent »* (sujet 41), *« on a souvent l'impression qu'ils sont pressés, si on veut des informations il faut vraiment insister »* (sujet 88), *« il faut que je lui pose moi les questions pour comprendre »* (sujet 106)...

Les commentaires libres les plus virulents sont formulés à l'égard des médecins hospitaliers : *« à l'hôpital, ils font du travail à la chaîne »* (sujet 6), *« j'ai été hospitalisé, ils m'ont fait un tas d'exams, puis on m'a dit c'est bon vous pouvez sortir, sans rien m'expliquer. J'aurais quand même voulu savoir ce que j'avais ! »* (sujet 53), *« dans les hôpitaux vous rentrez et hop vous sortez aussitôt, vous voyez le docteur en coup de vent »* (sujet 54), *« à l'hôpital ils ne vous consacrent pas assez de temps, il manque du personnel »* (sujet 58), *« le généraliste écoute très bien, à l'hôpital on vous écoute déjà moins »* (sujet 59)...

Les personnes qui ont une opinion positive sur leur médecin traitant auront également un jugement plus favorable sur l'ensemble du corps médical.

En effet, les sujets satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur généraliste et qui ont une grande confiance en lui seront moins critiques à l'égard des médecins.

Certes, à la vue de ces résultats, on constate qu'il y a eu des améliorations dans les pratiques des médecins ces dernières décennies. Cependant **des progrès restent à faire, la moitié de la population demande en effet que les médecins écoutent, expliquent et passent davantage de temps avec les malades.**

Comme l'évoque fort justement A d'Houtaud, le médecin tend à exercer de manière plus directive, voire plus autoritaire qu'il serait enclin de l'admettre et cela souvent par manque de temps mais parfois aussi par soucis de rentabiliser ses investissements matériels et en années d'études. Ainsi « *le médecin tend à court-circuiter les interventions du patient, voire à suppléer ou induire ses réponses pour aboutir plus rapidement à la concrétisation terminale qu'est l'ordonnance, laquelle devient le symbole par excellence et l'essentiel de l'acte médical.* » (28).

Pour finir, on peut souligner que **les patients paraissent moins critiques à l'égard de leur propre médecin traitant qu'à l'égard de l'ensemble des médecins.**

« *Pas tous les médecins sont aussi bien que le mien !* » (sujet 39).

Si 32,4% des gens demandent que leur médecin traitant consacre plus de temps pour les écouter (question 38), ils sont 46,3% à dire que le corps médical ne les écoute pas suffisamment.

De même, s'ils sont 38,9% à demander à ce que leur médecin de famille leur donne plus d'informations, ils sont ensuite 54,6% à penser que le corps médical ne donne pas assez d'explications.

Leur médecin est donc en quelque sorte une « exception ».

5) LES MEDECINES « ALTERNATIVES »

A) LE RECOURS AUX « AUTRES MEDECINES » (Question 25)

Une **personne sur 2** a déjà eu recours à des médecines « non conventionnelles ». L'**homéopathie** (29%), l'**acupuncture** (18%), l'**ostéopathie** (11%), la **phytothérapie** (9,3%) le recours au **rebouteux** (9,3%) et le **magnétisme** (9,3%) figurent dans le peloton de tête des spécialités les plus prisées.

Il n'est pas possible de définir une catégorie de la population qui serait davantage attirée par ces « médecines ». Seules quelques tendances se dégagent de notre travail :

-les femmes semblent plus intéressées par ces pratiques que les hommes (54% ont déjà consulté contre 36% pour les hommes; $p=0.07$)

On retrouvera cette tendance dans le sondage IFOP réalisé en novembre 2007 (59) ainsi que dans l'enquête menée par Bensoussan *et al.* (6).

-les gens âgés de 40 à 60 ans semblent être de plus grands consommateurs (63% des 40-60ans ont une expérience dans ce domaine, contre 44% des 18-40ans et 40% des plus de 60 ans ; $p=0.151$).

Ni le statut social des répondants ni même leur état de santé n'interviennent dans leur comportement (toutes disciplines confondues).

On aurait pu aussi imaginer que les personnes qui se tournent vers ces pratiques sont des patients déçus de la prise en charge que leur propose leur médecin traitant, mais qu'on se rassure, il n'est rien.

Au contraire, les gens qui ressentent une grande confiance en leur praticien ont même tendance à se diriger davantage vers les « autres médecines » :

55% des gens qui qualifient leur confiance de forte à très forte ont eu recours à une médecine alternative contre 37% pour ceux dont la confiance est variable à médiocre ; $p=0.06$.

Une relation de piètre qualité entre le patient et son médecin ou une longue liste de reproches émis à l'encontre des médecins ne vont pas encourager le patient à se tourner vers une « autre médecine ».

Pour en revenir aux « médecines douces » les plus prisées, il est quelque part rassurant de constater que les 3 premières sont le plus souvent pratiquées par des **professionnels, médecins ou paramédicaux** (de nombreux kinésithérapeutes exercent l'ostéopathie). Ainsi, on peut espérer une prise en charge plus responsable du malade.

Les résultats que nous avons obtenus sont proches de ceux du sondage IFOP (59) ; les 4 disciplines prédominantes restent les mêmes mais on note tout de même un moindre recours à l'acupuncteur, au magnétiseur et au rebouteux dans l'enquête nationale.

Il est en effet surprenant de constater que le **magnétiseur** et le **rebouteux** ont attiré (au moins une fois) près d'1 personne interrogée sur 10.

Le fait que nous nous intéressions à une **population rurale** explique probablement ces résultats ; magnétiseur et rebouteux sont certainement plus présents dans les campagnes que dans les grandes villes.

B) LES MOTIFS DE RECOURS AUX « MEDECINES ALTERNATIVES » (Question 26)

Les médecines « non conventionnelles » sont, pour la majorité de leurs adeptes, « **complémentaires** » de la **médecine allopathique** en particulier pour la prise en charge de **problèmes de santé bénins**.

Il y a tout de même 1 personne sur 3 qui prend ces traitements à la place des traitements « scientifiquement reconnus ».

On peut espérer que les 15% de gens qui utilisent les médecines parallèles en cas de maladie grave, le font en complément, et non à la place, des traitements scientifiquement reconnus comme c'est le cas dans de nombreux services hospitaliers de pointe.

Il est intéressant de constater que près de la moitié des sujets qui consultent le magnétiseur, le font afin de résoudre des problèmes de santé graves. Cette discipline fait partie des plus irrationnelles, or dans des circonstances dramatiques voire désespérées, il est fréquent de se tourner vers des croyances religieuses ou surnaturelles comme le magnétisme.

De nombreux participants nous ont précisé spontanément qu'ils utilisaient ces traitements dans un but essentiellement **antalgique** (il s'agit alors surtout de l'ostéopathie) : « *pour des douleurs de genoux* » (sujets 2), « *pour des douleurs* » (sujet 21), « *pour une entorse* » (sujet 22), « *pour de l'arthrose* » (sujet 38), « *pour un genou* » (sujet 39), « *pour des rhumatismes* » (sujets 47), « *pour éviter de prendre des anti-douleurs* » (sujet 55), « *pour une sciatique* » (sujet 103) ...

D'autres font appel à ces traitements (en particulier l'homéopathie et la phytothérapie) dans un but **anxiolytique** : « *pour les nerfs* » (sujet 22), « *pour mieux dormir* » (sujet 59), « *pour me calmer* » (sujet 62), « *avant des examens* » (sujet 65), « *pour me détresser* » (sujet 68), « *pour des problèmes d'angoisse et de sommeil* » (sujet 69), « *car je suis stressée* » (sujet 88)...

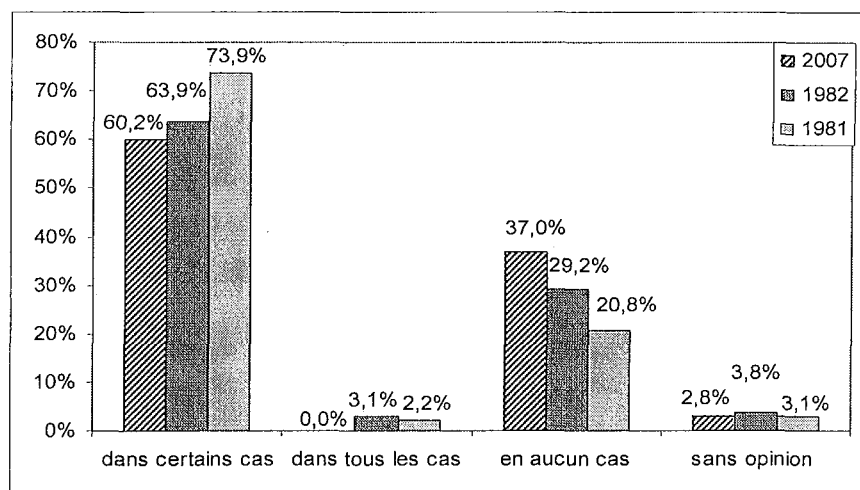
Les sujets interrogés précisent souvent qu'ils souhaitent **privilégier des traitements « naturels »** et ainsi éviter les traitements classiques, trop sédatifs. Ce désir de **limiter les prises médicamenteuses** grâce à l'utilisation des « médecines douces » est également mis en évidence dans l'enquête IFOP (59). Cela concernerait 69% des gens qui ont recours à ces pratiques !

Le patient qui se tourne vers les médecines « alternatives » ne cherche pas à compenser un manque d'écoute, d'attention ou plus globalement de communication de la part de son médecin, on ne peut que s'en réjouir.

En revanche, des progrès peuvent et doivent être faits dans le domaine de la prise en charge de la douleur et des problèmes psychologiques.

C) EFFICACITE PRESUMEE DES MEDECINES « ALTERNATIVES » (QUESTION 17)

Figure 23 : Efficacité présumée des médecines « alternatives » (choix unique)



Les sujets semblent plus sceptiques en 2007, qu'il y a 25 ans, sur l'efficacité des médecines « alternatives » ($p < 0.01$).

Alors qu'une personne sur cinq ne leur reconnaissait aucune efficacité en 1981, c'est le cas aujourd'hui de plus d'une personne sur trois.

Le nombre de sujets attribuant aux médecines « parallèles » une supériorité occasionnelle par rapport à la médecine traditionnelle, tend par contre à diminuer (74% en 1981 contre 60% aujourd'hui).

Il faut toutefois signaler que ces écarts sont moins nets lorsque l'on s'intéresse aux résultats obtenus par C Collin en 1982.

Des gens plus sceptiques certes, mais les médecines « non conventionnelles » restent quand même **appréciées par près de 2/3 de la population.**

Que les gens aient fondé leur opinion sur leur propre expérience ou non, ils accordent la même crédibilité à ces pratiques.

Le fait que le public ait un regard plus critique aujourd'hui qu'il y a 25 ans n'empêche pas ces pratiques de se développer.

Il semblerait, en effet, que le recours aux différentes disciplines prenne de l'ampleur sans que cela ne soit statistiquement démontré.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude fiable sur ce sujet, probablement en raison de l'hétérogénéité de ces pratiques et de l'absence de réglementation claire les concernant.

Dans la majorité des cas (75% des cas selon l'enquête IFOP (59)), le recours à ces traitements se fait par le bouche à oreille.

Et bien souvent, le médecin traitant n'en est pas informé ; le patient craignant probablement qu'il croit ses compétences remises en cause et qu'il ne se vexe.

Bensoussan *et al.* (6) évaluent à 74,8% le taux de patients ayant recours à des traitements alternatifs **à l'insu de leur médecin.**

Le malade souhaite peut-être ainsi préserver la relation de confiance qu'il a bâti au fil du temps avec son médecin et à laquelle il tient.

Ce n'est pas par insatisfaction ou pour palier à une carence quelle qu'elle soit, que les gens se dirigent vers d'autres pratiques. Ils recherchent simplement un confort supplémentaire, le plus « naturel » possible.

Cette démarche ne concerne pas uniquement la médecine mais il s'agit d'un état d'esprit qui va toucher également d'autres domaines comme l'alimentation avec l'essor du « bio », les soins du corps avec le développement des « spas »...

Il serait souhaitable que les professionnels de la santé s'informent sur les autres manières de soigner afin de pouvoir dialoguer avec leurs patients, mieux comprendre leurs attentes et éventuellement les orienter. Le but étant également de **leur éviter de tomber dans les pièges de charlatans**, qui malheureusement sont nombreux à profiter de la détresse des gens.

6) LA MEDIATISATION DE LA SANTE

A) L'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES (Questions 28 à 31)

Le développement et la diversification des sources d'informations n'ont paradoxalement pas fait disparaître les dictionnaires des bibliothèques des français.

En effet, on ne constate pas de différence significative dans le taux de possession d'encyclopédies ou de dictionnaires médicaux entre 2007 et le début des années 1980 ($p>0.8$).

Néanmoins, avec le développement considérable des médias traitant de la santé ces dernières années, il paraît évident que la population a davantage accès, mais aussi recours, à l'information.

- **La télévision est la source d'information médicale la plus démocratisée.**

Ce sont en particuliers les personnes non diplômées ($p=0.006$) et consultant fréquemment leur médecin généraliste ($p=0.035$) qui apprécient le plus ce média :

- les premières, peut-être pour des raisons d'accessibilité, les émissions médicales télévisées sont facilement abordables pour le grand public.

- les secondes recherchant probablement des informations complémentaires à celles données par le médecin.

- **La presse écrite est lue par 1 personne sur 4 de manière régulière** (plus d'une fois par mois), principalement par les patients qui souffrent de pathologies chroniques ($p=0.013$) et qui consultent le médecin généraliste plus d'une fois par trimestre ($p=0.01$). Ces personnes se sentent logiquement davantage concernées par ces informations.

- **Internet** reste, pour le moment, le média **le moins accessible** pour la population générale (61,1% de la population n'y a jamais eu recours) mais il est en **pleine expansion** avec la multiplication de sites et forums médicaux.

Notre étude révèle que les hommes ($p=0.049$), les jeunes ($p=0.008$), les diplômés ($p=0.006$) sont bien plus nombreux à rechercher des informations médicales sur le Web.

L'utilisation de ce média reste extrêmement rare chez les sujets de plus de 60 ans (et par conséquent chez les retraités), ceci s'explique évidemment par son caractère relativement nouveau et, pour de nombreuses personnes, ce média paraît « techniquement complexe ».

L'état de santé ne semble pas avoir d'impact sur le recours à ce média.

Dans une étude menée en 2003 aux Etats Unis, Murray *et al.* (84) ont montré que 31% des personnes interrogées parmi la population générale ont recherché une information médicale sur Internet au cours des 12 derniers mois. Dans cette enquête comme dans la nôtre, le jeune âge et un niveau d'éducation élevé étaient significativement associés à l'utilisation de ce média.

Des résultats similaires ont été retrouvés par O'Connor et Johanson (87) et par Baker *et al.* (4) mais cette fois les femmes sont de plus grandes utilisatrices.

Ces 2 études sont contradictoires sur l'état de santé des personnes ayant recours à Internet ; la première retrouve une prédominance de personnes en bonne santé contrairement à la deuxième. Dans notre étude, aucune relation statistique de cette nature n'a pu être mise en évidence ($p=0.587$).

Rares sont les études françaises portant sur ce sujet en dehors de celle menée par Mancini *et al.* (80) qui se sont intéressés à 560 femmes ayant un cancer du sein et à qui l'on propose un dépistage de la mutation BRCA 1/2. Parmi les patientes qui ont un accès Internet, la moitié y a recherché des informations (soit 24,3% de la population totale) et, comme dans notre étude, il s'agit majoritairement d'une population jeune et diplômée.

On notera que les personnes qui ont régulièrement recours à Internet adoptent un comportement davantage « **autonome** » vis-à-vis de leur santé ($p=0.029$). Elles consultent leur médecin en ayant déjà une idée de ce dont elles souffrent et de ce dont elles ont besoin et concrètement, elles « *demandent plus fréquemment au praticien le traitement qu'elles désirent* ».

Ceux qui souhaiteraient « *plus d'information* » de la part de leur médecin (question 38) vont se diriger davantage vers la presse écrite ($p=0.006$) ou les émissions télévisées ($p=0.032$).

Il serait intéressant de préciser par des études complémentaires si ces personnes ont recours aux médias pour palier le manque d'explications de leur médecin ou si elles portent simplement plus d'intérêt à la santé que les autres ?

B) L'UTILITE DES MEDIAS EN MATIERE DE SANTE (Question 32)

Dans les travaux de C Collin, la question relative à l'utilité des informations médicales était formulée différemment et ne concernait que les encyclopédies et dictionnaires médicaux. Il est donc difficile de faire des comparaisons.

En 2007, **l'immense majorité de la population trouve une utilité évidente aux informations médicales délivrées par les médias**. Pour sa **culture générale** surtout (90,7%), mais aussi **pour en savoir plus sur son état de santé** avant (58,3%) et après (60,2%) la consultation.

La recherche personnelle d'informations médicales n'a **pas pour but de remplacer le médecin et de se soigner seul** (seule une minorité de répondants les utilisent à cette fin (13,9%).

Les sujets d'âge moyen (entre 40 et 60 ans) sont ceux qui jugent le plus utile les informations obtenues par le biais des médias ; $p=0.035$.

Contrairement aux patients souffrant de pathologies chroniques qui sont eux, plus d'un sur 4 à les juger inutiles, contre 1 personne en « bonne santé » sur 10 seulement ; $p=0.021$. (Paradoxalement comme nous l'avons vu précédemment, ces personnes lisent beaucoup la presse.)

Les personnes qui jugent les informations provenant des médias utiles « pour se soigner » ou « pour en savoir plus » vont logiquement avoir un **comportement plus actif face à la prescription médicale**. Elles vont davantage garder un œil critique et demander un deuxième avis médical, se fier aux conseils de leur entourage, voire demander le traitement qu'elles désirent.

On note une ambivalence dans les réponses des participants.

-Parfois les informations provenant des médias peuvent être une **source d'angoisse** pour les lecteurs ; elles « *peuvent faire peur* » (sujet 21) ; « *font s'inquiéter* » (sujet 45).

-Dans un autre contexte, elles **apportent un soutien au patient** qui se sent moins seul. En particulier grâce à Internet et ses nombreux forums de discussion qui « *permettent le dialogue entre malades. On échange et on se sent soutenu* » (sujet 21).

Dans l'étude de Mancini *et al.* (80), la plupart des femmes ayant eu recours à Internet en ont gardé une opinion négative, en particulier à cause du stress généré par la complexité des informations disponibles.

Dans tous les cas, les médias « **ne remplacent pas un médecin** » (sujet 5).

Mais sont, au contraire, utiles pour **améliorer la qualité de la rencontre et du dialogue avec le praticien**, pour savoir « *poser les bonnes questions* » (sujet 61), « *poser des questions plus précises* » (sujet 8).

Dans l'enquête de Murray *et al.* (80), parmi les personnes qui avaient trouvé des informations médicales intéressantes sur Internet dans les 12 derniers mois, plus de la moitié en avaient discuté avec leur médecin et dans la grande majorité des cas, afin de connaître son opinion (71%).

Il est rassurant de constater que la quête d'informations médicales, en dehors de la consultation, n'est **pas la conséquence d'un manque de confiance en son praticien ni d'une relation médecin-patient de mauvaise qualité**.

Il ne s'agit pas non plus pour le patient de compenser une consultation jugée trop brève ou un examen clinique trop superficiel.

Tout porte à croire qu'Internet sera, si ce n'est déjà le cas, une source d'information incontournable dans les années à venir. Le médecin doit apprendre à travailler dans ce nouvel environnement et à l'utiliser, non pas comme un concurrent, mais comme un allier.

L'information devrait permettre au patient de mieux s'impliquer dans la décision thérapeutique, de mieux comprendre les choix du médecin, d'être « acteur » de sa maladie.

La plupart des patients perçoivent une différence entre **l'information recueillie dans les médias, qui est générale et théorique**, et celle qu'ils obtiennent lors de la consultation, **qui est particulière, individuelle et concrète**.

Il n'y a pas de véritable conflit entre ces deux sources d'information car elles ne sont pas de même nature.

L'idéal serait d'orienter le patient dans ses recherches en lui conseillant les sites adaptés à sa pathologie et à ses connaissances et d'utiliser les informations obtenues afin d'améliorer le dialogue médecin-patient.

L'information globale destinée au grand public nécessite d'être individualisée dans le colloque singulier médecin-patient.

7) L'ERREUR MEDICALE

A) L'EVALUATION DES COMPETENCES DES MEDECINS

La grande majorité des gens (64,8%) est favorable à plus de transparence concernant les compétences mais aussi les défaillances des médecins.

Il est difficile de comparer nos résultats aux précédents travaux car les deux questions ci-dessus étaient regroupées en une seule, nos prédécesseurs ne faisant pas la distinction entre les réussites et les fautes. Il semblerait néanmoins qu'en 2007, **les gens soient plus favorables que dans les années 80 à la divulgation d'informations relatives aux compétences des médecins.**

En effet, actuellement, 2/3 de la population est favorable à la publication des réussites et des fautes des praticiens contre 43% en 1982 ($p < 0.01$) et 40% en 1981 ($p < 0.01$).

De plus, en 2007, seuls 10% des gens sont défavorables à la divulgation des réussites et 23% à la divulgation des fautes contre 40% en 1981 et 1982 (réussites et fautes confondues) ($p < 0.01$).

- Les réussites

Les personnes qui ont une grande confiance en leur médecin et qui sont très satisfaites de la relation qu'elles ont établie avec lui souhaiteraient massivement avoir connaissance des réussites de ce dernier ($p = 0.021$ et $p = 0.004$).

Cela serait une façon de **légitimer leur attachement** à ce médecin mais aussi de **se rassurer**, en ayant la preuve de ne pas être trompé.

On retrouve également ce besoin d'être rassuré chez les personnes qui consultent régulièrement ($p = 0.051$) et dont l'état de santé est tributaire des bons soins de leur médecin.

Les participants ont, à de nombreuses reprises, insisté sur l'intérêt de connaître les médecins compétents afin de **choisir leur médecin de manière éclairée**, qu'il s'agisse d'un généraliste ou d'un spécialiste.

Certaines personnes y verraient une sorte de **récompense méritée** pour ceux qui s'investissent dans leur mission de soins.

D'autres se demandent à qui cela pourrait être bénéfique, au patient ou au médecin qui verrait accroître sa notoriété et pourrait en tirer un profit commercial ?

Cet **aspect commercial** de la médecine ne plait pas, bien au contraire et c'est souvent pour cela que les gens ont exprimé leur opposition à la publication des résultats des médecins.

- Les erreurs

La relation qui unit le médecin à son patient, la confiance que ce dernier lui accorde ou au contraire les reproches qu'il peut lui faire ne sont pas déterminants dans le désir d'avoir connaissance des erreurs du médecin ($p > 0.1$).

La volonté d'évaluer le médecin est liée plus à un état d'esprit qu'à une défaillance des rapports humains entre soignant et soigné.

Les personnes qui souhaitent la divulgation des fautes des praticiens sont celles qui ne tolèrent pas l'erreur et qui sont prêtes à porter plainte, le cas échéant.

Ce sont surtout les personnes défavorables à la publication des erreurs des praticiens qui se sont exprimées ouvertement sur ce sujet.

Elles semblaient souvent mal à l'aise qu'on puisse **juger** le médecin en qui elles ont confiance, **sur une seule erreur** : « *on ne doit pas dénigrer les médecins sur une seule faute* » (sujet 9), « *tout le monde fait des erreurs* » (sujet 42), « *personne n'est infailible* » (sujet 58), « *on est que des humains* » (sujet 68), « *on peut être un bon médecin et faire des erreurs* » (sujet 80) ...

Certaines craignaient que si elles avaient connaissance des erreurs de leur médecin, elles ne pourraient plus avoir confiance en lui et que cela viendrait **fragiliser la relation thérapeutique** : « *on ne ferait plus confiance à son médecin, on n'est pas apte à juger les fautes quand on n'est pas médecin* » (sujet 102), « *on n'irait plus chez les médecins* » (sujet 7)...

Une personne a fait une réflexion pragmatique mais intéressante : « *de toute façon, dans les villages, tout se sait !* » (sujet 102).

Ces résultats sont assez ambivalents.

On note un **désir grandissant de transparence** de la part de la population, ce qui est un véritable phénomène de société et ne concerne pas uniquement le domaine de la santé.

Les scandales de ces dernières années donnent aux patients le sentiment que chacun d'entre eux peut être, à son tour, victime de pratiques irresponsables.

Connaître les compétences de son propre médecin permettrait de se rassurer, de savoir qu'on est entre de bonnes mains.

Et en même temps, on perçoit à l'évidence **une crainte du patient sur ce qu'il risque de découvrir** à propos de son propre médecin et qui pourrait avoir une **répercussion sur la relation thérapeutique** dont ils sont, rappelons le, très souvent satisfaits.

B) LE DROIT A L'ERREUR

Les gens ne sont pas aussi intransigeants qu'on pourrait le craindre. **La majorité de la population (60%) accorde au médecin un droit à l'erreur sans y mettre de condition**, c'est-à-dire quelle que soit sa gravité et ses conséquences.

Seule 1 personne sur 10 exige du médecin qu'il soit irréprochable et infailible.

On a pu noter un certain malaise du public face à l'éventualité de porter plainte. L'hésitation était palpable et plus d'1 personne sur 4, même après réflexion, sont restées indécises.

Il faut admettre qu'il est difficile d'anticiper sa propre réaction lorsque l'on n'a jamais été confronté à une situation dramatique comme celle de voir sa santé altérée à cause d'une erreur médicale grave.

Et, même chez ceux qui ont réussi à faire un choix, **les avis sont partagés** : 35% se disent prêts à porter plainte et 37% affirment le contraire.

L'âge joue un rôle majeur dans les réponses des gens.

Les **jeunes sont moins indulgents** quand il s'agit d'accepter l'erreur du médecin ($p=0.06$) et ils sont surtout **plus enclins à porter plainte**, le cas échéant ($p=0.002$).

On peut probablement expliquer cela, plus généralement, par l'évolution de la société. Les jeunes ont toujours vécu dans une société où juges et avocats font partie du paysage; faire appel à eux leur semble plus concevable qu'à leurs aînés qui voient la justice comme une machine complexe et hors de portée.

Le fait de **bien connaître son médecin semble également lié au fait d'être plus tolérant et moins procédurier**. En effet, les patients qui souffrent de pathologies chroniques ($p=0.033$), consultent régulièrement leur médecin ($p=0.002$) et lui sont fidèles depuis longtemps ($p=0.019$) sont plus indulgents en cas d'erreur médicale. (On précisera que ces personnes sont également bien souvent les plus âgées.)

La confiance et la qualité de la relation ont moins d'impact sur le comportement des gens que la durée de cette relation et la fréquence des contacts.

Pour accepter l'erreur, le patient doit se sentir considéré par son médecin et pour cela ce dernier doit **lui consacrer le temps nécessaire**.

Une étude américaine menée par Lester et Smith (76) a montré que, plus que les compétences techniques du médecin, c'est la qualité de la communication qui va avoir un impact sur le désir du patient de porter plainte contre un praticien.

Une bonne communication entraîne moins de litiges car le médecin est alors perçu comme ayant pris soin de son malade et ayant agi dans son intérêt.

Comme dans la question relative à la divulgation des erreurs des médecins, ceux qui disent accorder au praticien le droit de se tromper n'ont pas été avares de commentaires pour illustrer leurs propos. Avec l'idée récurrente que « *l'erreur est humaine* » et que « *personne, même le médecin, n'est infallible* ». Trois personnes évoquent la religion en distinguant le médecin d'un dieu tout puissant.

Les personnes interrogées précisent tout de même qu'il y a des limites à leur tolérance, d'une part **l'erreur ne doit pas se répéter dans le temps, elle ne doit pas non plus être grossière** et surtout le patient demande à ce **qu'elle soit reconnue par le médecin !**

« *L'erreur est humaine mais il faut la reconnaître* » (sujet 56), « *il faut qu'il reconnaisse qu'il s'est trompé* » (sujet 89), « *s'il est de mauvaise foi, c'est sûr je porterai plainte* » (sujet 80), « *ça dépend s'il s'excuse* » (sujet 105)...

Plusieurs personnes ont précisé qu'avant d'avoir recours à la justice, elles chercheraient à **obtenir des explications de la part de leur médecin** : « *avant de porter plainte je vais voir avec lui, je tente de communiquer avant* » (sujet 5), « *j'aurai une bonne conversation, je mets cartes sur table* » (sujet 22), « *j'écouterai ses explications d'abord* » (sujet 99), « *j'en parlerai avec lui* » (sujet 105)...

Quelques participants précisent qu'ils ne souhaitent pas qu'on en arrive au modèle américain.

Enfin, parmi ceux qui envisagent de porter plainte si l'« occasion » se présentait, la majorité prétend le faire, non pas par intérêt personnel comme on pourrait le penser, mais davantage pour **éviter que l'erreur ne se reproduise** pour d'autres patients.

Ces questions sur l'erreur médicale sont, nous venons de le voir, très délicates pour les personnes interrogées. Sans y avoir été confronté, il est difficile d'anticiper sa propre réaction. En effet, une maladie grave bouleverse un individu, non seulement sur le plan physique mais aussi psychique et il est presque impossible de savoir d'avance, qui, de la colère ou de la résignation, prendra le dessus.

De plus, on peut s'attendre dans ce genre de questions, à un important bais de conformisme social. Il est plus facile et valorisant de dire que l'erreur est humaine, plutôt que d'avouer être prêt à porter plainte contre son médecin (qui plus est quand la personne qui pose la question est elle-même, un futur médecin).

8) LA RELATION MEDECIN-PATIENT EN MEDECINE GENERALE

A) LA CONFIANCE ACCORDEE AU MEDECIN TRAITANT (question 17)

Près des 2/3 des gens ont une grande confiance en leur médecin traitant.

La notion de confiance est complexe. Elle peut être définie comme « *la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective ou professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* ».*

Elle est établie sur la base d'un sentiment plus que sur un raisonnement.

C'est donc une notion subjective, difficilement quantifiable et explicable.

Il est difficile de définir précisément ce qui détermine la confiance du patient.

- Concernant les caractéristiques socioculturelles des répondants, seuls l'âge et le sexe semblent avoir une influence sur le niveau de confiance :

- Les jeunes ont le niveau de confiance le plus faible** ($p=0.031$).

Comme nous l'avons déjà souligné, la jeune génération n'a pas connu le médecin paternaliste d'il y a quelques décennies, à qui le malade s'en remettait totalement sans se poser de questions. Au contraire, la jeunesse a toujours évolué dans un climat de méfiance, où justice et médecine sont en rapports étroits et où les erreurs médicales sont largement médiatisées.

Une autre hypothèse pourrait être que les jeunes, a priori en bonne santé, n'ont pas eu souvent jusque là, l'occasion de « tester » et d'apprécier les compétences de leur médecin.

- Les femmes ont davantage confiance en leur médecin que les hommes** ($p=0.025$).

Nous l'avons déjà évoqué à la question 13, les hommes et les femmes n'apprécient pas les mêmes qualités chez leur médecin généraliste.

Les femmes affectionnent plutôt son côté « humain » : il met à l'aise, leur consacre du temps, est disponible, les écoute. Or ce sont justement des qualités humaines que dépend en priorité la confiance.

- Dans notre enquête, ni les reproches formulés contre le médecin traitant, ni les changements souhaités par les patients ne semblent être corrélés avec le niveau de confiance ($p>0.05$).

- La *dynamique temporelle* de la relation médecin patient (fréquence de consultation et fidélité) n'est pas non plus statistiquement liée au degré de confiance.

Ceci est pour le moins étonnant, quand on s'intéresse aux commentaires libres formulés par les participants : « *il a gagné ma confiance au fil de ses bons diagnostics* » (sujet 89), « *au fur et à mesure que je le connais, je lui fais de plus en plus confiance* » (sujet 92), « *je lui fais confiance, je le connais depuis l'enfance !* » (sujet 110)...

-Pour Tarrant *et al.*(103), comme dans notre étude, la confiance est liée à l'âge du répondant et comme dans notre population, il n'y aurait pas de corrélation avec la fidélité et la fréquence de consultation.

* Centre national de ressources textuelles et lexicales www.cnrtl.fr

-D'autres études comme celles de Fiscella *et al.* (42), de Grumbach *et al.* (49) ou de Kao *et al.* (71) ont par contre montré un lien entre la confiance et la durée de la relation médecin-patient. Pour Pearson *et al.* (92), il est également nécessaire qu'il y ait des interactions répétées au cours desquelles le patient a pu tester que le comportement du médecin était digne de confiance, avant que celui-ci ne la lui accorde.

Dans la littérature (42, 49, 92, 104), on décrit le médecin digne de confiance comme un médecin honnête, fiable, discret, doué en communication, compréhensif, chaleureux, réconfortant, compatissant et enfin compétent ou qui reconnaît quand il ne l'est pas.

Les qualités humaines, on le voit, sont nettement plébiscitées.

Quels sont pour le patient les avantages d'avoir confiance en son médecin ?

- Le premier élément intéressant à souligner est le **lien fort entre la satisfaction et la confiance du patient**. Plus un patient est satisfait de la relation qui le lie à son médecin, plus il aura confiance en ce dernier, et inversement ($p=0.002$).

La confiance serait donc la clé de voûte de la relation thérapeutique.

Cette corrélation entre confiance et qualité de la relation a été soulignée dans d'autres études comme celle de Tarrant *et al.* (103).

- Par ailleurs, **on se confie plus facilement à son médecin quand on lui fait confiance**. Ainsi, un patient qui éprouve une grande confiance considèrera plus souvent son médecin comme un « confident » ou un « ami » (question 14) et il sera plus enclin à aborder ses problèmes personnels (question 18) qu'un patient peu confiant.

- **La confiance joue également un rôle primordial dans la compliance du patient au traitement et donc indirectement dans l'efficacité thérapeutique.**

En effet, les malades qui ont une forte ou très forte confiance en leur médecin traitant suivront de manière plus rigoureuse sa prescription ($p=0.041$).

Cette relation entre confiance et compliance a déjà été révélée par de nombreuses autres études comme celles de Fiscella *et al.* (42), de Thom *et al.* (104), ou de Ettlinger *et al.* (40). Ces derniers ont étudié les taux d'observance d'antibiothérapies en ambulatoire entre une prescription par un médecin de confiance (91% de patients observants) et une prescription par un médecin inconnu (44% d'observance).

Avoir confiance en son médecin, ce n'est donc pas seulement lui accorder le mérite d'être un soignant compétent mais c'est aussi l'élever au rang de médecin humain, doué d'une grande capacité d'écoute, apte à entendre et comprendre les difficultés du patient.

Nous l'avons constaté, près des 2/3 des gens ont une grande confiance en leur médecin traitant, mais que dire du tiers restant qui qualifie sa confiance de « variable » ?

La confiance est indispensable à la construction d'une relation médecin-patient de qualité et contribue par ailleurs au processus thérapeutique. Dans ces circonstances, peut-on et doit-on se satisfaire de ce constat ?

B) LA SATISFACTION DU PATIENT ET LA QUALITE DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT (question 37)

Satisfaire le consommateur est un objectif bien ancré dans le milieu du commerce, cependant, dans le domaine du soin, c'est un concept assez récent.

Les questionnaires de satisfaction se multiplient depuis quelques années dans les hôpitaux. On demande aux malades de donner leur avis sur des domaines aussi divers que l'accueil, la qualité des repas, l'environnement, le respect de l'intimité, la qualité des soins, de l'information, la disponibilité du personnel... Le but principal étant d'améliorer les pratiques. En médecine de ville, la satisfaction du patient n'est pas mesurée de manière aussi objective. Le praticien peut se fier à la fidélité de son patient ou à l'ambiance générale dans laquelle s'est déroulée la consultation mais il est difficile pour lui de savoir exactement ce que son patient attend de lui.

Notre travail pourra peut-être apporter quelques éclaircissements sur les souhaits des patients, tout en gardant en mémoire que chacun a sa personnalité et ses attentes propres.

Les sujets de notre échantillon sont très majoritairement satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leur généraliste (8 répondants sur 10).

Etant donné le rôle central qu'occupe la relation médecin-patient dans la démarche de soins, nous ne pouvons que nous réjouir de ces résultats.

On ne sera pas surpris de ce constat que l'on retrouve dans la plupart des recherches sur le sujet. Par exemple, selon Esman *et al.* (39), 94% des gens ayant un médecin traitant disent entretenir avec lui de « bonnes à excellentes relations ». Selon un sondage TNS Sofrès (105), 97% des gens se disent satisfaits de leur médecin de famille et selon l'enquête BVA (11), 91% des répondants ont une bonne opinion de leur médecin généraliste.

On retrouve des résultats très proches dans la littérature anglo-saxonne : selon Grumbach *et al.* (49), 82% des gens sont globalement satisfaits et selon Twemlow *et al.* (108), ce chiffre s'élève à 92%.

- Éléments prédictifs d'une grande satisfaction

L'intérêt d'une évaluation globale de la satisfaction reste limité. Il est surtout utile, dans un objectif d'amélioration des pratiques, de comprendre quelles sont les variables qui ont le plus fort pouvoir prédictif sur cette satisfaction.

Une relation satisfaisante nécessite tout d'abord, de la part du médecin, une grande disponibilité.

Un médecin apprécié est **disponible** pour son patient ($p=0.005$) et prêt à lui **consacrer le temps** nécessaire lors de la consultation ($p=0.026$). Il doit prendre du temps pour **écouter** le patient ($p=0.006$), l'**examiner** ($p=0.004$), le **conseiller** ($p=0.03$).

Un **comportement bienveillant du médecin** est nécessaire pour établir une relation de qualité.

Les patients satisfaits sont des personnes qui sont mises « **à l'aise** » ($p=0.033$) par un médecin « **chaleureux et convivial** » ($p=0.006$), à qui ils peuvent livrer leur « **problèmes personnels** » ($p=0.006$) et surtout en qui ils ont « **confiance** » ($p=0.002$).

La relation médecin-patient s'inscrit dans le temps, se consolide avec les années. Contrairement à la confiance, la satisfaction du patient se construit au rythme des consultations. Ainsi les patients les plus fidèles et ceux qui consultent régulièrement sont les plus satisfaits. **La relation médecin-patient est semblable en ce sens, à tout relation humaine : elle nécessite de connaître l'autre pour réellement l'apprécier.** Ce constat est partagé par Grumbach *et al.* (49).

La satisfaction du patient s'explique aussi par les **qualités humaines et personnelles du médecin.**

Les patients satisfaits de leur relation attribuent davantage de motivations altruistes à leur médecin comme le fait de vouloir « consacrer sa vie à ceux qui souffrent » ou « améliorer la santé des gens » et ils estiment qu'on devient médecin par « vocation » et « dévouement ».

La satisfaction semble être liée à l'intensité affective de la relation. Autrement dit, une relation fortement investie sur le plan émotionnel sera un gage de grande satisfaction. Dans notre étude, pas moins de 5 représentations du médecin sont en corrélation avec une relation médecin-patient satisfaisante : l'image de « confident » ($p=0.001$), « guide » ($p=0.013$), « ami » ($p=0.039$), « modèle humain » ($p=0.018$), et « savant » ($p=0.009$). L'importance de l'aspect affectif dans la satisfaction a été soulignée dans d'autres études comme celles de Comstock *et al.* (17), ou de Di Matteo *et al.* (32).

Certes, les qualités humaines du médecin sont primordiales pour satisfaire le patient mais **ce dernier exige également de lui des compétences professionnelles, scientifiques voire techniques.** Le patient ne pourra pas établir de relation de qualité avec un médecin qu'il juge incompétent ($p=0.009$).

On notera que ce dernier élément qui paraît objectif de prime abord, ne l'est pourtant pas. En effet, il est très difficile pour une personne qui ne possède pas de formation médicale ni scientifique, d'évaluer réellement la compétence d'un professionnel de santé.

La relation médecin-malade est un processus dynamique, réunissant deux subjectivités qui se rencontrent, parfois se heurtent (3).

Il s'agit d'un véritable partenariat dont **l'élément central est la communication** (46).

Pour améliorer la satisfaction du patient, il est ainsi nécessaire que le médecin concentre ses efforts sur la qualité de la communication, comme le confirment les innombrables publications dont celles de Ruiz-Moral *et al.* (97), de Comstock *et al.* (17) ou de Frosthalm *et al.* (45). Cette communication doit être « centrée sur le patient », d'après la traduction de l'expression anglo-saxonne « patient-centered ».

La multiplication, ces dernières années, de groupes de réflexion destinés aux médecins, qu'il s'agisse des traditionnels « groupes Balint » ou de « groupes de pairs », traduisent la prise de conscience par les professionnels de santé de l'intérêt d'améliorer leur communication.

Des résultats positifs sur le plan médical auront un impact évident sur la satisfaction du patient. Il en est de même pour l'environnement « matériel », qui, comme nous l'avons vu, joue un rôle important. Mais c'est aussi et surtout **une bonne relation médecin-malade qui va conditionner la satisfaction globale envers les soins.**

L'intérêt d'établir une relation de bonne qualité est double.

Pour le praticien, entretenir de bons contacts avec le patient lui permet d'**exercer dans un climat agréable.**

Quant au patient, il peut espérer de **meilleurs résultats thérapeutiques** par le biais d'une plus grande observance d'une part, mais aussi par le phénomène « placebo » du médecin, le fameux « médecin médicament » de Balint (5).

C) LES CONFIDENCES DU PATIENT (question 18)

Les patients parlent assez peu de leurs problèmes personnels, tout du moins des problèmes ne concernant pas directement leur santé. Moins d'une personne sur 10 se confie régulièrement.

Les femmes se confient plus facilement que les hommes ($p=0.001$). Nous l'avons vu, les femmes sont attachées à l'aspect relationnel dans la démarche de soin, tandis que les hommes sont davantage intéressés par l'aspect professionnel voire technique. Il n'est donc pas étonnant que les femmes ressentent plus le besoin d'aborder leurs problèmes psychologiques lors de la consultation.

Pour se confier, il est indispensable que le patient se sente en confiance avec le médecin ($p=0.038$) et qu'il ait établi avec ce dernier **une relation solide et satisfaisante** ($p=0.006$).

Comme l'a dit fort justement B Hoerni : *« Il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret. »*.

Donner accès à son intimité n'est pas quelque chose d'anodin, c'est une marque de considération importante. Cette faculté de se livrer à l'autre nécessite une **proximité psychologique qui s'acquiert avec le temps**. Ainsi les gens qui consultent régulièrement sont plus enclins à aborder leurs problèmes personnels ($p=0.027$).

La facilité avec laquelle le patient va **se confier dépend des qualités du praticien** et de l'image que le patient a de lui. Les malades se dévoileront ainsi plus facilement à un médecin vu comme un « confident » ($p=0.002$).

Mais cela dépend également beaucoup de la personnalité du patient.

Les personnes au caractère réservé aborderont moins aisément les questions relatives à leur intimité, sans qu'on ne puisse imputer ce comportement à une réelle défaillance de la relation soignant-soigné ou à un manque de confiance : *« je ne suis pas de nature à raconter ma vie et mes problèmes personnels »* (sujet 109), *« je n'aime pas parler de ma vie privée »* (sujet 58), *« mes problèmes personnels ne concernent que moi »* (sujet 28), *« je ne vais pas le voir pour ça »* (sujet 108)...

D'autres personnes, par contre, sembleraient prêtes à parler si on leur en donnait la possibilité.

- **Pour certains, c'est au médecin d'aborder la question** : *« on parle de mes problèmes personnels quand il aborde le sujet »* (sujet 96), *« quand il me pose des questions »* (sujet 32), *« quand il m'en parle »* (sujet 2)...

- Pour d'autres, **le médecin ne se montre pas suffisamment disponible** pour qu'ils se confient : *« mon médecin est souvent pressé »* (sujet 102), *« la salle d'attente est toujours pleine alors on parle des problèmes de santé, c'est tout »* (sujet 3), *« je ne veux pas lui faire perdre son temps »* (sujet 96)...

Parfois, les gens considèrent que **ce n'est pas du ressort du médecin traitant** d'entendre leurs problèmes personnels : *« c'est pas mon psy, c'est pas pour ça que j'y vais »* (sujet 108), *« je pense que ça n'a pas d'intérêt pour me soigner »* (sujet 97), *« c'est pas son rôle »* (sujet 52), *« c'est pas une assistante sociale »* (sujet 92)...

On pourrait être fortement déçu, en tant que professionnel, de voir que peu de gens se confient à nous alors que notre rôle de généraliste est justement de prendre en charge le patient dans sa globalité. Il faut toutefois relativiser ces résultats.

Si l'on se fie aux autres études de la littérature, les patients semblent faire la distinction entre leurs problèmes personnels ne concernant pas leur santé (comme les problèmes professionnels, financiers) et le fait de confier des informations intimes utiles pour les soins.

Ainsi, selon l'enquête IPSOS (66), 8 patients sur 10 ont le sentiment qu'ils peuvent aborder des sujets intimes avec leur médecin généraliste.

Que les pathologies soient somatiques ou psychosomatiques, le rôle du médecin est thérapeutique avant tout.

D) LE PRESTIGE DU MEDECIN (question 39)

Pour plus de la moitié de la population, le statut du médecin de famille a perdu de son prestige (seule 1 personne sur 4 pense le contraire).

En posant la question du prestige, nous ne cherchions pas à connaître ce que pense personnellement le répondant mais plutôt le sentiment général qu'il perçoit dans son environnement. Or, quand on analyse les réponses, on se rend compte que c'est finalement souvent son propre avis qu'il donne. En effet, les personnes qui sont satisfaites de la relation qu'elles entretiennent avec leur médecin et qui lui sont fidèles depuis longtemps considèrent que le statut du médecin reste enviable.

Concernant les caractéristiques socioculturelles des répondants, seuls l'âge et la situation professionnelle influencent les réponses à cette question.

Les personnes qui perçoivent une importante dévalorisation de l'image du médecin sont celles âgées de 40 à 60 ans, occupant un emploi stable.

Comment expliquer ce constat ?

Ces personnes, bien insérées dans la société, ont-elles un niveau de vie et un statut proche de celui d'un médecin ? Il est certain qu'on envie peu celui dont on est socialement proche.

Quant aux personnes âgées, elles ont connu le médecin de campagne d'antan et semblent toujours garder de lui la même image valorisante.

S'il y a une évolution de l'image du médecin dans la société, elle se fait apparemment à l'échelle des générations et non de l'individu.

Les plus jeunes, quant à eux, se situent dans une position intermédiaire. Il est difficile de parler de perte de prestige quand on n'a pas le recul nécessaire pour se forger sa propre opinion. Leur opinion ne peut être fondée que sur ce qu'ils entendent autour d'eux.

Nos résultats sont proches de ceux d'une enquête nationale récente menée par BVA (11) dans laquelle 50% des gens (en particulier les personnes d'âge moyen et de catégories socioprofessionnelles supérieures) considèrent que le statut du médecin n'est plus aussi enviable que dans le passé.

Ainsi, il paraît indéniable que **le prestige du médecin s'érode**. Cependant, il n'est pas le seul dans ce cas. **Les autres professions auparavant très respectées, comme les enseignants et les policiers accusent le même revers.**

Même si la profession du médecin n'est plus aussi gratifiante qu'il y a un demi siècle, elle reste quand même **en tête des métiers les plus prestigieux** (pour 58% des gens), loin devant le corps enseignant (36%) et les infirmiers (31%) (11).

La population, comme nous l'avons souligné tout au long de notre travail, se rend bien compte de la difficulté de notre profession.

A une époque où « les 35 heures » se sont généralisées et où la culture du loisir remplace celle du travail, les gens sont conscients des conditions d'exercice difficiles des médecins généralistes (salles d'attente bondées, responsabilités importantes, revenus certes corrects mais non mirobolants, horaires extensibles...).

La profession de médecin reste ainsi, d'après les sondages, la plus prestigieuse des professions mais n'est plus aussi convoitée que par le passé.

Selon une enquête IPSOS de février 2007 (66), le métier de médecin arrive en 3ème 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.

Le statut du médecin est fort bien résumé par la réflexion de l'un de nos participants qui se passe de tout commentaire :

« Je pense qu'il est moins respecté qu'avant. Dans le temps, le médecin du village était un notable, les gens le craignaient. On l'appelait « Docteur » quand on le croisait dans la rue.

Maintenant, c'est devenu quelqu'un comme tout le monde, qu'on appelle « Monsieur ».

Mais je crois que quand on est vraiment malade, on s'en remet totalement à lui et dans ces situations, on le respecte encore beaucoup.

Quand nos enfants sont malades et qu'on se retrouve paniqué en pleine nuit, quand le médecin sonne à la porte, on l'attend comme le messie. »

Sujet 106.

9) LES APPORTS DE L'ETUDE

En France, la littérature dans le domaine de la relation médecin-patient est riche mais parcellaire. On trouve en effet de nombreux sondages qui fournissent des données brutes sans interprétation ou au contraire des écrits qui décrivent des comportements mais qui ne s'appuient sur aucune étude. Notre travail permet d'apporter un regard plus objectif sur ce sujet complexe.

Pour s'épanouir dans l'exercice d'une profession qui demande un fort investissement personnel, il est indispensable de se sentir apprécié et reconnu. Nos conclusions permettront, je l'espère, de rassurer les médecins les plus inquiets.

De plus, en ayant ainsi connaissance des principales attentes des patients, les médecins pourront adopter le comportement adéquat et corriger d'éventuelles erreurs liées à de fausses interprétations ou à une simple ignorance.

Cette enquête aura donné la possibilité aux sujets interrogés de s'exprimer en tant que « personnes » et de se sentir ainsi considérés. Ce sentiment, au printemps 2007, n'était pas répandu, au contraire la population reprochait alors aux politiques d'enchaîner les réformes du système de santé sans ne jamais prendre en compte les opinions ni les intérêts des usagers. Ce travail aura par ailleurs conduit les participants à avoir une réflexion sur la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin et ainsi à prendre du recul, ce qui est certainement intéressant sur le plan individuel.

Pour finir et à titre personnel, ce travail m'aura permis de débiter dans la profession avec une idée plus précise de ce que les patients attendent de moi, alors qu'il m'aurait fallu des années d'expérience pour y parvenir.

L'image globalement positive qu'ont les patients de leur médecin traitant me conforte dans mon choix d'orientation et me permet de d'aborder la profession avec sérénité et enthousiasme.

10) LES LIMITES DE L'ETUDE

Plusieurs critiques peuvent être formulées à l'encontre de notre étude ; elles concernent le questionnaire en lui-même, ses modalités d'administration et enfin l'échantillon de la population obtenu.

A) LES LIMITES LIEES AU QUESTIONNAIRE

Notre **enquête est de type déclaratif**. Ce sont les individus qui déclarent eux-mêmes leurs opinions et leurs comportements en matière de santé.

Les questions qui portent sur les conduites ne recueillent jamais que le résultat d'une **observation effectuée par le sujet sur ses propres conduites** (21).

Les principales limites du déclaratif concernent, en effet, la mesure de certains comportements qui seraient difficilement avouables ou au contraire, trop facilement avouables pour se valoriser.

Certains comportements « désirables » vont donner lieu à une surestimation. A l'inverse, des comportements « indésirables » auront tendance à être sous-estimés, le répondant ayant le souci de se conformer aux stéréotypes sociaux, voire de se valoriser en donnant de lui une image flatteuse. Il est naturellement difficile d'admettre qu'on ne fait pas habituellement ce qui est socialement attendu.

Il est par exemple plus embarrassant de reconnaître qu'on est prêt à porter plainte contre son médecin à la moindre erreur de ce dernier, que de se donner l'image de quelqu'un de tolérant et affirmer ainsi haut et fort que l'erreur est humaine (questions 35 et 36).

C'est ce qu'on appelle le « **biais de conformisme social** » ou « **biais de désirabilité sociale** » (7).

L'utilisation de **questions fermées** a l'avantage indéniable de permettre des comparaisons et d'être facile à administrer et à traiter, mais a peut-être induit certaines réponses et en a peut-être par ailleurs, masqué d'autres (7, 21).

De plus, pour la plupart des questions, nous ne proposons qu'une **réponse dichotomique** par oui ou non sans introduire de nuances. Les critiques formulées à l'encontre des médecins auraient peut-être été plus nombreuses s'il y avait plus de sensibilité dans les propositions.

Ce type d'enquête, par les questions qu'elle pose, ou qu'elle ne pose pas, trouve sans doute plutôt ce qu'elle recherche...

Pour tout questionnaire, écrit ou oral, l'ordre dans lequel se succèdent les thèmes abordés peut influencer les réponses données.

Dans notre enquête, nous avons commencé par interroger les sujets sur les qualités de leur médecin puis les défauts, peut-être aurions nous obtenu des résultats légèrement différents si nous avions fait l'inverse.

Par ailleurs, la **longueur du questionnaire** a pu être à l'origine d'une lassitude de la personne interrogée qui apporte alors des réponses moins réfléchies à la fin du questionnaire.

Enfin, nous aurions aimé modifier certaines questions issues du questionnaire initial afin de les compléter ou simplement de les améliorer mais cela n'a pas été possible pour des raisons de rigueur méthodologique.

B) LES LIMITES D'UN SONDAGE TELEPHONIQUE

La principale limite d'un sondage téléphonique concerne la **qualité de la base de sondage** puisque les personnes sur liste rouge ou sans ligne fixe France Télécom sont exclues du fichier. De même, les personnes les plus âgées vivant en institution, les personnes hospitalisées ou en vacances ne sont pas joignables.

Plus rarement, les personnes ne parlant pas le **français** ou présentant des problèmes d'**audition** ne sont pas interrogeables.

La sélection de la personne éligible par la **méthode anniversaire** (51) a généré de nombreux refus alors qu'initialement, la personne qui avait décroché semblait d'accord pour participer, les ménages ne comprenant pas toujours l'intérêt de cette précaution.

De plus, lors d'un sondage téléphonique, le temps de réflexion du répondant est plus court que lors d'un sondage écrit ce qui peut générer des erreurs ou des oublis (**biais de mémorisation**) (7). Le sujet aurait tendance à retenir en priorité le premier item qui semble proche de ce qu'il ressent, sans écouter avec la même attention les suivants, ou au contraire de ne retenir que les derniers items cités.

Pour limiter ce biais, nous n'avons pas hésité à répéter les questions lorsque cela semblait nécessaire.

Autre limite importante : la présence d'un **enquêteur appartenant au corps médical**. Ceci a constitué un élément perturbateur certain, en particulier pour les questions portant sur les critiques des médecins.

Il n'est évidemment pas facile de dire à quelqu'un qui se destine à devenir l'un d'entre eux, que la principale motivation des médecins est l'argent ou que la plupart sont incompetents.

C) LES LIMITES LIEES A NOTRE ECHANTILLON

Les conclusions que nous avons tirées de ce travail de recherche ne pourront être généralisées à l'ensemble de la population française, ni même lorraine, en raison des **particularités démographiques mais surtout culturelles de la population**, conditionnées par l'histoire industrielle et économique singulière de cette région frontalière.

De plus, notre échantillon comporte une **sur-représentation des personnes de sexe féminin et des personnes de plus de 60 ans**.

S'agit-il d'un véritable biais expliqué par la plus grande facilité à joindre les personnes retraitées (et qui sont majoritairement des femmes) aux horaires où nous appelions?

Ou cela peut-il s'expliquer par une sur-représentation des personnes âgées dans ce secteur rural ?

Aucune statistique officielle ne permet de définir la répartition de la population par âge et par sexe dans la zone exacte qui nous a intéressé.

Cependant, étant donné que le territoire concerné ne comprend aucune des grandes villes de Lorraine (Metz, Nancy, Thionville) dans lesquelles se concentre habituellement la population jeune, il ne paraît pas étonnant d'obtenir un échantillon tel que le nôtre.

Dans tous les cas, cette population âgée et féminine semble assez représentative de la clientèle des cabinets médicaux.

D) LES LIMITES DE NOTRE TRAVAIL

Comme dans tout test statistique, nous avons déterminé initialement un risque d'erreur (le risque α). Ce seuil a été fixé ici à 5%, c'est-à-dire que 5% des résultats que nous avons décrits comme significatifs ne le sont pas.

Cette étude a été réalisée sur la base d'un questionnaire à questions fermées. Ses résultats, s'ils dessinent une vue d'ensemble, ne permettent d'aborder **qu'un aspect descriptif des comportements**.

Nous ne pouvons, par conséquent, que formuler des hypothèses pour les expliquer. Si de nombreux participants s'exprimaient pendant l'interrogatoire et expliquaient leur prise de position et leurs opinions, il reste néanmoins difficile d'interpréter ces commentaires. Une méthodologie qualitative par **entretiens semi-directifs**, nous aurait probablement permis de dégager quelques grands axes de réflexions.

Au cours de notre travail, nous avons pu mettre en évidence des comportements différents selon l'âge des personnes interrogées, sans pour autant parvenir à leur donner une explication certaine. Nous ne pouvons pas savoir si ce sont les individus qui changent de mentalité en avançant en âge ou si c'est la société qui évolue.

Il aurait été extrêmement intéressant d'établir une comparaison temporelle à 25 ans d'intervalle, sur des catégories ciblées de la population.

Au-delà de l'évolution globale de l'image du médecin sur 25 ans, nous aurions pu étudier cette évolution chez une même catégorie de sujets. Nous aurions ainsi pu comparer, par exemple, les opinions des hommes diplômés âgés de 30 ans en 1982 et ayant aujourd'hui 55 ans.

Cependant, les données dont nous disposions dans les documents de nos prédécesseurs n'étaient pas suffisamment détaillées pour permettre ce travail.

Ainsi, l'idéal à l'avenir consisterait à mener des enquêtes longitudinales sur des échantillons représentatifs de la population et ceci sur plusieurs décennies étant donné la lenteur prévisibles des changements attendus.

Il serait aussi intéressant de reproduire l'étude que nous avons menée, sur une population plus vaste, afin de voir si les conclusions que nous en avons tirées sont généralisables ou s'il y a un véritable **particularisme local**.

Pour finir, au cours de ce travail, nous nous sommes longuement interrogés sur l'impact que pouvaient avoir les récentes mutations du système de soin, avec la mise en place du parcours de soin coordonné, sur l'évaluation du médecin traitant et sur le comportement de la population.

Nous n'avons pu évaluer avec la rigueur statistique nécessaire, **dans quelle mesure la critique du système de soin avait pu se répercuter sur l'évaluation des médecins** en général, et du médecin traitant en particulier.

Il y a une dizaine d'années, Di Matteo avait retrouvé une corrélation positive entre l'opinion du public sur le système de santé et sur les médecins (32). Qu'en est-il ici ?

Il serait intéressant d'évaluer à présent l'image du système de soin et de la comparer à celle des médecins.

CONCLUSION

En se référant à leur expérience quotidienne, individuelle et subjective, les médecins peuvent éprouver des difficultés à percevoir la façon dont ils sont considérés par leurs patients. Nous avons souhaité faire la part des choses entre ce qui est de l'ordre du préjugé et des idées reçues et ce qui correspond à des données vérifiées.

Nous nous sommes efforcés de répondre aux questions que peuvent se poser les futurs médecins et les médecins généralistes au cours de leur exercice sur l'image que les patients ont de leur médecin traitant et ce qu'ils attendent de lui.

Vouloir décrire précisément la complexité des relations qui unissent un patient à son médecin et dessiner en quelques adjectifs le portrait de ce personnage est sans doute présomptueux.

La difficulté de cette tâche tient à mettre des mots sur des sentiments et des représentations souvent inconscients et en constante évolution.

Il s'agit de s'immiscer dans une relation intime. On demande au patient de nous confier un jugement, pas toujours avouable, et parfois seul est dit ce qu'il est possible de dire, ce qui est conventionnel ou ce que l'on entend autour de soi ou dans les médias.

Si l'image mythique des médecins du début du siècle a bel et bien disparu, d'une manière générale, le médecin de famille reste très apprécié des patients lorrains.

Plus qu'un professionnel du soin, le médecin traitant est perçu comme un soignant humain.

Il est avant tout un conseiller pour la plupart des patients qui revendiquent de plus en plus le statut d'acteur de leur propre prise en charge.

Comme le résume fort bien J Hamburger « *Ce que le malade attend de son médecin, c'est trouver dans les conseils de ce dernier les éléments de sa propre décision* » (52).

Le médecin est aussi un confident, une oreille attentive et bienveillante, susceptible d'entendre les détresses individuelles, d'apporter son soutien, et un guide que l'on peut suivre en toute confiance.

C'est assurément un personnage hors du commun, une référence : il est un modèle humain pour un tiers des gens.

Le médecin est plus rarement considéré comme un technicien et lorsque c'est le cas, cette image est teintée d'une connotation péjorative. Le médecin technicien est le contraire d'un médecin humain, il est perçu comme quelqu'un de froid, distant, utilisant un jargon incompréhensible.

Quelles évolutions peut-on retenir au cours des 25 années qui viennent de s'écouler ?

A l'époque, on attribuait déjà principalement au praticien un rôle de conseiller, de confident et de guide. Mais alors que l'on parle de « désacralisation » du médecin, il est paradoxalement aujourd'hui bien plus souvent considéré comme un modèle humain qu'à l'époque.

Les gens auraient-ils besoin de références qu'ils trouveraient en la personne du médecin ?

Quand on demande à la population de définir en un seul terme, la personne du médecin, il est de nos jours beaucoup plus souvent qualifié de « confident ». Cette observation peut trouver son sens dans les difficultés croissantes de la vie accompagnées d'une distension des liens sociaux et de la perte de la fonction de soutien et de conseil de la famille. Le généraliste reste, lui, une personne bienveillante et surtout de confiance.

La médecine devient de plus en plus pointue et performante, les connaissances se démocratisent, sans pour autant que le médecin ne devienne un « technicien » au service de la science. Bien au contraire, l'image du « technicien » lui est plus rarement associée que dans les années 80.

Le médecin traitant, plus que tout autre médecin, est apprécié pour sa capacité à mettre à l'aise et à connaître parfaitement son patient, sur le plan médical en premier lieu, mais aussi sur le plan personnel. Cette dernière qualité lui est d'ailleurs indispensable pour réaliser une prise en charge globale du patient.

Mais cette « familiarité » ne doit pas se transformer en routine, le médecin est tenu de garder son objectivité et doit se défendre de banaliser les doléances des malades.

En 2007, la quasi-totalité de la population reconnaît des avantages indéniables à confier sa santé au médecin traitant, ce qui n'était pas une évidence pour tous il y a 25 ans seulement.

Aujourd'hui, le médecin traitant est avant tout un médecin de proximité.

C'est le médecin du quartier, chez qui il est facile de se rendre et qui connaît bien l'environnement de ses patients. Peu importe qu'il soit un homme ou une femme, du moment qu'il est compétent.

On note sur ce point, un grand changement dans les mentalités des patients qui avouaient, il y a 25 ans, accorder plus de crédit à un homme. Les évolutions démographiques de la profession, auparavant majoritairement masculine, expliquent certainement ce constat.

Certains éléments matériels, comme l'aspect du cabinet et l'apparence extérieure du médecin, sont importants aux yeux du public. Plus que des considérations esthétiques, il s'agit surtout d'une quête de sécurité : l'hygiène et l'ordre inspirent confiance et sont, pour les patients, le reflet de la compétence et du respect que le médecin leur accorde.

Si la population est aujourd'hui plus sensible à l'environnement matériel, elle accorde moins d'attention à la vie privée et aux opinions personnelles du médecin que lors des enquêtes de nos prédécesseurs.

Nous l'avons vu, l'image du médecin généraliste est globalement positive. Les personnes interrogées formulent peu de critiques à son encontre et elles sont bien plus indulgentes que par le passé.

Alors que dans les années 80 plus d'un quart de la population reprochait au praticien d'être incompetent, cela concerne en 2007 moins d'une personne sur dix !

Ce souci de proposer des soins de qualité est probablement la conséquence de la motivation des médecins mais aussi le résultat d'une réelle volonté politique matérialisée depuis quelques années par l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les critiques sont rares mais le public suggère malgré tout de nombreux points d'améliorations. Selon lui, le médecin « idéal » devrait être plus disponible qu'il ne l'est, en particulier les soirs et les week-ends, en dehors des heures traditionnelles d'ouverture du cabinet. Il demande aussi qu'il soit plus ponctuel. A en croire ces requêtes, on pourrait craindre que la santé ne devienne un « bien de consommation » comme un autre et le médecin un simple « prestataire de services »...

Ce n'est heureusement pas le cas, bien au contraire. Les patients, en consultant le médecin, s'attendent avant tout à rencontrer un être humain, qu'ils aimeraient d'ailleurs davantage à leur écoute et plus particulièrement attentif à leur état psychologique.

On ne va pas voir son médecin uniquement pour une ordonnance ou un geste technique, on attend bien plus de lui que la simple « réparation » d'un dysfonctionnement organique. Les malades ne veulent pas être considérés comme « un cas parmi d'autres » mais comme des sujets à part entière, des interlocuteurs.

Les gens demandent davantage de soutien psychologique mais sans pour autant adopter un comportement passif face à leur santé. Ils revendiquent au contraire le droit à l'information, qui, bien que reconnu dans les textes, ne semble pas suffisamment pris en compte dans l'intimité du cabinet médical.

L'image du médecin est donc globalement gratifiante et près des 2/3 de la population déclarent avoir une grande confiance en leur médecin traitant.

Mais que dire du tiers restant qui qualifie sa confiance de « variable »?

Peut-on et doit-on se satisfaire d'un tel constat lorsque l'on sait que cette confiance est la clé de voûte de la relation thérapeutique? On a en effet pu mettre en évidence au cours de notre travail, un lien statistiquement fort entre la satisfaction du patient et la confiance qu'il éprouve envers son médecin traitant. Plus un patient est satisfait de la relation qui le lie au praticien, plus il aura confiance en ce dernier, et inversement.

Les enjeux sont majeurs car, de nombreuses études le prouvent, la confiance participe activement au processus thérapeutique.

Nous avons pu démontrer qu'avoir confiance en son médecin n'est pas seulement lui accorder le mérite d'être un soignant compétent, mais c'est aussi l'élever au rang de médecin humain, doté d'une grande capacité d'écoute, apte à entendre et comprendre les difficultés du patient.

Ce sont donc l'ensemble de ces qualités que le médecin doit cultiver s'il désire améliorer la relation thérapeutique qu'il entretient avec ses patients.

Il doit par ailleurs concentrer ses efforts sur la jeune génération car c'est elle qui accorde le moins sa confiance. On peut se demander s'il s'agit là d'une véritable évolution des mentalités ou si cet état d'esprit est propre à la jeunesse.

Lors de notre enquête, nous souhaitions évaluer la qualité de la relation médecin-patient et nous sommes arrivés au constat suivant : la population est très majoritairement satisfaite de la relation qu'elle entretient avec son médecin traitant.

Nous pouvions simplement nous contenter de cette information rassurante mais il nous a paru intéressant de définir quelles sont les principales qualités auxquelles le public accorde de l'importance et qui déterminent son degré de satisfaction.

A l'évidence, le patient exige de son médecin des compétences scientifiques voire techniques mais la satisfaction semble davantage liée à l'intensité affective de la relation. Autrement dit, une relation fortement investie sur le plan émotionnel sera un gage de grande satisfaction.

Ainsi le public recherche un médecin disponible, prêt à lui consacrer le temps nécessaire lors de la consultation pour l'examiner, le conseiller mais surtout l'écouter. Il a besoin de se sentir à l'aise en présence d'un professionnel bienveillant, chaleureux et surtout digne de confiance pour pouvoir lui confier son bien le plus précieux, sa santé.

L'image des médecins toutes spécialités confondues est également positive. La grande majorité de la population les considère comme des professionnels philanthropes qui souhaitent avant tout améliorer la santé des gens et aider ceux qui souffrent avant de satisfaire à leurs intérêts personnels.

Si l'image du médecin est parfois chahutée, la profession donne toujours l'impression d'un sacerdoce. Aujourd'hui plus encore qu'il y a 25 ans, il est perçu comme quelqu'un de travailleur et de dévoué. La population est bien consciente que cette profession est souvent éprouvante et que la charge de travail devient de plus en plus lourde.

L'évolution des motivations attribuées aux médecins traduit plus globalement l'évolution de leur pratique. Dans les années 80, le public prêtait fréquemment au médecin le secret désir de satisfaire le malade dans le but de garder « son client ». Or aujourd'hui, les temps ont bien changé, les salles d'attentes sont pleines et les médecins débordés n'attendent plus le patient.

Malgré les qualités évidentes qui sont reconnues à l'ensemble des médecins et même si les critiques sont moins nombreuses que lors des travaux de nos prédécesseurs, force est de constater que des progrès restent à faire. La moitié de la population revendique davantage d'écoute, d'explications et de temps.

Il est par ailleurs intéressant de noter que les patients semblent moins critiques à l'égard de leur propre médecin traitant qu'à l'égard de l'ensemble du corps médical, comme si leur médecin était une « exception ». Cette observation était encore plus évidente au travers des commentaires spontanés que les participants à l'enquête nous ont donné, tout au long des entretiens.

S'il est évident que l'image du médecin évolue dans le temps, il en est de même de la relation qui l'unit à son patient.

C'est un fait, nous sommes désormais loin du modèle Parsonien où le médecin paternaliste qui « sait » se trouve face au malade soumis qui « exécute ». Une relation de soins basée sur un autoritarisme médical est un modèle dépassé depuis bien longtemps.

Cette autonomisation du patient aura des conséquences sur le comportement du malade face à la prescription. Certes, la majorité des patients déclare suivre scrupuleusement les prescriptions du médecin mais il y a tout de même plus d'une personne sur trois qui gardent un esprit critique et n'hésitent pas à demander le traitement qu'elles désirent, à se renseigner auprès de leur proches, voire à solliciter un deuxième avis médical en cas de doute sur leur prise en charge.

Nos prédécesseurs avaient déjà mis en évidence cette évolution des mentalités et on peut souligner que l'instauration du parcours de soins coordonné semble déjà porter ses fruits puisque le « nomadisme médical » est moins présent que lors des enquêtes précédentes.

Trois évolutions notables ont marqué ces dernières décennies le domaine de la santé et ont par conséquent suscité notre attention. Il s'agit de la vulgarisation des connaissances médicales liée à la multiplication des sources d'informations accessibles au grand public, du désir croissant de transparence dans la pratique médicale et de l'essor des médecines « parallèles ».

L'accès à l'information en matière de santé s'est nettement démocratisé ces dernières années, qu'il s'agisse de la presse écrite, de la télévision ou du développement incomparable d'Internet.

Cet intérêt porté aux médias est un phénomène récent qui répond à un réel désir de connaissance de la part du public et ne doit pas être rattaché à une éventuelle perte de confiance envers le médecin ou à des carences dans la relation médecin-patient.

La vulgarisation de la médecine par le biais des médias a des effets bénéfiques sur la prise en charge du malade. Elle encourage en effet sa participation active aux décisions thérapeutiques qui le concernent. Le patient averti coopère mieux et l'on peut ainsi espérer des résultats plus favorables.

Pourtant, malgré la multitude des sources d'informations disponibles sur les pathologies et leurs traitements, la connaissance du patient reste fragmentaire et ne lui permet pas le discernement. Les informations qu'il reçoit, trop nombreuses et surtout théoriques et non personnalisées, l'inquiètent souvent davantage qu'elles ne l'éclairent.

Dans ces circonstances, le praticien ne doit pas sentir ses compétences remises en cause mais doit au contraire utiliser à bon escient les connaissances du malade pour améliorer la qualité de la rencontre.

La population, de mieux en mieux informée, aimerait également plus de transparence sur les compétences des médecins. Ceci est un véritable phénomène de société qui ne concerne pas uniquement le domaine de la santé. La volonté d'évaluer son praticien est, une fois encore, davantage liée à l'évolution générale des mentalités qu'à une défaillance des rapports soignants-soignés.

Certes, le médecin ne paraît plus intouchable mais les gens ne sont pas aussi intransigeants qu'on pourrait le craindre et on est encore loin d'une « dérive à l'américaine ».

Si dans les textes la relation médecin-patient prend l'allure d'un contrat, la majorité des personnes que nous avons interrogées accorde toutefois au praticien le droit à l'erreur.

Les jeunes sont cependant moins indulgents que leurs aînés et ils sont surtout plus enclins à porter plainte le cas échéant.

Ce comportement est-il uniquement dû au caractère plus virulent et revanchard de la jeunesse ou s'agit-il d'une véritable évolution, dans une société où juges et avocats sont omniprésents?

Il serait intéressant de suivre cette population dans le temps pour répondre à cette question.

Nous avons enfin pu mettre en évidence, lors de notre enquête, que le recours aux médecines « non conventionnelles » est actuellement très répandu, puisqu'une personne sur deux y a déjà eu recours.

Ce constat ne doit pas être interprété comme un échec de la médecine « traditionnelle », ni comme un manque de confiance envers les médecins. Les personnes qui se tournent vers ces pratiques entretiennent la plupart du temps une relation de bonne qualité avec leur généraliste et sont globalement satisfaites de ses services.

Ces pratiques sont, pour leurs adeptes, le plus souvent « complémentaires » de la médecine « allopathique » et ceci essentiellement lors de problèmes de santé bénins, dans un but anxiolytique ou antalgique.

Les médecines « douces » sont plébiscitées car elles répondent à une quête de bien-être et à l'attrait pour le « naturel », ce qui est actuellement dans l'air du temps.

Considérant le remarquable engouement du public pour ces pratiques, on sera étonné de constater qu'il est plus septique sur leur efficacité qu'il y a 25 ans.

Tout l'enjeu pour le médecin généraliste est aujourd'hui d'établir un dialogue et une relation de confiance suffisamment solide avec son patient pour que celui-ci n'ait pas recours à ces médecines « alternatives » à son insu, comme c'est actuellement bien souvent le cas.

D'une part, il est important que le médecin traitant ait connaissance de l'ensemble des traitements de son patient et il est également de son devoir de le mettre en garde contre certains charlatans.

Que pouvons nous répondre aux médecins préoccupés par le sentiment de dévalorisation de leur image dans l'esprit du public ?

On ne peut certainement plus en 2007 parler de prestige lorsque l'on évoque le statut du médecin de famille. Il n'est plus le notable craint et envié d'antan et aujourd'hui nombreux sont les citoyens ayant le même niveau de vie et d'instruction que lui.

Nous l'avons souligné en préambule, du plus loin que nous puissions remonter dans le passé, l'image du médecin a régulièrement été malmenée par les « intellectuels ». La nouveauté réside aujourd'hui dans le fait que la critique n'est désormais plus réservée aux « penseurs ». Les patients revendiquent leur statut d'usagers et de financeurs du système de santé; ils ne se contentent plus de subir la médecine mais ils en exigent la qualité et pointent sans retenue ses imperfections.

La désacralisation du médecin, puisque force est de constater que ce dernier a dû, malgré lui, descendre de son piédestal, n'a rien de dramatique et ne justifie probablement pas la « propagation » d'un malaise au sein de la profession. Si le statut social dont jouissait le médecin il y a un siècle n'était pas forcément mérité, il ressort de notre enquête que le médecin garde cependant une excellente image. Même si plus de la moitié de la population interrogée pense que la profession de médecin n'est plus aussi gratifiante que par le passé, ce métier reste l'un des plus respectés. Il est considéré comme un homme « hors du commun », aux nombreuses qualités et qui est apprécié à la fois pour ses compétences scientifiques et humaines.

Sans qu'il soit perçu comme infaillible, c'est un professionnel à qui l'on peut faire confiance. A la fois conseiller, confident, guide, modèle, parfois ami, parfois technicien mais toujours humain et bienveillant, le médecin doit savoir incarner le personnage aux multiples facettes que recherchent les patients.

Il doit évidemment être consciencieux, compétent et avoir l'honnêteté de reconnaître ses faibles.

Il doit apprendre à écouter le malade et pour cela il doit accepter de se taire.

Il doit consentir à partager son savoir sans craindre pour autant de perdre son pouvoir.

Il doit prendre le temps d'expliquer, de rassurer, de répondre aux questions.

Il doit surtout rester humain.

Le patient n'accepte plus de jouer le rôle du demandeur soumis au médecin donneur d'ordre et il revendique le statut de personne capable de raisonner, qui possède sa propre information, certes parcellaire, et qui vient « demander un avis ». Comme le soulignait déjà A. d'Houtaud et plus encore aujourd'hui avec la vulgarisation du savoir médical, « *le médecin souhaité est bien un conseiller, mais sans renonciation du patient au secret désir d'être rassuré par les initiatives où le praticien adopte des comportements de guide, de modèle ou de responsable de la santé.* » (28).

Le public reste fortement attaché à cette médecine de proximité, peut être moins technique, mais plus humaine et sociale qu'est la médecine générale, où le patient se sent à l'aise, sans être anonyme.

En assumant sa mission avec honnêteté, compétence et altruisme, c'est au médecin que revient la tâche d'empêcher que la désacralisation de son image n'aboutisse à une véritable banalisation de sa fonction.

Le médecin du 21ème siècle doit accepter son nouveau statut et faire le deuil de l'image mythique du passé, en gardant à l'esprit qu'une médecine sur la défensive serait fatalement une médecine médiocre, une médecine au rabais.

En interrogeant des praticiens en exercice, force est de constater qu'ils sont nombreux à éprouver une certaine démotivation professionnelle qui parfois peut avoir des conséquences sur leur vie personnelle.

Le sentiment de manque de reconnaissance de la part du patient, souvent évoqué en premier lieu par les médecins, ne permet pas à lui seul d'expliquer l'ensemble des « symptômes ».

Grâce à notre travail, nous avons pu relever les principales attentes de la population, qui sont, il faut le reconnaître, assez élémentaires et prévisibles. Y répondre permettrait tout simplement d'améliorer la satisfaction du patient et également en retour, celle que retirerait le médecin de sa pratique.

Les généralistes se plaignent souvent de ne pas pouvoir assumer correctement leurs missions. La démographie médicale actuelle, les pesanteurs administratives et les contraintes légales sont à l'origine d'une surcharge de travail, elle-même génératrice de stress voire, pour certains, d'un véritable « burn out ».

Il est évident que la médecine générale, à qui l'on demande d'être le pivot du système de santé, manque de moyens. Comment accorder au patient la disponibilité, l'écoute ou tout simplement l'attention qu'il est en droit d'attendre lorsque la salle d'attente est pleine et que la liste des visites à domicile s'allonge ?

Une profonde réforme de l'organisation des soins semble inévitable.

La réévaluation à la hausse du numérus clausus, le développement des maisons médicales, la régulation des gardes, les incitations à l'installation des jeunes médecins dans les régions déficitaires, l'extension des compétences des personnels paramédicaux sont autant de pistes à encourager si l'on ne veut pas voir s'éteindre la médecine générale, si chère à la population.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000;38(3):335-341.
2. Audouin L, Orlewski M. L'art de fidéliser la clientèle médicale. Paris :MMI éditions ; 1999.
3. Bagros P, DeToffol B. Introduction aux sciences humaines en médecine. Paris: Ellipses; 2001.
4. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet and E-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA* 2003;289:2400-2406.
5. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot ; 1960.
6. Bensoussan M, Jovenin N, Garcia B, Vandromme L, Jolly D, Bouché O, Thiéfin G, Cadiot G. Complementary and alternative medicine use by patients with inflammatory bowel disease: results from a postal survey. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006;30(1):14-23.
7. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthode et exercices corrigés. Paris : Armand Colin ; 2006.
8. Boivin JM, Muller-Collé F, Aubrège A, de Korwin JD. La rupture de la relation médecin-malade: pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? Enquête auprès de 1148 patients de la région lorraine. *Rev Prat Med Gen*.2003,17(604):293-7.
9. Burgelin JF. La judiciarisation de la médecine.
<http://www.ethique.inserm.fr>, consulté le 25/11/07.
10. BVA. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel.
<http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/enquete/bvaattentesdesmedecins.pdf>, consulté le 02/03/08.
11. BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France.
<http://www.bva.fr/sondages.php?id=675>, consulté le 06/06/08.
12. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. 110 millions d'actes techniques médicaux réalisés par les médecins libéraux en 2007.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Etude_CCAM.pdf, consulté le 29/10/08.
13. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal of General Practice* 2002;52:1004-1006.
14. Certain MH, Gervais Y, Perrin A. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier.
<http://www.mgform.org/referentiel/>, consulté le 07/07/08.
15. Ciancaleoni C. L'image du médecin en Lorraine. Th :Méd :Nancy1 :1983.
16. Collin C. Image du médecin et de la médecine en Lorraine. Th. :Méd :Nancy1 :1985.
17. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ*. 1982;57(2):105-112.
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le profil démographique des médecins en activité.
<http://web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39.pdf>, consulté le 10/01/08.
19. Cramer JA. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA* 1989;261:3273-3277.
20. Dachez R. Histoire de la médecine de l'antiquité au XXème siècle. Paris : Editions Tallandier ; 2004.
21. De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Nathan ; 1998.
22. Destais N. Le système de santé. Organisation et régulation. Paris : LGDJ ; 2003.
23. Deveugele M, Derese A, Van Den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-477.

24. D'Houtaud A, Lhez P. La Santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique. Paris : Masson ; 1999.
25. D'Houtaud A. L'image de la santé dans une population lorraine : approche psychosociologique des représentations de la santé. Rev Epidém et Santé Publ. 1978;26 :299-320.
26. D'Houtaud A. Image de la santé. Nancy : Presses Universitaires de Nancy ; 1994.
27. D'Houtaud A. L'image sociale de la santé. Recherches sociologiques. Paris : Ed l'Harmattan ; 2003.
28. D'Houtaud A. Recherches en Lorraine sur les facteurs psychosociaux de la santé. Lille : Atelier reproduction des thèses université de Lille 3 ; 1977.
29. D'Houtaud A, Field MG. La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société. Nancy : Presses Universitaires de Nancy ; 1989.
30. D'Houtaud A, Field MG, Guéguen R. Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements. Paris : Editions INSERM ; 1989.
31. Dictionnaire de médecine. Paris : Médecine-sciences Flammarion ; 1995.
32. Di Matteo MR, Hays RD. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. J Community Health 1980;6(1):18-34.
33. Di Matteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. Health Psychol. 1986;5(6):581-594.
34. Drees. Démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er353.pdf>, consulté le 21/06/08.
35. Drees. Etudes et résultats. La durée des séances des médecins généralistes.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er481/er481.pdf>, consulté le 15/11/08.
36. Drees. Etudes et résultats. Le système d'assurance santé aux Etats-Unis. Un système fragmenté et concurrentiel.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er600/er600.pdf>, consulté le 15/11/08.
37. Drees. Etudes et résultats. Les comptes nationaux de la santé en 2006.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er593/er593.pdf>, consulté le 15/11/08.
38. Drees. Etudes et résultats. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er616.pdf>, consulté le 15/11/08.
39. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;20:594-596.
40. Ettlinger PR, Freeman GK. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? Br Med J. 1981;282(6271):1192-1194.
41. Fang MC, Mc Carthy EP, Singer DE. Are patients more likely to see physicians of the same sex? Recent national trends in primary care medicine. Am J Med. 2004;117:575-581.
42. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behaviour of primary care physicians? Med Care 2004;42(11):1049-1055.
43. Fischer GN, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Liège : Ed Dunod ;2006.
44. Freyssenet M. La sidérurgie française. 1945-1979. Histoire d'une faillite. Paris : Savelli ; 1979.
45. Frostholm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. Psychosomatic Medicine 2005;67:897-905.

46. Galam E. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris : Ed Autrement ; 1996.
47. Giordano Y. Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative. Paris : Editions EMS ; 2003.
48. Glorion B. Evolution de la responsabilité médicale et code de déontologie. Bull Acad Natle Med. 1998;182:553-558.
49. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C, Truman A, Uratsu C. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. JAMA. 1999;282:261-266.
50. Guerot C. Responsabilité médicale : où va-t-on ? Presse Med. 2006;35:1031-1034.
51. Guilbert P, Baudier F, Gautier A, Goubert AC, Arwidson P, Janvrin MP. Baromètre santé 2000. Méthode. Vanves : Editions CFES ; 2001.
52. Hamburger J, Bourgeois H, Latscha B. L'aventure humaine. Paris :Flammarion ; 1992.
53. Haute Autorité de Santé. La politique d'évaluation des pratiques de la HAS. Principes, références législatives et réglementaires pour tous les professionnels.
www.has-sante.fr, consulté le 09/07/08.
54. Haute Autorité de Santé. Internet et santé, la certification : un moyen d'améliorer la qualité des sites dédiés à la santé.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_607479/internet-et-sante-la-certification-un-moyen-dameliorer-la-qualite-des-sites-dedies-a-la-sante, site consulté le 21/06/08.
55. Health On The Net Foundation. Charte de "Health On The Net" (HON code) destinée au sites Web médicaux et de santé.
http://www.hon.ch/HONcode/Conduct_f.html, site consulté le 21/06/08.
56. Herve C, Wolf M. Relation médecin-malade : soigner ou se protéger ? Presse Med 1998;27:1387-1389.
57. Hoerni B, Benezech M. L'information en médecine. Evolution sociale, juridique, éthique. Paris : Masson ; 1994.
58. Hurwitz B. What a good doctor, and how can you make one? BMJ 2002;325:667-668.
59. IFOP. Les Français et les médecines naturelles.
<http://www.ifop.com/europe/docs/medecinesnaturelles.pdf>, consulté le 20/07/08.
60. INSEE. Évolutions démographiques 1982-1999.
<http://www.recensement.insee.fr>, consulté le 26/06/06.
61. INSEE. Estimation de population au 1^{er} janvier, par région, sexe et grande classe d'âge. Année 2004.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/elp_reg_dep.html, consulté le 26/06/06.
62. INSEE. Enquête emploi du 1^{er} trimestre 2004 au 4^{ème} trimestre 2006.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=eec06#s5, consulté le 11/11/07.
63. INSEE. Taux de chômage localisés.
<http://www.insee.fr>, consulté le 29/06/08.
64. INSEE. S'employer ici et ailleurs : dynamiques des zones d'emploi en Lorraine.
http://www.insee.fr/fr/INSEE_REGIONS/lor/rfc/docs/EL92_juillet2007.pdf, consulté le 15/10/08.
65. INSEE. Niveau général de formation selon l'âge.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF07232, consulté le 29/06/08.
66. IPSOS. La bonne image des généralistes.
<http://www.ipsos.fr/Canalipsos/poll/8368.asp>, consulté le 25/06/08.
67. IPSOS. Médecins, santé et société.
<http://www.ipsos.fr/Canalipsos/articles/1419.asp>, consulté le 09/02/07.

68. IPSOS. Médecine : l'exigence de transparence.
<http://www.ipsos.fr/Canalipsos/poll/235.asp>, consulté le 09/02/07.
69. Israël L. Le médecin face au malade. Bruxelles: Editions Dessart ; 1968.
70. Jagut F. La caricature du médecin dans l'histoire. Th : Méd : Nancy1 : 2007.
71. Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med*. 1998;13:681-686.
72. Kinnear P, Gray C. SPSS facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales. Maîtriser le traitement de données. Bruxelles : De Boeck ; 2005.
73. Lambert DC. Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels. Paris : Le Seuil ; 2000.
74. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325:682-683.
75. Lazorthes G. Sciences humaines et sociales. L'homme, la société et la médecine. Paris : Masson; 1998.
76. Lester GW, Smith SG. Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits? *West J Med*. 1993;158(3):268-272.
77. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. *J Gen Intern Med*. 2005;20(6):531-535.
78. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, Anderson RJ. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med*. 2001;161:1437-1442.
79. Luthy C, Cedraschi C, Perrin E, Allaz AF. How do patients define « good » and « bad » doctors? *Swiss Med Wkly* 2005;135:82-86.
80. Mancini J, Noguès C, Adenis C, Berthet P, Bonadona V, Chompret A, et al. Patients' characteristics and rate of Internet use to obtain cancer information. *J Public Health* 2006;28(3):235-237.
81. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *JAMA* 1999;281(3):283-287.
82. Mattei JF, Etienne JC, Chabot JM. De la médecine à la santé, pour une réforme des études médicales et la création d'universités de la santé. Paris : Flammarion; 1997.
83. Melmi D. Image de la santé de la prévention et de la médecine. Enquête auprès d'une population du Pays-Haut lorrain. Th. : Méd : Nancy1 : 1983.
84. Murray E, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the Internet on health care and the physician-patient relationship: patients perception. *Arch Intern Med*. 2003;163(14):1727-34.
85. Musée des mines de fer. L'histoire des mines de fer de Lorraine.
[http : //www.musee-minesdefer-lorraine.com](http://www.musee-minesdefer-lorraine.com), consulté le 19/07/08.
86. Observatoire interrégional du marché de l'emploi. Frontaliers et marché de l'emploi transfrontalier dans la Grande Région.
<http://www.granderegion.net>, consulté le 26/06/06.
87. O'Connor JB, Johanson JF. Use of the web for medical information by gastroenterology clinic population. *JAMA* 2000;284(15):1962-1964.
88. Organisation Mondiale de la Santé. Médecine traditionnelle.
<http://www.who.int/fr>, consulté le 29/10/08.

89. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. 2000. Pour un système de santé plus performant.
<http://www.who.int/fr>, consulté le 29/10/08.
90. Païta M, Weill A. Les bénéficiaires d'une affection longue durée au 31 décembre 2006.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_9.pdf, consulté le 15/09/07.
91. Palier B. La réforme des systèmes de santé. Paris : Presses Universitaires de France ; 2008.
92. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15(7):509-513.
93. Plu I, Dodet P, Bertaut S, Pursell-François I, Blettery B, Moutel G. Le médecin et la peur du procès: enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. *Rev Prat Med Gen*. 2007;21:295-297.
94. Préfecture de Région Lorraine. Conjoncture économique en Lorraine 2008.
www.lorraine.pref.gouv.fr, consulté le 15/10/08.
95. Raichur DV, Deshpande RV, Chandragouda DK, Savitha D. Attire and appearance of pediatrician: parents' / guardians' opinion. *Indian Journal of Pediatrics* 2001;68(5):413-416.
96. Rost K et al. Introduction of information during the initial medical visit. *Soc Sci Med*. 1989;28:315-321.
97. Ruiz-Moral R, Pérez Rodriguez E, Pérula de Torres LA, De la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006;64:242-248.
98. Schmittdiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP. Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organization. *JAMA* 1997;278(19):1596-1599.
99. Schuman JS. A study of family practice in New York City. *J Fam Pract*. 1983;16(6):1125-1129.
100. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris : Flammarion ; 1996.
101. Sicard D. La responsabilité médicale. *Rev Méd Interne* 2001;22:425-426.
102. Sournia JC. Histoire de la médecine. Paris : Editions La Découverte ; 2006.
103. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2003;53:798-800.
104. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract*. 1997;44:169-176.
105. TNS Sofres. Les Français, leurs médecins et leur système de santé.
http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/120302_medec.pdf, consulté le 14/12/06.
106. TNS Sofres. Les jugements des Français sur les médecins.
http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/210301_medecins_r.htm, consulté le 14/12/06.
107. Tubiana M. Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape. Paris : Flammarion; 1995.
108. Twemlow SW, Bradshaw SL, Coyne L, Lerma BH. Some interpersonal and attitudinal factors characterizing patients satisfied with medical care. *Psychol Rep*. 1995 Aug;77(1):51-59

ANNEXES

ANNEXE 1 : INDEX DES TABLEAUX ET DES FIGURES

<u>N° du tableau</u>	<u>Titre</u>	<u>Page</u>
1	Caractéristiques de l'échantillon test de l'enquête pilote.....	57
2	Répartition des refus en fonction du sexe	66
3	Répartition des refus en fonction de l'âge	66
4	Répartition de la population selon les classes d'âge	68
5	Répartition de la population dans les classes d'âge en fonction du sexe	68
6	Situation matrimoniale.....	68
7	Répartition de la population selon le dernier diplôme obtenu	69
8	Répartition de la population selon la situation professionnelle.....	69
9	Répartition de la population selon la commune de résidence	70
10	Fréquence de consultation	71
11	Critères de choix du médecin traitant	73
12	Préférence pour le genre du médecin.....	74
13	Éléments auxquels les patients accordent de l'importance	75
14	Image du médecin.....	76
15	Qualité de la relation en fonction des différents qualificatifs du médecin	78
16	Les avantages du médecin traitant	80
17	Les reproches adressés au médecin traitant	83
18	Améliorations souhaitées par les patients	86
19	Premier recours en cas de problème de santé bénin.....	88
20	Comportement du patient face à la prescription médicale	90
21	But principal de la prescription médicale	92
22	Motivations des médecins.....	93
23	Atouts nécessaires pour devenir médecin	94
24	Critiques adressées aux médecins	96
25	Efficacité présumée des médecines « alternatives »	102
26	Désir de la population d'avoir connaissance des réussites des médecins	108
27	Désir de la population d'avoir connaissance des fautes des médecins	109
28	Droit à l'erreur	110
29	Recours en justice potentiel en cas d'erreur médicale	111
30	Perte de prestige du médecin	118
31	Répartition de la population française et lorraine par classes d'âge	121
32	Qualités des les médecins	151

<u>N° de la figure</u>	<u>Titre</u>	<u>Page</u>
1	Participation.....	65
2	Motifs de refus.....	67
3	Fidélité envers le médecin traitant	72
4	Le recours aux médecines « alternatives ».....	98
5	Circonstances de recours aux médecines « alternatives ».....	100
6	Motifs de recours aux différentes pratiques de soins	101
7	Accès aux informations médicales	103
8	Utilité des médias	106
9	Confiance accordée au médecin traitant	113
10	Qualité de la relation médecin-patient	115
11	Fréquence à laquelle la personne évoque des problèmes personnels.....	117
12	Choix du médecin selon son genre	127
13	Éléments auxquels les patients accordent de l'importance	129
14	Image du médecin traitant (choix multiple).....	133
15	Image du médecin traitant (choix unique)	134
16	Les avantages du médecin traitant	135
17	Reproches adressés au médecin traitant.....	137
18	Premier recours en cas de problème de santé bénin.....	143
19	Comportement le plus fréquent du patient face à la prescription médicale	145
20	But présumé du médecin quand il établit sa prescription	146
21	Principale motivation professionnelle des médecins	147
22	Atouts nécessaires pour devenir médecin	149
23	Efficacité présumée des médecines « alternatives »	155

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

En gras, les questions inédites

1) CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES

1) Vous êtes :

- 1. un homme ☐
- 2. une femme ☐

2) Dans quelle commune habitez-vous ?

3) Quel âge avez-vous ?

4) Concernant votre situation matrimoniale, vous êtes ?

- 1. Célibataire ☐
- 2. En concubinage/union libre ☐
- 3. Marié(e)/Pacsé(e) ☐
- 4. Divorcé(e)/séparé(e) ☐
- 5. Veuf(ve) ☐

5) Avez-vous des enfants et quel âge ont-ils ?

- 1. oui ☐
- 2. non ☐

Enfant 1 :

Enfant 2 :

Enfant 3 :

Enfant 4 :

6) Quel est votre dernier diplôme obtenu ?

- 1. Fin de scolarité obligatoire avec certificat d'étude ou sans diplôme ☐
- 2. Brevet, CAP, BEP ☐
- 3. Baccalauréat (général, technique ou professionnel) ☐
- 4. Diplôme d'enseignement supérieur (BTS, DUT, DEUG, professions paramédicales, etc.) ☐
- 5. diplômes de facultés ou grandes écoles (Licence, Maîtrise, Doctorat, etc.) ☐

7) Quelle est votre situation professionnelle ?

- 1. Vous occupez un emploi en CDI ☐
- 2. Vous occupez un emploi en CDD ou en intérim ☐
- 3. Vous êtes au chômage ☐
- 4. Vous êtes étudiant ou en formation ☐
- 5. Vous êtes militaire ☐
- 6. Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ☐
- 7. Vous êtes retraité ☐
- 8. Autre ☐

8) Souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladies chroniques ? (ex. : hypertension, cholestérol, diabète, asthme, épilepsie, etc.) ?

- 1. oui ☐
- 2. non ☐

9) Avec quelle fréquence, en moyenne, consultez-vous un médecin généraliste ?

- 1. Moins d'une fois par an ☐
- 2. Une fois par an ☐
- 3. Tous les 6 mois ☐
- 4. Tous les 3 mois ☐
- 5. Tous les mois ☐
- 6. Plus d'une fois par mois ☐

2) LE MEDECIN TRAITANT

10) Depuis combien de temps consultez-vous le même médecin traitant ?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Depuis moins d'un an | ☐ |
| 2. Entre 1 et 5 ans | ☐ |
| 3. Entre 5 et 10 ans | ☐ |
| 4. Depuis plus de 10 ans | ☐ |
| 5. Vous n'avez pas de médecin traitant | ☐ |

11) Comment avez-vous choisi votre médecin traitant ?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. C'est le médecin le plus proche de votre domicile | ☐ |
| 2. On vous l'a conseillé (amis, famille, etc.) | ☐ |
| 3. C'est un médecin qui a bonne réputation | ☐ |
| 4. C'est votre médecin de famille | ☐ |
| 5. Au hasard (vous avez vu sa plaque dans la rue, son nom dans l'annuaire, etc.) | ☐ |
| 6. Autre : | ☐ |

12) Vous préférez consulter ?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1. Un médecin homme | ☐ |
| 2. Un médecin femme | ☐ |
| 3. L'un ou l'autre | ☐ |

13) Selon vous, quels sont les avantages d'avoir un médecin de famille ?

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il est plus facilement disponible qu'un autre médecin | ☐ | ☐ |
| 2. Il vous connaît mieux | ☐ | ☐ |
| 3. Il vous met plus à l'aise | ☐ | ☐ |
| 4. Il vous consacre plus de temps | ☐ | ☐ |
| 5. Il vous explique mieux ce que vous avez | ☐ | ☐ |
| 6. Il ne présente aucun avantage | ☐ | ☐ |

L'élément le plus important est le n° :

14) Considérez-vous votre médecin traitant comme :

- | | OUI | NON |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un technicien | ☐ | ☐ |
| 2. Un ami | ☐ | ☐ |
| 3. Un confident | ☐ | ☐ |
| 4. Un conseiller | ☐ | ☐ |
| 5. Un guide | ☐ | ☐ |
| 6. Un savant | ☐ | ☐ |
| 7. Un éducateur | ☐ | ☐ |
| 8. Un modèle humain | ☐ | ☐ |

L'élément le plus important est le n° :

15) Vous avez peut-être des reproches à adresser à votre médecin traitant. Quels sont-ils ?

1. Il est souvent incompetent
2. Il profite de la maladie des autres
3. Il fait trop souvent la morale
4. Il est attiré par l'argent
5. Il utilise souvent un langage incompréhensible
6. Il exerce un pouvoir trop important dans la société
7. Il s'occupe même de ce qui ne le regarde pas

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Le reproche le plus important est le n° :

16) Chez votre médecin traitant, à quoi accordez-vous de l'importance ?

1. A l'aspect extérieur (par ex. la tenue vestimentaire) du médecin
2. A la vie privée du médecin
3. A l'aspect du cabinet du médecin
4. Au quartier où se situe le cabinet
5. Aux opinions politiques ou religieuses du médecin

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

L'élément le plus important est le n° :

17) Comment jugez-vous la confiance que vous avez en votre médecin ?

1. Très forte ☐
2. Forte ☐
3. Variable ☐
4. Faible ☐
5. Très faible ☐

18) Parlez-vous à votre médecin de problèmes personnels ne concernant pas directement votre santé ?

1. Jamais ☐
2. Rarement ☐
3. Parfois ☐
4. Souvent ☐
5. A chaque consultation ☐

3) LES MEDECINS

19) Lorsque vous avez un léger trouble de santé, à qui demandez-vous conseil en premier ?

1. A la famille ☐
2. Aux amis ☐
3. A votre milieu professionnel ☐
4. Au pharmacien ☐
5. Au médecin ☐

20) Le plus souvent, quand vous consultez un médecin ?

1. Vous vous fiez aveuglément à ses prescriptions
2. Vous tenez compte de ses prescriptions mais aussi des conseils de votre entourage
3. Vous gardez un œil critique et allez voir un autre médecin si ses prescriptions ne vous plaisent pas
4. Vous lui demandez le médicament ou le traitement qui vous semble le plus adapté

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Que faites-vous le plus souvent :

21) A votre avis, quand le médecin établit sa prescription, il cherche ?

1. A ne pas décevoir le malade
2. A garder le malade dans sa clientèle
3. Exclusivement à soigner le malade

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Que cherche-t-il en premier lieu ?

22) A votre avis les médecins ?

1. Ecoutent suffisamment les malades
2. Expliquent suffisamment les choses aux malades
3. Passent assez de temps avec les malades
4. S'intéressent suffisamment aux conséquences pratiques de leurs prescriptions sur la vie professionnelle et familiale des malades (effets secondaires des médicaments sur la vie quotidienne, répercussions au travail, sur la conduite automobile, etc.)

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

23) A votre avis, on s'oriente vers la profession médicale ?

1. Pour le prestige que donne le titre
2. Pour consacrer sa vie à ceux qui souffrent
3. Parce que c'est un métier où l'on gagne bien sa vie
4. Pour améliorer la santé des gens

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

La raison prédominante est :

24) Selon vous, pour pouvoir devenir médecin, il faut

1. Avoir la vocation
2. Avoir des relations
3. Etre dévoué
4. Avoir de l'argent
5. Etre travailleur

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

L'élément le plus important est le n° :

4) LES MEDECINES ALTERNATIVES

25) Avez-vous déjà eu recours à ces médecines parallèles ?

1. Homéopathie
2. Acupuncture
3. Phytothérapie/Naturopathie
4. Mésothérapie
5. Radiesthésie
6. Ostéopathie
7. Magnétisme
8. Rebouteurs
9. Chiropractie
10. Guérisseur
11. Iridologue
12. Hypnose
13. Sophrologie
14. Autres :

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

26) Vous avez recours aux médecines alternatives :

1. Pour n'importe quel problème de santé
2. Pour des problèmes que vous jugez bénins
3. Pour des problèmes graves, quand la médecine traditionnelle est limitée (ex. : cancers, etc.)
4. En complément des traitements traditionnels
5. Pour prévenir l'apparition des maladies

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

27) Les médecines alternatives sont-elles pour vous plus efficaces que la médecine officielle ?

1. Oui, dans certains cas
2. Oui, dans tous les cas
3. Non, en aucun cas

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐

5) LA MEDIATISATION DE LA SANTE

28) Possédez-vous une encyclopédie ou un dictionnaire médical ?

1. Oui ☐
2. Non ☐

29) Lisez-vous des revues ou journaux, traitant de la santé ?

1. Jamais ☐
2. Moins d'une fois par mois ☐
3. Plus d'une fois par mois ☐
4. Plus d'une fois par semaine ☐

30) Regardez-vous des émissions à la télévision dont le thème est la santé ?

1. Jamais ☐
2. Moins d'une fois par mois ☐
3. Plus d'une fois par mois ☐
4. Plus d'une fois par semaine ☐

31) Lisez-vous des informations médicales sur Internet ?

1. Jamais ☐
2. Moins d'une fois par mois ☐
3. Plus d'une fois par mois ☐
4. Plus d'une fois par semaine ☐

32) Pensez-vous que les informations médicales provenant d'encyclopédies, de revues, d'Internet ou d'émissions télévisées :

1. Sont utiles pour se soigner soi-même
2. Sont utiles pour en savoir plus avant d'aller voir un médecin
3. Sont des sources d'information inutiles pour les non médecins
4. sont utiles pour en savoir un peu plus en sortant de chez le médecin
5. Sont utiles pour sa culture générale

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

6) L'ERREUR MEDICALE

33) Si l'on proposait de rendre publiques les réussites des médecins, vous y seriez :

1. Totalement favorable ☐
2. Plutôt favorable ☐
3. Indifférent ☐
4. Plutôt défavorable ☐
5. Totalement défavorable ☐

34) Si l'on proposait de rendre publiques les fautes (erreurs médicales) des médecins, vous y seriez :

1. Totalement favorable ☐
2. Plutôt favorable ☐
3. Indifférent ☐
4. Plutôt défavorable ☐
5. Totalement défavorable ☐

35) Acceptez-vous qu'un médecin puisse se tromper (dans un diagnostic, un traitement, etc.) :

1. Oui, si l'erreur n'a pas de conséquence sur ma santé ☐
2. Oui, même si l'erreur est grave, tout le monde peut se tromper ☐
3. Non, en aucun cas ☐

36) Si, suite à une erreur médicale ou un retard de diagnostic votre état de santé était sévèrement perturbé, seriez-vous prêt à porter plainte contre votre médecin traitant :

1. Oui ☐
2. Non ☐
3. Ne sait pas ☐

7) CONCLUSION

37) Comment qualifiez-vous votre relation avec votre médecin traitant ? :

1. Très satisfaisante ☐
2. Satisfaisante ☐
3. Acceptable ☐
4. Peu satisfaisante ☐
5. Médiocre ☐

38) Quels changements souhaiteriez-vous chez votre médecin traitant ? :

1. Qu'il prenne plus de temps pour vous écouter
2. Qu'il prenne plus de temps pour vous examiner
3. Qu'il vous informe davantage sur votre état de santé
4. Qu'il soit ponctuel
5. Qu'il soit plus disponible les soirs et les week-ends
6. Qu'il s'intéresse davantage à votre état psychologique
7. Qu'il donne plus de conseil sur la vie courante (tabac, alcool, alimentation, hygiène...)
8. Qu'il soit plus compétent
9. Qu'il soit plus chaleureux, convivial
10. Autre :

OUI	NON
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

39) Pensez-vous que l'image du médecin de famille a perdu de son prestige depuis quelques années ? :

1. Oui ☐
2. Non ☐
3. Ne sait pas ☐

SANTÉ, MÉDECINE et PRÉVENTION

1° Quelle est votre année de naissance :

2° Votre sexe : homme ☐ femme ☐

3° Vous et vos parents, êtes-vous originaires de localités rurales ou urbaines ? (mettez une croix dans les cases correspondantes)

Localités	Moins de 2 000 habitants	2 000 à 10 000	10 000 à 50 000	Plus de 50 000
Votre père				
Votre mère				
Vous				

4° Parmi les diplômes suivants, lequel correspond à la situation de vos parents et à la vôtre

	Père	Mère	Vous
1. Fin de scolarité obligatoire avec certificat d'études ou sans diplômes.....	☐	☐	☐
2. C.A.P., brevet (B.E., B.E.P.C., B.E.C.).....	☐	☐	☐
3. Baccalauréat, B.T.S.....	☐	☐	☐
4. Diplômes obtenus au sortir d'écoles spécialisées, I.U.T., après baccalauréat ou équivalent (par exemple : professions paramédicales, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, écoles de commerce).....	☐	☐	☐
5. Titres délivrés par les facultés ou les grandes écoles.....	☐	☐	☐

5° Votre situation actuelle (mettre une croix dans la case correspondante)

	Stable	Temporaire
- Emploi à temps plein	☐	☐
- Emploi à temps partiel	☐	☐
- Pas encore d'emploi ou chômage	☐	☐
- Etudiant(e) ou formation professionnelle	☐	☐
- (pour les hommes) service militaire	☐	☐
- (pour les femmes) femme au foyer	☐	☐
- Retraité	☐	☐

6° Etre bien portant, pour vous, c'est :

- A. 1. N'être atteint d'aucune maladie..... Oui ☐ Non ☐
2. Parvenir à un équilibre face aux problèmes de la vie..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....
B. 1. Avoir de la chance..... Oui ☐ Non ☐
2. Avoir de la résistance..... Oui ☐ Non ☐
3. Prendre des précautions..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

7° Une vie saine, à votre avis, dépend

1. De l'alimentation..... Oui ☐ Non ☐
2. Du sommeil..... Oui ☐ Non ☐
3. De l'exercice physique..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

8° Selon vous, rester en bonne santé provient :

1. De l'hygiène..... Oui ☐ Non ☐
2. Du travail..... Oui ☐ Non ☐
3. De la médecine..... Oui ☐ Non ☐
4. Des loisirs..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

9° Selon vous, la dégradation de la santé provient :

- A. Des conditions
1. De logement..... Oui ☐ Non ☐
2. De transport..... Oui ☐ Non ☐
3. De la vie familiale ou affective..... Oui ☐ Non ☐
4. De travail..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....
B. De l'environnement
1. De l'air..... Oui ☐ Non ☐
2. De l'eau..... Oui ☐ Non ☐
3. Du bruit..... Oui ☐ Non ☐
4. Du lieu d'habitation (ville-campagne)..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

10° Estimez-vous que la politique de santé actuelle en France donne à la prévention une place :

1. Trop importante
2. Correcte ou suffisante
3. Plutôt insuffisante
4. Très insuffisante

Votre réponse est le n°.....

11° Estimez-vous

1. Que la prévention et les soins curatifs sont deux choses différentes
2. Que toute action de santé peut être à la fois curative et préventive

Votre réponse est le n°.....

12° A votre avis, la prévention en matière de santé est l'affaire :

- A. 1. Des Pouvoirs publics..... Oui ☐ Non ☐
2. Des médecins..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

- B. 1. De chaque citoyen..... Oui ☐ Non ☐
2. Des Pouvoirs publics..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

- C. 1. Des médecins..... Oui ☐ Non ☐
2. De chaque citoyen..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

13° Estimez-vous que la prévention est l'affaire :

1. De l'hôpital..... Oui ☐ Non ☐
2. Des médecins généralistes..... Oui ☐ Non ☐
3. Des médecins spécialistes..... Oui ☐ Non ☐
4. Des organismes spécialisés dans la prévention.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

14° A votre avis, la prévention doit-elle être plutôt l'affaire

1. Des enseignants à l'école..... Oui ☐ Non ☐
2. Des éducateurs sanitaires..... Oui ☐ Non ☐
3. Des assistantes sociales..... Oui ☐ Non ☐
4. Des médecins..... Oui ☐ Non ☐
5. Des journalistes (télévision, radio, presse)... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

15° Pour vous, la prévention en matière de santé doit être

- A. 1. Le dépistage précoce des maladies par des visites régulières chez le médecin..... Oui ☐ Non ☐
2. L'éducation des personnes pour qu'elles prennent en charge et améliorent leur santé
L'élément le plus important est le n°.....
- B. 1. Une série de techniques pour protéger le corps contre les éléments nocifs et dangereux..... Oui ☐ Non ☐
2. Un art de vivre pour être bien portant..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

16° Quand on vous parle de prévention, pensez-vous :

1. A la médecine du travail, à la médecine scolaire, à la protection maternelle et infantile (PMI)..... Oui ☐ Non ☐
2. Aux bilans de santé..... Oui ☐ Non ☐
3. A la lutte contre le tabac et l'alcool..... Oui ☐ Non ☐
4. A la lutte contre les maladies du coeur, l'obésité, le cancer..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

17° Quand on vous parle de prévention, pensez-vous :

1. Aux formes habituelles de prévention citées ci-dessus (question 16)..... Oui ☐ Non ☐
2. A l'amélioration des conditions de vie..... Oui ☐ Non ☐
L'élément le plus important est le n°.....

18° Parmi les institutions suivantes de prévention :

1. La médecine du travail
2. La médecine scolaire
3. Les centres de bilans de santé complets
4. Les centres de protection maternelle et infantile (PMI)
5. Les centres de vaccination

Vous trouvez que :

- a) la plus utile est le n°.....
- b) la moins utile est le n°.....
- c) la plus impersonnelle est le n°.....
- d) la moins impersonnelle est le n°.....
- e) la plus négligeante est le n°.....
- f) la moins négligeante est le n°.....
- g) la plus respectueuse est le n°.....
- h) la moins respectueuse est le n°.....
- i) la plus "comme à la chaîne" est le n°.....
- j) la moins "comme à la chaîne" est le n°.....

19° Si, à la façon d'une carte d'identité, on créait une carte de santé où seraient enregistrées toutes les caractéristiques sanitaires de chacun (antécédents familiaux et personnels, traitements en cours, etc...), y seriez-vous :

- A. 1. Favorable
- 2. Défavorable
- 3. Indifférent

Votre réponse est le n°.....

- B. Y verriez-vous une atteinte à la liberté individuelle..... Oui ☐ Non ☐

20° Pensez-vous que le chômage ait, en matière de santé, un rôle :

- 1. Très important
- 2. Important
- 3. Peu important
- 4. Pas du tout important

Votre réponse est le n°.....

21° Se mettre en congés maladie pour se reposer, est-ce à votre avis :

- 1. Malhonnête..... Oui ☐ Non ☐
- 2. Récupérer ce qu'on vous a pris..... Oui ☐ Non ☐
- 3. Du laisser-aller..... Oui ☐ Non ☐
- 4. Nécessaire pour repartir d'un bon pied..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

CHAPITRE III : Le médecin de famille

22° Quand vous devez consulter un médecin, choisissez-vous :

- 1. Le médecin le plus proche..... Oui ☐ Non ☐
- 2. Un médecin qu'on vous a conseillé..... Oui ☐ Non ☐
- 3. Un médecin qui a une bonne réputation..... Oui ☐ Non ☐
- 4. Le médecin de famille..... Oui ☐ Non ☐
- 5. N'importe quel médecin..... Oui ☐ Non ☐

Pour vous, le choix le plus fréquent est le n°.....

Pour vous, le choix le moins fréquent est le n°.....

23° Pensez-vous que la pratique la plus efficace pour un médecin se réalise

- 1. Dans le milieu du travail
- 2. A l'hôpital
- 3. Au niveau de la famille
- 4. Au niveau de chaque individu

Votre réponse est le n°.....

24° Selon vous, le médecin de famille

- 1. Est plus facilement disponible..... Oui ☐ Non ☐
- 2. Vous connaît mieux..... Oui ☐ Non ☐
- 3. Vous met plus à l'aise..... Oui ☐ Non ☐
- 4. Vous consacre plus de temps..... Oui ☐ Non ☐
- 5. Vous explique ce que vous avez..... Oui ☐ Non ☐
- 6. Ne présente aucun avantage..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

L'élément le moins important est le n°.....

25° A votre avis, le rôle du médecin de famille est :

- 1. D'orienter la famille dans ses démarches vis à vis d'organismes sociaux ou de santé..... Oui ☐ Non ☐
- 2. De surveiller l'état de santé des membres de la famille..... Oui ☐ Non ☐
- 3. D'aider les parents à éduquer leurs enfants dans le domaine de la santé..... Oui ☐ Non ☐
- 4. De conseiller la famille dans le domaine de la santé..... Oui ☐ Non ☐
- 5. De soigner les maladies courantes dans la famille..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

L'élément le moins important est le n°.....

CHAPITRE IV : Médecins et Médecine

26° Considérez-vous la personne qui exerce l'une des professions suivantes

A. Médecin de famille

comme un

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

B. Autre médecin

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

C. Pharmacien

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

D. Dentiste

N° carte et ind.

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

27° Considérez-vous la personne qui exerce l'une des professions suivantes

A. Médecin généraliste

comme un

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

B. Médecin spécialiste (en cabinet privé)

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

C. Médecin hospitalier

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

D. Médecin du travail

- | | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Technicien..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 2. Ami..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 3. Confident..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 4. Conseiller..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 5. Guide..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 6. Savant..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 7. Educateur..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 8. Modèle humain..... | Oui | ☐ | Non | ☐ |

L'élément le plus important est le n°.....

E. Médecin scolaire ou de P.M.I. (protection maternelle et infantile)

1. Technicien..... Oui ☐ Non ☐
2. Ami..... Oui ☐ Non ☐
3. Confident..... Oui ☐ Non ☐
4. Conseiller..... Oui ☐ Non ☐
5. Guide..... Oui ☐ Non ☐
6. Savant..... Oui ☐ Non ☐
7. Educateur..... Oui ☐ Non ☐
8. Modèle humain..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

28° Considérez-vous la personne qui exerce l'une des professions suivantes comme quelqu'un qui :

A. Médecin de famille

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

B. Autre médecin

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

C. Pharmacien

N° carte et ind

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

D. Dentiste

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

29° Considérez-vous la personne qui exerce l'une des professions suivantes comme quelqu'un qui :

A. Médecin généraliste

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

B. Médecin spécialiste (en cabinet privé)

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

C. Médecin hospitalier

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

D. Médecin du travail

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

E. Médecin scolaire ou P.M.I.

1. N'est pas assez souvent compétent..... Oui ☐ Non ☐
2. Profite de la maladie des autres..... Oui ☐ Non ☐
3. Fait trop souvent la morale..... Oui ☐ Non ☐
4. Est avide d'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Utilise un langage incompréhensible..... Oui ☐ Non ☐
6. Exerce un pouvoir trop important dans la société..... Oui ☐ Non ☐
7. S'occupe même de ce qui ne le regarde pas.. Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

30° A votre avis, les médecins

1. Ecoutent peu ou pas les malades..... Oui ☐ Non ☐
2. N'expliquent rien ou trop peu de choses aux malades..... Oui ☐ Non ☐
3. Passent trop peu de temps avec les malades.... Oui ☐ Non ☐
4. Ne s'intéressent pas assez aux conséquences pratiques de leurs prescriptions sur la vie professionnelle et familiale des malades..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

L'élément le moins important est le n°.....

31° A votre avis, quand le médecin établit sa prescription médicale, il cherche

1. à ne pas décevoir le malade..... Oui ☐ Non ☐
2. à garder le malade dans sa clientèle..... Oui ☐ Non ☐
3. Exclusivement à soigner le malade..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

L'élément le moins important est le n°.....

32° A votre avis, on s'oriente vers la profession médicale

1. Pour le prestige que donne le titre..... Oui ☐ Non ☐
2. Pour consacrer sa vie à ceux qui souffrent..... Oui ☐ Non ☐
3. Parce que c'est un métier où on gagne bien sa vie..... Oui ☐ Non ☐
4. Pour améliorer la santé des gens..... Oui ☐ Non ☐

La raison la plus importante est le n°.....

N° carte et :

33° Selon vous, pour pouvoir devenir médecin, il faut

1. Avoir la vocation..... Oui ☐ Non ☐
2. Avoir des relations..... Oui ☐ Non ☐
3. Etre dévoué..... Oui ☐ Non ☐
4. Avoir de l'argent..... Oui ☐ Non ☐
5. Etre travailleur..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

34° Lorsque vous avez un léger trouble de santé, à qui demandez-vous conseil

1. A la famille..... Oui ☐ Non ☐
2. Aux amis..... Oui ☐ Non ☐
3. A votre milieu professionnel..... Oui ☐ Non ☐
4. Au pharmacien..... Oui ☐ Non ☐
5. Au médecin..... Oui ☐ Non ☐

A qui demandez-vous conseil d'abord n°.....

35° Le plus habituellement, quand vous consultez un médecin

1. Vous vous fiez aveuglément à ses prescriptions. Oui ☐ Non ☐
2. Vous tenez compte de ses prescriptions, mais aussi des conseils de votre entourage..... Oui ☐ Non ☐
3. Vous gardez un oeil critique et allez voir un autre médecin si ses prescriptions ne vous plaisent pas..... Oui ☐ Non ☐
4. Vous lui demandez le médicament ou le traitement qui vous semble le plus adapté..... Oui ☐ Non ☐

L'élément le plus important est le n°.....

36° Avez-vous confiance dans un médecin

1. Qui continue à se tenir au courant des nouvelles techniques médicales..... Oui ☐ Non ☐
 2. Qui sait écouter et se mettre au niveau des malades..... Oui ☐ Non ☐
- L'élément le plus important est le n°.....

37° Si l'on proposait de rendre entièrement publiques les réussites et les fautes des médecins, y seriez-vous

1. Favorable
2. Défavorable
3. Indifférent

Votre réponse est le n°.....

38° Possédez-vous une encyclopédie médicale ou un dictionnaire médical..... Oui ☐ Non ☐

39° Pensez-vous que les encyclopédies médicales (ou les dictionnaires médicaux)

1. Sont utiles pour se soigner soi-même..... Oui ☐ Non ☐
 2. Sont utiles pour en savoir un peu plus, avant d'aller voir un médecin..... Oui ☐ Non ☐
 3. Sont des livres qu'il est bien d'avoir dans sa bibliothèque..... Oui ☐ Non ☐
 4. Sont des livres inutiles pour les non-médecins. Oui ☐ Non ☐
- L'élément le plus important est le n°.....

40° Les médecines non officielles (radiesthésistes, naturopathes, iridologue guérisseurs, rebouteux, etc...) sont-elles pour vous, plus efficaces que la médecine officielle ?

1. Oui, dans certains cas
2. Oui, dans tous les cas
3. Non, dans aucun cas

Votre réponse est le n°.....

41° Entre votre médecin et vous-même

1. Vous ressentez une gêne parce que vous êtes entièrement dépendant de ses conclusions médicales..... Oui ☐ Non ☐
 2. Vous ressentez une gêne due à la différence de niveau social et culturel..... Oui ☐ Non ☐
 3. Vous ne ressentez aucune gêne..... Oui ☐ Non ☐
- L'élément le plus important est le n°.....

42° Accordez-vous de l'importance

1. A l'aspect extérieur (par ex. vestimentaire) du médecin..... Oui ☐ Non ☐
 2. A la vie privée du médecin..... Oui ☐ Non ☐
 3. A l'aspect du cabinet du médecin..... Oui ☐ Non ☐
 4. Au quartier où se situe le cabinet du médecin.. Oui ☐ Non ☐
 5. Aux opinions politiques et religieuses du médecin..... Oui ☐ Non ☐
- Le plus important est le n°.....
- Le moins important est le n°.....

43° Acceptez-vous de vous faire soigner par un médecin

1. De moins de 35 ans..... Oui ☐ Non ☐
 2. De 35 à 60 ans..... Oui ☐ Non ☐
 3. De plus de 60 ans..... Oui ☐ Non ☐
 4. De n'importe quel âge..... Oui ☐ Non ☐
- Vous préférez plutôt le n°.....
- Vous rejetez plutôt le n°.....

44° Acceptez-vous de vous faire soigner par

- A. 1. Un médecin homme..... Oui ☐ Non ☐
 2. Un médecin femme..... Oui ☐ Non ☐
 3. L'un ou l'autre..... Oui ☐ Non ☐
- Votre préférence va au n°.....
- B. 1. Un médecin de votre race..... Oui ☐ Non ☐
 2. Un médecin d'une autre race..... Oui ☐ Non ☐
 3. Un médecin de n'importe quelle race..... Oui ☐ Non ☐
- Votre préférence va au n°.....

45° Préférez-vous

1. Que la médecine garde sa qualité actuelle, mais que vous n'ayez pas à payer plus cher vos consultations..... Oui ☐ Non ☐
 2. Que la médecine soit de meilleure qualité même si vous deviez payer plus cher vos consultations Oui ☐ Non ☐
 3. Que, quelle que soit la qualité, vous n'ayez pas à payer vos consultations..... Oui ☐ Non ☐
- L'élément le plus important est le n°.....

46° Avez-vous des remarques à faire concernant la santé, la prévention, la médecine ou les médecins ?

47° Votre médecin habituel

1. Vous est imposé par la société de secours minière (S.S.M.)
2. Est un médecin libéral que vous avez choisi

Votre réponse correspond au n°.....

48° Dans l'un ou l'autre de ces deux cas, quelles remarques avez-vous à faire sur votre médecin habituel :

ANNEXE 4 :
TABLEAUX COMPARATIFS
DES RESULTATS COMMUNS AUX DIFFERENTS TRAVAUX

NB : Les valeurs indiquent des pourcentages

Q1 : Sexe de la personne interrogée

Sexe	2007	1982	1981
Homme	33,3	44	49,7
Femme	66,7	56	50,3

Q3 : Quel âge avez-vous ?

2007		Age		1981	
		1982			
18-29	17,6	16-22	25,5	14-24	16,9
30-39	20,4	23-42	42,0	25-39	38,1
40-49	13,9	43-62	24,4	40-54	31,7
50-59	13,9	>62	8,1	55-85	13,1
>60	34,3				

Q6 : Quel est votre dernier diplôme obtenu ?

Diplômes	2007	1982	1981
Fin de scolarité obligatoire avec certificat d'étude ou sans diplôme	29,6	16,9	12,7
Brevet/CAP/BEP	31,5	39,7	46,1
Baccalauréat	13,0	18,3	16,6
Diplôme d'Enseignement Supérieur	15,7	9,2	9,7
Diplôme de faculté ou de grandes écoles (LMD)	10,2	14,3	11,1

Q7 : Quelle est votre situation professionnelle ?

Situation professionnelle	2007	1982	1981
CDI	37,0	52,1	67,7
CDD ou intérim	4,6	5,9	2,7
Chômage	2,8		2,3
Etudiant ou en formation	4,6	21,6	9,6
Pas d'activité professionnelle	11,1	9,4	9,9
Retraité	37,0	11,0	6,9
Autre	2,8	0,0	0,6
NSP	0,0	0,0	0,3

Q12 : Vous préférez consulter un médecin homme ou femme ?

	2007	1981
Homme	9,3	43,8
Femme	11,1	7,5
Indifférent	78,7	37,3
NSP	0,9	11,4

Q13 : Selon vous, quels sont les avantages d'avoir un médecin de famille ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
Plus disponible	55,6	13,0	50,0	6,3	47,5	4,7
Connaît mieux	88,9	57,4	91,2	58,0	93,2	60,2
Met plus à l'aise	73,1	13,9	80,3	10,2	81,1	8,7
Consacre plus de temps	41,7	2,8	41,0	3,6	45,3	6,3
Explique mieux	47,5	8,3	75,0	14,0	74,0	14,6
Aucun avantage	2,8	1,9	10,7	1,3	10,6	1,3
NSP	0,0	2,8	0,0	6,6	0,0	4,2

Q14 : Considérez-vous votre médecin comme un... ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
Technicien	29,6	10,2	36,4	17,3	40,9	21,3
Ami	25,0	3,7	38,5	8,3	39,9	7,8
Confident	51,9	19,4	45,7	8,1	51,5	11,6
Conseiller	81,5	49,1	86,6	44,1	86,1	41,8
Guide	52,8	5,6	53,6	5,1	57,3	5,3
Savant	25,0	1,9	16,3	4,2	11,7	1,8
Éducateur	31,5	0,9	30,6	2,3	28,2	1,5
Modèle humain	33,3	3,7	17,5	3,5	11,9	3,1
NSP	0,9	5,6	0,0	7,1	0,0	5,8

Q15 : Quels sont les défauts de votre médecin traitant ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
Incompétent	8,3	6,5	27,2	32,3	25,3	31,0
Profite de la maladie	1,9	0,0	8,3	4,2	5,5	3,4
Fait trop la morale	13,9	9,2	11,1	5,0	8,0	4,2
Attiré par l'argent	15,7	13,9	16,8	6,2	18,4	10,0
Utilise un langage incompréhensible	11,1	8,3	18,1	10,0	18,0	10,1
Exerce un pouvoir trop important	10,2	6,5	11,4	6,2	11,9	6,2
S'occupe de ce qui ne le regarde pas	10,2	5,6	10,3	2,1	5,5	1,8
NSP	0,9	50,0	0,0	34,0	0,0	33,3

Q16 : Chez votre médecin traitant, à quoi accordez-vous de l'importance ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
À l'aspect extérieur du médecin	38,0	15,7	35,7	25,8	32,4	21,3
À la vie privée du médecin	1,9	0,9	6,7	5,3	9,7	7,9
À l'aspect du cabinet	67,6	55,6	48,0	32,0	51,2	34,2
Au quartier où se situe le cabinet	24,1	4,6	8,8	1,9	8,4	2,6
Aux opinions politiques ou religieuses du médecin	0,9	0,0	6,7	5,3	6,1	4,7
NSP	0,9	23,1	0,0	29,7	0,0	29,7

Q19 : Lorsque vous avez un léger trouble de santé, à qui demandez-vous conseil en premier ?

	2007	1982
À la famille	19,4	31,3
Aux amis	6,5	4,6
À votre milieu professionnel	3,7	3,9
Au pharmacien	10,2	7,8
Au médecin	53,7	43,5
À soi même	6,5	
NSP	0,0	8,9

Q20 : Le plus souvent, quand vous consultez un médecin ...?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
Vous vous fiez aveuglément à ses prescriptions	55,6	50,9	49,8	37,1	49,5	39
Vous tenez compte de ses prescriptions mais aussi des conseils de votre entourage	34,3	11,1	29,2	13,4	30,3	13,7
Vous gardez un œil critique	20,4	8,3	28,3	17,4	29,2	18,3
Vous lui demandez le traitement qui vous semble le plus adapté	36,1	18,5	46,1	18,8	41	19,3
NSP	0,0	11,1	0,0	13,3	0,0	9,7

Q21 : A votre avis, quand le médecin établit sa prescription, il cherche ... ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
À ne pas décevoir le malade	35,2	23,1	44,5	12,3	40,9	12,6
À garder le malade dans sa clientèle	20,4	6,5	43,5	8,5	42,2	9,8
Exclusivement à soigner le malade	71,3	68,5	77,1	69,7	78,0	70,3
NSP	0,0	1,9	0,0	9,5	0,0	7,3

Q22 : A votre avis, les médecins... ?

	2007	1982	1981
Écoutent suffisamment	53,7	48,4	45,6
Expliquent suffisamment	45,4	28,7	25,5
Passent assez de temps	43,5	28,2	24,7
S'intéressent suffisamment aux conséquences de leurs prescriptions	56,5	34,1	29,2

Q23 : A votre avis, on s'oriente vers la profession médicale... ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
Pour le prestige	28,7	1,9	37,4	6,2	40,2	7,5
Pour consacrer sa vie aux gens qui souffrent	73,1	29,6	63,5	35,5	60,4	34,8
Pour la rémunération	55,6	12,1	66,2	25,5	71,9	25,8
Pour améliorer la santé des gens	90,7	56,5	76,4	32,7	76,5	31,8

Q24 : Selon vous, pour pouvoir devenir médecin, il faut... ?

	2007		1982		1981	
	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique	Oui	Choix unique
La vocation	81,5	39,8	76,7	41,2	76,2	46,1
Des relations	25,0	0,0	25,4	1,8	23,6	2,4
Etre dévoué	83,3	22,2	74,4	16,4	73,9	14,0
De l'argent	33,3	1,9	40,2	5,4	43,8	6,5
Etre travailleur	97,2	36,1	88,5	26,0	89,5	25,4
NSP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6

Q27 : Les médecines alternatives sont elles, pour vous, plus efficaces que la médecine « officielle » ?

	2007	1982	1981
Dans certains cas	60,2	63,9	73,9
Dans tous les cas	0,0	3,1	2,2
En aucun cas	37,0	29,2	20,8
NSP	2,8	3,8	3,1

Q28 : Possédez-vous une encyclopédie ou un dictionnaire médical ?

	2007	1982	1981
oui	43,5	44,2	36,7

Q33 et 34 : Si l'on proposait de rendre publiques les réussites / les erreurs des médecins, vous y seriez... ?

	2007		1982	1981
	Réussites	Erreurs		
Favorable	64,8	64,8	43	40
Indifférent	25,0	12,0	17,8	20
Défavorable	10,2	23,1	35,9	40
NSP	0,0	0,0	3,3	0,0

VU

NANCY, le 17 décembre 2008

Le Président de Thèse

Professeur Francis GUILLEMIN

NANCY, le 9 décembre 2008

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 29 décembre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
Par délégation

Mme le Professeur Ch. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE

Contexte. Alors que l'on parle ces dernières années de « désacralisation » du médecin et que les pouvoirs publics s'efforcent de le replacer au cœur du système de santé, très peu d'études ont été réalisées pour décrire objectivement l'image qu'ont les patients de leur médecin.

Objectifs. Notre travail étudie l'évolution, en 25 ans, de l'image du médecin généraliste et des attentes de ses patients.

Méthode. Un questionnaire, élaboré et exploité au début des années 80, a été réactualisé et proposé par téléphone, au printemps 2007, à 108 sujets originaires de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut lorrain.

Résultats. Le médecin généraliste, comme par le passé, est avant tout considéré comme un conseiller mais aussi comme un confident et un guide. Le terme de technicien est plus rarement cité aujourd'hui. En 2007, plus encore qu'il y a 25 ans, il est perçu comme quelqu'un de travailleur et de dévoué. Et si à l'époque plus d'un quart de la population reprochait au praticien de ne pas être suffisamment compétent, cela ne concerne plus qu'une personne sur dix.

Le public est désormais plus sensible à l'environnement matériel et accorde moins d'attention à la vie privée et au genre du médecin.

Une relation de soins basée sur un autoritarisme médical semble un modèle dépassé. Le patient n'accepte plus de jouer le rôle d'un demandeur soumis à un médecin donneur d'ordre. Aujourd'hui, le médecin ne paraît plus intouchable mais les gens ne sont pas aussi intransigeants qu'on pourrait le craindre. Les patients lui demandent plus de transparence mais la plupart d'entre eux ont une grande confiance en lui.

Malgré les qualités évidentes qui sont reconnues aux médecins et même si les critiques sont moins nombreuses qu'il y a 25 ans, la population revendique davantage d'explications, de conseils, de temps et surtout d'écoute.

Conclusions. Si l'on ne peut plus en 2007 parler de prestige lorsque l'on évoque le statut du médecin de famille, celui-ci reste malgré cela très apprécié des patients lorrains. Le public est fortement attaché à une médecine de proximité, moins technique, mais plus humaine et plus sociale que les autres disciplines médicales.

TITRE EN ANGLAIS

THE GENERAL PRACTITIONER IN 2007. Evolution in the last 25 years of the doctor's image and the patients' expectations. Results of a survey carried out among 108 persons from the "Vallée de la Fensch" and the "Pays Haut lorrain".

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

MOTS CLEFS :

Relations médecin-malade - médecins généralistes - image du médecin - satisfaction patient
confiance - médecines parallèles - judiciarisation - médias

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex