Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 14 décembre 2017 à Poitiers
par Monsieur Kève-Yann LARA

Le processus de fidélisation du patient à son médecin généraliste : entretiens menés auprès de malades chroniques dans le département de la Vienne.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 12/2017)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017)**
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy **(disponibilité d'octobre à janvier)**

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020)**
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Remerciements au Jury

Monsieur le Professeur José GOMES, au cours de mon internat, vous m'avez fait comprendre que la médecine était bien plus qu'un amoncellement de savoirs. J'ai été d'autant plus convaincu par votre pensée que j'ai eu la chance de valider, à vos côtés, le diplôme de pédagogie médicale. Vous avez changé ma façon de concevoir l'apprentissage et l'enseignement. Par cet hommage, je vous prie d'agréer l'expression de ma plus sincère reconnaissance. C'est un honneur de vous avoir comme président de jury.

Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY, je vous remercie de m'avoir accompagné dans ce projet. Il est toujours agréable de travailler avec vous et chacun de nos échanges a été très instructif. Si je dois à nouveau réaliser un travail de rédaction, vous serez le premier que je solliciterai.

Madame le Professeur Virginie MIGEOT, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je suis ravi que ma thèse ait pu susciter votre intérêt. Veuillez recevoir l'assurance de ma considération distinguée.

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous prie de croire en ma profonde gratitude.

Remerciements

A ma famille qui m’a soutenu tout au long de ces longues études.

Aux médecins qui ont accepté de m’ouvrir les portes de leur cabinet. Je vous suis grandement reconnaissant car, sans vous, cette thèse n’aurait pas été possible.

Aux patients, pour m’avoir accordé un peu de leur précieux temps. Vous m’avez fait l’honneur de partager l’intimité de vos relations patient-médecin. Nos entretiens furent intéressants et ce fut un vrai plaisir de discuter avec vous. Je vous remercie pour tout cela.

Table des matières

1. Introduction 10

2. Patients et Méthodes 13
2.1. Population étudiée 14
2.2. Choix des cabinets et des médecins 14
2.3. Déroulement des entretiens 16
2.3.1. Planification des entretiens 16
2.3.2. Type d'entretien 17
2.3.3. Retranscription des entretiens 17
2.3.4. Méthode d'analyse des entretiens 18
2.4. Ethique de l'étude 19

3. Résultats 20
3.1. Description des cabinets, de la population et des entretiens 21
3.1.1. Cabinets et médecins participants 21
3.1.2. Population finale 21
3.1.3. Caractéristiques des entretiens 23
3.2. Analyse des entretiens 24
3.2.1. Le choix du médecin 24
3.2.1.1. L'emplacement du cabinet 24
3.2.1.2. La disponibilité initiale 28
3.2.1.3. La recommandation 29
3.2.1.4. Le cercle des intimes 31
3.2.1.5. Le genre du médecin 33
3.2.2. La confirmation du choix 35
3.2.2.1. Le premier contact 35
3.2.2.2. La période d'essai 37
3.2.2.3. La reconstruction de l'idéal 40
3.2.3. La construction de la fidélité 43
3.2.3.1. La création et le maintien de la confiance 43
3.2.3.2. La preuve du lien particulier 61
3.2.3.3. L'équilibre de la relation 67
3.2.3.4. La fidélité auto-entretenue 74
3.2.3.5. Les contours de la fidélité 80
3.2.4. La rupture de la relation 87
3.2.4.1. L'érosion de la confiance 87
3.2.4.2. L'inadéquation entre attentes et réalités 92
3.2.4.3. Le temps perdu 97

4. Discussion 101
4.1. Principaux résultats de l'étude 102
4.2. Forces et faiblesses de l'étude 106
4.2.1. Les points forts de l'étude 106
4.2.2. Le choix de l'entretien compréhensif 107
4.2.3. Les biais de l'étude 108
4.3. Confrontation des résultats 110
4.3.1. Les raisons du choix 110
4.3.2. La confirmation du choix 113
4.3.3. La construction de la fidélité 115
4.3.4. La rupture de la relation 120
4.4. Portée de l'étude 123
4.5. Ouverture à d'autres travaux 124
5. Conclusion 125
Références bibliographiques 127
Résumé et mots-clés 137
Summary and key-words 138

Table des annexes

Annexe 1 : Courrier aux médecins 132
Annexe 2 : Guide d'entretien 133
Annexe 3 : Lettre d'information 134
Annexe 4 : Formulaire de consentement 135
Annexe 5 : Marguerite de compétences 136

Table des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des informateurs 22
Tableau II : Caractéristiques des entretiens 23

Table des figures

Figure 1 : Répartition des informateurs selon leur âge 22

1. Introduction

Dans un monde où, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, les médecins généralistes sont de plus en plus souvent confrontés à des malades chroniques (1), il devient primordial d'encourager la construction d'une solide relation médecin-patient. Berry L. et son équipe ont mis à jour une association positive entre l'engagement dans une relation patient-médecin, l'adhésion des patients aux recommandations du médecin et l'amélioration des comportements de santé (2). L'association positive entre la qualité de la relation médecin-patient et l'adhésion au traitement a également été retrouvée par les équipes de Kerse N. et de Schneider J. (3,4). Plus globalement, l'intérêt d'une relation médecin-patient de qualité a déjà été démontré, que ce soit pour encourager l'observance thérapeutique, améliorer l'état de santé objectif et subjectif des patients ou encore leur satisfaction (5–7). Les patients atteints d'une maladie chronique qui ont, dans la plupart des cas, des règles hygiéno-diététiques et/ou des traitements pharmacologiques réguliers, apparaissent les plus aptes à bénéficier des avantages de la fidélisation.

En France, le système de santé encourage le lien entre un patient et son médecin par le biais de la *déclaration de médecin traitant*. Il s'agit d'un document administratif par lequel le patient désigne un médecin pour qu'il devienne son médecin traitant. Ce dernier a ensuite la charge d'orienter le patient vers d'autres spécialités dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le médecin déclaré peut être un spécialiste mais dans 95% des cas, il s'agit d'un médecin généraliste selon le rapport de la cour des comptes de février 2013 (8). Les généralistes représentent donc, pour la plupart des patients français, le pivot central de la prise en charge des soins. Le remboursement maximal des soins du patient par l'assurance maladie est conditionné par le respect du parcours de soins coordonnés. Le patient est cependant libre de ne pas choisir de médecin traitant ou encore d'en changer sans contrainte (9). La poursuite de la relation patient-médecin dépend alors de la fidélité du patient envers son médecin traitant car c'est elle qui l'encourage à être suivi par le même médecin pendant plusieurs années. La fidélité s'érige donc comme un rempart au nomadisme médical.

Le terme *fidélité* est défini, par l'Académie Française, à la fois comme un *« attachement à ses devoirs, [une] régularité dans l'accomplissement de ses engagements »* et une *« constance dans ses attachements, ses affections »* (10). La fidélité se rapproche aussi du concept de loyauté, déjà bien exploré dans la recherche mercatique, qui représenterait la propension à rester loyal dans le temps, à une marque ou un service, malgré une multitude d'offres concurrentes (11,12). Dans la littérature médicale, Starfield B. a esquissé une définition de la fidélité en évoquant une « *longitudinalité* » dans laquelle

il y aurait un « *recours à un pourvoyeur de soins régulier sans distinction de motif* » [traduit de l'anglais][1] (13). À partir de ces définitions, la fidélité apparaît comme l'engagement d'un patient à consulter en priorité le même médecin et la preuve de cet engagement serait la déclaration de médecin traitant.

Dans les pays anglo-saxons, la plupart des études menées sur la fidélité du patient se sont intéressées au lien entre patients et hôpitaux dans un but avant tout commercial. Les études françaises, essentiellement représentées par des thèses (14–20), se sont principalement focalisées sur le choix et le changement de médecin généraliste. Peu de chercheurs francophones, à notre connaissance, se sont intéressés à la fidélisation du patient. L'étude canadienne de Roberge D., qui a cherché à comparer les points de vue des patients et des médecins sur la loyauté, a conclu qu'il faudrait poursuivre les recherches sur la loyauté en multipliant les contextes socioculturels (21). Il apparaît donc que la compréhension de la fidélisation des patients à leur médecin généraliste en est encore à ses balbutiements.

Notre postulat de départ est que la fidélité, qui engage les deux partenaires de soins, n'est pas innée mais évolue avec le temps, se renforce ou se brise au gré des événements. La fidélisation serait, pour nous, un processus long et dynamique.

Nous avons cherché à étudier le processus de fidélisation des patients à leur médecin traitant en tentant de répondre à la question : comment se développe la fidélité du patient atteint de maladie chronique envers son médecin traitant ?

Secondairement, nous avons voulu savoir si les caractéristiques du cabinet rentrent également en considération dans ce processus.

Orienté par les résultats des entretiens, le processus de fidélisation a été décliné selon différentes étapes chronologiques : le choix du médecin, la confirmation du choix, la construction de la fidélité et l'éventuelle rupture que nous détaillerons dans ce travail.

[1] Toutes les traductions de l'anglais au français de l'étude ont été réalisées par l'investigateur.

2. Patients et Méthodes

2.1. Population étudiée

L'étude s'est portée sur des malades chroniques ayant déclaré leur médecin généraliste comme médecin traitant depuis plus de deux ans. Ils devaient l'avoir consulté au moins six fois au cours des deux dernières années.

Les patients mineurs ou non libres de leur choix de médecin traitant (tutelle, déficience mentale sévère…) ont été exclus.

L'échantillon a été constitué avec un objectif minimum de douze patients tout en gardant la possibilité d'étendre ce nombre initial jusqu'à saturation des entretiens.

2.2. Choix des cabinets et des médecins

Les cabinets médicaux participants devaient être situés dans le département de la Vienne. Leur sélection s'est ensuite faite dans un périmètre de distance permettant à l'investigateur d'y accéder en moins d'une heure de route. De plus, pour explorer le processus de fidélisation dans des situations de pratiques différentes, il a été décidé d'équilibrer le nombre de cabinets ruraux et urbains.

Un premier recensement a été effectué à partir des cabinets listés sur Google Maps©. Puis il s'est étendu aux Pages Jaunes© car la liste de médecins généralistes y est apparue plus complète et plus actualisée que sur Google Maps©. Les milieux urbains et ruraux ont été définis selon les plus récentes données de répartition territoriale de l'Insee (22).

En comptant une moyenne de trois patients par cabinet, un nombre total de quatre cabinets aurait été suffisant pour atteindre le minimum de douze patients. Cependant, pour laisser la possibilité d'un agrandissement de l'échantillon, le nombre de huit cabinets a été privilégié : quatre cabinets ruraux et quatre urbains. Comme certains cabinets auraient pu ne pas accepter de participer à l'enquête, et pour obtenir l'accord de huit cabinets, il a fallu en solliciter vingt.

Par la suite, des courriers résumant l'enquête, ses objectifs et les coordonnées de l'enquêteur ont été transmis à ces vingt cabinets (Annexe 1) : dix lettres ont été déposées dans les boîtes aux lettres des cabinets du Grand Poitiers et dix autres ont été postées aux cabinets ruraux.

Parmi les médecins sollicités, un seul a répondu négativement, deux ont fait remarquer qu'ils étaient partis à la retraite et les autres n'ont pas donné suite. Par conséquent, des appels téléphoniques ont été effectués vers les cabinets n'ayant pas répondu trois à sept jours ouvrés après dépôt en boîte aux lettres ou date présumée d'arrivée du courrier. Ces appels étaient l'occasion pour l'investigateur de réexpliquer les modalités de l'enquête : la présentation de l'enquêteur, le thème, le but de l'étude et la population étudiée. Les appels étaient poursuivis jusqu'à obtenir la participation des huit cabinets. En parallèle, lorsqu'un accord était obtenu, il était demandé au médecin de mettre une salle à disposition de l'enquêteur afin de réaliser les entretiens dans les meilleures conditions. Cependant, sur les huit cabinets retenus, seuls cinq offraient cette possibilité.

2.3. Déroulement des entretiens

2.3.1. Planification des entretiens

Pour réaliser le recrutement des patients et mener les entretiens, il était prévu que l'enquêteur reste présent une à deux demi-journées dans chaque cabinet. Les médecins participants étaient contactés quelques jours avant la venue de l'investigateur. Une fois sur place, l'investigateur présentait le sujet et la méthodologie de l'enquête au médecin qui était, alors, libre de participer à la sélection des patients. Le cas échéant, le médecin indiquait les patients de sa liste journalière qui répondaient aux critères d'inclusion. Ils étaient ensuite invités par l'enquêteur lorsqu'ils sortaient de leur consultation ou parfois, ils étaient directement orientés par le médecin vers la salle d'entretien. Lorsque la participation du médecin n'était pas acquise, les patients étaient abordés, au hasard, en salle d'attente.

La pièce mise à disposition de l'investigateur était soit la salle de repos, soit une salle de consultation dans certains cabinets de groupe. Une attention particulière a été portée à son organisation : les informateurs étaient installés sur des chaises positionnées de trois-quarts par rapport à l'investigateur. Ce n'était pas un face-à-face avec un bureau entre les deux comme lors d'une consultation médicale mais plutôt une discussion côte à côte avec deux partenaires au même niveau.

L'étude a été systématiquement présentée à chaque informateur avant de débuter l'entretien.

2.3.2. Type d'entretien

Cette recherche a été conduite sous la forme de l'entretien compréhensif, dont J.C. Kaufmann est le principal artisan et partisan (23), qui emprunte la structure des entretiens semi-directifs tout en autorisant l'enquêteur à s'éloigner de la grille d'entretien pour rebondir sur de nouvelles notions apportées par l'informateur.

Le guide d'entretien initial a été conçu en fonction de la problématique et des thèmes retrouvés lors de la recherche bibliographique. Il a ensuite été retravaillé avec le directeur de recherche après la réalisation de deux premiers entretiens non intégrés dans l'étude. L'essence de ce guide était de rester évolutif tout en abordant tous les thèmes choisis par l'investigateur et son directeur (Annexe 2). Ainsi, certaines questions pouvaient ne pas être posées lorsque le patient y répondait spontanément ou d'autres, pourtant absentes de la grille d'entretien, pouvaient être utilisées pour approfondir certaines notions découvertes sur le terrain. Le but de ces entretiens était d'avoir une conversation naturelle, franche et sincère. Le langage non-verbal perçu par l'enquêteur a été reporté sur un carnet, sorti le plus brièvement possible si le besoin s'en faisait sentir, pour ne pas faire écran au patient.

2.3.3. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique avant d'être tapés mot à mot sur la dernière version de Microsoft Word©. Ils étaient ainsi retranscrits de la manière la plus brute et la plus proche de la conversation orale. Une fois tapés, une relecture de chaque entretien s'est faite en même temps que l'écoute de l'enregistrement vocal afin d'être sûr de ne pas dénaturer le témoignage en omettant certains mots. Enfin, les passages qui ont été sélectionnés pour la rédaction de la thèse étaient à nouveau réécoutés pour éviter toute erreur de contextualisation.

2.3.4. Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse des entretiens s'est faite de deux manières : par fiches écrites et à l'aide d'un logiciel d'analyse des données.

Les fiches de lecture ont été rédigées à chaud par l'investigateur après l'écoute de chaque entretien. Les passages importants étaient reportés sur la fiche et commentés par l'investigateur. Ce procédé permettait de laisser plus de champ libre à l'interprétation que l'analyse informatique des données.

En parallèle, une analyse assistée par ordinateur a été faite à l'aide du logiciel N'Vivo©. Ce logiciel est approprié pour la recherche de thèmes avec une unité de travail libre (mot, idée, concept…)(24). Ainsi, chaque citation d'entretien était rattachée à un thème (dit *nœud* dans le logiciel). Il était également possible de les hiérarchiser en établissant des sous-thèmes (*nœuds parents – nœuds filles*). L'intérêt principal de cette analyse par ordinateur était de permettre la triangulation des données : en travaillant avec une même base de données, il était plus facile de confronter les thèmes des uns et des autres. La triangulation a été effectuée avec une tierce personne informée du sujet de l'étude et de la problématique. Dans cette optique, elle a analysé plusieurs entretiens avec le logiciel N'Vivo© afin de comparer ses *nœuds* à ceux de l'investigateur. Seuls les thèmes retrouvés par les deux encodeurs ont pu figurer dans les résultats.

2.4. Ethique de l'étude

Le décret de la loi Jardé[2] n'était pas encore applicable aux études qualitatives non interventionnelles au moment de la réalisation des entretiens (25). Cependant, l'éthique a été prise en considération tout au long du travail.

Lors de la réalisation de la grille d'entretien et après la phase des premières entrevues, les données démographiques les moins pertinentes ont été évincées afin de recueillir le moins d'informations personnelles possible. L'enquêteur ne connaissait pas les pathologies des personnes interrogées. Lorsque le médecin ne participait pas au choix, les patients devaient juste confirmer qu'ils avaient une pathologie chronique nécessitant un suivi régulier par leur médecin traitant déclaré depuis au moins deux ans. Par ailleurs, l'anonymat des médecins a été recherché en ne recueillant pas d'informations qui pourraient aider à les reconnaître.

Afin de permettre aux patients de participer de manière éclairée à l'étude, le thème du sujet leur était communiqué. Il leur était précisé qu'ils avaient la possibilité de poser des questions à la fin de l'étude. Une lettre d'information qui reprenait la présentation de l'investigateur et de l'étude ainsi que différents points clés leur était remise avant de débuter l'entretien (Annexe 3). Après un temps de réflexion, les patients qui disaient répondre aux critères d'inclusion avaient ensuite un formulaire de consentement à signer (Annexe 4). À la fin de ce formulaire, les informateurs avaient la possibilité de communiquer leurs coordonnées pour éventuellement pouvoir être recontactés par l'enquêteur.

Les entretiens ont été intégralement anonymisés (références aux patients et médecins) dès l'étape de la retranscription. Les fichiers vocaux seront tous détruits à la fin de la soutenance de thèse.

[2] La loi Jardé impose de nouvelles règles pour la réalisation de recherches impliquant la personne humaine. Le décret se rapportant aux études se rapprochant de celle-ci est finalement paru au Journal Officiel du 10 Mai 2017.

3. Résultats

3.1. Description des cabinets, de la population et des entretiens

3.1.1. Cabinets et médecins participants

Il a fallu réaliser douze appels téléphoniques pour obtenir l'accord des huit cabinets. Lorsqu'une raison était donnée pour le refus, il s'agissait du manque de disponibilité ou d'une activité médicale trop spécialisée (ostéopathie par exemple). Au total, trois cabinets ruraux et trois cabinets urbains ont participé. Les deux cabinets supplémentaires qui avaient donné leur accord n'ont pas été nécessaires compte tenu de la taille suffisante de l'échantillon. Sur les six cabinets participants, quatre étaient des cabinets de groupe. Dans le cabinet médical qui ne disposait pas de salle, pour préserver l'intimité des interrogés, il a fallu attendre que tous les autres patients quittent la salle d'attente pour réaliser l'entretien. Cette situation ne s'est produite qu'une seule fois.

Onze médecins répartis entre les six cabinets ont été sollicités et sept d'entre eux ont participé à la sélection des patients qui correspondaient aux critères d'inclusion.

3.1.2. Population finale

Vingt-huit patients ont été sollicités, quatre ont refusé de participer à l'enquête par manque de temps, quatre ont été écartés après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion. Les refus ont été majoritaires lorsque les patients étaient directement abordés par l'investigateur dans la salle d'attente des cabinets.

L'échantillon s'est finalement étendu à 20 informateurs, onze hommes et neuf femmes, au lieu des 12 initialement prévus :

Informateur	Genre	Age	Situation	Métier exercé	Durée de suivi (ans)
FE01	F	71	Célibataire	Retraitée (formatrice)	43
HE02	M	74	Marié	Retraité (EDF)	30
FE03	F	78	Veuve	Retraitée (guichetière PTT)	21
HE04	M	79	Concubinage	Retraité (pilote)	3
FE04	F	73	Concubinage	Retraitée (directrice)	12
FE05	F	67	Mariée	Retraitée (greffière)	4
HE06	M	82	Marié	Retraité (dessinateur industriel)	22
HE07	M	59	Marié	Pneumatique	38
FE08	F	72	Mariée	Retraitée (MCU Physique)	10
FE09	F	64	Mariée	Retraitée (Assistante maternelle)	19
HE10	M	80	Marié	Retraité (Agriculteur)	8
FE11	F	70	Célibataire	Retraitée (Agent assurance)	7
FE12	F	82	Mariée	Retraitée (employée d'usine)	20
HE12	M	85	Marié	Retraité	20
HE13	M	55	Marié	Chef de chantier	12
HE14	M	70	Marié	Retraite (infirmier)	12
HE15	M	49	Pacsé	Technicien	12
FE16	F	29	Célibataire	Conseillère clientèle	6
HE17	M	82	Marié	Retraité	15
HE18	M	65	Marié	Retraité (agent de production)	18

Tableau I : Caractéristiques des informateurs

Les informateurs étaient, en moyenne, suivis depuis 16 ans par leur médecin généraliste. La moyenne d'âge des participants était de 69 ans, la plus jeune avait 29 ans, le plus vieux 85 ans pour une médiane à 72 ans.

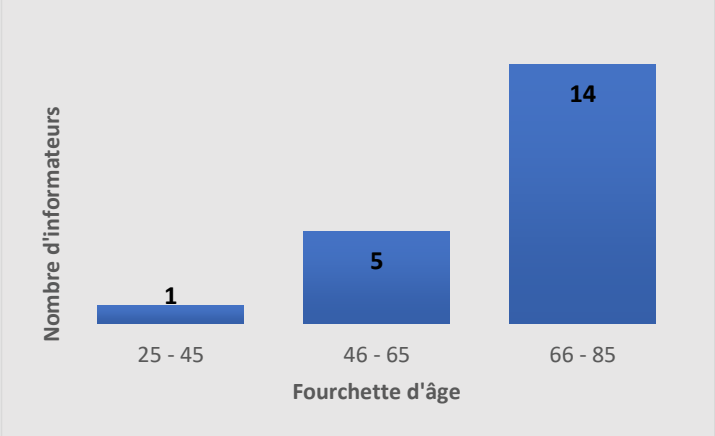


Figure 1 : Répartition des informateurs selon leur âge

Les distances entre le domicile des patients et le cabinet ont varié de deux à vingt kilomètres mais 85% des informateurs étaient dans un rayon de moins de dix kilomètres.

3.1.3. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre les mois d'octobre 2016 et juin 2017. Dix-huit entretiens sur les vingt menés ont été conservés. Les deux entretiens qui n'ont pas été retenus concernaient des patients qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Deux entretiens sur les dix-huit ont été considérés comme des entretiens de couple impliquant deux partenaires correspondant aux critères d'inclusion. La saturation des entretiens a été obtenue dès le treizième entretien mais ils ont été poursuivis pour multiplier les exemples et conforter la saturation.

Numéro	Durée de l'entretien (minutes)	Nombre de mots
Entretien 01	21	3173
Entretien 02	26	1902
Entretien 03	25	2850
Entretien 04	18	2014
Entretien 05	18	2614
Entretien 06	26	3178
Entretien 07	30	2316
Entretien 08	30	958
Entretien 09	11	1412
Entretien 10	21	1400
Entretien 11	20	2504
Entretien 12	12	951
Entretien 13	7	807
Entretien 14	15	1558
Entretien 15	24	3100
Entretien 16	10	1274
Entretien 17	12	1147
Entretien 18	9	1194
Moyenne	**19**	**1908**

Tableau II : Caractéristiques des entretiens

3.2. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a permis de structurer le processus de fidélisation en quatre séquences temporelles : le choix du médecin, la confirmation du choix, la construction de la fidélité et la rupture.

3.2.1. Le choix du médecin

La relation patient-médecin débute par un besoin du patient en rapport avec sa santé : il peut être lié à des motifs aussi variés que la résolution d'un épisode infectieux, la prise en charge d'une anxiété ou encore l'établissement d'un certificat médical par un médecin. Le choix d'un médecin généraliste, chez tous les informateurs de cette étude, n'a pas été anodin. Les informateurs connaissaient la situation géographique du cabinet et disposaient même, pour certains, d'informations sur le médecin qu'ils allaient rencontrer.

3.2.1.1. L'emplacement du cabinet

- La proximité géographique

La distance qui séparait le cabinet médical du domicile du patient a été évoquée lors du choix de plusieurs informateurs (8/20 informateurs) :

« Ben parce qu'on habite à côté ! » HE06[3]

« Parce qu'il est ici » FE04

« Déjà, c'était au plus près » HE13

[3] Les extraits d'entretien, présents dans tout ce travail, ont été retranscrits tels que prononcés avec l'ajout des négations complètes.

Dans la plupart des cas, la proximité n'a été qu'un élément parmi d'autres dans le choix du médecin traitant. Certains informateurs de l'étude ont justifié la recherche d'une proximité du cabinet pour des raisons particulières :

- L'urgence

Le délai de réflexion qui conduit à choisir un médecin n'existe pas dans une situation d'urgence : il faut trouver le médecin disponible le plus proche pour être le plus rapidement soigné. Par conséquent, quelques informateurs ont fait le choix du médecin accessible le plus rapidement pour avoir une prise en charge immédiate dans une situation qu'ils estimaient urgente :

> « Parce qu'initialement je n'habitais pas à dix minutes, j'habitais à deux minutes. (Rires) Donc en fait le choix…C'était plus pour la blessure sur le coup de marteau quand je retapais la maison et puis je suis venu là quoi !» HE15

> « J'étais bien, un jour ça, ça m'a pris… Je me trouvais mal, j'avais toujours le cœur qui me serrait, j'ai pris ma voiture et j'ai été voir le [docteur] » HE10

- La fragilité

La proximité a également influencé le choix des informateurs les plus fragilisés par leur maladie. Pour eux, le médecin le plus proche devenait prioritaire pour limiter leurs déplacements. Chaque effort de trajet se répercutant sur leur état de santé, les plus courtes distances étaient recherchées :

> « C'est quand même embêtant de faire vingt bornes pour aller voir un toubib surtout quand on commence à y aller souvent… » HE06

> « […] comme je suis très fatiguée… Quand c'est bien tout près, ce n'est pas la peine d'aller chercher plus loin. » FE08

La proximité influence également le choix des patients déficients et de leurs proches, qui certes ne sont pas forcément fragilisés, mais qui recherchent le médecin le plus facilement accessible. Un des informateurs, dont la femme était malvoyante, a ainsi justifié son choix :

> « Parce qu'elle était à côté de chez nous ! Exactement. Elle n'était pas là avant, elle était dans le centre, ce n'était pas loin. Ma femme est malvoyante donc c'était plus pratique. Elle était à deux cents mètres, trois cents mètres. » HE17

Enfin, même lorsque la proximité n'est pas explicitement exprimée, elle a influencé le choix des informateurs. En effet, aucun patient de l'étude n'habitait dans un autre département que celui du cabinet du médecin choisi. Si l'éloignement géographique ne participait pas au choix, il y aurait peut-être eu des informateurs domiciliés dans d'autres régions.

- Les déserts médicaux

Dans de nombreux territoires français, la densité médicale est si faible que certaines villes sont considérées comme des déserts médicaux. Ces territoires sont répartis dans toute la France et l'outre-mer. S'il n'y a qu'un seul médecin dans un périmètre géographique, les patients n'ont pas d'autre choix que de se rabattre sur lui :

> « Je crois qu'il n'y avait qu'elle. » FE09

> « […] il n'y a pas assez de médecins ici. Déjà des nouveaux qui arrivent, ils sont obligés d'aller je ne sais pas où ! Alors là le choix est fait rien que pour ça déjà. » HE17

Ainsi les patients, selon leur lieu d'habitation, peuvent ne pas avoir le choix du médecin généraliste.

Si cela permet la rencontre initiale, l'absence de choix ne conditionne pas forcément la fidélité du patient. En effet, en cas d'insatisfaction, ce dernier peut décider d'élargir son périmètre kilométrique. Comme cela a été le cas pour cet informateur qui a renoncé à son confort géographique après une première rencontre non fructueuse avec un médecin :

> « Je vous dis, je ferai cent bornes, je n'irai pas chez lui… » HE06

3.2.1.2. La disponibilité initiale

La diminution du nombre de médecins fait qu'ils sont parfois contraints de ne plus accepter de nouveaux patients ou d'avoir des délais d'attente de plus en plus longs. Le médecin peut être choisi par un patient parce qu'il a été disponible alors qu'un de ses confrères ne l'était pas. Certains informateurs ont ainsi choisi le premier médecin ayant accepté de les recevoir :

> « C'était un Samedi, puis [mon ancien docteur] était fermé le Samedi. J'ai téléphoné à [mon docteur actuel], il est venu à la maison et puis je suis resté avec lui » HE10

> « Tout à fait au début, c'était que notre médecin traitant n'était pas disponible ou un truc comme ça et on avait appelé le [docteur actuel] pour faire un remplacement et puis on a continué » HE12

La première rencontre entre un patient et un médecin est une étape obligatoire de la relation patient-médecin. De manière évidente, lorsqu'un médecin n'offre pas de possibilité de rencontre, il ferme la porte à de nouvelles relations patient-médecin.

3.2.1.3. La recommandation

Les patients, en recherchant un médecin dans les Pages Jaunes© ou sur Internet, ont accès à des informations pratiques (l'adresse, le secteur conventionnel, les noms/prénoms) mais rien sur la compétence du médecin[4]. Pour eux, la plus simple façon d'avoir un avis sur leur futur médecin est de s'appuyer sur l'expérience d'autres personnes. Dans les zones où l'offre médicale est suffisante, un choix doit être réalisé et il est éclairé par les personnes qui ont déjà pu bénéficier des soins du médecin. La recommandation du médecin par des proches, amis ou collègues semble être un indicateur de qualité permettant de faire le choix initial de médecin. Chez nos informateurs, l'avis positif d'une ou de plusieurs personnes considérées comme fiables a quasiment autant permis de les orienter vers un médecin que la proximité (7/20 informateurs) :

> « Parce qu'on nous avait dit qu'il était compétent. Des collègues de travail, voilà ! » HE07

> « […] j'avais appris que c'était un bon médecin. Je l'ai entendu dire des voisins, des voisines. » HE10

> « C'est quelqu'un qui m'avait recommandé, il y a longtemps, [l'ancien médecin du cabinet] qui était bien. » FE08

[4] Même si cela commence à changer avec l'apparition sur Google© de notations et d'évaluations, pas toujours représentatives des compétences des médecins.

Pour une informatrice qui était originaire d'une autre région et avait déménagé à Poitiers, cela semblait même avoir été le principal déterminant du choix :

> « [mon ancien médecin] pour ne pas le nommer avait une sœur qui était éducatrice et que je connaissais donc le nom. Bon voilà, quand elle a su que je venais à Poitiers elle m'a dit "bon ben mon frère est médecin", j'ai dit "ben ça tombe bien, je n'en ai pas !". Voilà ! Voilà comment j'ai commencé avec [mon ancien médecin] et après, de fait, avec [l'actuel] » FE01

Il y a beaucoup de choses à gérer en arrivant dans une nouvelle région, aussi, la recommandation permet de se dédouaner de l'effort de choix du médecin.

La recommandation d'autrui contribue à faire ce que les informateurs ont appelé *la réputation du médecin*. Cette dernière peut être considérée comme la somme des avis entendus sur la pratique du médecin. Elle peut donc être bonne ou mauvaise. Quand le médecin a une bonne réputation, cela aide les patients à faire leur choix :

> « C'est uniquement parce que sa réputation… » FE11

3.2.1.4. Le cercle des intimes

Le cercle des intimes est la sphère de communauté qui sépare les membres les plus proches du reste des individus, ceux avec qui les patients partagent les éléments les plus personnels de leur vie. Plusieurs interrogés avaient d'autres membres de leur famille suivis par le même médecin qu'eux, ce qui fait que celui-ci était déjà présent dans le cercle. Dans ce contexte, le choix du médecin est facilité pour plusieurs raisons :

- La préconnaissance réciproque

En ayant déjà un pied dans le cercle des intimes, le médecin connaît des détails communs à tous les membres d'une même famille. Il a accès aux antécédents familiaux et cela facilite la constitution du dossier médical des autres personnes de la famille. Par exemple, si le médecin suit une famille où une mère est diabétique de type 2, lorsqu'il recevra sa fille, il saura qu'elle est plus à risque de diabète. Le médecin a, en quelque sorte, une préconnaissance d'un futur patient issu de la même famille.

De même, le médecin a peut-être déjà rendu visite à un autre membre de la famille à son domicile. Il a donc pu observer le lieu de vie et l'environnement du futur patient. Il n'y a alors plus que quelques pierres à apporter à un édifice déjà partiellement construit grâce à la mise en commun de sa connaissance des autres membres de la famille. Le médecin a déjà pénétré l'intimité de la famille, le travail de construction de la connaissance est amoindri et la relation peut commencer plus facilement :

> « [le docteur] s'était occupé de ma mère quand elle était en maison de retraite, donc bon là aussi on se connaissait bien » HE02

> « Moi effectivement, je l'avais eu en remplacement de Mme 1 pour mon papa. Donc quand on s'est vu, il m'a dit "on se connaît", "ben oui" et puis voilà ! » FE11

La relation patient-médecin engage deux partenaires et le fait que le médecin soit dans le cercle des intimes permet également au patient de connaître son futur médecin. Un des informateurs est même allé jusqu'à s'approprier la connaissance qu'avaient ses autres parents de leur médecin respectif à tel point qu'il a avancé :

> « En gros, ces trois-là, on les connaît, donc ça ne me gênerait pas : si [mon docteur] n'était pas là, je vais les voir » HE02

Ce n'était plus lui en tant qu'individu qui connaissait les médecins mais lui en tant que famille. Le patient a donc un double intérêt en choisissant un médecin déjà présent dans le cercle des intimes : il hérite à la fois d'un médecin qui le connaît et qu'il connaît déjà.

- L'optimisation des consultations

Avoir un même médecin pour plusieurs membres de la famille facilite l'organisation des consultations. Lors d'un seul déplacement, plusieurs personnes peuvent consulter le médecin : c'est l'occasion d'emmener le conjoint, les enfants ou encore les parents. Il n'y a pas besoin de faire de multiples trajets pour les consultations, c'est un gain de temps car plusieurs rendez-vous sont pris à la suite :

> « […] il ne va pas aller lui à Chauvigny parce qu'il ne conduit pas et moi si. On prend le même et puis voilà. » FE05

La commodité espérée par le fait d'avoir un même médecin influence ainsi le choix de tous les membres de la famille.

3.2.1.5. Le genre du médecin

Le genre du médecin a été avancé comme déterminant du choix par deux informatrices. Dans le premier cas, la recherche du même genre a été justifiée par une supposée meilleure prise en charge du médecin. En effet, parce qu'elle souffrait de problèmes gynécologiques, elle préférait consulter un médecin femme :

> « […] je vais vous dire : je préfère être soignée par une femme parce que…enfin, là, je n'ai plus… mais j'ai eu des tas de problèmes de gynécologie de bonne femme et je trouve qu'elles comprennent mieux tous les problèmes des organes féminins, tous les problèmes qu'on a. » FE08

En d'autres termes, elle pensait qu'un médecin ayant pu être confronté à certaines pathologies féminines serait à la fois plus compétent et/ou plus empathique pour la gestion de motifs de consultations similaires. Elle a ensuite rajouté que son choix comprenait également une question d'intimité :

> « […] quelques fois les hommes ils ne comprennent pas, je leur dis "j'ai tel truc" puis bon pour se déshabiller tout ça… » FE08

Pourtant, il est apparu une contradiction dans son discours car elle recevait, en parallèle de son suivi par un médecin femme, des soins infirmiers prodigués par des hommes et ne semblait pas être dérangée. Elle l'a expliqué par l'habitude car son état de santé nécessitait des soins récurrents. Par commodité, elle a choisi les infirmiers les plus accessibles et à force de les avoir laissés partager son intimité lors des soins, la gêne qu'elle éprouvait s'est amoindrie :

> « Par contre, ici, il y a des infirmiers hommes mais je me suis habituée parce que j'ai les infirmiers d'ici qui viennent me voir

> pour faire des pansements puisque, comme vous voyez, ça va très mal donc je me suis habituée. » FE08

Elle a donc dû faire un choix entre la proximité des soignants et le respect de son intimité. Pour le médecin généraliste, elle avait la possibilité d'avoir un médecin femme à proximité et le genre a donc pu prévaloir sur la distance.

L'autre informatrice a recherché un médecin femme car elle supposait que son fils s'entendrait mieux avec une femme, d'autant plus qu'un essai avec un médecin du sexe opposé avait été mal vécu :

> « Sur la région parisienne, j'avais un médecin femme et lui, il a toujours été suivi par elle. Donc c'est pour ça qu'on est venu ici parce qu'on savait qu'il y avait un médecin femme donc voilà. » FE09

La mère semblait donc considérer que la bonne relation serait plus facilement reproductible avec un médecin du même sexe et serait défaillante en passant à un médecin du genre opposé.

Le genre du médecin était ici probablement culturellement associé à des à priori positifs : une femme médecin aurait un meilleur contact, serait plus douce et plus attentionnée avec les enfants car c'est la représentation de la mère et de la femme partagée dans l'imaginaire collectif.

Pour résumer, le choix du médecin traitant ne s'est pas fait, dans le cas des informateurs, par hasard. Les déterminants du choix du médecin traitant par un patient sont multiples : le médecin peut avoir été recommandé par autrui, être déjà présent dans le cercle familial ou peut présenter des avantages liés à sa localisation, sa disponibilité ou son genre. Une fois le médecin généraliste sélectionné, la période de confirmation de choix peut commencer.

3.2.2. La confirmation du choix

Une fois le partenaire médecin choisi, il s'ensuit une période d'essai pendant laquelle le médecin est évalué par le patient qui, seul, juge de la poursuite de leur relation. En cela, la relation patient-médecin est asymétrique car bien que le médecin soit libre de refuser un patient, sa décision doit être justifiée. Le médecin doit faire ses preuves alors que le patient n'est soumis à aucune exigence du médecin.

3.2.2.1. Le premier contact

Le premier rendez-vous est important pour la poursuite de la relation. Il est l'occasion du premier contact entre le patient et son médecin. Le patient arrive en consultation avec, dans son esprit, ses représentations du médecin. Il s'agit d'un construit issu des dires d'autrui (personnes ou médias) et des expériences personnelles. Il existe donc un médecin représenté qui va être confronté au médecin rencontré au cours du premier contact. Le mot *« contact »*, a été retrouvé trente fois dans les entretiens analysés par N'Vivo© et a fait partie des dix mots significatifs les plus retrouvés. Il résume la première confrontation entre le patient et son médecin. Pourtant, lorsqu'il est demandé aux informateurs de définir ce *« contact »*, ses contours restent flous :

> « […] le contact c'est immédiat ou bien il y a des atomes crochus ou bien il n'y en a pas. Moi, c'est avec les gens, moi c'est comme ça : les gens me plaisent ou ils ne me plaisent pas. » HE06

> « Le contact…Je n'en sais rien. C'est instinctif, voilà ! Il y a des gens à qui je ne fais pas confiance, je l'aperçois tout de suite. Après, je réagis assez vite, comme j'ai pas mal voyagé un peu partout… » HE17

Le contact a semblé correspondre à une évaluation subjective de la première rencontre. Il est l'amalgame des émotions ressenties par le patient lors du premier échange avec le médecin. Ce contact apparaît complexe dans ses composantes et semble englober la communication sous ses formes verbales et non verbales. C'est par ce premier contact que les informateurs ont décidé de continuer avec leur médecin généraliste. Si ce contact n'a pas été ressenti comme convainquant, la relation n'a pas été poursuivie. Ce serait donc un ressenti individuel complexe et spontané qui conditionnerait la poursuite d'une relation :

> « Il y a des personnes avec qui ça passe bien et des personnes avec qui ça ne va pas passer. » FE09

> « […] suivant que… l'attitude qu'on a avec elle ou elle avec nous… Après, c'est un choix, si le courant passe bien, y'a pas de souci. » FE13

3.2.2.2. La période d'essai

Le premier contact, même lorsqu'il a été réussi, ne suffit pas à obtenir la fidélité du patient. À ce premier contact succède une période d'essai au cours de laquelle le médecin est évalué pour que le patient puisse ensuite s'investir dans une relation de longue durée. Ainsi, il ne risque pas de s'impliquer inutilement dans une relation caduque :

> « J'essayerai ! Je viendrai une fois : si ça me convient on continue, si ça ne convient pas on arrête. » FE09

> « C'est-à-dire qu'on l'a essayé. Ce n'est pas parce qu'il est ici qu'on aurait continué, mais l'ayant essayé et ayant trouvé que la relation était correcte, euh oui, on a continué ! » HE04

Quand les premières consultations n'ont pas été parfaites, les informateurs ont semblé disposés à laisser au médecin le temps de faire ses preuves :

> « […] il me plaît au départ mais si je sens qu'ensuite euh il y a un manque de sérieux si c'est un brouillon, si c'est un… euh pff je vais revenir quand même parce que bon c'est un toubib, il doit savoir ce qu'il a à faire mais bon ce sera peut-être moins bien… » HE06

Au cours de la période d'essai, il peut se produire une évaluation directe et/ou indirecte des prestations du médecin.

- L’évaluation directe

Les patients, dans le délai de la confirmation du choix, n’ont ni le temps ni les moyens d’évaluer toutes les compétences médicales de leur médecin : ils ne l’auront pas vu prendre en charge toutes les pathologies existantes ni toutes les dimensions biopsychosociales de leur relation. Le patient vient pour un problème de santé A mais ne sait pas comment le médecin peut se comporter lors d’un problème B qui arrivera peut-être dans dix ans. Certains peuvent donc prendre en considération la minutie avec laquelle un médecin les examine mais cela ne veut pas forcément dire que le médecin est compétent pour des prises en charge globales :

> « Il m’a bien ausculté, il m’a tout chiné[5] » HE10

La plupart des patients, ne pouvant pas évaluer leur médecin sur des compétences cliniques, se rattachent aux qualités humaines ou à l’organisation du cabinet pour confirmer leur choix :

> « […] quand on va chez son médecin et qu’on a quelqu’un qui vous reçoit froidement, ça rebute un petit peu. Que là parce que bon si on va voir un médecin, c’est qu’on a quand même quelques soucis, donc le fait que le médecin vous accueille de façon simple déjà. » HE14

> « Peut-être pas une seule fois mais bon déjà voir un peu, des fois qu’en parlant ça suffit pour déjà voir bon… Et puis voir comment ça tourne puis bon voilà quoi… » FE05

[5] A comprendre comme un examen clinique complet.

- L’évaluation externe

Une autre forme d’évaluation du médecin est possible lorsqu’il fait déjà partie du cercle des intimes et que le patient est amené à le voir prendre en charge ses proches. Le médecin qui suit plusieurs membres d’une même famille peut ainsi être évalué par tous les membres présents lors des consultations ou visites à domicile :

> « […] vous regardez par rapport aux enfants si… Vous voyez ce que je veux dire… Comme on consulte au niveau de la fratrie complète, si effectivement le diagnostic correspond bien aux symptômes, le traitement est efficace et cætera. » HE15

> « […] elle s’occupe de la famille, donc y’a pas de souci quoi. Au niveau des enfants, c’était très bien. Nous, c’était pareil donc il n’y a pas de problème. » HE13

L’évaluation de la compétence médicale par le patient semble avant tout reposer sur l’efficacité thérapeutique : un enfant malade qui va mieux, une suture bien réalisée…

> « Ben elle est efficace, bon je vois pour moi il n’y a pas trop de problème mais je vois mes parents, mon père qui est gravement malade, qui a vraiment un problème, elle est efficace avec lui donc voilà. » FE09

L’évaluation externe a un rôle important pour le patient qui peut déjà commencer à confronter ses attentes à la réalité du médecin pour reconstruire son idéal.

Au final, bien que certains aient estimé pouvoir faire leur choix dès le premier contact, la majorité pensait qu’il fallait plus de deux consultations pour y parvenir. La période d’essai permet donc d’offrir au médecin le temps de convaincre le patient. Si malgré cette période, le patient n’est pas satisfait de son médecin généraliste, il ne pourra pas s’investir dans la relation.

3.2.2.3. La reconstruction de l'idéal

Il paraît s'exercer, dès la période d'essai et même au-delà, une mise en adéquation de ce que le patient attend de son médecin. En d'autres termes, le patient semble adapter ses représentations à la réalité du médecin rencontré. Ses représentations peuvent porter sur tous les champs de la relation patient-médecin : du comportement du médecin à ses compétences techniques.

Dans le cas des informateurs, l'idéal a semblé prendre forme dans la représentation du médecin de famille d'antan. Cette représentation est le fruit de l'imaginaire collectif entretenu par des films, des livres ou des récits de personnes plus âgées… Ainsi, même lorsque les informateurs n'ont pas eu l'occasion d'avoir un médecin de campagne parce qu'ils vivaient en ville, ils semblaient connaître ce qui le différencie des médecins actuels :

> « […] autrefois peut-être. Je pense que les médecins étaient plus proches des gens parce que c'étaient des médecins de famille, en campagne. C'est ça qu'il faut voir tandis qu'en ville bon c'est différent. » HE07

> « […] vous savez ce n'est pas parce qu'il sera dans une masure que ce serait un mauvais docteur : regardez les médecins de campagne qui sont… alors là, ceux-là, je leur tire mon chapeau parce que vraiment il n'y en a plus beaucoup… » FE03

Pour les informateurs vivant en ville, l'idéal était le médecin de campagne. Pour ceux vivant en campagne, l'idéal est devenu le médecin de famille plutôt que celui de campagne. L'idéal du médecin s'adapte donc au contexte même s'il prend ses sources dans des représentations communes. Ainsi, chez tous les informateurs qui l'ont évoqué, ce médecin idéal semblait avoir les mêmes caractéristiques :

> « […] le médecin de campagne avait…il connaissait tout de la famille. » HE07

« […] ils sont proches de leurs malades. Voilà ! » FE11

Le médecin idéal est un médecin disponible et proche de ses patients. Les médecins actuels ne répondraient plus au haut degré d'implication et de prise de décision qui caractérisaient les médecins de famille/de campagne :

> « […] parce que bon le médecin traitant n'est plus ce qu[e les médecins] étaient par le passé : ils étaient obligés de faire des diagnostics précis, alors que maintenant le toubib n'est pas tellement tenu à faire des diagnostics précis puisque, de toute manière, il va envoyer son patient chez un spécialiste. » HE06

Pour cet informateur, le rôle du médecin est devenu celui d'un aiguilleur, d'un coordonnateur plutôt que celui d'un thérapeute. Ainsi, il adresse les patients à des spécialistes au lieu de les soigner par ses propres moyens. Il reprochait donc aux médecins actuels davantage un manque d'engagement qu'un manque de compétence :

> « […] le médecin va supposer ou soupçonner quelque chose mais comme il ne veut pas, et puis il n'a pas les moyens de se mouiller finalement » HE06

La relation, pour pouvoir se poursuivre, est obligée de s'adapter à cet idéal refoulé. Deux options semblent s'offrir au patient pour s'affranchir de l'idéal : trouver (avec de la chance) un médecin tel que celui idéalisé ou valoriser d'autres caractéristiques du médecin pour faire le deuil de l'idéal et l'accepter tel qu'il est. Il se met en place une procédure d'auto-ajustement de l'idéal à la réalité : le patient essaye de faire ressortir de son médecin actuel des caractéristiques qui le rapprochent de son idéal. Si le médecin arrive à répondre à un nombre suffisant de critères idéalisés, la situation peut se poursuivre plus facilement :

> « […] et puis elle fait, elle a un côté médecin de campagne qu'on connaissait voilà » FE11

> « C'est comme un… c'est un médecin de famille on va dire. C'est elle qui nous a toujours suivis donc elle nous connait bien, donc le courant passe bien. » HE13

En fait, de manière probablement inconsciente, il n'y a pas une adaptation du médecin à l'idéal du patient mais plutôt une adaptation de l'idéal au médecin. Cet idéal est propre au patient et pour que le médecin s'y conforme, il faudrait qu'il intègre les représentations de tous ses patients. Comme cela ne correspond pas à la réalité, c'est le patient qui revoit à la baisse ses attentes pour faire correspondre le médecin à son idéal. Il y a donc une sorte de déconstruction puis de reconstruction de l'idéal pour que le patient ne se sente pas faire un choix par défaut et que l'accommodation réussisse. Certaines attentes resteront malgré tout non comblées et si l'inadéquation demeure trop grande malgré les efforts d'équilibration, une désillusion peut apparaître et conduire à un abandon du médecin.

En résumé, une fois le choix du médecin effectué, le patient se rend au cabinet pour une première rencontre avec son médecin traitant potentiel. À l'issue de ce premier contact, s'il est jugé satisfaisant, le patient laisse au médecin le temps de faire ses preuves au cours d'une période d'essai pendant laquelle il l'évalue. En parallèle, il opère un ajustement de son idéal à la réalité du médecin rencontré, parfois au prix de quelques concessions. Ce n'est qu'alors qu'il peut pleinement s'engager dans la construction de la fidélité.

3.2.3. La construction de la fidélité

Une fois la confirmation du choix effectuée, le patient s'engage pleinement dans la construction d'une relation de fidélité. Tous les informateurs de l'enquête ont estimé être satisfaits de leur médecin traitant et la plupart pensaient que les seules choses à améliorer dans leur relation étaient du domaine extra-médical (par exemple le rafraîchissement des locaux ou le paiement par carte bancaire). Leur fidélité, aidée par la satisfaction, s'est renforcée de différentes manières :

3.2.3.1. La création et le maintien de la confiance

En analysant l'occurrence des mots à l'aide du logiciel N'Vivo©, la *« confiance »* est apparue comme la qualité la plus prononcée par les différents informateurs (78 occurrences). Elle semble donc être la pierre angulaire de la relation qui unit le médecin à son patient car elle a été abordée par la grande majorité des informateurs de l'étude :

> « Parce que si vous n'avez pas confiance en votre docteur je me demande à quoi ça sert » FE03

> « J'ai une grande confiance en elle » HE14

Pourtant, il est important de constater que la confiance envers les médecins peut naître avant le début d'une relation patient-médecin. La confiance en un médecin particulier peut parfois se construire sur les fondations d'une confiance plus globale envers le métier de médecin, donc envers tous les médecins. En effet, il semble exister une image du médecin véhiculée dans notre société qui alimente les représentations des individus. Pour une des informatrices, tous les médecins d'un même cabinet étaient dignes de confiance, elle allait même jusqu'à leur confier les clés de sa maison :

> « […] je laissais mes clefs : ils venaient voir mes enfants » FE03

La confiance qu'elle avait en tous les médecins n'était pas issue d'une construction individuelle car elle ne connaissait pas personnellement chacun des médecins. Dans son cas, il semblait préexister une forme de confiance liée à ses représentations du médecin de famille. En somme, parce que dans la société les médecins étaient décrits comme dignes de confiance, elle leur faisait confiance. Cela a été confirmé dans la suite de l'entretien où elle a dit ne plus faire confiance à certains corps de métiers dont quelques représentants étaient mis au pilori dans les actualités pour des affaires de mœurs :

> « […] regardez avec tout ce qui se passe en ce moment avec les prêtres et les agents de police…avant on avait du respect pour ces gens-là mais maintenant ? Gros point d'interrogation ! » FE03

L'image du médecin dans notre société peut donc, lorsqu'elle est positive, faciliter la construction de la confiance. Si cette confiance était une confiance globale, elle devrait alors rayonner sur tous les médecins et ne pas encourager la fidélité (car tous méritent la confiance). Il apparaît alors, dans les entretiens, que les informateurs n'éprouvent pas une confiance aveugle. Lors de leur choix de médecin traitant, beaucoup ont dit être restés dans le même cabinet à la suite d'une succession. Pour autant, cette confiance n'a pas permis de leur éviter la phase de confirmation du choix :

> « Au départ oui puis après on jugerait » HE13

> « Ben il faudra que je voie si le successeur me convient » FE05

Quand les patients sont amenés à consulter un médecin remplaçant ou un successeur, ils disent avoir confiance en lui parce qu'il a été, selon eux, choisi par leur médecin. La confiance jouerait ainsi le rôle de recommandation implicite. Leur médecin habituel confie ses patients à un autre en qui ils peuvent avoir confiance :

> « […] je partirai de ce principe que s'il a recruté cette personne c'est qu'il a confiance donc je peux avoir confiance dans l'autre personne » FE01

> « Si elle se fait remplacer, en général, elle choisit des gens, elle les choisit quand même enfin, elle ne prend pas n'importe qui. » HE17

La confiance semble pourtant s'arrêter aux portes du cabinet car les informateurs font part d'une sélection des motifs de consultation lorsqu'ils vont voir un remplaçant. Ils ont ainsi préféré les consulter en cas d'urgence ou pour des motifs considérés comme bénins :

> « […] je suis venue parce que j'étais tellement mal, j'avais de la fièvre, j'avais une infection et c'était sa remplaçante qui était très bien. Donc là, je suis venue parce que j'avais réellement besoin. » FE08

> « Quand y'a besoin…À partir du moment où il me redonne, où il ne me fait pas des changements dans mon traitement habituel » HE18

Si cette confiance était aveugle, les informateurs seraient allés consulter les remplaçants sans distinction de motifs. Il est tout à fait logique que la confiance ne puisse pas être transvasée telle quelle d'un médecin à un autre car sa construction n'est pas immédiate mais progressive. Le médecin remplaçant ou le successeur partent juste avec une plus forte recommandation mais devront faire leurs preuves comme tout autre médecin.

Il existe donc des raisons qui expliquent que la confiance envers son médecin traitant est plus forte que celle éprouvée envers les autres praticiens. Cette confiance, à l'origine de la fidélité, peut se construire de différentes manières :

- Les compétences du médecin

Un patient se rend chez son médecin pour obtenir une solution à un problème. Il se rend donc chez un professionnel de la santé en pensant qu'il a les qualités requises pour exercer son métier. Au cours de la période de confirmation du choix, le patient a l'occasion de se faire une vague idée des compétences professionnelles du médecin mais c'est avec le temps qu'elles deviennent le ciment de la confiance.

En demandant aux informateurs d'expliquer les raisons qui contribuaient à les faire rester avec leur médecin, ils ont, à leur manière, ébauché plusieurs compétences du référentiel métier du médecin généraliste (26). Ces compétences, lorsqu'elles sont enseignées aux jeunes médecins français, sont regroupées sous la forme d'une marguerite (27) et, en recoupant les entretiens, il a été possible de retrouver cinq de ses six pétales (Annexe 5).

- Premier recours, urgences

Le premier pétale de la marguerite comprend les compétences de *premier recours, urgences*. Le médecin doit être capable de réagir aux situations nécessitant une prise en charge médicale immédiate. Les informateurs ont mis en avant la réactivité de leur médecin dans les situations urgentes :

> « Elle a réagi tout de suite, elle a appelé une ambulance, ils l'ont emmené à l'hôpital donc je trouve qu'elle réagit assez rapidement sur les problèmes donc non moi je suis contente il n'y a pas de souci. » FE09

> « Et puis ben ma foi c'est rassurant on sait qu'on a quelqu'un qui est à proximité et qui est capable de nous soigner en tout cas dans les urgences » HE06

Le médecin doit également être capable d'adapter sa prise en charge thérapeutique à l'évolution de ses patients :

> « Quand vraiment elle en donne des plus forts, c'est que c'est arrivé en limite ! » HE04

> « […] elle n'est pas euh comment je dirais… à vous assommer avec des médicaments en disant "ben comme ça au moins ça va passer". Elle commence toujours par des petites doses, elle voit, elle augmente éventuellement… Donc voilà, elle est très fluide dans ses traitements. » FE04

- Relation, communication, approche centrée-patient

Les compétences regroupées dans le pétale de la marguerite *relation, communication, approche centrée-patient* ont été évoquées par plusieurs informateurs. Ils ont considéré avoir une bonne relation avec leur médecin généraliste parce qu'il y avait une bonne communication :

> « Ben les relations, on peut parler voilà ! Déjà on peut parler avec elle. » FE09

> « […] pour expliquer des choses, y'a pas de souci : c'est simplement dit, compréhensible parce que des fois, ce n'est pas toujours le cas » HE14

La satisfaction des patients n'était pas liée au fait que le médecin leur parle mais plutôt qu'il leur parle comme ils aimaient l'entendre, en utilisant un langage compréhensible et en les écoutant :

« Je lui pose toutes les questions que je veux, il me répond » FE05

« […] sa façon à lui de le dire me convient » FE01

La communication forge la relation patient-médecin en permettant le débat et donc, par conséquent une participation du patient aux décisions le concernant :

> « […] on discute un peu plus avec son médecin, on est plus explicite et donc le médecin aussi à son tour donc discute, donc donne son opinion et c'est ça qui fait que ça forge la relation entre le patient et donc le médecin. […] la communication ! Elle est importante. S'il n'y a pas de communication… » FE16

La liberté de parole qui est offerte au patient permet de renforcer la relation et de les fidéliser, car ils se sentent écoutés, pris en considération et plus familiers :

> « Quand on est hardi avec un médecin, je trouve que c'est formidable parce qu'on peut poser n'importe quelle question » FE11

Le renforcement de la relation passe également par l'empathie du médecin, preuve manifeste pour le patient qu'il s'investit dans leur relation :

> « Elle est très pédagogue, elle est très psychologue je dirais pardon donc elle sait comment prendre ses clients, ce qu'il faut leur dire, sur quoi insister. Avec toi, en tout cas, elle sait te prendre. » FE04

> « Donc être à l'écoute, être surtout... compréhensif, empathique » FE16

La communication non verbale a aussi son importance dans la construction de la fidélité car elle est le témoin visuel de l'implication du médecin. Une des informatrices a été marquée par la réaction de son médecin alors qu'elle lui racontait ce qui lui était arrivé :

> « […] je lui ai raconté mais comme je lui aurais raconté une petite histoire et je voyais qu'il se tassait un peu dans son fauteuil. [elle se replie sur sa chaise comme l'aurait fait son médecin] » FE01

Le langage corporel a suffi à lui faire comprendre que son médecin était concerné par ce qu'elle lui avait raconté.

- Approche globale, complexité

L'approche globale du médecin est sa capacité à prendre en charge un patient dans toutes ses dimensions biopsychosociales, à aller au-delà du symptôme. Cette compétence a été abordée par un informateur sous la forme d'une aide à la prise en charge du handicap d'un enfant :

> « […] j'ai un enfant qui est entre guillemets handicapé donc elle nous a toujours donné des conseils qui se sont avérés justes par rapport à des gestions qui n'étaient pas médicales dans le sens vraiment médical mais plutôt dans le sens du comportement, pour s'adapter… qui auraient pu relever non pas d'un médecin mais d'un psychologue. » HE15

Le médecin, capable de s'adapter au contexte biopsychosocial du patient, est plus à même de l'aider à résoudre les problèmes et à le satisfaire. En étant à la fois guérisseur et conseiller, le médecin dépasse les attentes du patient et renforce sa fidélité.

- Continuité, suivi et coordination des soins

D'autres ont mis en avant le pétale *continuité, suivi, coordination des soins* en appréciant le fait qu'au sein d'un même cabinet de groupe, un médecin reste toujours accessible :

> « […] je suis satisfaite du cabinet en général parce que bon ben… vous ne pouvez pas avoir votre médecin traitant mais vous pouvez avoir un autre. » FE09

> « […] plusieurs fois quand je suis venu le samedi, c'était l'un ou l'autre et ils savaient très bien que j'étais client du [docteur] donc quand j'avais un problème ils disaient : "Je vais transmettre le dossier [à votre docteur] quand il va revenir" » HE02

Les informateurs ont également positivement souligné la continuité des soins au travers du dossier médical partagé entre médecins qui permettait le partage des connaissances acquises sur chaque patient. Par cela, le dossier médical commun a contribué à faire que les médecins connaissent tous les patients de leur cabinet :

> « Le dossier il est là, on n'a pas besoin de faire toute une enquête. » HE12

> « De toute manière, il a tous nos dossiers donc de toute manière ils sont… quand [mon médecin] part, l'autre est là et il a tous nos antécédents donc voilà… » FE05

> « […] ça ne me dérange pas dans un sens où il y a tout dans l'écran enfin dans l'ordinateur, il voit tout quoi » HE07

Les informateurs ont aussi plébiscité la coordination des soins quand leur médecin a, par exemple, planifié un passage aux urgences ou une consultation spécialisée :

> « […] quand elle l'a envoyé aux Urgences, elle ne l'a pas envoyé aux Urgences comme ça, elle a d'abord téléphoné […] Quand on est arrivé aux Urgences tout le monde était prévenu, voilà on n'a pas… C'est vrai que c'était, c'était bien. » FE04

> « Et puis ce que j'apprécie aussi c'est sa vivacité quand il y a quelque chose pour nous envoyer chez un spécialiste mettons, elle n'hésite pas à prendre le téléphone et elle prend les rendez-vous. » HE14

Enfin, le suivi médical du patient a également été apprécié puisqu'il améliore la qualité des soins et par là même la fidélité du patient :

> « Et puis elle suit très bien parce que là elle a dit "vous êtes en retard pour la TSH" » FE11

> « Elle suit vraiment ses malades » FE12

- Professionnalisme

La compétence *professionnalisme* est mise en avant dans cette étude sous la forme du respect du secret médical ou encore du respect des horaires de rendez-vous :

> « Les locaux sont bien et puis on n'entend pas ce qui se passe à côté, y'a la discrétion » FE03

> « Bon, s'il a du retard, il s'excuse : c'est arrivé une fois, il m'a dit "je suis en retard", j'ai dit "ça peut arriver" » FE01

Le professionnalisme n'est pas une compétence propre au médecin généraliste car le personnel du secrétariat doit également en faire preuve. Les secrétaires sont les premières personnes avec qui les patients vont discuter en arrivant dans le cabinet. Elles organisent les rendez-vous du médecin, lui transmettent les appels et facilitent le quotidien du médecin. Ainsi, ce dernier peut allouer plus de temps à son activité médicale et être plus disponible pour les patients. Elles participent donc à la satisfaction globale des patients. Par conséquent, pour ne pas renvoyer une image négative du cabinet, elles doivent accueillir le patient avec politesse et gentillesse :

> « […] si on avait des secrétaires qui nous rembarraient tous les quatre matins, c'est sûr que ça ne passerait pas non plus mais là ce n'est pas le cas » FE09

> « On est toujours bien reçu […] elle fait son possible pour nous satisfaire » HE14

Les secrétaires doivent également être respectueuses du secret médical. Or, la plupart des secrétariats des cabinets où a été menée l'enquête étaient situés dans une pièce non cloisonnée et les patients pouvaient écouter ce qui était dit au téléphone. Ils pouvaient donc entendre des éléments confidentiels :

> « Si vous entendez que c'est M. Trucmuche qui vient voir le médecin et qu'il va venir le mardi à dix-sept heures, je n'ai aucun souci avec ça ! Par contre, de savoir à la fois les médicaments, à la fois la maladie de la personne et à la fois des fois des évolutions de maladie qui ne sont pas forcément à donner à tout le monde, ça ne me paraît pas logique non plus, quoi ! » HE15

Le secret médical, même hors de la salle de consultation, est important pour les patients. D'autant plus que les secrétaires peuvent être amenées à demander les motifs de consultation pour évaluer l'urgence de la demande. Ce même informateur estime qu'elles dépassent leur fonction de secrétaire et se substituent au médecin généraliste :

> « Quelques fois, elle est intrusive. Ce que je n'apprécie pas forcément d'un secrétariat, c'est qu'elle évoque la maladie. Moi, je considère que ce n'est pas son métier, quand je demande un rendez-vous médical avec un médecin, j'évoque mon cas avec le médecin je n'ai pas forcément besoin d'avoir l'avis médical de la secrétaire. De juger si effectivement je mérite bien un rendez-vous parce que je viens pour ça ou pour ça. » HE15

Le professionnalisme du médecin est donc primordial mais toutes les personnes du cabinet participent au ressenti global du patient et ont leur rôle à jouer dans la fidélisation du patient.

- Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire

Le rôle du médecin dans l'*éducation* thérapeutique, la *prévention* pour assurer une meilleure *santé individuelle et communautaire* n'a pas été abordé par les informateurs. Il s'agissait du dernier pétale de la marguerite.

- La finalité des compétences

La finalité des compétences professionnelles du médecin est de réaliser une bonne prise en charge biopsychosociale du patient. Pour certains informateurs, la plus simple façon de se rendre compte des compétences professionnelles du médecin est, au final, de constater sa réussite thérapeutique :

> « […] vous avez un docteur en face de vous qui vous soigne pour ce que vous avez et que ça marche, moi je ne vois pas pourquoi changer » HE02

> « […] je suis encore en vie donc c'est qu'il est bien » HE06

Cependant, la relation de soin est complexe et ne prend pas uniquement en compte le fait de guérir, elle peut consister à stabiliser un état de santé, à réconforter, à écouter, à prévenir… Elle ne se juge pas uniquement sur l'amélioration de données biomédicales. La confiance dépend du succès des différentes actions entreprises pour améliorer le bien-être du patient et ce succès est le résultat des différentes compétences du médecin généraliste.

- La connaissance réciproque

Comme la relation patient-médecin n'est pas qu'une relation maladie-médecin, la connaissance réciproque est importante pour construire la fidélité. Il n'est pas possible de devenir fidèle à quelqu'un qu'on ne connaît pas. Et si l'autre personne ne nous connaît pas, il est également plus difficile de lui faire confiance.

La connaissance du médecin a été développée par les nombreuses rencontres au cours des consultations, chacune rajoutant un peu d'intimité entre les deux partenaires. Et le médecin, à force de voir le patient pour ses différentes pathologies, finit par connaître son histoire médicale et même au-delà. Des informateurs ont ainsi affirmé que c'est l'accumulation des rencontres qui faisait que les médecins du cabinet les connaissaient bien :

> « Il nous connaît pour une bonne raison parce que moi j'ai eu beaucoup de problèmes de santé donc il sait ce qu'il doit me donner, il sait que je n'aime pas les piqûres mais bon on ne peut pas y échapper » HE07

> « Le médecin un moment il connaît bien son malade quoi, hein ! Non, c'est quand même intéressant ça ! » HE17

Cette connaissance construite au fil du temps devient une force dans le cas d'un suivi de pathologie chronique et, de ce fait, un renforçateur de fidélité :

> « Par contre sur un truc très grand, sur une maladie plus chronique, je pense que ça ne serait pas bien que j'aille chaque fois voir un autre médecin, vous voyez ! Je n'aurai pas le sentiment d'être bien suivi, y'a le mot suivi porte bien son terme ! Là, on vient chercher non pas un acte médical mais un suivi médical sur ce type de maladie. Par exemple, bon, je suis diabétique donc elle connaît aussi le contexte familial, de mes

> parents donc ça si vous voulez l'expliquer à un médecin, ça devient compliqué quoi ! » HE15

Vu que le médecin les connaît, la relation se poursuit plus facilement et peut se développer en complexité parce que les patients estiment qu'il y a un socle de connaissances biopsychosociales et se sentent plus à même d'aborder d'autres problèmes :

> « […] c'est plus facile puisqu'elle nous connaît, donc c'est plus facile de discuter de nos soucis » HE13

Par conséquent, la connaissance engendre encore plus de connaissances car les détails qu'apporte le patient s'ajoutent à l'histoire qui était déjà connue du médecin. Et c'est cela qui différencie un médecin traitant de son remplaçant avec qui ils seraient contraints de réexpliquer toute leur histoire médicale :

> « […] j'ai affaire à un autre médecin donc forcément donc il faut tout réexpliquer donc même s'il y a des dossiers partagés, ce n'est pas la même chose donc… Quand on a son propre médecin, le médecin en question vous connaît donc sait cibler effectivement vos besoins dans vos douleurs, donc peut faire le nécessaire. Un autre médecin peut aussi bien être compétent, là n'est pas la question. » FE16

> « Mais bon, un médecin qui n'est pas habitué à suivre une personne, ce n'est pas évident, il ne peut pas connaître le passé de la personne d'un bout à l'autre, c'est surtout ça ! » HE18

Cette informatrice a fait le lien entre connaissance et confiance :

> « […] c'est sa façon ben de m'accueillir parce que je crois aussi que maintenant il me connaît bien enfin…on… il y a une relation de confiance. » FE01

Le terme *« maintenant »* sous-entend que cela n'a pas toujours été le cas, que cette connaissance s'est faite avec le temps. Et c'est de cette connaissance que vient la confiance.

En parallèle, il n'y a pas que le médecin qui développe sa connaissance, les informateurs ont eux-mêmes estimé mieux connaître leur médecin :

> « Je viens tous les trois mois on finit par connaître son médecin quand même ! » FE09

> « Ouais, on se connaît ! » HE04

Certains informateurs ont semblé, avec le temps, être habitués aux façons de procéder de leur médecin dans différentes situations. À tel point qu'ils ont considéré pouvoir prédire ce que leur médecin ferait dans des circonstances qui ne s'étaient jamais produites :

> « Ben il sait s'il me dit quelque chose si je vais réagir brutalement, si je vais le regarder en riant donc il le sait, il sait sur quel ton il va me dire les choses. » FE01

> « […] je pense que s'il y avait une urgence si je ne pouvais pas me déplacer, si j'avais personne pour m'emmener je pense qu'il viendrait, qu'il viendrait hein ça sans problème, ça j'ai une confiance totale là-dessus. » FE03

- La disponibilité du médecin

Les informateurs ont intégré la disponibilité de leur médecin dans la confiance qu'ils lui accordaient. Cette disponibilité correspond à la possibilité pour le médecin d'adapter son emploi du temps aux demandes urgentes des patients. C'est ainsi que la rapidité avec laquelle le médecin se rend au chevet d'un patient qui le demande est renforçatrice de fidélité :

> « Quand on a besoin d'elle, elle vient tout de suite. Parce que l'autre jour, j'ai eu des problèmes à la maison, ma fille l'a appelée, la demi-heure qui suivait l'appel elle était là ! » FE04

> « Ça ne nous aurait pas étonnés qu'il arrive le soir ou, oui, qu'il arrive le soir mais là nous avons été surpris qu'il arrive le matin, tout de suite, là ça a été, c'était… (hoche la tête pour montrer que c'était bien) » HE06

Dans la dernière citation, il y a eu un double effet positif : suite à l'appel de la compagne de l'informateur qui *« ne le trouvait pas bien »*, le médecin a fait preuve de disponibilité en acceptant de venir au domicile de l'informateur dans la journée mais, en plus, il s'y est rendu une demi-heure après comme s'il s'était dépêché pour ne pas laisser le couple en détresse. Il est donc allé au-delà des expectations de l'informateur et de sa femme qui pensaient qu'il se rendrait à leur domicile en fin de journée, après les consultations. Pour eux, en quelque sorte, il les avait fait passer en priorité.

La disponibilité voulue par les patients ne concerne pas uniquement les déplacements à domicile. Les informateurs ont également apprécié que leur médecin se rende disponible pour les recevoir rapidement en consultation dans le cabinet médical. La possibilité pour le médecin de prendre en charge en urgence des soins non programmés participe à la satisfaction du patient et à la fidélité car il suppose qu'en cas de besoin le cabinet ne lui fermera pas ses portes :

> « Je l'appelle, bon, en général elle me prend tout de suite je n'ai pas… Bon, je suis satisfaite aussi à cause de ça, parce qu'au moindre problème, je sais que je peux compter sur elle. Si j'ai un problème, je l'appelle, je lui dis "Ma tension elle est très forte", elle me prend dans les heures qui suivent parce qu'elle sait que ma tension c'est un problème. » FE09

> « C'est la confiance quoi, c'est une confiance ! Une fois, j'étais venu en urgence une fois parce que je saignais du nez, il m'a pris tout de suite. » HE10

> « De toute façon, on peut compter sur elle ! Ça m'est arrivé de l'appeler une heure après elle était même, moins d'une heure après, elle était présente ! C'est quand même appréciable. » HE12

Il est donc compréhensible que la gestion des rendez-vous par le secrétariat rentre en ligne de compte dans la confiance que le patient ressent pour son médecin :

> « […] j'ai besoin de quoi que ce soit que ce soit les secrétaires, les médecins, ils sont tout le temps disponibles donc ils font de leur mieux » FE16

> « J'ai téléphoné ce matin vous voyez… j'ai toujours eu mon rendez-vous dans la journée ! » HE02

> « […] au téléphone on demande un rendez-vous en général on a le rendez-vous quand ça nous arrange hein quand ça nous arrange nous ! » FE09

La disponibilité n'est pas obligatoirement liée à une rencontre avec le médecin, c'est aussi le fait qu'il prenne le temps de répondre aux inquiétudes des patients par téléphone :

> « […] si elle est occupée ou quoi que ce soit elle dit "je rappelle" et elle rappelle. Elle est très disponible. » FE04

La confiance se construit donc progressivement par le biais de multiples renforçateurs : les compétences professionnelles, la réciprocité de la connaissance et la disponibilité du médecin semblent les plus importants. Si un patient pense que son médecin le connaît, qu'il se rendra disponible pour mettre ses compétences médicales à son service en toutes circonstances, il sera probablement le plus à même de se dire qu'il peut avoir confiance en lui. Plus il éprouvera de la confiance à l'égard de son médecin et plus il lui sera fidèle.

3.2.3.2. La preuve du lien particulier

La fidélité est un précieux lien imaginaire mais sa valeur doit être objectivement constatée par le patient. Le médecin doit ainsi faire la preuve de son intérêt pour le patient qui ne doit pas être un patient comme les autres, un simple nom sur une liste comptable. Il doit être pris en compte dans toute son individualité. Il est un patient auquel le médecin fait attention et pour lequel il est prêt à s'impliquer.

- L'individualité

Le processus de fidélisation repose sur la preuve faite par le médecin du respect de l'identité du patient. Pour les informateurs, le fait d'être reconnu en tant qu'individu semblait renforcer le lien avec leur médecin. Plusieurs manières de considérer le patient dans son individualité ont été mises en avant.

- La phase sociale

La *phase sociale* est la période au cours de laquelle le médecin parle avec son patient de choses qui n'ont pas de lien direct avec le motif de consultation[6]. Il le questionne sur ses proches, sur ses vacances, plusieurs sujets qui n'ont pas forcément de rapport avec la maladie. Pour le patient, cette période peut être la preuve que le médecin s'intéresse à sa vie au-delà d'un intérêt financier car sinon il irait directement au motif de la consultation pour terminer plus rapidement la consultation. Le médecin se rend ainsi disponible pour écouter le récit de vie du patient :

> « Il y a une espèce de, je ne sais pas comment le dire, entre nous, on se parle de choses quand ce n'est pas juste un coup de vent comme ça qu'on traite et qu'on s'en va. » HE14

[6] Expression utilisée dans un article suisse sur la relation médecin-patient (28)

Cette *phase sociale* renforce le lien de fidélité avec le patient car elle permet au médecin d'acquérir une connaissance à la fois plus fine (car plus en détail) et plus globale (dans toutes les dimensions biopsychosociales) de son patient :

> « Il sait que je passe presque la moitié de l'année dans le sud de la France, bon il le sait depuis longtemps alors on en parle il me dit "Vous partez quand dans le Midi ?". Il sait que je voyage aussi "Quel a été votre dernier voyage", enfin voilà ! » FE01

Ces connaissances acquises au cours de la *phase sociale* peuvent être utiles au médecin d'un point de vue médical, par exemple, pour faire de la prévention pour les voyageurs.

De plus, l'intérêt que le médecin manifeste pour le patient et son entourage lors de la *phase sociale*, renforce la fidélité de ce dernier. En effet, le patient a l'impression d'être privilégié :

> « […] là il m'a demandé des nouvelles de ma femme comment que ça allait, il ne serait peut-être pas obligé, je pense que ça fait un lien supplémentaire […] Tout ça, c'est des petits trucs qu'on apprécie. » HE02

La *phase sociale* peut également être l'occasion pour le médecin d'offrir, à son tour, un peu de son intimité. Par ce moyen, le patient peut penser être le seul à avoir des informations personnelles sur son médecin et que sa relation est privilégiée :

> « Comme là, mon épouse, elle a demandé des nouvelles de mon épouse. Moi, je sais que son papa avait un petit peu quelques soucis, on en a parlé ensemble. » HE14

Parfois, certains médecins vont jusqu'à donner leur numéro de téléphone personnel aux patients qui estiment être en lien direct avec leur médecin :

> « Même j'ai son numéro personnel, il me l'a donné "donc s'il y avait quelque chose vous m'appelez" » FE03

- L'attention au patient

La preuve d'individualité est également le fait d'attentions en dehors des consultations. Dans la salle d'attente, par exemple, un des informateurs a apprécié le fait que son médecin veille au confort des patients en permettant à chacun de signaler sa gêne vis-à-vis de la musique d'ambiance :

> « Je pense que c'est qu'il pense aux clients. C'est-à-dire que s'il y a un client qui n'aime pas la musique au moins qu'il puisse le signaler de dire bon vous pouvez aller à l'accueil pour demander soit qu'on l'arrête, soit qu'on le mette plus bas. » HE02

L'affichette sur laquelle étaient inscrites les consignes était destinée à tous les patients qui, individuellement, pouvaient demander au secrétariat d'adapter le niveau sonore. Chacun était donc pris en considération.

L'attention portée au patient est également montrée lorsqu'en dehors du cabinet, le médecin vient le saluer. Certains informateurs ont ainsi fait part de leur satisfaction d'être abordés par leur médecin en dehors des consultations :

> « Quand j'arrive, ça donne l'impression d'être familier parce que le [médecin] si je le rencontre dans le couloir de la Polyclinique et puis que lui, il passe dans le couloir et qu'il me voit dans la salle d'attente, il se détourne de son chemin, il vient me dire bonjour. C'est quand même touchant ça ! » HE12

> « [Ma doctoresse] si je la rencontre à Montmorillon ou à Poitiers c'est le mercredi qu'elle est libre, eh ben on se dit bonjour ! » HE12

Pour ces informateurs, le simple fait de dire bonjour est une preuve de considération. Quand le médecin fait un pas vers un patient qu'il rencontre fortuitement, il ne fait pas que se rapprocher de lui, il renforce la relation de fidélité en montrant au patient qu'il ne lui est pas indifférent.

Le patient semble également attendre du secrétariat la preuve d'un lien particulier. Une des informatrices se souvenait ainsi de la fois où la secrétaire lui avait proposé de visiter le nouveau cabinet :

> « Quand ils ont été installés là au début, elle m'a fait voir un peu "Bon, venez donc voir !" (reproduisant un geste amical de la main) » FE01

La secrétaire avait volontairement fait l'effort de quitter son poste pour proposer une visite guidée à la patiente. Cette dernière a donc retenu cet épisode comme une preuve de considération de la part du secrétariat et, par conséquent, de la part du cabinet. Le secrétariat rentre donc dans la dynamique de la fidélisation. L'informatrice considérait ainsi qu'elle était plus qu'un nom, qu'elle comptait pour le secrétariat. Elle a poursuivi en racontant que les secrétaires lui téléphonaient parfois lorsqu'elle était en retard, ce qui ne lui ressemblait pas, et que cela signifiait donc à la fois qu'elles la connaissaient et, qu'en plus, elles se souciaient d'elle :

> « Elle m'a dit "On se demandait si on n'allait pas aller chez vous parce que ce n'est pas votre genre d'être en retard, on se disait qu'il y a peut-être quelque chose…" […] c'est des petites choses qui font…je dirais…je ne vais pas dire du plaisir à venir chez le médecin mais enfin, si ! » FE01

- L’implication du médecin

L’implication est en quelque sorte le fait pour le médecin d’assumer son rôle en dehors de la consultation, de contribuer au bien-être du patient même lorsqu’il n’y a pas forcément de gain financier. Il y a eu des événements perturbateurs dans la vie de certains informateurs où le médecin a été un recours important. Ce que les interviewés ont retenu était le fait que l’implication du médecin dépassait la simple relation de médecin à client. Le médecin, lorsqu’il montre son implication dans le devenir des patients, prouve non seulement qu’il les considère davantage que de simples clients, ce qui les renforce dans leur identité, mais également qu’il est humain. Cette implication est donc doublement bénéfique. Par exemple, une informatrice a apprécié que son médecin se rende dans la chambre d’hôpital de son mari, puis de son fils alors que rien ne l’y obligeait vu qu’ils étaient déjà pris en charge médicalement par un service compétent :

> « […] quand mon mari était à l’hôpital, je sais qu’il est allé le voir. Mon fils aîné, quand il a eu son AVC, je sais qu’il a pris des nouvelles même je crois qu’il est allé le voir. Il est bien, il est humain... » FE03

Cela a été la preuve de la compassion et d’un lien allant au-delà d’une simple prestation de service. Une autre informatrice a apprécié lorsque son médecin, estimant que la prise en charge de son mari prenait trop de temps, a téléphoné au service pour tenter de hâter les procédures :

> « Ah ben oui elle l’a contacté “Qu’est-ce que vous allez en faire ?”. Déjà ils ont un peu traîné à lui faire passer un doppler, elle a dû se fâcher (fronce les sourcils, mime la colère). » FE11

L'implication peut également être vue comme la disponibilité du médecin dans des situations qui le demandent. Par exemple, un informateur a raconté avoir été marqué par le temps supplémentaire que lui a offert son médecin lors de l'annonce d'une maladie grave :

> « […] quand j'ai eu mon cancer, il m'a pris avec mon épouse pendant une demi-heure, ce n'était pas un quart d'heure avec mon épouse, ça avait dépassé, donc je pense que bon je suis quand même client parce qu'il faut quand même voir l'aspect aussi et je pense qu'il s'est…tout le monde ne l'aurait pas fait forcément » HE07

Il considérait son médecin comme meilleur que d'autres pour lui avoir consacré du temps au détriment de ses revenus. Par cela, il a su se montrer humain et bienveillant. Parfois, l'implication du médecin persiste même après le décès de son patient :

> « Plusieurs fois Mme 1 nous a appelés le temps de son hospitalisation qui n'a pas duré longtemps tant mieux pour lui. Et puis quand il était décédé elle nous a rappelé pour nous dire et puis après elle a été très près de nous voilà, voilà ! » FE11

La présence du médecin dans les tempêtes comme dans les accalmies pour veiller au bien-être de ses patients, mais aussi des proches de ce dernier, semble fortifier le lien de fidélité. Son investissement en dehors du lieu et du temps de la consultation médicale est une preuve de son intérêt pour les patients. L'implication du médecin augmente ainsi la fidélité du patient qui se dit qu'il pourra compter sur son généraliste en de multiples circonstances parce qu'il se soucie de son devenir.

3.2.3.3. L’équilibre de la relation

La relation patient-médecin est en perpétuel remaniement, elle apparaît comme le fruit d’une dynamique d’échanges entre le patient et son médecin. Par l’échange de faveurs et l’évaluation continue, le patient essaye d’équilibrer sa relation.

- L’échange de faveurs

Pour se rendre compte des biens échangés, il faut se remettre dans le contexte de chaque participant. Compte tenu du caractère asymétrique de la relation, avec un patient qui demande l’aide d’un médecin, les faveurs à échanger ne sont pas les mêmes.

La première faveur que le patient consent à offrir est sa ponctualité. Il va ainsi s’efforcer d’être à l’heure, voire en avance, lors de ses rendez-vous. Pour que la relation s’équilibre, il demande au médecin de faire de même : il doit le recevoir à l’heure indiquée. Ainsi, il se produit une première forme d’échange :

> « Bon, s’il me dit que j’ai rendez-vous à 14H15, ben je m’arrange pour être là à 14H10 ou 14H05, pas le faire attendre et lui, il a la politesse de faire la même chose. Je trouve que c’est important, c’est une très grande correction, je trouve… » FE01

Il se crée cependant un paradoxe entre le souhait d’un médecin ponctuel et d’un médecin disposé à allonger son temps de consultation. En effet, pour s’assurer d’être ponctuel, les médecins ne peuvent pas dépasser le temps qu’ils prévoient pour chaque consultation. Pour faire face à ce paradoxe, les observateurs ont fini par préciser accepter le retard du médecin dans les cas urgents.

Il faut donc que l'urgence soit justifiée par le médecin pour qu'elle soit mieux acceptée par le patient :

> « L'autre jour, le docteur nous a reçus, on avait rendez-vous à midi moins le quart. C'était notre tour, bon donc les clients s'en vont, ils ouvrent la porte nous on ressort à ce moment-là de la salle d'attente "ah non, je ne peux pas vous prendre c'est pas possible, il faut que j'aille faire un constat de décès, les gendarmes m'attendent". Bon alors j'ai dit "à ce soir !". Voilà ! Il y a, je ne sais pas, il doit y avoir entre le médecin et son patient… il doit y avoir, je ne sais pas moi, de la compréhension. Moi je me suis montré compréhensif, c'est vrai il a… bon très bien ! Il faut qu'il y ait de la compréhension de chaque côté. » HE06

Si le patient a fait l'effort d'accepter ce retard justifié, le médecin se doit de lui accorder la même faveur lorsqu'il sera à son tour dans le besoin. Le retard pour un patient A est excusé parce qu'il justifie le temps supplémentaire que devra accorder le médecin au patient B lorsqu'il en aura besoin :

> « […] s'il en a pour plus de cinq minutes pour une personne ben si c'était mon cas moi j'aimerais bien qu'il me garde cinq minutes, qu'il ne regarde pas sa montre. » FE05

Par ailleurs, l'effort que le patient consent pour ne pas déranger inutilement leur médecin semble également impliquer un retour de faveur, sous la forme d'une modification du comportement du médecin :

> « […] c'est qu'on est connu et puis nous n'exagérons pas si c'est un cas urgent on l'explique, mais si ce n'est pas un cas urgent, on prévient la secrétaire ou le médecin si c'est le médecin qui nous appelle. On fait comme il y en a qui tout de suite, ils sont prêts à

> venir et quand il arrive le patient est devant le journal. On est très satisfait parce que ça nous donne un bon résultat parce que partout où on appelle pour prendre les rendez-vous, on a ce résultat-là » HE12

Une autre forme de faveur est la production de contrats implicites entre patients et médecins. Par exemple, le mari d'une des informatrices considérait la distance comme un élément pouvant motiver le changement de médecin traitant. Pourtant, il avait décidé de conserver son médecin après son déménagement alors qu'un autre s'était installé plus près. En fait, il y a eu une forme de négociation avec le médecin pour qu'il fasse également l'effort de se déplacer à leur domicile. L'informatrice l'a clairement explicité :

> « Parce qu'elle a accepté de se déplacer et de nous suivre, d'aller jusque là-bas si on avait besoin d'elle donc on n'a pas de motif de changer. » FE04

Par ce contrat implicite, ils ont promis de continuer à se rendre au cabinet mais en échange et pour rendre la relation équitable, le médecin devait faire l'effort de poursuivre les visites à domicile en cas de besoin.

Ainsi, un patient peut délibérément choisir de ne pas de ne pas déranger inutilement son médecin et d'honorer chacun de ses rendez-vous. Ce sont quelques faveurs faites au médecin. Cependant, elles sous-entendent que l'omnipraticien les prenne en considération car elles représentent un effort de la part du patient. Pour obtenir un équilibre dans une relation, il faut qu'il y ait un effort des deux côtés, que l'un ne se sente pas lésé par l'autre. Le médecin doit alors consentir à un effort quasi-similaire envers son patient : il doit respecter ses horaires, répondre au téléphone lorsqu'il est contacté ou se déplacer en cas de demande du patient.

Parfois, les faveurs peuvent être plus matérielles, un des informateurs a expliqué qu'en tant qu'ami du médecin, il lui arrivait de lui offrir des présents. La rumeur courait que son médecin aimait les champignons. Un autre patient, *« copain »* de l'informateur, lui en ramenait régulièrement en petite quantité. Il a essayé de faire mieux :

> « Ben on est comme des amis. J'avais des champignons, je lui en apportais. J'avais un copain qui était bien avec lui et il aimait bien les champignons… (rires) Le copain il n'en ramasse pas beaucoup de champignons mais je lui en ai ramené des cantines, après il m'a dit qu'il en avait assez. » HE10

Cet informateur a tenu à faire davantage pour montrer l'importance qu'il accordait à leur relation.

Finalement, puisque la fidélité encourage la poursuite de la relation patient-médecin, les situations où le patient fait une faveur à son médecin se multiplient. Par conséquent, plus le risque que le médecin manque l'occasion de renvoyer la faveur augmente et plus le risque que le patient soit déçu augmente aussi.

Il est également possible d'avoir un excédent de faveurs d'un côté comme de l'autre qui peut devenir, pour certains, une dette de faveur. Un des informateurs s'est ainsi senti redevable vis-à-vis de son médecin qui, selon lui, lui consacrait plus de temps qu'aux autres patients :

> « Moi, j'ai l'impression quand même de lui prendre un peu de temps quand je viens le voir. » HE06

- L’évaluation globale continue

Pour que la relation patient-médecin soit considérée comme viable, il faut que son évaluation globale reste positive. Cette évaluation globale résulte d’un équilibre entre les événements négatifs et positifs qui se produisent au cours de la relation. Un événement positif peut être, par exemple, le fait que le patient considère avoir été bien ausculté, écouté, soutenu, guéri par son médecin. À l’inverse, peuvent être interprétés comme des événements négatifs le fait de ne pas avoir été reçu en urgence, le non-respect des horaires, le mauvais accueil…. Le patient opère continuellement un réajustement de son avis sur le médecin. Lorsque le patient considère que le médecin n’a pas agi de la manière qu’il estime appropriée, il va en quelque sorte conserver ce souvenir et l’englober dans l’évaluation totale du médecin. La somme des événements positifs soustraits aux événements négatifs donne un score global. Chaque événement ne semble pas noté -1 ou +1 mais plutôt pondéré par le patient. Pour un même événement, certains patients peuvent l’évaluer fortement négativement, positivement ou encore rester indifférents et ne pas le prendre en compte. Un des informateurs a ainsi raconté avoir été sauvé par la réactivité de son médecin lors d’un infarctus et a jugé très positivement cet événement :

> « […] j’ai eu un triple pontage et c’est survenu un jour de travail, je pense que si elle n’avait pas bien réagi le samedi après-midi en m’appelant directement chez moi, je n’aurais peut-être pas vu le lundi. Quelque part là c’est… enfin, c’est une notation, c’est bien au-dessus du cap donc effectivement après dans les points négatifs des fois quand on veut avoir un rendez-vous on vous dit, vous êtes malade le dimanche, vous traînez tout le week-end et quand vous appelez le lundi on vous dit “le rendez-vous c’est jeudi ou vendredi soir” » HE15

Pour que l’évaluation globale du médecin par cet informateur devienne négative, il faudrait un événement négatif considéré comme très important ou l’accumulation de plusieurs événements négatifs modérés pour que la somme de leur valeur dépasse celle de l’événement positif.

Il est admis que le médecin offre, lorsqu'il le peut, des solutions aux problèmes du patient en échange d'une rémunération. La réponse doit être à la hauteur des attentes du patient. En effet, selon les informateurs, les médecins sont supposés avoir le même niveau de compétence de base. Les prises en charge qui dépendent de ces compétences de base ne sont pas forcément positives parce qu'elles font partie de ce qui est attendu du médecin. Par contre, si une prise en charge est attendue de la part du médecin mais que celui-ci ne la réalise pas convenablement aux yeux du patient, elle risque d'être évaluée négativement.

Le médecin reste constamment mis à l'épreuve. Un des informateurs a semblé considérer que son médecin était en sursis jusqu'à la survenue d'une importante erreur de prise en charge :

> « Enfin, pas lui jusqu'à présent. » HE06

Le patient est ainsi fidèle jusqu'à ce que ce qu'il considère comme une erreur vienne remettre en question sa confiance. Dans cette éventualité, il ne ferme jamais la porte à une éventuelle rupture :

> « Si un jour ça me plaît plus, ben j'irai ailleurs mais bon pour l'instant y'a pas de souci donc voilà… » FE05

Il existerait un seuil de tolérance des erreurs du médecin car chaque erreur n'entraîne pas la rupture. L'erreur reste possible et rattrapable dans une relation patient-médecin de qualité comme l'ont souligné ces informateurs :

> « […] nul n'est infaillible ils peuvent commettre des erreurs, oublier quelque chose, passer à côté de quelque chose » FE03

> « […] ils ont beaucoup de travail, ils ont des soucis comme les autres, ils sont des malades eux-mêmes bon ! Donc on peut être patient envers eux » HE06

Il est important de signaler que plus la relation dure plus le risque d'avoir des événements négatifs augmente :

> « […] au fil du temps on voit les défauts là ça devient compliqué » HE07.

Cette accumulation de défauts peut alors être contrecarrée par l'accumulation des événements positifs selon la valeur accordée par le patient à chaque événement.

En résumé, l'équilibre de la relation a semblé pouvoir être obtenu de deux principales façons : par un échange de faveurs et une évaluation continue des consultations. L'échange de faveurs doit être équitable entre patient et médecin, le premier doit être convaincu que certaines de ses faveurs lui seront retournées d'une autre manière. L'évaluation continue est active car le patient choisit de mettre de côté certains événements négatifs pour espérer pouvoir équilibrer l'évaluation globale grâce à des événements positifs ultérieurs.

3.2.3.4. La fidélité auto-entretenue

Le patient une fois sur le chemin de la fidélité est encouragé à rester sur les routes pavées plutôt qu'à emprunter des chemins tortueux. La fidélité entraîne et renforce la fidélité de plusieurs façons :

- Le rôle de la comparaison

La fidélité pousse le patient à privilégier son médecin lorsqu'il éprouve un besoin médical. Le médecin habituel est le médecin prioritaire vers lequel le patient se dirige. Ainsi, parce que certains patients ne voient qu'un seul médecin, ils n'ont pas ou ont peu de points de comparaison et ne savent pas si leur médecin est plus performant qu'un autre. De plus, pour certains informateurs, les médecins auraient des compétences similaires, changer de médecin n'aurait donc pas d'avantages :

> « […] je pense qu'ils sont tous compétents les médecins aujourd'hui […] ils savent très bien ce qu'ils doivent faire, c'est des professionnels » HE07

La fidélité renforce la relation en évitant la découverte d'autres médecins et donc en diminuant la probabilité d'en rencontrer un qui serait plus proche de leur idéal. Pourtant, parfois, les médecins habituels sont indisponibles, surchargés, arrêtés, en formation ou en vacances et le patient est obligé de consulter un autre médecin. Cette nouvelle rencontre peut renforcer ou fragiliser la relation. Si le nouveau médecin arrive à une conclusion qui trouve un écho plus grand dans les représentations du patient, cela diminue sa fidélité envers le médecin habituel :

> « […] il s'est trouvé que pour un lumbago là comme j'avais, qui était pénible ; bon un arrêt de trois-quatre jours alors qu'il fallait au moins quinze jours. Même son collègue que j'avais été voir parce qu'il m'avait envoyé faire des radios, je fais les radios, je reviens, il était parti je ne sais où ! Je vois son collègue, son

> collègue quand il m'a vu il m'a dit "comment ça se fait qu'il vous a mis si peu ?" » HE18

Dans cet exemple, l'informateur avait eu une prescription d'examens radiologiques par son médecin traitant. Il semblait tout d'abord être insatisfait de l'absence de son médecin traitant parce que c'est lui qui l'avait envoyé faire des radiographies, comme s'il n'assurait pas le service après-vente. À défaut de pouvoir le voir, il a consulté un autre médecin du cabinet qui a remis en cause la durée d'arrêt de travail préconisée initialement. Face à ce nouvel avis, il a estimé que le deuxième médecin avait raison et que son médecin habituel s'était trompé. Ce qui n'était pas considéré comme une erreur de la part du premier médecin l'est devenu lors de l'avis du deuxième médecin. Ainsi, des avis différents sur une même pathologie peuvent fragiliser la relation patient-médecin lorsque l'avis du médecin traitant n'est pas celui que choisit le patient. Le risque de rupture est aggravé lorsque le patient est confronté à un médecin plus proche de son idéal. Ce vers quoi un autre informateur a eu l'air de tendre :

> « […] rencontrer des maladies avec le diagnostic qu'elle ferait qui serait mis en doute par rapport à un autre médecin. Si j'avais un problème par rapport à un diagnostic qu'elle ferait, j'irais voir un autre médecin et si j'étais plus convaincu avec un autre médecin, je serais parti. » HE15

Lorsqu'ils sont pris en charge par un autre médecin, les patients peuvent comparer les différences de pratique. Ils peuvent à cette occasion révéler des défauts qui ne leur apparaissaient pas importants mais qui, étant absents chez le confrère, s'exacerbent :

> « Après, le problème il est là : si vous ne pouvez pas voir votre médecin assez rapidement, que vous êtes obligé d'en consulter un autre, des fois vous trouvez mieux ailleurs ! » HE15

La comparaison peut, en revanche, renforcer la fidélité lorsque le médecin traitant apparaît plus compétent que le médecin occasionnel ou tout du moins lorsque les résultats de la prise en charge sont à peu près les mêmes :

> « […] j'ai eu quelque fois plusieurs avis différents. Il se trouve que ça matche à peu près donc ça va, ils seraient en totale opposition, je mettrais des doutes en plus dans la relation quoi ! » HE15

Malgré tout, en limitant la confrontation des pratiques de différents médecins, la fidélité se renforce d'elle-même car elle diminue la probabilité de douter des compétences de son médecin.

- Une solution de facilité

Le patient peut également s'efforcer de rester fidèle par commodité. En changeant de médecin traitant, il serait obligé de construire une nouvelle relation avec un autre médecin alors que cette construction prend du temps et demande des efforts :

> « […] ça serait une nouvelle relation avec un nouveau médecin donc c'est toujours une histoire de confiance quoi. » HE15

> « Moi je dis non, je n'essayerai pas parce que quitte à recréer des liens et à créer du neuf, j'essayerai de les créer là-bas, pas ici. » FE04

Changer de médecin traitant, c'est devoir à nouveau faire part de tout son passé médical, c'est devoir réajuster son idéal du médecin, c'est devoir s'adapter à de nouveaux horaires, c'est devoir réapprendre à négocier avec son médecin, c'est un effort plus important qu'il n'y paraît. Comme le médecin connaît l'histoire de son patient, ses antécédents médicaux,

ses antécédents familiaux, le patient a moins d'effort à produire lors d'une consultation. Le patient n'a plus besoin de subir un interrogatoire complet à chaque visite :

> « On n'a pas besoin d'exposer tous nos problèmes parce que le docteur nous connaît très bien, on n'a pas besoin. On marche toujours sur le même chemin. » HE12

L'épargne d'effort est mise en avant pour justifier le fait de rester avec le même médecin. À tel point qu'une des informatrices considère que changer de médecin traitant est un facteur de stress. Le fait d'avoir été suivi depuis de nombreuses années par le même médecin densifie le lien patient-médecin et le changement brise tout ce qui a été longuement construit :

> « Et ma grande peur c'est quand [le docteur] va partir en retraite. » FE01

La fidélité d'une famille au même médecin renforce la fidélité de chacun des membres, car si le cercle des intimes participe au choix, il participe aussi au maintien de la relation. Pour ne pas avoir à multiplier les déplacements pour emmener chaque membre de sa famille consulter un médecin différent, il est plus aisé que tout le monde reste avec le même médecin :

> « […] il y en a un qui s'est installé dans notre village bon c'est vrai que… mais bon pour l'instant moi je reste là, de toute façon mes parents sont là aussi… J'emmène mes parents régulièrement ici donc c'est pour ça je resterai ici. » FE09

La présence de proches au sein du cabinet est donc un renforçateur de la fidélité du patient à son médecin traitant pour des raisons de commodité.

La recherche de la facilité justifie également la décision de ne pas changer de cabinet lorsqu'un médecin part à la retraite car le dossier médical y reste et le patient y a déjà ses habitudes :

> « […] il est arrivé dans un pays où il y avait un toubib qu'on allait voir donc on a pris l'habitude d'aller chez lui donc on est venu chez lui. » HE06

> « […] on n'a pas choisi ! C'était [un autre docteur] qu'il y avait avant et on a continué. » HE12

Une des informatrices a ainsi décidé de changer de médecin à cause d'une relation qui ne lui convenait plus mais au lieu de quitter le cabinet, elle a préféré poursuivre au même endroit. Pourtant, initialement, elle n'avait pas choisi le médecin pour sa proximité. Elle avait pris l'habitude d'aller dans ce cabinet et c'est tout naturellement qu'elle a préféré rester :

> « Donc [mon docteur] était associé avec lui, donc je suis allée chez [lui] tout simplement. » FE01

Alors qu'il n'a pas été évoqué comme raison du choix, l'environnement du cabinet participe à la satisfaction du patient et à sa fidélité. Lorsque les patients fragiles évoquent la nécessité d'avoir un médecin à proximité, cela sous-entend qu'il en va de même pour tous les autres services en lien avec leur santé, notamment une pharmacie ou un cabinet infirmier et lorsque tout est réuni au même endroit le patient fragile préfère y rester :

> « […] il y a la pharmacie pas loin […] j'ai les infirmiers d'ici qui viennent me voir pour faire des pansements » H08

En ayant tous les services à proximité, le cabinet fait partie d'un ensemble de prestations de soins qui diminue les déplacements des patients fragiles. Pourtant, la concentration des services et la présence de places de stationnement ont également été évoquées comme causes de fidélisation chez les patients qui ne revendiquaient pas leur fragilité :

> « […] si [mon docteur] prenait sa retraite, je prendrais son remplaçant. Je ne changerai pas de cabinet. Pour commencer, ils se sont mis là, je pense que c'est le top parce qu'il y a des parkings. Avant, c'était à XXX, je ne sais pas si vous connaissez là-bas, y'a pas de stationnement là-bas puis maintenant ils sont payants ! Là c'est le top il y a une pharmacie qui est en face si on veut… non, je resterai là. » HE02

Cependant, la fidélité liée à l'environnement n'est plus une fidélité au médecin traitant, elle devient une fidélité au cabinet médical.

Si les environs du cabinet médical semblent rentrer en considération pour justifier le maintien de la fidélité, l'intérieur du cabinet semble peu y contribuer. Tous les informateurs ont mis en avant qu'ils venaient se faire soigner et que le lieu importait peu:

> « […] ce n'est pas avec la salle d'attente que moi j'ai la relation c'est avec le médecin. Voilà ! Moi si j'ai un problème, je veux qu'il me guérisse et puis voilà c'est tout ! Après que ce soit une chaise en rotin ou un fauteuil ou un truc, ça ne me gêne pas. » FE05

En résumé, la fidélité entretient la fidélité de plusieurs façons. Elle limite la comparaison des pratiques car les patients ont moins d'opportunité de voir d'autres médecins. Elle renforce le lien et l'intimité entre patients et médecins en multipliant le nombre d'entrevues. Elle peut également engendrer de la fidélité envers le cabinet médical par commodité et habitude. Enfin, elle semble peu influencée par l'intérieur des locaux.

3.2.3.5. Les contours de la fidélité

Le processus de fidélisation aboutit à une forme bien particulière de fidélité pour plusieurs raisons :

- Une fidélité à la fois singulière et multiple

Contrairement à la relation amoureuse qui implique, le plus souvent, deux partenaires, le patient se considère fidèle à son médecin tout en sachant son médecin infidèle. Le médecin est en effet celui de plusieurs patients et doit, en théorie, faire preuve du même engagement envers chacun. Le terme *fidélité* a spontanément été employé dans cinq des dix-huit entretiens. Certains informateurs ont considéré cette fidélité comme quelque chose d'inconditionnel, propre à leur nature :

> « […] bon, c'est peut-être aussi le tempérament des personnes aussi parce que bon peut-être que moi d'abord quand je suis assez fidèle, bon je suis fidèle moi aussi » HE07

> « Moi j'ai un tempérament assez fidèle » FE08

Pourtant, cette fidélité n'a pas été présente dès le départ ce qui contredit son caractère inné et automatique :

> « Si on n'a pas confiance d'une part, si quelqu'un ne nous plaît pas, on n'a pas confiance, je ne vois pas l'intérêt de rester avec quelqu'un. Ça non ! C'est sûr ! » HE07

Pour d'autres, la fidélité n'est pas envers le médecin traitant mais envers le cabinet médical, comme s'il ne s'agissait pas d'une fidélité à une personne mais à un lieu ou une offre de soins et donc que le médecin n'était qu'un instrument de ce lieu :

> « Bah je suis venu plusieurs fois voir les uns et les autres, c'est surtout ça hein ! Quand [mon docteur] n'était pas là, je n'ai pas été dans un autre cabinet. » HE02

Cet informateur a reconnu avoir consulté d'autres médecins mais semblait penser que sa fidélité n'avait pas à être remise en cause puisqu'il était resté au sein du même cabinet.

Pour une autre informatrice, la fidélité apparaissait comme réciproque, le patient est fidèle à son médecin et le médecin est fidèle ses patients :

> « […] elle a dit "moi j'ai des gens qui sont d'ici" et pour ça elle ne lâchera pas : elle est très fidèle » FE04

Un parallèle peut être établi entre la relation entre un patient et son médecin traitant et la relation amoureuse. Certains passages, pourraient être ambigus s'ils étaient pris hors contexte :

> « […] je n'ai pas beaucoup vu d'autres médecins généralistes alors je ne sais pas comment seraient les autres […] Mais je n'ai toujours vu que lui à Poitiers, je ne connais pas d'autre médecin. […] on a convenu ensemble en disant "on est en train de mélanger tout ce n'est pas possible" » FE01

> « Non, parce que c'est elle et rien d'autre ! » FE04

> « Ah tout est bon mais après qu'est-ce qu'on voit, au fil du temps, on voit les défauts là ça devient compliqué. » HE07

> « […] je pense qu'il y a un peu de marge qui s'est forgée depuis pour pouvoir installer autant de sentiments envers un patient et son médecin » FE16

La fidélité d'un patient envers son médecin est donc paradoxale, elle est la promesse implicite de l'engagement d'un patient envers un ou plusieurs médecins et d'un médecin envers plusieurs patients qui désirent pourtant, chacun, un lien privilégié.

- Une fidélité pour différents liens

Le lien qui se crée entre un patient et son médecin est propre à chaque relation parce qu'il est le fruit des multiples interactions entre deux partenaires. Chaque friction, chaque satisfaction conduit à structurer ce lien et à le rendre unique. Parce qu'il y a autant de liens que de patients, les informateurs n'ont pas accordé la même place au médecin dans leur histoire de vie. Il a été possible de distinguer, au cours des entretiens, quatre grandes figures du médecin : prestataire de service, soutien, ami ou membre de la famille.

- Le lien de prestataire

Dans le cas d'une prestation de service, le médecin est le pourvoyeur de remèdes, il est la solution à un problème et se restreint au champ médical. Les médecins ont plusieurs rôles : ils sont professionnels de santé, ils peuvent être maris, pères, sportifs… Les informateurs ont semblé confiner leur médecin à son identité professionnelle. Il apparaît comme une ressource disponible pour le patient au moment où ce dernier en a besoin.

> « […] c'est un lien avec ma santé : je viens si je ne vais pas trop bien s'il y a quelque chose qui ne va pas, j'ai mal au ventre, je viens le voir, il me rassure ou il m'envoie à l'hosto ! » HE06

> « De médecin à malade… Je n'ai pas de lien spécial » FE08

Un des informateurs qui a semblé considérer le médecin comme un prestataire de service a ainsi justifié l'absence de lien plus poussé :

> « […] on ne peut pas avoir des liens parce que déjà il y a une grande différence d'âge entre lui et moi. Il y a au moins trente ans je suppose donc on n'a pas les mêmes centres d'intérêt tous les deux. Et en plus de ça, lui, c'est un toubib, moi je suis un mécanicien… Qu'est-ce qu'on aurait à se dire ? Je vais lui parler de la mécanique, lui, il ne comprendra rien, moi je ne comprendrai rien non plus à ce qu'il me dira. » HE06

Comme ils ne sont pas d'une même génération et d'un même corps de métier, il lui a semblé qu'ils n'auraient pas les mêmes intérêts et ne pourraient aborder aucun sujet en dehors de ceux de la consultation médicale, de ce fait des liens plus complexes ne pourraient pas exister. Pourtant, si le médecin n'était effectivement qu'un prestataire de service, il devrait pouvoir être aisément remplacé par un autre médecin mais ces mêmes informateurs sont restés fidèles. La fidélité semble donc exister même lorsque le médecin apparaît comme un prestataire de service.

- Le lien de soutien

Deux autres informateurs ont parlé d'un lien de soutien où le médecin est présent en cas de besoin pour accompagner le patient au-delà du symptôme :

> « C'est un soutien quand même […] Parce que dès qu'on a un petit problème, c'est suivi quoi ! » HE12

> « […] un soutien enfin quelque chose… d'abord c'est avec tous les médecins que j'ai eus, c'est plus facile de… je ne sais pas… de discuter avec eux si on a un problème bon » FE05

Dans le terme *« soutien »*, il semble ressortir avant tout une notion d'aide psychologique, quelque chose de plus intime, de plus proche qu'une simple prestation de service. Le soutien va au-delà du biomédical et peut dépasser le seul champ de la consultation médicale. Ce type de lien semble être intermédiaire entre la prestation de service et le lien d'amitié.

- Le lien d'amitié

Le lien d'amitié paraît plus fort, plus dense, que les deux précédents. Le médecin n'est plus quelqu'un qui ne sert qu'à soigner mais il s'intègre dans une dimension plus intime du patient :

> « Ben on est comme des amis » HE10

> « […] c'est devenu une amie sur laquelle on peut toujours compter. Ça, c'est un lien je trouve indestructible, pour moi. » FE04

L'amitié semble supposer un certain degré de connaissance du patient envers le médecin et inversement :

> « Ben on va dire que… même que c'est un ami maintenant parce que depuis le temps qu'on se connaît. » HE02

Après que cet informateur a affirmé que son médecin était un « *ami* », il a ajouté « *maintenant* » ce qui sous-entend qu'il ne l'était pas d'emblée. Il y a donc eu une construction de la relation et il suffit de s'attarder sur la suite de sa phrase pour le comprendre :

> « Il est venu des fois je ne pouvais pas sortir du lit, j'ai peut-être eu deux fois la grippe dans ma vie et il se déplaçait, ça, c'était bien aussi. » HE02

Cela s'est fait sur la durée, par des événements particuliers où par exemple le médecin a été à son chevet lorsqu'il en a eu besoin (rôle de soutien élargi en dehors du cabinet médical) comme le ferait un ami. Pourtant, même en avançant que le niveau d'amitié est une relation patient-médecin renforcée, il ne rend pas la relation éternelle. Ce même informateur nous a signalé qu'il pourrait décider de changer de médecin s'il venait à déménager malgré leur lien d'amitié. D'autres facteurs contrebalanceraient le lien d'amitié dans la décision de rompre une relation.

Il peut également se créer une amitié entre le patient et son médecin lorsqu'ils partagent des moments de vie en dehors du cabinet. Une des informatrices a ainsi participé à des activités de loisirs avec son médecin qui ont permis de renforcer leur lien :

> « En plus de ça, moi je la connais en dehors de son milieu médical donc euh ça renforce les liens forcément. » FE04

- Le lien familial

Enfin, le dernier niveau de lien avec son médecin traitant est celui de membre de la famille. Ici, le médecin fait partie intégrante de la famille du patient et en tant que membre de la famille il n'est plus considéré comme un étranger, comme un prestataire, il est un ami et un soutien et a de l'importance. Il est élevé au même rang que les gens qui, en général, comptent le plus pour les patients.

> « Ah oui, un membre de la famille. Euh bon, moi, je n'ai pas d'enfants mais on parle de ses enfants, voilà ! J'ai été au lycée avec sa maman, donc vous voyez… Il y a des liens… affectifs, c'est vrai. Et puis elle est tellement adorable ! » FE11

L'informatrice citée ci-dessus avait l'impression d'avoir accès à l'intimité de son médecin lorsqu'il lui parlait de sa vie privée. Surtout, elle semblait s'appuyer sur le fait d'avoir fréquenté le même établissement scolaire que la mère de ce dernier et donc d'avoir une histoire commune pour justifier qu'elle le considère comme un membre de sa famille. Elle partageait, comme dans une famille, un même passé dans un même lieu.

Une autre informatrice a associé ce lien familial au fait que le médecin l'ait accompagnée tout au long de sa maladie et ait été au courant d'éléments intimes de sa vie :

> « Il a un lien très particulier du fait que c'est mon médecin traitant, il est au courant de l'avancement que ce soit de ma pathologie ou de ma vie privée donc forcément il fait partie un peu de la famille en soi vu qu'on se côtoie. » FE16

Tout semble faire penser qu'en fonction des relations que les informateurs entretiennent avec leurs amis ou membres de leur famille, il se produit un transfert[7] sur la relation patient-médecin. Par exemple, si le patient conçoit qu'être au courant de sa vie privée est le fait des membres de sa famille, il place le médecin au même rang qu'un membre de la famille. Si, à l'inverse, les amis sont au courant des mêmes choses que le médecin ce dernier serait peut-être rétrogradé au rang d'amitié.

Par ailleurs, le niveau de lien que semble établir le patient avec son médecin apparaît indépendant de la fidélité car, dans le cas des informateurs, ils étaient tous fidèles indépendamment de leur niveau de lien patient-médecin. Ce lien symbolise davantage la force de la connaissance et de la confiance que les patients accordent à leur médecin que la garantie d'une fidélité. En effet, même lorsque le médecin était considéré comme un ami plutôt qu'un prestataire de service, cela n'effaçait pas la possibilité de rupture de la relation.

Au final, la fidélité repose d'abord sur la confiance que le patient éprouve vis-à-vis de son médecin. Le patient doit également avoir conscience que le lien qui l'unit à son médecin est particulier et a de la valeur. En outre, il devient convaincu du bien-fondé de la relation lorsqu'un équilibre, par les échanges de faveurs et une évaluation continue positive, est obtenu. La fidélité arrive ensuite à s'entretenir et se renforcer d'elle-même. Cette fidélité est particulière car elle est à la fois singulière et multiple et semble indépendante du niveau de lien patient-médecin.

[7] Notion psychanalytique que Laplanche et Pontalis définissent comme : *« le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets »* dans Le vocabulaire de la psychanalyse (29).

3.2.4. La rupture de la relation

La fidélité n'est ni acquise, ni définitive et puisqu'elle est un jeu d'équilibriste, elle peut à tout moment s'effondrer. Comme abordé précédemment, la fidélisation du patient s'opère lorsqu'un équilibre est obtenu entre les attentes du patient et la réalité que lui propose le médecin. Lorsque les éléments négatifs ne sont pas contre balancés dans la durée par les éléments positifs, ils peuvent précipiter la fin de la relation. Dans les cas des erreurs médicales, diagnostiques ou thérapeutiques, lorsque le seuil de tolérance est dépassé, il y a rupture.

Quand les informateurs ont été amenés à avancer les raisons qui provoqueraient un changement de médecin traitant, ils ont presque tous réagi en mettant en opposition une telle situation avec la leur. Ils estimaient ne pas avoir de raisons de penser à quitter leur médecin généraliste. La rupture semble ainsi être un tabou pour un patient fidèle pour qui il est difficile d'imaginer se séparer de son médecin. Toutefois, cela semble pouvoir survenir à la suite de plusieurs situations :

3.2.4.1. L'érosion de la confiance

La confiance se construit sur la durée mais comme elle est incorporée dans une dynamique de relation, elle peut connaître des périodes de fragilité :

> « La confiance est établie, tout va bien, vous êtes en confiance et si la confiance commence à… si vous avez des petits doutes, vous devenez moins fidèle au médecin. » HE15

Plusieurs éléments peuvent contribuer à l'affaiblir jusqu'à parfois entraîner la rupture de la relation patient-médecin :

- L’insincérité ressentie

La confiance repose en partie sur l’existence de contrats implicites entre le patient et son médecin. Ainsi, ce dernier est supposé faire son nécessaire en cas de besoin médical et le patient doit par exemple honorer ses rendez-vous. Il existe également des contrats qui sont considérés comme explicites aux yeux du patient même si le médecin ne les considère pas comme tel :

> « […] l’autre m’avait dit qu’il se déplaçait puis mon mari a fait un problème à une jambe, il ne pouvait pas marcher, il lui a dit “non, vous vous débrouillez et vous me l’amenez” [en faisant la grimace] alors bon ben… » FE05

Il y a eu ici une rupture du contrat de confiance sur lequel reposait en partie la relation de cette informatrice avec son médecin. Il lui avait annoncé pouvoir se déplacer, ce qui était rentré en compte lors de son choix de médecin traitant, et lorsqu’il a fallu passer à l’acte, il n’aurait pas tenu parole. Aux yeux de l’informatrice, la parole ne s’est pas jointe aux actes et la confiance s’est effritée. Cette insincérité ressentie est également évoquée comme cause de changement par un autre informateur qui en parle ainsi :

> « […] moi c’est mon tempérament, je n’aime pas la malhonnêteté. C’est-à-dire quelqu’un qui me fait un coup qui est pas, qui est anormal pour moi et puis que... il me met un petit derrière le dos, c’est bien ce qu’on dit l’expression, là je suis tout le contraire [de fidèle] » HE07

Le patient, porteur de son idéal du médecin, a parfois des attentes et suppose que son médecin agira de telle ou telle manière dans une situation donnée parce que, selon lui, il le lui doit. Quand la situation en question n’arrive jamais, il n’y a pas de risque de déception, les attentes ne sont pas prises à défaut. Mais si une telle situation se présente et que le médecin ne fait pas ce qui est attendu, cela altère la relation. L’insincérité rompt la confiance qui entraîne la fidélité dans sa chute.

- Les erreurs médicales

Les erreurs médicales peuvent être multiples : elles peuvent par exemple correspondre à un retard ou à une erreur de diagnostic. Par exemple, un des informateurs a décidé de changer de médecin traitant à cause d'une prise en charge qu'il avait estimée trop longue :

> « […] je l'ai abandonné avant parce que je trouvais qu'il n'avait pas été… quand j'ai été… J'étais mal, il n'a pas été assez rapide avec le cardiologue. » HE10

Un autre informateur a détaillé en d'autres termes :

> « […] je comprends que quelque part on ne mette pas forcément tout de suite le poing là où ça fait mal et puis que ben oui en fait il faut revenir deux fois, trois fois, pour bien découvrir le problème. Ça, je peux le comprendre. Après, c'est vrai que la troisième fois, vous venez avec un peu plus de doute que la première. » HE15

Le retard de diagnostic peut être excusé les premières fois mais si, après plusieurs consultations, le médecin ne trouve toujours pas la maladie, le patient finit par douter de ses compétences médicales et cela altère la confiance. Le patient est le seul juge du temps nécessaire à l'établissement du diagnostic, le médecin ne participe pas à l'évaluation de l'erreur. C'est ce que le patient considère comme une erreur qui a son importance et peut rompre le lien patient-médecin. Le seuil responsable de la rupture est propre à chaque patient et à chaque situation.

Le risque de rupture dépend de la pondération des erreurs : certaines sont considérées comme plus graves que d'autres tout comme certaines réussites sont plus valorisées que d'autres. Pour cela, un des informateurs a précisé ce qui pourrait entraîner un changement de médecin traitant :

> « Une grossière erreur de diagnostic, je sais bien que les êtres humains ne sont pas infaillibles, les toubibs non plus… mais bon, ça peut froisser la confiance, une erreur de diagnostic peut froisser la confiance. » HE6

Cette erreur de diagnostic jugée comme grave altère la confiance et peut donc conduire à la rupture. Il ne s'agit pas d'une erreur de diagnostic mais d'une « *grossière erreur* » de diagnostic : il y a donc des seuils de tolérance. Le terme *« grossière »* sous-entend qu'il s'agit d'une erreur évidente et par là même inexcusable alors que d'autres erreurs peuvent ne pas conduire au même résultat.

L'échec peut également être considéré par le patient comme un non-succès thérapeutique car même lorsque le médecin trouve le bon diagnostic, il est au final évalué sur sa capacité à soigner. Si le patient a une maladie jugée guérissable mais que le médecin n'a pas réussi à soigner son patient, ce dernier met en doute ses compétences médicales :

> « […] si jamais donc le patient est toujours malade en voyant le médecin » FE16

Par ailleurs, l'erreur qui érode la confiance peut ne pas concerner directement le patient mais quelqu'un du cercle des intimes. Le médecin continue à être évalué par le patient, même après la période de confirmation du choix, lors de sa prise en charge des membres d'une même famille. Quand un problème semble mal géré, cela peut fragiliser les liens entre le médecin et les autres membres de la famille. Une informatrice a ainsi évoqué le retard de diagnostic, vis-à-vis de la pathologie de sa mère, pour justifier son changement de médecin traitant :

> « […] on a pensé que maman avait la maladie d'Alzheimer assez tôt. Et [l'ancien médecin], quand on lui en parlait "Pas du tout, non." […] Donc on a téléphoné pour demander si [le médecin actuel] voulait nous prendre tous donc il n'y a pas eu de problème donc on a pris un rendez-vous pour maman et c'est elle qui a commencé à faire faire les premiers examens. Puis c'est vrai qu'il s'est avéré que c'est une maladie d'Alzheimer. » FE11

L'insatisfaction des membres de la famille a été renforcée par le fait que le médecin persistait à aller contre leur supposition. Subséquemment, le frère a décidé de changer de médecin et le reste de la famille a suivi à la première opportunité.

En somme, la fidélité d'un patient ne dépend pas uniquement de son lien avec son médecin mais englobe également les liens des autres membres du cercle des intimes.

3.2.4.2. L'inadéquation entre attentes et réalités

La rupture peut être provoquée par l'existence d'une inadéquation entre ce que le patient attend de son médecin et ce que celui-ci lui propose :

- Le dépassement des limites

Le patient offre au médecin une part de sa vie, une part de son intimité. C'est au médecin de savoir choisir le bon moment pour recevoir ce que le patient a à lui apporter. A lui de ne pas être trop brusque pour ne pas fragiliser la relation. L'intimité que le patient souhaite partager a des limites en fonction du contexte et le médecin doit s'efforcer de garder une forme d'équilibre : il doit être familier mais pas trop, intrusif mais pas trop, impliqué mais pas trop pour que le patient n'ait jamais l'impression d'être mal à l'aise. Ce malaise survient lorsque le médecin va au-delà de ce que veut lui offrir le patient, il faut aller à son rythme :

> « […] ce docteur ben il les prenait pour des parents alors il venait à l'heure de l'apéritif […] "Alors M. X, qu'est-ce que je vous marque aujourd'hui ?". J'étais chez maman et je lui dis : "Ce n'est pas vrai !". "Oh" (faisant la moue), ben elle dit, "Il a l'habitude" et je dis "Mais vous ne pouvez pas changer de toubib ?" » FE03

L'informatrice a été surprise par ce qui semblait être un dépassement des limites qu'elle imposait à un médecin. Ces limites ont été projetées sur la relation que ses parents entretenaient avec leur médecin mais ce qui gênait l'informatrice ne gênait pas ses parents. Ainsi, chaque patient impose ses propres limites dans la relation et c'est au médecin de les percevoir et de les respecter sinon il y a un risque de rupture.

- L’opposition des représentations

Le patient consulte son médecin accompagné de ses représentations. Ainsi, un des informateurs a affirmé arriver en consultation avec son propre diagnostic. Vu qu’il avait déjà été victime d’un épisode infectieux similaire, il attendait une réponse particulière du médecin probablement en lien avec ses expériences passées :

> « […] nous déjà, on sait à peu près ce qu’on a souvent quand on y va… donc si on est bien soigné, c’est ça hein ! (…) » HE02

Les conclusions du médecin devaient donc correspondre à son propre diagnostic. C’était en quelque sorte une confrontation entre la représentation de la maladie de l’informateur et le diagnostic du médecin. Lorsque le médecin répond aux attentes d’une manière que le patient estime adéquate, cela renforce la relation ou, dans le cas contraire, crée un conflit qui la fragilise. Ce qu’explique ici un informateur :

> « […] peut-être une seule raison : c’est quelqu’un qui croit être porteur d’une maladie et que le médecin ne le découvre pas, il pourrait chercher un autre médecin pour savoir. Juste ça que je vous dis là : au cas où un patient il aurait un doute. » HE12

De plus, il peut y avoir une opposition entre ce que le patient estime nécessaire à sa santé et ce que le médecin offre comme solution qui apparaît à nouveau sous la forme d’un conflit :

> « Ben en fait, ben c’était pénible ! Si j’avais besoin d’un médicament autre, ce qui était très rare mais ça m’est arrivé, y’avait pas moyen. Si j’avais besoin d’un arrêt de travail, y’avait pas moyen » HE18

Par ailleurs, l'opposition des représentations peut s'étendre au-delà de la maladie et concerner le déroulement de la consultation :

> « Quand je suis allé voir [l'ancien docteur] il me demandait ce que j'avais, c'est au médecin de trouver » HE10

L'informateur attendait que son praticien établisse un diagnostic sans lui demander les raisons de sa visite. Comme l'habitude de ce dernier était de débuter son interrogatoire par les motifs de consultation, cela n'a pas convenu au patient, ce qui a contribué à la rupture.

De plus, il peut y avoir une inadéquation des priorités ou des préoccupations. Si le médecin insiste pour prendre en charge un problème qui n'intéresse pas le patient, il peut créer un conflit :

> « On venait pour des renouvellements. Bon mon mari fumait alors il était parti sur la cigarette. Bon comme lui a dit mon mari « Je sais ce que j'ai, je le sais donc c'est mon choix donc c'est comme ça ! Vous, vous savez que je fume donc ce n'est pas la peine qu'à chaque consultation vous me rabâchiez à chaque fois, voilà ! » FE05

Le sevrage tabagique n'était pas à l'ordre du jour pour l'épouse de ce patient et le fait que le médecin ait insisté lui a déplu. À ses yeux, il n'a pas respecté la volonté de son mari de ne pas en parler et a donc fait fi des priorités de son patient. Le médecin a voulu faire de la prévention et éviter des complications au patient mais comme ce dernier ne cherchait pas une solution à ce problème cela a été vécu comme incommodant. Les priorités de consultation des deux patients sont en fait rentrées en opposition avec la préoccupation du médecin.

- Le manque d'intérêt

Une des informatrices, professionnelle de santé, s'est entendue avec son médecin pour terminer leur relation de soin parce que leur consultation n'était plus un *colloque singulier*[8]. En effet, ce médecin partageait avec elle de nombreux patients et à chaque consultation, au lieu de s'intéresser à son cas, il évoquait les patients qu'ils avaient en commun. Le moment privilégié qu'aurait dû être cette rencontre se transformait en une conversation professionnelle qui les éloignait des préoccupations du patient. Le médecin ne semblait pas se préoccuper du devenir de son patient comme ce dernier était en droit de l'attendre. D'un commun accord, constatant que la relation personnalisée n'arrivait pas à se construire, ils ont décidé d'y mettre un terme :

> « […] je disais "Attendez ! il ne faut pas mélanger, moi quand je viens vous voir c'est médical !". Donc, un jour, on a convenu ensemble qu'il valait mieux que j'arrête, qu'on ne mélange pas les choses. » FE01

Ce manque d'intérêt, même lorsqu'il concerne un autre membre du cercle des intimes, peut influencer le patient, comme lors de la maladie d'Alzheimer suspectée dont le cas a été relaté plus tôt :

> « […] on a trouvé qu'il ne s'y intéressait pas beaucoup » FE11

Le colloque singulier est le moment privilégié où médecin et patient se rencontrent en toute intimité, lorsqu'il a été mis en avant par Georges Duhamel en 1934, puis par Louis Portes (30), il rentrait dans l'argumentation d'un modèle paternaliste. Dans ce modèle, le médecin est celui qui sait et qui décide. Nous préférons nous désolidariser de cette argumentation pour n'en garder que l'aspect de réunion à huis-clos entre deux personnes qui se connaissent.

Le manque d'intérêt peut également être perçu par le patient dans la communication non verbale du médecin :

> « […] je comprends qu'effectivement passées dix-neuf heures le soir, on puisse se mettre à bailler au milieu d'un entretien qu'il soit médical ou pas ça, donc ça c'est quelque chose que je note entre guillemets en point négatif » HE15

Le patient attend du médecin qu'il s'intéresse à lui lors des consultations sinon la relation apparaîtrait déséquilibrée car, lui, continue d'être fidèle.

3.2.4.3. Le temps perdu

- L'attente excessive

L'attente au cabinet est une raison de rupture lorsqu'elle apparaît déraisonnable. En fait, les informateurs ont semblé accepter de patienter, car ce serait un défaut inhérent à la pratique médicale, mais ne pas tolérer une attente excessive :

> « Quelques fois on attend un petit peu mais c'est normal. » FE08.
>
> « C'est des fois très long par contre mais ça, on le sait quand on vient. » HE14

Il existe donc un seuil de tolérance de l'attente propre à chaque individu qui peut être un seuil de durée et/ou de répétition :

> « Bon, aussi, si y'a trop d'abus, si y'a trop d'attente, à mon avis, y'a moyen de changer de médecin. » HE13
>
> « […] le problème c'est qu'on n'attende pas trop longtemps quoi ! Je veux bien attendre un quart d'heure. » HE17

Le retard non justifié par une urgence est considéré comme un non-respect du patient. Si l'attente injustifiée se reproduit régulièrement, elle finit par diminuer la satisfaction du patient. Mais si la fréquence des retards devient trop importante, ce n'est plus lié à l'urgence mais à un problème de valeur du médecin. Il n'a pas su prévoir le temps de consultation suffisant pour ses patients et ces derniers estiment alors qu'il s'organise mal :

> « Un jour, moi je lui ai dit “ben attendez, si vous prenez du retard comme ça, ben donnez moins de rendez-vous, prenez un peu plus de temps !” » FE05

Le retard injustifié est donc vu à la fois comme un manque de professionnalisme et de disponibilité car le médecin en retard va être moins disponible pour les patients suivants :

> « […] c’était un peu du rapide en réalité […] ben il attrapait du retard et après il essayait de le rattraper alors ce n’est pas non plus… » FE05

- L’éloignement géographique

La localisation par rapport au cabinet médical était un des facteurs pris en compte lors du choix de médecin traitant par les patients. Elle peut également devenir une des causes de changements de médecin traitant :

> « Moi la raison : ce serait que j’aille habiter beaucoup plus loin et que ça me mène à des déplacements trop importants. » HE4

Paradoxalement, les informateurs de l’enquête dont le médecin généraliste avait déménagé au cours de leur relation, l’ont tous suivi malgré la distance même lorsque la proximité avait été primordiale lors du choix et qu’il y avait d’autres médecins plus proches. La proximité est donc devenue un motif secondaire du fait de la relation qui s’est construite avec leur médecin :

> « Pour changer, c’est qu’elle part à la retraite… » HE17

La proximité peut donc être un facteur de choix mais devient secondaire une fois la relation patient-médecin établie. Les patients la mettent en balance lorsque leur

médecin généraliste déménage et plus le lien est fort, moins la distance semble importante. La limite de distance qui obligerait la séparation est donc propre à chaque patient car propre à chaque relation :

> « […] s'il faut faire trente kilomètres non ! » HE13

> « Si elle déménage là à côté oui effectivement, après si elle déménage de l'autre côté de Poitiers à 40 kilomètres, je ne vais pas faire 40 kilomètres pour consulter un médecin. Je pense que ce ne serait ni bon pour moi ni bon pour… » HE15

Cette distance peut être traduite sous la forme de temps perdu car plus la distance est grande plus le délai pour arriver jusqu'au cabinet s'allonge. Si les 40 kilomètres se faisaient en deux minutes, ils n'auraient probablement pas le même impact qu'actuellement.

Dans le cas des patients qui mettaient en avant leur fragilité, deux réponses différentes ont été données. Dans le premier cas, la distance actuelle du médecin semblait déjà être difficile pour la patiente. Son médecin était installé dans un cabinet de groupe, il était donc possible pour elle de rester dans le cabinet et d'être suivie par un autre médecin. Il était compréhensible qu'elle n'eût pas suivi son médecin en cas de déménagement.

> « […] si elle part loin, je veux rester ici quoi, parce que j'ai une coiffeuse, je l'aimais bien mais elle a déménagé à l'autre bout de la ville alors j'ai changé de coiffeuse pour rester dans le même salon quoi. » F08

En revanche, la deuxième informatrice semblait disposée à suivre son médecin généraliste parce que ses capacités physiques lui offraient encore une marge de déplacement :

> « Jusqu'à la distance qu'il faudra si je peux me déplacer. Tout dépend de mon état pour pouvoir me déplacer. J'ai cherché la proximité par rapport à mon état de santé donc si je ne peux pas me déplacer, je trouverai une autre solution mais, effectivement, je poursuivrai avec le même médecin. » FE16

La différence entre les deux cas est donc la marge qui existe entre leurs possibilités physiques de déplacement et la localisation du cabinet. Lorsque la nouvelle distance dépasse cette zone de limite physique, cela provoque la rupture.

L'éloignement géographique par rapport au domicile du patient est donc un des éléments pouvant provoquer le changement de médecin traitant. Ce type de rupture n'est pas comme les autres causes abordées précédemment car il n'y a pas eu une érosion de la qualité de la relation patient-médecin, il y a juste eu un changement de partenaire pour des causes extérieures à la relation. Si le médecin décidait de revenir à proximité ou si le patient venait à habiter à nouveau à proximité, leur relation ne repartirait pas de zéro et rien ne dit que le médecin ne serait pas à nouveau repris comme médecin traitant. Le changement de médecin traitant n'est donc pas forcément la fin de la relation patient-médecin.

En résumé, les informateurs de cette étude ont évoqué plusieurs raisons qui pourraient précipiter la fin d'une relation patient-médecin. La confiance peut s'éroder lors d'une insincérité ressentie ou à la suite d'erreurs de prises en charge médicales. L'inadéquation entre attentes du patient et réalité du médecin peut également précipiter la rupture de la relation lorsque les limites qu'impose le patient au médecin ne sont pas respectées, qu'il y a une opposition de leurs représentations ou qu'un manque d'intérêt est ressenti par le patient. Enfin, le temps est un facteur important car l'attente excessive et l'éloignement géographique, qui provoquent tous deux une perte de temps, ont été la dernière raison retrouvée dans cette étude.

4. Discussion

4.1. Principaux résultats de l'étude

Cette étude a cherché à explorer le processus de fidélisation des malades chroniques à leur médecin traitant. Notre postulat était que la fidélisation est un processus dynamique qui débute dès le choix du médecin, qu'elle n'est pas acquise et qu'elle évolue avec le temps. La principale question qui nous avait intéressé était : comment se développe la fidélisation du patient atteint de maladie chronique envers son médecin traitant ? L'autre, moins importante, était : les caractéristiques du cabinet rentrent-elles également en considération dans ce processus ?

Lors de l'analyse des résultats, le processus de fidélisation a paru scindé en quatre séquences temporelles :

La première période a concerné le choix du médecin traitant qui a été influencé par plusieurs éléments : l'emplacement du cabinet, la disponibilité initiale, la recommandation, l'intégration au cercle des intimes et, dans une moindre mesure, le genre du médecin.

L'emplacement du cabinet est rentré en jeu lors de la recherche de proximité et en diminuant l'offre médicale. La proximité du cabinet par rapport au domicile a été un argument pour les patients qui nécessitaient une prise en charge urgente et ceux qui cherchaient à limiter leur déplacement du fait de leur fragilité. La situation géographique du cabinet a également été décisive en limitant les possibilités de choix des patients en zone de désert médical.

La disponibilité initiale du médecin qui lui permettait de recevoir un nouveau patient est apparue comme une condition sine qua non à la rencontre des deux partenaires.

La recommandation est apparue comme le partage des évaluations du médecin entre les individus d'une communauté. Cette recommandation a contribué à faire la réputation du médecin qui, si elle était retenue comme positive, aurait un rôle d'orientation pour les patients.

L'intégration au cercle des intimes correspondait à la présence du médecin parmi les membres de la communauté les plus proches d'un patient (famille, compagnons…). Elle facilitait le choix du patient en développant la préconnaissance et en rentabilisant les déplacements.

Enfin, le genre du médecin a été abordé par deux informatrices qui ont préféré des médecins femmes qui seraient plus empathiques pour l'une et plus à même de prendre en charge des enfants pour l'autre. Ces deux qualités pouvaient être issues de représentations communes, socialement construites.

La seconde période a été représentée par la confirmation du choix de médecin : une fois le médecin choisi, il a semblé être mis à l'épreuve par le patient lors du premier contact prolongé par une période d'essai pour aboutir à une reconstruction de son idéal.

Cette mise à l'épreuve débutait dès le premier contact qui correspondait à l'amalgame des émotions ressenties par les patients lors de la première rencontre. Chez certains informateurs, cette première rencontre pouvait suffire à poursuivre ou non la relation patient-médecin.

À l'issue du premier contact, les informateurs laissaient au médecin le temps de faire ses preuves sous la forme d'une période d'essai. Le médecin était avant tout évalué sur ses capacités relationnelles car la période ne permettait pas encore d'évaluer l'étendue des prises en charge médicales. Les patients pouvaient, tout de même, se servir de la présence du médecin dans le cercle des intimes pour réaliser une évaluation externe de ses compétences.

Enfin, pour légitimer leur choix, les informateurs ont semblé dans la plupart des cas faire correspondre leurs attentes du médecin à la réalité au cours d'une période de reconstruction de l'idéal.

Une fois la confirmation du choix de médecin réalisée, les informateurs se sont pleinement engagés dans la construction de la fidélité.

La création et le maintien de la confiance sont apparus comme les éléments principaux de la fidélisation. La confiance dépendait des compétences professionnelles du praticien plébiscitées par le patient et qui se rapprochaient de celles du référentiel métier du médecin généraliste (26). Elle reposait également sur la connaissance réciproque : les informateurs pensaient être connus de leur médecin et connaître leur médecin. Elle dépendait, en outre, de la disponibilité du médecin qui pouvait être sollicité par le patient en cas de besoin.

Pour entretenir la fidélité, les informateurs semblaient attendre la preuve d'un lien particulier entre eux et leur médecin. Elle se voyait à travers le respect et l'encouragement de leur individualité lors de la *phase sociale* et par de petites attentions, mais aussi par l'implication du médecin dans et au dehors du cabinet.

La fidélisation supposait l'équilibre de la relation. Cet équilibre était obtenu par l'échange de faveurs (contrats implicites, temps, cadeaux…) et la considération d'événements positifs et/ou négatifs dans une évaluation globale de la relation patient-médecin.

La fidélité s'auto-entretenait en limitant la comparaison entre médecins puisque le patient n'en voyait qu'un et en rendant plus pertinents les échanges patient-médecin. La concentration des prestations de soins (pharmacie, infirmiers…) et la présence de places de stationnement facilitaient le quotidien de certains informateurs et déviaient parfois la fidélité au médecin vers le cabinet. L'intérieur des locaux n'a pas semblé influencer la fidélisation.

Puis, dans certaines conditions, une rupture de la relation pouvait se produire. Elle est apparue comme le résultat d'une érosion de la confiance du fait d'une insincérité ressentie et/ou d'erreurs médicales significatives. La persistance d'une inadéquation entre les attentes du patient et la réalité du médecin pouvait mener à la rupture lors du dépassement de limites établies par le patient par exemple pour l'intimité, par une opposition des représentations de chacun ou par la constatation d'un manque d'intérêt du médecin. Enfin, l'attente inacceptable et l'éloignement du médecin apparaissaient comme du temps perdu et pouvaient à leur tour précipiter la fin de la relation.

Les résultats de l'étude nous ont permis de confirmer notre hypothèse de départ : la fidélisation débute dès le choix du médecin traitant car les mêmes raisons qui entraînent un patient vers un médecin peuvent ensuite contribuer à maintenir sa fidélité. Le lien patient-médecin se renforce tout au long de la relation et évolue donc avec le temps. Le processus de fidélisation est dynamique car il est le fruit d'interactions répétées entre le patient et son médecin mais la fidélité met plus de temps à se former qu'à se rompre.

Par ailleurs, l'environnement du cabinet contribue à la fidélisation des patients lorsqu'il facilite leur quotidien, il apparaît alors une fidélité au cabinet qui peut parfois supplanter la fidélité au médecin. En parallèle, le secrétariat joue, dans la fidélisation, un rôle complémentaire à celui du médecin : les secrétaires peuvent, par la preuve du lien particulier, par la gestion des rendez-vous ou encore par le respect du secret médical y contribuer.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1. Les points forts de l'étude

Le sujet de l'étude, la fidélisation des patients, a actuellement été peu exploré en France alors qu'il l'est de plus en plus dans les pays anglo-saxons.

En se portant sur des malades chroniques, l'étude a permis de cibler les patients qui pourraient potentiellement le plus bénéficier de la fidélisation.

Le choix de l'entretien compréhensif, malgré ses limites, a permis de faire ressortir des notions qui n'auraient pas été découvertes autrement : la reconstruction de l'idéal, la preuve du lien particulier n'ont jusqu'à présent pas ou peu été explorées dans les autres études.

La validité interne a été renforcée par la triangulation des données et l'arrivée à saturation dès le treizième entretien. Nous avons mené plus d'entretiens que nécessaire afin de confirmer que la saturation était bien atteinte.

4.2.2. Le choix de l'entretien compréhensif

Nous avions décidé d'explorer la relation médecin-patient en partant du principe qu'il s'agissait d'un processus complexe. Il n'était donc pas question de limiter les propositions des patients à une liste d'items pour en faire une analyse statistique. Le choix de l'étude qualitative s'est rapidement imposé.

Le focus group[9] a été une option envisagée mais, s'il permet la confrontation directe des idées de plusieurs informateurs, il n'apporte pas de réponses aussi personnelles que les entretiens individuels : la maladie est un sujet sensible. Nous avons donc fait le choix de l'entretien compréhensif.

Les entretiens semi-directifs permettent d'aborder un thème avec des questions ouvertes mais toujours balisées par un chemin préconçu. L'entretien compréhensif laisse une latitude à l'enquêteur pour accompagner l'informateur hors des sentiers battus.

[9] Il s'agit d'entretiens semi-directifs menés par l'investigateur avec des petits groupes de participants.

4.2.3. Les biais de l'étude

Biais de sélection

1. Biais de recrutement

Une partie de la sélection des patients s'est faite par l'intermédiaire des médecins généralistes et n'a donc pas été réalisée au hasard. Les médecins peuvent avoir sélectionné les patients avec qui ils avaient une bonne relation. Ainsi, les patients qui ne s'entendent pas avec leur médecin mais qui restent malgré tout fidèles ont peut-être été écartés.

2. Biais de volontariat

Plusieurs patients abordés au hasard en salle d'attente ont refusé de participer à l'enquête. Ils auraient peut-être apporté des idées supplémentaires à l'étude, notamment dans le cas éventuel de patients insatisfaits malgré tout fidèles à leur médecin.

Biais méthodologiques

1. Biais de représentativité

Compte tenu du faible nombre d'informateurs, l'échantillon n'avait pas pour rôle d'être représentatif des patients atteints de maladie chronique. Le but de cette étude était d'explorer des tendances sur quelques individus.

2. Biais de questionnement

Certaines questions ont pu orienter les patients en étant trop directives. L'intérêt de l'entretien compréhensif est normalement d'offrir une certaine latitude au discours du patient. Les premiers entretiens ont été trop cloisonnés par peur de passer à côté de la problématique. Au fur et à mesure, l'investigateur a essayé de laisser plus de liberté aux informateurs.

Biais d'information

1. Biais de mémorisation

Au cours de l'entretien, certains événements abordés, comme les raisons du choix du médecin traitant, ont nécessité un effort de mémorisation de la part des patients. Il se peut que la réalité de leurs choix de l'époque n'ait pas été intégralement respectée. Ce biais de mémorisation a cependant peu joué sur les raisons actuelles de leur fidélité.

2. Biais de subjectivité

Lors des entretiens, certaines questions de relance ont orienté l'informateur dans la direction choisie par l'investigateur. Ce sens n'était peut-être pas toujours celui qu'il fallait emprunter mais c'est le risque des entretiens semi-directifs plutôt qu'ouverts.

3. Biais de désirabilité sociale

Pour ne pas être considéré comme de mauvais individus, les enquêtés ont pu être inconsciemment amenés à ne montrer que des attitudes positives et à refouler leurs avis négatifs. Pour diminuer ce biais, le choix leur était laissé de ne pas donner leur identité afin qu'ils puissent être libres de parler sans avoir peur d'être trahis vis-à-vis de leur médecin traitant. Le lieu de réalisation de l'entretien, dans le même cabinet que leur médecin traitant, n'était probablement pas le plus neutre pour permettre aux patients de s'exprimer.

Biais d'analyse

1. Biais de confirmation d'hypothèses

Ce biais qui consiste à privilégier les idées qui correspondent à nos hypothèses, et à ignorer celles qui sont disruptives a été limité par la triangulation.

4.3. Confrontation des résultats

4.3.1. Les raisons du choix

Salisbury, par un questionnaire postal adressé à 447 personnes en Angleterre, a établi que la plupart d'entre elles choisissaient le médecin le plus proche et que la question du choix ne se posait que lorsqu'elles tombaient malades (31). Les participants à l'enquête ne cherchaient pas, pour la plupart, à obtenir des informations sur les médecins disponibles des alentours. Nous avons retrouvé un rôle plus actif de nos informateurs lors de leur choix de médecin, ils ont demandé conseil autour d'eux et se sont davantage renseignés que ceux de Salisbury qui sont apparus passifs. Son étude a été réalisée en Grande-Bretagne dans un contexte socioculturel différent du nôtre et a été conduite sous une forme quantitative sans échanges par entretiens qui auraient peut-être permis de découvrir qu'ils n'étaient peut-être pas si passifs.

Dans les travaux de Billinghurst B. et Whitfield M., par questionnaire postal en Angleterre, la commodité, l'influence familiale et la recommandation/réputation du médecin étaient les principales raisons de choix d'un médecin traitant (32). Ceci corrobore les résultats de notre étude. L'espoir d'une meilleure qualité de service a aussi été mis en avant mais nous ne le retrouvons pas dans notre étude car peu d'informateurs avaient quitté un médecin pour un autre et davantage par fuite d'une mauvaise relation que dans l'espoir d'une meilleure.

Dans l'étude quantitative de Bornstein B., Marcus D. et Cassidy W., menée aux États-Unis par un questionnaire à 23 items prédéfinis, trois catégories de raisons de choix du médecin ont été classées par ordre décroissant : la compétence clinique du médecin, la gestion du service et les caractéristiques personnelles du médecin (33). Les informateurs de notre étude, lors de la confirmation du choix, se sont davantage intéressés aux qualités humaines et à l'organisation du cabinet qu'aux compétences cliniques. En outre, seules deux informatrices ont prêté attention au genre du médecin lors du choix. Nos résultats diffèrent donc sensiblement des leurs. Cependant, restreindre les réponses des interrogés à vingt-trois items a probablement limité la diversité de leurs résultats.

Gabel LL et ses associés retrouvaient *« la disponibilité du médecin et la situation géographique du cabinet »* [traduit de l'anglais] comme des raisons de choix de médecin (34). La disponibilité nous a semblé participer à la fois au choix (car s'il n'y pas de rencontre possible il n'y a pas de relation) mais aussi et surtout à la construction de la fidélité tout au long de la relation. Nous approuvons le rôle fréquent mais souvent insuffisant de l'emplacement du cabinet.

Les travaux de Freeman G. et Richards S. conduits à Southampton ont conclu que la raison la plus communément donnée par les patients pour leur choix de praticien était qu'il suivait déjà un membre de leur famille (35). Cela se rapproche donc de l'intégration au cercle des intimes que nous avons mise en avant. Les autres principales raisons, que nous confirmons, étaient la proximité géographique et la recommandation par un ami ou voisin.

D'Anjou A., dans son article « Médecine libérale et colloque singulier » a noté le rôle particulier du médecin lorsqu'il est plongé dans le milieu familial du patient. Elle a considéré, comme nous, que *« le généraliste peut donc prendre en compte plus facilement des facteurs sociaux et environnementaux dans la survenue et l'évolution de certaines pathologies »*(36). Son travail n'avait pas pour but de découvrir le processus de fidélisation ou les raisons du choix mais il participe à renforcer notre idée de la *préconnaissance* obtenue par l'intégration au cercle des intimes : *« Cette connaissance particulière du milieu familial peut aider à comprendre plus facilement l'interaction que peut avoir la maladie non seulement sur ce dernier, mais aussi sur son environnement proche, et les influences qui peuvent s'exercer sur la relation aux soins et l'évolution de la maladie. »*.

Selon l'étude de Fennema K., Meyer D. et Owen N., 45% de leurs 185 participants auraient affirmé avoir une préférence de genre(37). Cette préférence était la plus importante lors de certaines consultations : « *un médecin du même sexe que le patient était préféré par la majorité des patients lors d'examens génitaux* »[traduit de l'anglais](37). Les auteurs ont ajouté que « *les médecins femmes étaient perçues comme plus humaines par les patientes femmes qui préféraient un médecin femme* » [traduit de l'anglais], ce qui se rapproche des représentations rapportées dans notre étude.

Haar E., Halitsky V et Stricker G ont choisi de mener une enquête par questionnaire afin d'explorer les facteurs participants à la préférence d'un gynécologue femme dans les alentours de New York (38). L'analyse quantitative des réponses des 409 femmes interrogées leur a permis de découvrir que les femmes qui préféraient une femme gynécologue pensaient qu'elles seraient *« plus empathiques, compréhensives et respectueuses de leur personne, et plus douces au cours de leurs manœuvres d'examen que les gynécologues hommes »* [traduit de l'anglais]. Pour les auteurs, beaucoup des thèmes abordés étaient des stéréotypes communs. Nous sommes arrivés aux mêmes conclusions concernant la préférence de genre de nos informatrices.

Finalement, plusieurs articles scientifiques ont retrouvé des motifs de choix du médecin traitant similaires aux nôtres. La proximité géographique, la recommandation, le cercle des intimes sont régulièrement apparus parmi les principaux. Mais contrairement aux conclusions de Salisbury qui estimait que « *choisir un docteur serait plus proche de la recherche d'un garage à proximité lors d'une panne de voiture que de la décision d'achat d'une nouvelle voiture* » [traduit de l'anglais] (31), nous estimons qu'en France hormis le cas d'urgence, les patients ont le temps de faire un choix plus raisonné.

4.3.2. La confirmation du choix

La décomposition du début de la relation patient-médecin en deux périodes successives et rapprochées, le choix puis sa confirmation, a paru inédite dans la littérature. Certains travaux se sont par contre intéressés au premier contact et au médecin idéalisé.

Lee S-H et ses collègues, dans leur étude quantitative coréenne portant sur 110 patients, ont cherché à établir l'importance des préférences de visage du médecin dans l'évaluation par les patients de leur première consultation médicale (39). Préférence de visage et évaluation ne leur ont pas semblé liées et ils ont estimé que *« différentes formes de communication à la fois verbales et non-verbales sont plus à même d'influencer la relation médecin-patient »* [traduit de l'anglais]. Nous nous accordons à dire que le premier contact est bien plus complexe qu'une appréciation esthétique du médecin, il est le résultat de toutes les émotions du patient issues d'une évaluation globale de la prestation du médecin.

L'article de Bendapudi N. et al, dans lequel ils se sont intéressés au médecin idéal selon les patients par le biais d'entretiens téléphoniques aux États-Unis, a mis à jour sept qualités espérées : *« sûr de lui, empathique, humain, personnel, franc, respectueux et minutieux »* [traduit de l'anglais](40). Certaines de ces qualités ont été plébiscitées par nos informateurs, notamment le caractère humain, empathique, respectueux et minutieux et nous y avons même ajouté la bienveillance. Nous rejoignons l'auteur lorsqu'il dit *« que [les compétences techniques] sont plus difficiles à évaluer par les patients »*. En effet, nous avons estimé qu'au cours de la période de confirmation du choix, les patients se rattachaient davantage aux qualités humaines du médecin qu'à ses compétences thérapeutiques car ils n'avaient pas accès à l'éventail de ses prises en charge médicales.

Cheraghi-Sohi S. et al. ont adopté une approche originale pour explorer les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin en Angleterre (41). Ils ont estimé un prix pour plusieurs attributs des consultations médicales et découvert que *« les patients seraient prêts à payer le plus cher pour un examen clinique minutieux (40,87 dollars) »* [traduit de l'anglais], voir un médecin qui les connaît bien vaudrait 12,18 dollars, un médecin amical 8,5 dollars, avoir un temps d'attente abrégé 7,22 dollars et des horaires de consultations flexibles 6,71 dollars. L'approche centrée-patient était évaluée par différents sous-aspects valant en 12,06 et 14,82 dollars. Ils ont donc conclu que *« les patients accordaient plus de valeur à la minutie de l'examen clinique »* [traduit de l'anglais]. À partir de ces résultats, nous pourrions penser que le médecin idéal est avant tout un médecin performant techniquement. Nos informateurs, dans leur idéal du médecin de famille, n'ont pas adopté ce point de vue. Ils ont davantage mis en valeur les qualités humaines. Certains patients de leur étude ont pu avoir du mal à estimer le prix de qualités qui ne sont d'ordinaire pas considérées comme « achetables ». De plus, les qualités relationnelles du médecin ont été divisées en sous parties alors que la valeur combinée de chacune (57,26 dollars) dépassait la valeur celle de l'examen minutieux.

Moliner A., qui, dans son étude qualitative, s'est intéressé à la loyauté vis-à-vis de deux hôpitaux espagnols, a suggéré qu'il existait une corrélation entre la valeur perçue d'un service, la satisfaction et la confiance (42). Il a également mis en avant le lien entre satisfaction et loyauté. Nous n'avons pas explicitement abordé la question de la valeur perçue mais ce que nous avons appelé « idéal » du patient pourrait se superposer à la valeur attendue et « réalité » à la valeur réelle, la différence entre les deux pourrait être la valeur perçue. Nos informateurs étaient également satisfaits lorsque l'idéal se rapprochait de la réalité mais ils entamaient un processus actif pour que la valeur perçue augmente soit en abaissant l'idéal soit en relevant la réalité. Cet ajustement débutait à la confirmation du choix et se poursuivait ensuite pendant la construction de la relation.

4.3.3. La construction de la fidélité

Platonova E. et son équipe, dans leur approche quantitative par 524 questionnaires aux États-Unis, ont démontré que satisfaction et confiance étaient fortement liées à la loyauté (43). Ils concluaient que :« *les résultats suggèrent fortement que de bonnes relations interpersonnelles et que la confiance du patient sont des déterminants majeurs de la satisfaction et de la loyauté du patient au pourvoyeur de soins de premier recours* » [traduit de l'anglais]. Ces conclusions ont trouvé un écho chez nos informateurs qui estimaient tous être satisfaits de leurs médecins alors qu'ils l'évaluaient, entre autres choses, sur ses capacités relationnelles. Nous pensons donc également que les deux sont impliqués dans la fidélité.

Grol R. et al ont tenté de définir les préférences des patients vis-à-vis de leurs consultations de médecine générale par des questionnaires comprenant 38 aspects qu'ils considéraient importants(44). 3540 patients de huit pays (Grande-Bretagne, Norvège, Suède, Danemark, Pays-Bas, Allemagne, Portugal et Israël) ont répondu à leur enquête quantitative. Les points les plus importants ont été : *« […] avoir assez de temps lors de la consultation, être pris en charge rapidement en cas d'urgence, confidentialité des informations, dire aux patients tout ce qu'ils veulent savoir sur leur maladie, faire les patients se sentir libres d'exprimer leurs problèmes, que le médecin aille régulièrement se former, et qu'il assure de la prévention »* [traduit de l'anglais]. Trois de ces points prioritaires (information sur la maladie, formation continue et prévention) n'ont pas été mis en avant, probablement du fait de la taille réduite de notre population, alors que tous les autres points ont été retrouvés dans notre étude.

Coulter A. dans sa revue de la littérature a pu définir que les patients désiraient avant tout une relation humaine(45). Puis venaient les compétences cliniques, l'implication du médecin et la disponibilité. Elle a également remarqué que *« la confiance est très importante mais n'est pas pour autant aveugle »* [traduit de l'anglais]. Nous la rejoignons donc sur cette particularité de la confiance que nous avons notamment constatée dans le cas des remplaçants ou successeurs que les patients mettent à l'épreuve.

D. Roberge et al., dans leur étude canadienne par focus groups qui confrontait les opinions des médecins à ceux des patients, retrouvaient que la loyauté de *« beaucoup de patients reposait avant tout sur la confiance qu'ils avaient en leur docteur »* [traduit de l'anglais](21). Pour nous également, la confiance était la qualité de la relation la plus importante puisqu'elle était la plus prononcée par nos informateurs. Les chercheurs ont également avancé que le lien de loyauté n'était pas exclusif car les patients étaient libres de consulter d'autres médecins en cas d'urgence sans que cela ne soit considéré comme de l'infidélité. Ce fut également le cas chez nos informateurs qui considéraient qu'aller voir un autre médecin du cabinet n'était pas de l'infidélité. La subtilité venant du fait que le médecin traitant restait à chaque fois le premier à être sollicité par le patient. L'équipe de Roberge a démontré le rôle actif de la communication entre patients et médecin dans le maintien de la fidélité : *« le rôle principal que les patients jouent dans le maintien d'une relation de longue durée est de communiquer avec leur médecin.* » [Traduit de l'anglais]. Les autres moyens qu'ils avaient pour entretenir la relation étaient de poser des questions et de tenir le médecin au courant de leur évolution. Nous estimons que le rôle des patients dans le maintien de la relation est bien plus vaste que cela : ils jouent un rôle actif dans la création de la confiance, dans le partage de faveurs et par la recherche d'un équilibre de leur relation.

Gabel LL et ses collègues, en discutant avec 60 patients suivis depuis 15 ans, ont retrouvé que les principaux facteurs contribuant au maintien dans la durée d'une relation médecin-patient semblaient être *« la familiarité avec le médecin, la connaissance du patient par le médecin, la satisfaction du patient vis-à-vis des soins prodigués, et la confiance du patient en son médecin »* [traduit de l'anglais](34). La familiarité avec le médecin a été, à notre sens, à la fois la facilité avec laquelle les informateurs disaient pouvoir communiquer avec leur médecin et ce qu'ils qualifiaient de « *proximité* ». Tous nos patients s'estimaient satisfaits de leur médecin et nous avons démontré que la confiance, qui reposait sur la connaissance réciproque, participait à la fidélisation. Notre étude est donc en faveur des mêmes résultats.

Ridd M. et al. ont réalisé une revue de la littérature qualitative (onze études) sur la relation médecin-patient et conclu qu'elle gagnait en profondeur grâce à quatre éléments : la connaissance, la confiance, la loyauté et la considération (46). Nous les avons tous retrouvés dans notre travail. Ils ont également considéré que *« certains patients peuvent décider lors d'une consultation (pendant ou après une expérience de consultation positive), qu'ils aiment (considèrent) ce docteur, et citer cela comme une raison de poursuivre une relation avec eux dans le futur »* [traduit de l'anglais]. Nous avons nuancé ce propos en stipulant que la majorité de nos informateurs, même lorsqu'ils avaient décidé de poursuivre leur relation, se sont tout de même laissé une possibilité de changer de médecin au cours de la période de confirmation du choix. Enfin, ils retrouvaient notre idée du cercle vertueux de la fidélité : « *la loyauté pourrait, par conséquent, être à la fois le produit du, et la locomotive du, fait de voir le même médecin* » [traduit de l'anglais].

La seule étude française abordant la fidélisation que nous avons retrouvée est celle de Gérard L. et al qui ont réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans les Yvelines (47). Ils ont conclu que *« la construction de la loyauté est un phénomène complexe, protéiforme »* [traduit de l'anglais] et y ont fait figurer le rôle majeur de la confiance renforcée par *« la capacité d'écoute, l'attention portée et la qualité des soins »* vis-à-vis du patient. Nous sommes donc d'accord avec leurs conclusions.

Torres E., Vasquez-Parraga A. et Barra C., dans leur étude quantitative chilienne avec 250 patients, ont estimé qu'*« une condition nécessaire pour qu'un patient se dévoue à un médecin est qu'il lui fasse confiance »* et donc que *« confiance et dévouement sont cruciaux dans la génération de la loyauté »*[traduit de l'anglais](48). Nous les rejoignons sur l'importance de la confiance dans la fidélité même si notre étude n'a pas permis de savoir si elle était obligatoire.

Goold S. et Klipp G. ont mené 31 entretiens aux États-Unis avec quarante individus, qui leur ont permis de mettre en avant l'importance de la confiance en son médecin mais aussi l'existence d'une confiance plus large envers tous les médecins (49). Pour eux, cette confiance générale dépendait davantage de valeurs éthiques que relationnelles. Nous avons également noté l'existence d'un rayonnement de la confiance sur les autres médecins d'un même cabinet qui dépendaient essentiellement des représentations des patients.

Thom D et Campbell B., à la suite d'entretiens par focus group avec 29 participants, ont cherché à explorer les caractéristiques de la confiance dans la relation patient-médecin. Ils ont retrouvé sept catégories de comportements favorisant la confiance. Deux étaient du fait de compétences techniques *« la minutie lors de l'examen, l'efficacité thérapeutique »*, les autres correspondaient aux relations humaines *« empathie, attention, information claire et complète, le partenariat/partage du pouvoir et respect »* [Traduits de l'anglais]. Hormis le partenariat/partage du pouvoir, toutes les autres catégories ont été retrouvées dans notre enquête.

Laine C. et al. ont mené une recherche quantitative aux États-Unis où 814 patients et 74 médecins étaient sollicités pour évaluer, par une échelle à quatre niveaux, 125 éléments qui pourraient influencer la qualité de prise en charge des patients ambulatoires (50). Dans les deux groupes, le domaine des compétences techniques a été choisi comme le plus important alors que l'environnement du cabinet a été jugé le moins important. Les auteurs ont séparé l'information médicale, les compétences relationnelles et la coordination au lieu de les réunir dans les compétences professionnelles. Cette séparation ne nous semble pas pertinente. Dans notre étude, la confiance a reposé sur toutes les compétences professionnelles sans que les compétences techniques ne soient privilégiées.

Tarrant C., Stokes T.et Baker R. ont analysé quantitativement les réponses d'un questionnaire rempli par 1369 patients du Royaume-Uni (51). Ils ont montré que la qualité de la communication, des relations interpersonnelles et de la connaissance du patient étaient toutes trois corrélées à la confiance des patients envers leur médecin traitant. Pour nous, la confiance, condition de la fidélité, était le fruit des compétences professionnelles (comprenant communication et relation) et de la connaissance réciproque patient-médecin. Nous les rejoignons donc sur ces conclusions.

Donahue K. et ses collègues ont démontré lors d'une enquête quantitative par entretiens téléphoniques auprès de 3176 patients aux États-Unis, qu' *« une longue continuité de soins était associée à une plus grande satisfaction et une plus grande confiance des patients à l'égard de leur médecin »*(52). Nous avons également fait le lien entre la durée de la relation et la confiance puisqu'elle a été façonnée par les multiples rencontres qui se sont produites entre nos informateurs et leur médecin.

Balint M., dans son livre Le médecin, son malade et la maladie, a fait part de plusieurs notions se rapprochant de nos résultats (53). Il a avancé ceci :

> « Tout ce qu'il [le médecin] fait ne peut manquer d'influer sur son patient et ces influences s'additionnent à long terme (…) Cette influence mutuelle n'est pas un processus simple, qui se développerait dans une direction soit entièrement mauvaise, soit entièrement bonne. Médecin et patient doivent apprendre tous les deux identiquement à supporter une certaine dose de frustration. »

Il a ainsi affirmé que pour que la relation médecin-patient dure malgré des événements positifs et négatifs qui s'entrechoquent, elle doit atteindre un certain équilibre. Celui-ci serait obtenu grâce aux efforts du médecin mais également à ceux du patient. Le patient aurait donc, comme nous l'avons démontré, un rôle actif dans le processus de fidélisation. Balint a ensuite évoqué ce que nous avons nommé de la connaissance réciproque : *« […] l'omnipraticien acquiert progressivement un vaste ensemble de détails importants (…) le patient apprend l'étendue et la nature de l'aide qu'il peut attendre de son médecin ».* Malgré les années qui séparent son travail du nôtre, force est de constater, que certaines de ses idées sont toujours d'actualité en ce qui concerne le processus de fidélisation.

4.3.4. La rupture de la relation

Billinghurst B. et Whitfield M. ont exploré les raisons poussant à changer de médecin généraliste sans avoir déménagé chez 1423 patients d'Angleterre (32). Ils ont mené leur étude sous la forme de questionnaires postaux. La principale raison évoquée par les patients était la distance et elle était la raison unique chez trois-quarts de ces patients. Hormis la distance, les causes de changement étaient essentiellement liées à une insatisfaction liée aux soins et ou à des problèmes structurels. Dans notre étude, les quelques informateurs qui ont vu leur médecin traitant s'éloigner physiquement d'eux n'ont pas changé de médecin. Nous retrouvons cependant le rôle important de la distance qui pouvait, à partir d'un certain périmètre propre à chaque informateur, faire la relation se rompre. La distance apparaissait dans notre étude comme une limite extensible qui dépendait de la force de la relation et de l'état de santé du patient. Chez les informateurs qui avaient volontairement changé de médecin, la distance n'était pas en cause. L'érosion de leur relation du fait de plusieurs autres facteurs (erreurs répétées, inadéquation des attentes notamment) avait eu raison de leur fidélité.

Dans l'étude de Gandhi et al. (54) menée par entretiens et courriers postaux auprès de 41 patients en Angleterre, quatre catégories principales de causes de changement de médecin généraliste ont été avancées : l'accessibilité, le comportement, la prise en charge et les caractéristiques personnelles du médecin. Ils ont défini des raisons critiques et des raisons secondaires. La catégorie la plus importante a été l'accessibilité au travers, notamment, de la distance appréciée comme facteur de changement le plus critique. Les problèmes de comportement du médecin (son impolitesse et son attitude) étaient en seconde position. Le manque d'intérêt du médecin et le comportement du réceptionniste ont également été pris en considération par les interviewés. Les deux dernières catégories (prise en charge et caractéristiques personnelles) ont été moins fréquemment mises en jeu. Nous confirmons à nouveau le rôle important de la distance mais nos informateurs n'ont pas mis en exergue les problèmes comportementaux du médecin. Nous supposons que les médecins avec des problèmes comportementaux ont pour la plupart été écartés dès la période de confirmation du choix de nos informateurs. Vu que les qualités humaines sont les principaux moyens d'évaluation, l'incompatibilité de caractère aurait empêché la poursuite de la relation. Par ailleurs, la décision de changement à cause des

caractéristiques personnelles n'a été retrouvée que chez une informatrice qui préférait un médecin femme. Autrement, il est intéressant de noter que les auteurs ont constaté que les *« avantages des entretiens sur les lettres […] sont démontrés par le fait que les données issues des entretiens sont considérablement plus riches que celles obtenues par les lettres »* [traduit de l'anglais]. Ceci renforce notre choix de l'entretien compréhensif comme méthode appropriée d'analyse de la relation médecin-patient.

Pour Keating N. et ses associés, qui ont mené des entretiens téléphoniques auprès de 2052 participants pour leur étude quantitative américaine, les patients étaient amenés à considérer un changement de médecin traitant lorsque *« les médecins ne répondaient pas de manière compréhensible aux questions »*, *« ne prenaient pas assez de temps pour répondre aux questions »* et *« ne donnaient pas assez d'informations médicales »* [traduits de l'anglais](55). Ces raisons correspondent à des problèmes de communication et de disponibilité du médecin. Si nous avons abordé l'intérêt d'une bonne communication et de la disponibilité du médecin pour créer et entretenir la confiance, les informateurs ne l'ont pas clairement abordé comme cause de changement de médecin traitant. Probablement parce que sur le total des informateurs, seuls trois avaient réellement changé de médecin traitant. Si la proportion de ruptures volontaires avait été plus grande, nous aurions sûrement eu davantage de raisons de changement.

Safran D. et al., dans leur étude quantitative par questionnaires auprès de 4108 assurés, ont conclu que la désinscription des patients suivis par un médecin de premier recours dépendait dans une large proportion de la qualité de leur relation : *« ces résultats mettent en lumière l'importance de la qualité de la relation dans la conception de la loyauté du patient envers un cabinet médical »* [traduit de l'anglais](56). C'est donc lorsque la qualité de cette relation se détériore, par exemple comme nous l'avons vu lors de l'érosion de la confiance, que le patient peut décider de changer de médecin traitant.

Feuillet A. a conclu dans sa thèse (17) que la raison principale de changement de médecin traitant est la rupture de la relation médecin-patient « *liée à une mauvaise communication et à un manque d'attention ou d'écoute de la part du médecin* ». Puis elle a évoqué *« le manque de disponibilité du médecin puis un manque de compétence biomédicale supposé du médecin, ou du moins, un désaccord avec la décision médicale* ». C'est donc l'altération de la confiance qui peut provoquer la fin de la fidélité. Ces résultats vont dans notre sens. Elle a même ajouté que « *la décision de changement de médecin s'était toujours faite suite à une accumulation de différentes choses ou par la répétition d'un même problème* ». Tout dépend ainsi, comme nous l'avons démontré, du seuil de tolérance propre à chaque patient.

4.4. Portée de l'étude

Les résultats obtenus dans cette étude, qui ciblait pourtant une patientèle particulière sans recherche de significativité, ont été retrouvés dans d'autres travaux plus larges ou réalisés dans des contextes socioculturels différents. Il existe donc un socle commun au processus de fidélisation indépendamment des particularités de santé, de pays ou de culture.

Le processus de fidélisation est intéressant pour la médecine générale mais également pour toutes les autres spécialités médicales, tous les domaines de la santé et même au-delà. Différents corps de métier pourraient bénéficier de sa compréhension.

À priori, il serait possible de mettre en place un programme de formation à partir des données recueillies : pour améliorer la fidélité d'un patient, il faut que les médecins soient formés à répondre aux attentes des patients. La fidélité semblait reposer, avant toute chose, sur la confiance et, parmi les compétences professionnelles, celle en communication semblait la plus importante aux yeux des informateurs. Cette compétence nous apparaît donc comme une cible privilégiée de formation, par exemple, en proposant à toutes les spécialités médicales un enseignement approfondi de la relation médecin patient et de l'approche centrée-patient[10].

[10] Voici les six objectifs de l'approche centrée-patient selon Stewart (57) cité également par Wang (58) [traduit de l'anglais]:

1. « Explorer le motif de consultation principal du patient, s'attarder sur ses préoccupations et son besoin d'informations »
2. « Chercher à comprendre le patient dans sa globalité personnelle, émotionnelle et sociale » ;
3. « Arriver à un consensus sur le problème et ses solutions » ;
4. « Valoriser la prévention et la promotion de la santé » ;
5. « Promouvoir et maintenir la relation médecin patient sur le long terme » ;
6. « Faire preuve de réalisme ».

Elle vise à remettre le patient au cœur du soin.

4.5. Ouverture à d'autres travaux

D'autres études pourraient être menées auprès d'une patientèle de médecins généralistes dans différentes régions de France pour confirmer les tendances retrouvées dans cette sous-population.

Dans cette étude, les médecins concernés étaient les spécialistes en médecine générale, mais il serait intéressant de savoir si le processus de fidélisation est le même dans d'autres spécialités.

Les particularités liées à la maladie chronique pourraient davantage ressortir en plaçant cette dernière au cœur des questions. En discutant avec les informateurs de leur parcours de maladie il serait possible d'analyser les éléments qui conduisent à la fidélisation.

Le rapport patient-médecin peut se rapprocher de celui d'un couple et une étude pourrait être conduite pour comparer la structure de chacun, leurs similitudes et différences.

5. Conclusion

Pour conclure et en réponse à la problématique, il apparaît que le processus de fidélisation est permanent. Il débute dès le choix du médecin traitant et se poursuit jusqu'à la fin de la relation patient-médecin. La fidélité dépend des raisons du choix initial, des compétences du médecin et de la preuve d'un lien particulier entre le patient et son médecin. Pourtant, c'est avant tout l'équilibre de la relation qui permet de fidéliser le patient. Le médecin peut y contribuer lorsqu'il sait ce que le patient attend de lui. La fidélité est donc le fruit d'une négociation permanente et le patient est en fait à la fois celui par qui elle naît, se renforce ou meurt au gré des interactions avec son omnipraticien.

La fidélité d'un patient n'est pas acquise et pour cela elle doit être encouragée et entretenue. Cependant, il est difficile de donner une ligne de conduite unique pour améliorer la fidélisation parce qu'elle est multidimensionnelle. Il existe autant de processus de fidélisation que de relations patient-médecin, et comme chacune est singulière, il serait plus judicieux d'évoquer des processus de fidélisation plutôt qu'un seul processus. Il n'y a donc pas qu'une bonne ligne de conduite mais plusieurs.

Les savoirs relatifs à la fidélisation des patients pourraient faire partie des formations universitaires à destination des futurs médecins. En s'intégrant à l'enseignement de la relation médecin-patient, ils pourraient être proposés à tous les internes peu importe leur spécialité médicale. C'est en donnant aux étudiants différentes pistes d'amélioration de leurs compétences relationnelles qu'ils arriveront à trouver la plus appropriée à chaque situation et contribueront à développer la fidélité de leurs patients.

Balint M. constatait dès 1957, que *« notre connaissance des facteurs dynamiques qui agissent dans les relations médecin-patient est incertaine, lacunaire et que nous ne savons même pas si nous en connaissons tous les facteurs importants »* (53), dans le cas de la fidélisation, il est encore temps de combler ces lacunes. Les travaux de recherche doivent donc se poursuivre avec des patientèles larges et/ou variées de différentes spécialités dans différents contextes socioculturels pour permettre de mieux cerner les processus de fidélisation.

Références bibliographiques

1. DREES. L'état de santé de le population en France [Internet]. 2017 [cité 5 nov 2017] p. 14. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf

2. Berry LL, Parish JT, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman GR, Rayburn WL, et al. Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. Ann Fam Med. 1 janv 2008;6(1):6-13.

3. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. Ann Fam Med. 9 janv 2004;2(5):455-61.

4. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. J Gen Intern Med. 1 nov 2004;19(11):1096-103.

5. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JEJ. Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. Med Care. mars 1989;27(3):S110.

6. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. Med Care Res Rev MCRR. déc 2008;65(6):696-712.

7. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ Can Med Assoc J. 1 mai 1995;152(9):1423.

8. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie [Internet]. Paris: Cours des comptes; 2013 févr [cité 1 nov 2017] p. 32. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf

9. Assurance Maladie. Le dispositif du médecin traitant [Internet]. [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant

10. Académie Française. Dictionnaire de l'Académie Française, neuvième édition [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/cherche.exe?15;s=267441195;;

11. Oliver RL. Whence Consumer Loyalty? J Mark. 1999;63:33-44.

12. Dubois B, Laurent G. A Situational Approach to Brand Loyalty. ACR North Am Adv [Internet]. 1999 [cité 5 nov 2017];NA-26. Disponible sur: http://acrwebsite.org/volumes/8341/volumes/v26/NA-26

13. Starfield Barbara. Continuous confusion? Am J Public Health. Fevrier 1980;70(2):118-9.

14. Cochini C. Le choix et la déclaration du médecin traitant : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients vivant dans le Rhône. Claude Bernard Lyon I; 2015.

15. Brispot L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre? Etude quantitative en Midi-Pyrénées [Internet]. Toulouse-Purpan; 2013 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/253/1/2013TOU31097.pdf

16. Delbancut C. Les processus de la rupture de la relation médecin-patient en médecine générale. Université de Nantes; 2016.

17. Feuillet A. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-Et-Loir. [Internet]. Université François-Rabelais; 2013 [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2013_Medecine_FeuilletAnais.pdf

18. Purvin J. Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ? Étude qualitative sur les patients de la région Picardie t [Internet]. Picardie Jules Verne; 2016 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01345704/document

19. Bellegot S. Quels sont les critères de choix du médecin traitant dans le Grand-Paris? [Internet]. Paris Diderot - Paris 7; 2015 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4869_BELLEGOT_Sebastien_criteres_choix_medecin_traitant_THESE.pdf

20. Koreneva-Castaigne N. Quels sont les critères de choix du médecin traitant par les patients ? Etude qualitative auprès de 20 patients du canton de Fayence [Internet]. Nice Sophia-Antipolis; 2015 [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01266920/document

21. Roberge D, Beaulieu M-D, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. Fam Pract. 1 janv 2001;18(1):53-9.

22. Découpage communal : table d'appartenance géographique des communes | Insee [Internet]. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/2028028

23. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Colin; 2011. 128 p.

24. Analyse des données qualitatives assistée par ordinateur - analyse.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2016]. Disponible sur: http://voynnetf.free.fr/mrq/analyse.pdf

25. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine | Legifrance [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/9/AFSP1706303D/jo/texte

26. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barc WONCA Eur [Internet]. 2002 [cité 11 sept 2016]; Disponible sur: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.379.9875&rep=rep1&type=pdf

27. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148–55.

28. Sarah R-B, Marili Z, Sébastien Martin, Karin Michaelis, Pierre-Yves Redondi. Comment commencer l'entretien médical? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2008 [cité 3 nov 2017];4(144). Disponible sur : https://www.revmed.ch/contentrevmed/download/67679/588919

29. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2007. 523 p.

30. Louis P. A la recherche d'une éthique médicale.

31. Salisbury CJ. How do people choose their doctor? BMJ. 2 sept 1989;299(6699):608-10.

32. Billinghurst B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. Br J Gen Pract. août 1993;43(373):336-8.

33. Bornstein BH, Marcus D, Cassidy W. Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patients' choice of a primary care doctor. J Eval Clin Pract. 1 août 2000;6(3):255-62.

34. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physician? Fam Pract Res J. juin 1993;13(2):133-47.

35. Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. Br J Gen Pract. déc 1993;43(377):493-7.

36. D'Anjou A. Médecine libérale et colloque singulier, particularités de la relation médecin généraliste/patient. Synapse. nov 2006;(229):33-5.

37. Fennema K, Meyer DL, Owen N. Sex of physician: patient's preferences and stereotypes. J Fam Pract. 1 avr 1990;30(4):441-7.

38. Haar E, Halitsky V, Stricker G. Factors Related to the Preference for a Female Gynecologist. Med Care. 1975;13(9):782-90.

39. Lee S-H, Chang D-S, Kang O-S, Kim H-H, Kim H, Lee H, et al. Do not judge according to appearance: patients' preference of a doctor's face does not influence their assessment of the patient–doctor relationship. Acupunct Med. déc 2012;30(4):261-5.

40. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. Mayo Clin Proc. mars 2006;81(3):338-44.

41. Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, et al. What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. Ann Fam Med. 3 janv 2008;6(2):107-15.

42. Moliner MA. Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. J Serv Manag. 13 mars 2009;20(1):76-97.

43. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians. Med Care Res Rev. 1 déc 2008;65(6):696-712.

44. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract. 1 févr 1999;16(1):4-11.

45. Coulter A. Patients' views of the good doctor. BMJ. 28 sept 2002;325(7366):668-9.

46. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pr. 1 avr 2009;59(561):e116-33.

47. Gérard L, François M, de Chefdebien M, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. nov 2016;66(652):e810-8.

48. Torres E, Vasquez-Parraga AZ, Barra C. The Path of Patient Loyalty and the Role of Doctor Reputation. Health Mark Q. 15 oct 2009;26(3):183-97.

49. Goold SD, Klipp G. Managed care members talk about trust. Soc Sci Med. 1 mars 2002;54(6):879-88.

50. Laine C. Important Elements of Outpatient Care: A Comparison of Patients' and Physicians' Opinions. Ann Intern Med. 15 oct 1996;125(8):640.

51. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. Br J Gen Pr. 2003;53(495):798–800.

52. Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. BMC Fam Pract. 2005;6:40.

53. Balint M. Le médecin et son patient. In: Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1988. p. 254-67. (Bibliothèque scientifique Payot).

54. Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Gould S. A qualitative investigation into why patients change their GPs. Fam Pract. févr 1997;14(1):49-57.

55. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How Are Patients' Specific Ambulatory Care Experiences Related to Trust, Satisfaction, and Considering Changing Physicians? J Gen Intern Med. janv 2002;17(1):29-39.

56. Safran DG, Montgomery JE, Chang H, Murphy J, Rogers WH. Switching Doctors: Predictors of Voluntary Disenrollment from a Primary Physician's Practice. J Fam Pract. 1 févr 2001;50(2):130-130.

57. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):444-5.

58. Wang YY. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. Int J Integr Care [Internet]. 21 janv 2005 [cité 25 nov 2017];5. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395529/

Annexe 1 : Courrier aux médecins

Kève-Yann LARA
XXXXX
XXXXX
Tél : XXXXXXXX

Poitiers, le

Chère consœur, Cher confrère

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise un travail de recherche sur le processus de fidélisation des malades chroniques à leur médecin traitant.

Mon directeur de recherche est le Docteur Parthenay Pascal, médecin généraliste à Blanzac-Porcheresse.

Beaucoup de travaux ont été réalisés sur les raisons qui poussent un patient à quitter son médecin traitant. Mais quelles sont celles qui le font rester et comment se construit ce lien ?

Les patients inclus sont des majeurs atteints d'une maladie chronique ayant déclaré un médecin traitant depuis plus de deux ans. Ils doivent avoir consulté au cabinet au moins six fois au cours des deux dernières années.

Je me tourne donc vers vous afin de recruter une partie de ma population. Je prévois, si vous me le permettez, de m'entretenir avec au moins deux patients par cabinet.

Pour cela, j'aimerais pouvoir les aborder au hasard dans votre salle d'attente. Vous n'aurez donc pas à sélectionner les patients.

Les entretiens seront complètement anonymisés : ni le nom des médecins traitants ni celui des patients n'apparaîtront.

Je vous demande donc l'autorisation de me rendre à deux reprises au maximum dans votre cabinet pour proposer aux patients de participer à l'étude.

Vous pouvez me faire part de votre accord ou de votre refus au XX.XX.XX.XX.XX ou par courriel : XXX@hotmail.fr.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous remercie, par avance, pour votre contribution.

Bien confraternellement,

Kève-Yann LARA
Médecin Généraliste Remplaçant

Annexe 2 : Guide d'entretien

Je suis Kève-Yann LARA, étudiant en doctorat à Poitiers. Dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude sur les liens entre les patients et leur médecin traitant. Les entretiens seront anonymisés avant d'être intégrés dans ma thèse, ni votre nom ni celui de votre médecin traitant n'apparaîtra.

Avant de débuter, j'ai besoin de quelques informations vous concernant :

Pour commencer, et si vous désirez obtenir les résultats de l'enquête, pourriez-vous me donner vos nom et prénom ?

Quel est votre âge ? Où habitez-vous ?

Quelle profession exercez-vous ou avez-vous exercée ?

Êtes-vous célibataire ? Avez-vous des enfants ? Si oui, quel âge ont-ils ?

Qui est votre médecin traitant et depuis quand ? Suit-il également vos proches ?

1. La relation avec le médecin

Pourquoi avez-vous initialement choisi ce médecin ?

Certains patients décident de changer de médecin traitant, pourquoi selon vous ?

Qu'en est-il de vous ? Pourquoi ? si imprécis : En quoi êtes-vous satisfait par votre médecin ?

Que pourrait-il améliorer ?

Décrivez-moi le lien que vous entretenez avec votre médecin traitant.

Quels événements vous ont conduit à le considérer ainsi ?

Si votre médecin se fait remplacer, est-ce pareil pour vous ?

Si votre médecin devait quitter le cabinet, resteriez-vous avec son successeur ?

2. Le cabinet médical

Que pouvez-vous me dire du fonctionnement du cabinet ?

Et des locaux ?

Parlez-moi de l'importance de l'organisation et des locaux.

Je vous remercie de m'avoir accordé un peu de votre temps et je vous souhaite une bonne journée.

Annexe 3 : Lettre d'information

M. LARA Kève-Yann
Port : XX.XX.XX.XX.XX

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse, je vous sollicite pour participer à une recherche médicale dont l'objectif est d'étudier le lien entre le patient et son médecin traitant. Elle se base sur des entretiens d'une vingtaine de minutes auprès de **patients atteints de maladie chronique** (maladie qui nécessite une prise en charge de longue durée) **suivis depuis plus de deux ans par leur médecin traitant**.

À savoir :

1. Je ne transmettrai pas l'entretien au cabinet, vous êtes libre de vos paroles
2. La participation à cette recherche ne donne lieu à aucune indemnité financière : l'entretien n'est pas rémunéré et se fait sur la base du volontariat
3. Vous êtes également libre de ne pas répondre à certaines questions, de refuser l'entretien ou de le cesser à tout moment sans aucune répercussion sur votre relation avec votre médecin traitant
4. Vous serez enregistré(e) sur dictaphone, avec votre accord, pour permettre la retranscription de l'entretien : les enregistrements seront détruits une fois l'étude terminée
5. L'entretien sera totalement anonyme : vos nom et prénom n'apparaîtront pas, ni celui de votre médecin traitant
6. Vous pouvez me demander à la fin de l'entretien davantage de précisions sur l'enquête
7. Vous pouvez également me solliciter jusqu'à la soutenance de ma thèse (fin 2017) afin de connaître les informations que je détiens sur vous
8. Vous pouvez, si vous le désirez, être informé(e) des résultats de l'enquête par courriel
9. L'étude, avec des extraits de plusieurs entretiens, pourra éventuellement être publiée dans une revue médicale

Dans le cadre de la recherche à laquelle je vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. À cette fin, les données médicales vous concernant seront utilisées dans des conditions assurant leur confidentialité, en France ou à l'étranger. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (n°78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche.

Fait en double exemplaire

Signature
A ……, le …….

Annexe 4 : Formulaire de consentement

L'étudiant nommé LARA Kève-Yann m'a proposé de participer à la recherche biomédicale explorant la relation médecin-malade, organisée par lui-même et son directeur de recherche le Docteur Parthenay Pascal. LARA Kève-Yann en est l'investigateur principal.

J'ai été informé(e) de l'objectif de cette recherche, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi.

J'ai bien lu le document d'information avec M. LARA Kève-Yann, étudiant investigateur de l'étude. J'ai obtenu les réponses aux questions que je lui ai posées.

J'ai bien noté les coordonnées de l'étudiant si j'avais besoin de le contacter.

Si je le souhaite, je serai informé(e) des résultats de l'enquête.

Je suis conscient(e) que je suis libre de refuser de répondre ou d'interrompre l'entretien à tout moment sans aucun préjudice. Le fait de ne pas participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin traitant.

J'ai été informé(e) que dans le cadre de la recherche à laquelle je participe, un traitement de mes données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui m'a été présenté.

J'ai été informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

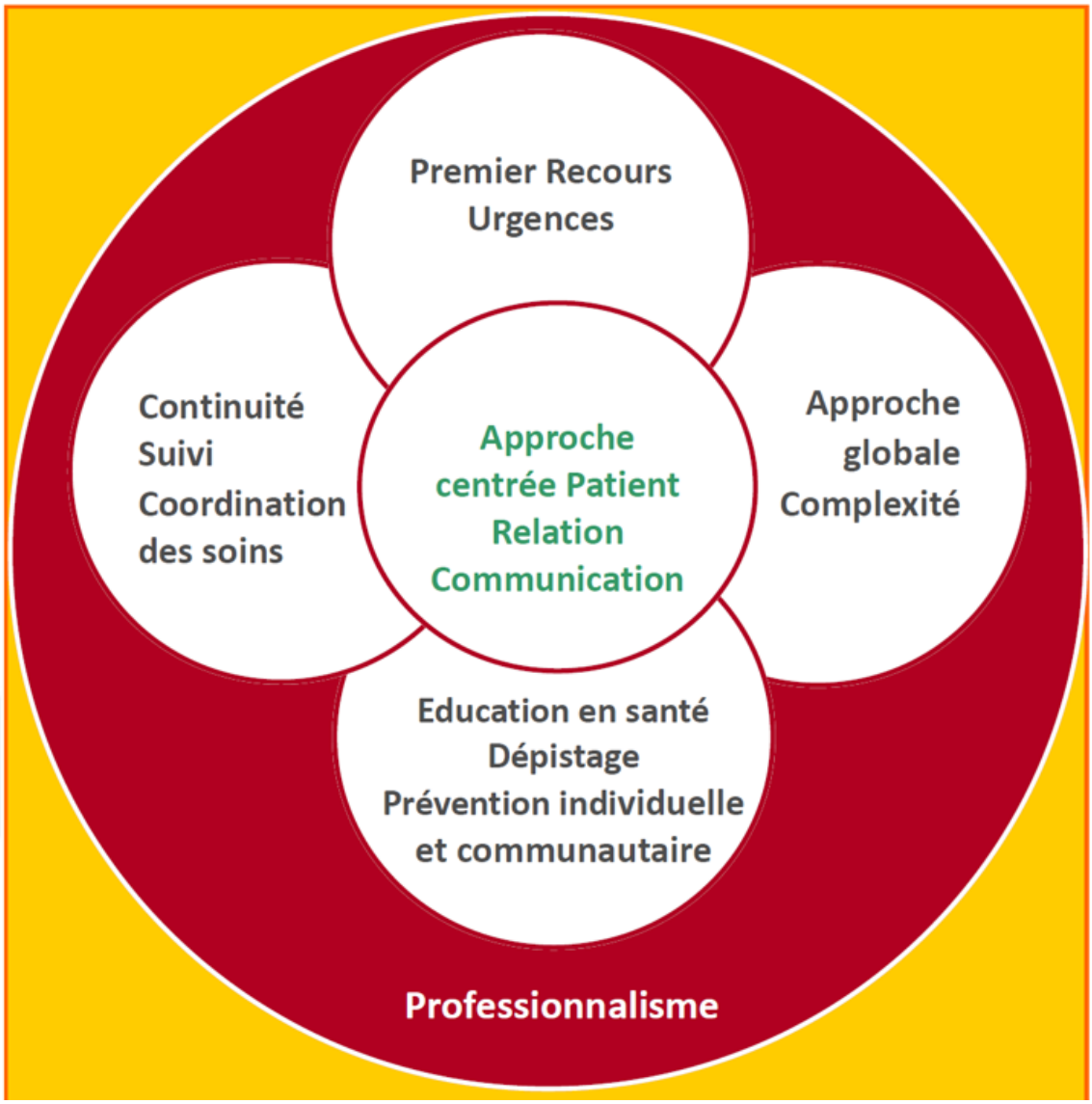
J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (art 39) s'exerce à tout moment auprès de l'étudiant qui me suit dans le cadre de la recherche, dont le numéro de téléphone est le XX.XX.XX.XX.XX et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rétractation et d'opposition auprès de ce même étudiant.

NOM : Prénom :

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche biomédicale. Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés.

Signature : Date :

Annexe 5 : Marguerite de compétences



Source : Référentiel métier et compétences du médecin généraliste d'après C. ATTALI, P. BAIL, Groupe « niveaux de compétences » du Collège National des Généralistes Enseignants

Résumé et mots-clés

Contexte : En France, les patients sont incités à rester fidèles à leur médecin généraliste par le biais du parcours de soins coordonnés mais demeurent libres d'en changer sans contrainte. Une relation patient-médecin durable et de qualité pourrait, selon plusieurs chercheurs, améliorer l'état de santé des patients.
Objectif : Comprendre le processus de fidélisation des malades chroniques à leur omnipraticien.
Patients et Méthode : Dix-huit entretiens compréhensifs auprès de vingt malades chroniques ont été menés près de Poitiers (France) entre octobre 2016 et juin 2017. L'analyse des transcrits s'est faite par fiches écrites et encodage N'Vivo©.
Résultats : Le processus de fidélisation débute dès le choix du médecin, puis, une période de confirmation se met en place où, après un premier contact, le médecin est mis à l'essai. Le patient opère alors un ajustement de son idéal à la réalité du médecin et peut ensuite s'engager dans la construction de la fidélité. Cette dernière repose à la fois sur la confiance, sur la preuve d'un lien patient-médecin particulier et enfin sur la recherche d'un équilibre de leur relation. La fidélité se nourrit d'elle-même en limitant le besoin de consulter un autre médecin. Parfois, la rupture survient des suites d'une érosion de la confiance, d'une inadéquation entre les deux partenaires ou quand la relation apparaît au patient comme une perte de temps.
Conclusion : La fidélisation est un processus dynamique et complexe qui justifie la poursuite de travaux exploratoires afin d'approfondir la connaissance du lien entre un patient et son médecin.

Mots-Clés : Patients, Fidélité, Fidélisation, Relation Médecin-Patient, Médecin généraliste, Omnipraticien

Summary and key-words

Background: In France, patients are encouraged to remain loyal to their general practitioner because of the coordinated healthcare circuit but they remain free to change doctors whenever they wish. A good continuing doctor-patient relationship could, according to several researchers, improve health outcomes.
Objective: To analyse the process of the chronically ills' loyalty to their general practitioner.
Patients and Methods: Eighteen comprehensive interviews of 20 chronically ill patients were conducted between October 2016 and June 2017 near Poitiers (France). The transcripts of the interviews were analysed by written cards and N'Vivo© encoding.
Results: The process of loyalty begins when one chooses a doctor, then, a period of confirmation ensues wherein, after an initial contact, the doctor can be put to the test. The patient proceeds to compare what his ideal doctor would be to his present one. The patient will then feel comfortable increasing his level of loyalty to his doctor.
Loyalty is based on confidence in one's doctor, on the proof of a special doctor-patient bond and finally on finding an appropriate balance in their relationship. Loyalty develops on its own, while limiting the need to consult another doctor. Sometimes the relationship breakdown comes from an erosion of confidence, a mismatch between the two protagonists or when the relationship seems to be a waste of time.
Conclusion: In the end, building loyalty is a dynamic and complex process which justifies further work in order to deepen knowledge on doctor-patient relationship.

Key-Words : Patients, Loyalty, Doctor-Patient Relationship, General Practitioner, Generalist

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

⚜⌖⚜⌖⚜

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !