

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 2010

N° 35

**THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'Etat

Médecine Générale

par

Anne HERRENSCHMIDT KOHLER
née le 7 août 1980 à Sainte-Adresse (76)

**PERCEPTIONS DE LA RELATION
PATIENT-MÉDECIN PAR LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES REMPLAÇANTS**

Recherche qualitative par la méthode
des focus groups

Président de thèse : Professeur Jean-Christophe Weber

Directeur de thèse : Docteur Catherine Jung


 FACULTÉ DE MÉDECINE
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

Président de l'Université (21.06.07) M. BERETZ Alain
Doyen de la Faculté (3.10.01 et 6.02.06) M. LUDÉS Bertrand
Assesseur du Doyen (3.10.01 et 6.02.06) M. LUTZ Patrick
Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
 (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
Chef des Services Administratifs M. VICENTE Gilbert

 Edition SEPTEMBRE 2009
 Année universitaire 2009-2010

 HOPITAUX UNIVERSITAIRES
 DE STRASBOURG (HUS)

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE JUNIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BONAHE Christian (du 20.07.2005 au 20.07.2010)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ANDRES Emmanuel	NRPô	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / Hôpital Civil	53.01	Option : médecine Interne
	NCS			
AUWERX Johan (dispo. → 01.01.2010)	NRPô	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
	NCS			
BACHELLIER Philippe	NRPô	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne / HP	53.02	Chirurgie générale
	NCS			
BAHRAM Seiamak	NRPô	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
	CS			
BALDAUF Jean-Jacques	NRPô	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
	CS			
BAREISS Pierre (2) (7)	S/nb	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
	Cons			
BAUMANN René	NRPô	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / Hôpital Hautepierre	52.01	Option : Gastro-entérologie
	CS			
BAUMERT Thomas	NRPô	• Pôle hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil - NHC	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option hépatologie
	NCS			
BEAUJEU Rémy	NRPô	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie A / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	CS			
BECMEUR François	NRPô	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
	CS			
BELLOCQ Jean-Pierre	RPô	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
	CS			
BERGERAT Jean-Pierre	NRPô	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
	CS			
BERTHEL Marc	NRPô	• Pôle de Gériatrie de l'Hôpital de La Robertsau - Service de soins de Longue Durée et d'Hébergement Gériatrique / Hôpital de La Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	CSp			
BERTSCHY Gilles	NRPô	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
	CSp			
BLICKLÉ Jean-Frédéric	NRPô	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)CS - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01	Option : médecine Interne
	CS			
Mme BOEHM-BURGER Nelly	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
BONNOMET François	NRPô	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CS			
BOURCIER Tristan	NRPô	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
	NCS			
BOURGIN Patrice	NRPô	• Pôle tête et cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
	NCS			
BOUSQUET Pascal	NRPô	• Pôle de pharmacie-pharmacologie - Institut de Pharmacologie / Faculté de Médecine	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
	NCS			
BRETTE Jean-Philippe (5) (9)	S/nb	- Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
	Cons			
Mme BRIGAND Cécile	NRPô	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
	NCS			
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	NCS			

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BURSZTEJN Claude	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie
CANDOLFI Ermanno	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CANTINEAU Alain	NRPô CS	• Pôle de Santé publique - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail / Hôpital Civil	46.02 Médecine et santé au travail
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation médicale
CAZENAVE Jean-Pierre	Dir/NCS	- Etablissement Français du Sang - Alsace / EFS	47.01 Hématologie (option biologique)
CHAKFE Nabil	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
CHAUVIN Michel	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
	CSp	- Laboratoire d'Hygiène hospitalière / Hôpital Civil	
CINQUALBRE Jacques	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / Hôpital de Hautepierre	53.02 Chirurgie générale
CLAVERT Jean-Michel	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
CONSTANTINESCO André	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne	RPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre	NRPô NCS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie II / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel	RPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick	Dir.	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
DUPEYRON Jean Pierre	RPô CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (option clinique)
EISENMANN Bernard (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
FROELICH Sébastien	NRPô NCS	• Pôle Tête et cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
GANGI Afshin	RPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie B / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GENTINE André	NRPô CS	• Pôle tête-cou - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GICQUEL Philippe	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de Nutrition / Hôpital Hautepierre	53.01	Option : médecine interne
GOTTENBERG Jacques-Henri	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel	NRPô CS	• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUT Jean-Pierre	NRPô CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie et Hémodialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HASSELMANN Michel	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation médicale
HERBRECHT Raoul	RPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard	NRPô NCD	• Pôle tête-cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
JACQMIN Didier	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
JAECK Daniel (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne / HP	53.02	Chirurgie générale
JAEGER Albert (2) (7)	S/nb Cons	• Administration Générale - Chargé de mission - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.02	Réanimation médicale
JAEGER Jean-Henri	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique du genou et de traumatologie du sport - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de biologie Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / HC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Hôpital de La Robertsau - Service de soins de longue durée / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEHRLI Pierre	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
KEMPF Jean-François	RPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de Diabète et des Maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KOENIG Michel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
KOPFERSCHMITT Jacques	RPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
KRETZ Jean Georges	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KURTZ Jean-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANG Jean-Marie (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Hôpital de jour "Le trait d'union Centre de soins de l'infection par le VIH" Nouvel Hôpital Civil	47.01	Hématologie (option clinique)
LANGER Bruno	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUDES Bertrand	NRPô CS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
LUTZ Patrick	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
MAITRE Michel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie / Hôpital Hautepierre • Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	44.01	Biochimie et Biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAITROT Daniel (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle tête-cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
MANDEL Jean-Louis (cf. A1)	NRPô CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
MANGIN Patrice (3)	NCS	(en détachement à Lausanne / Suisse du 01.09.96 au 31.08.10) - Institut (Laboratoire) de Médecine Légale et d'Analyses Toxicologiques / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
MARESCAUX Christian	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
MARESCAUX Jacques	NRPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC • Laboratoire d'Immunopathologie / Faculté de Médecine	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MEYER Christian (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et Digestive / Hôp. Hautepierre	53.02	Chirurgie générale
MEYER Pierre	NRPô NCS	• Pôle de santé publique - Département de Santé Publique - Secteur 2 - Biostatistiques et Méthodologie / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de Médecine	46.04	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (option biologique)
MONASSIER Laurent	NRPô NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie • Institut de Pharmacologie / Faculté de Médecine	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie et Hémodialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MULLER André	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique
MUTTER Didier	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël	RPô CS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
NOEL Georges	NCS NCS	• Centre Régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (par convention) - Service de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
OUDET Pierre	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
PASQUALI Jean-Louis	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC • Laboratoire d'Immunopathologie / Faculté de Médecine	47.03	Immunologie (option clinique)
PATRIS Michel (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
PESSAUX Patrick	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale, Hépatique et Endocrinienne / HP	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry	NCDp	• Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département d'Oncologie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Cancérologie Clinique
PINGET Michel	RPô CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
POTTECHER Thierry	NRPô CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP	48.01	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (option clinique)
Mme QUOIX Elisabeth	RPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROUL Gérald	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie B / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
SANDNER Guy	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
SAUDER Philippe	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation médicale
SAUSSINE Christian	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHLIENGER Jean-Louis	Rpô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de Nutrition/Hôpital Hautepierre	53.01	Médecine interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement (option Médecine interne)
SCHNEIDER Francis	NRPô CSp	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation médicale
SIBILIA Jean	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
SIMON Patrick (disponibilité : fin 30.01.09)	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Traumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme SPEEG-SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick	NRPô NCS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (option clinique)
STEIB Jean-Paul	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique du rachis / Nouvel Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
STIERLÉ Jean-Luc	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
Mme STOLL-KELLER Françoise	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie- virologie (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle tête et cou - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
VAUTRAVERS Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Médecine physique et de réadaptation / HP	49.05	Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie I / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de santé publique - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie / Faculté de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VETTER Jean-Marie (5) (9)	S/nb Cons	- Unité fonctionnelle d'Histoire de la Médecine / HC	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô CS	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / SIHCUS	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
WATTIEZ Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale Option Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WIHLM Jean Marie	NRPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme WILK Astrid	RPô CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
WOLF Philippe	RPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / Hôpital de Hautepierre	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée	NRPô NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Hôpital Civil • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier)

Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2011

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2010

(2) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2012

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2010

(3) En détachement jusqu'au 31.08.2007

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2010

(4) En détachement jusqu'au 24.03.2008

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2010

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
AGIN Arnaud		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / Nouvel Hôpital Civil 	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Dr BARRIERE Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC 	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BARUTHIO Joseph		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme la Dre BEAU-FALLER Michèle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BIANCALANA épouse BRUCKMANN Valérie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04 Génétique (option biologique)
Dr BIERRY Guillaume		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'imagerie - Service de Radiologie II / Hôpital de Hautepierre 	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme BILLING-WOLF Michèle		<ul style="list-style-type: none"> • Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil 	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme la Dre BROESSEL Nathalie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de santé publique - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du travail - HC 	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
CERALINE Jocelyn		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / HP 	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Dr CLAVERT André		<ul style="list-style-type: none"> • Institut (Laboratoire) d'Embryologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de biologie de la reproduction (SIHCUS) 	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr CLAVERT Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / Hôpital de Hautepierre 	42.01 Anatomie (option clinique)
Dr COLLANGE Olivier		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de l'appareil locomoteur Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP 	48.01 Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale - Type clinique)
Dre CROCE Sabrina ép. KLEINMANN		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELAUNOY Jean Pierre		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Bactériologie / Faculté de Médecine 	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Dr DEVYS Didier		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04 Génétique (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre DORAY Bérénice		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Hautepierre 	47.04 Génétique (option génétique)
Dr DOUTRELEAU Stéphane		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre EICHLER-REISS Françoise (01.01.2010)		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie / Hôpital Civil 	47.02 Option : Cancérologie-(clinique)
Mme la Dre FAFI-KREMER Samira		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / Faculté de Médecine 	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Dr FILISETTI Denis		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté et HP 	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre FLORI Elisabeth	- CS -	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital Hautepierre 	47.04 Génétique (option biologique)
FOUCHER Jack		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil 	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme GAUB Marie-Pierre		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr GOETZ Christian		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GOUNOT Daniel		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)

NOM et Prénoms (Dr(e) en médecine)	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option Biologique)
Mme KEMMEL Véronique	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre KORGANOW Anne-Sophie	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Dre KOSCINSKI Isabelle	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction / SIHCUS-CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
KREMER Stéphane	• Pôle d'imagerie - Service de Radiologie II / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme LAMOUR Valérie	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr LAVIGNE Thierry	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle d'imagerie - Service de Radiologie A / Nouvel Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option clinique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie	• Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER-WOLF Evelyne	• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Dre MECHINE-NEUVILLE Agnès	• Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
Dr MEYER Nicolas	• Pôle de santé publique - Service de Santé Public / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
Dr MOREAU François	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / SIHCUS	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dr OBERLING Philippe	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / HC	44.02 Physiologie (option clinique)
OFFNER Maurice	NRPô CS CS • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr PETER Jean-Daniel	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Département d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Anesthésiologie et réanimation chirurgicale (option clinique)
PFAFF Alexander	• Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie
PIQUARD François	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
POULET Patrick	• Institut de Physique Biologique / Faculté de médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana	• Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Dr RAUL Jean-Sébastien	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
Dr RICHARD Ruddy	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC • Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine	44.02 Physiologie (option biologique)
RIEGEL Philippe	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Dr ROGUE Patrick (cf. A2)	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROUSSEL Guy	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAMAMA Brigitte	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Dr SAULEAU Erik-André		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de santé publique - Service de Santé Public / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine 	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SCHAEFER Adrien		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre SCHAEFFER Christiane		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
SCHEFTEL Jean-Michel		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / Faculté de Médecine 	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SCHMITT Fabienne		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SCHMITT Marie-Paule		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine 	45.01 Option : Bactériologie- virologie (biologique)
Mme la Dre SCHVOERER Evelyne		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / Faculté de Médecine 	45.01 Option : Bactériologie- virologie (biologique)
Dre SORDET Christelle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre 	50.01 Rhumatologie
STEIBEL Jérôme		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Dr TALHA Samy		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / SIHCUS 	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr THAVEAU Fabien		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil 	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
Dr TRACQUI Antoine		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Immunologie / HC • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie et d'Hématologie / Nouvel Hôpital Civil 	47.03 Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine 	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté et HP 	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Dr WALLER Jocelyn		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / Faculté et HP 	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF-GRIMA Michèle		<ul style="list-style-type: none"> • Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil 	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
ZOLL Joffrey		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Chirurgie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC 	44.02 Physiologie (option clinique)
Dr ZÖLLNER Georg (01.01.2010)		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'imagerie - Service de Radiologie II / Hôpital de Hautepierre 	43.02 Radiologie et Imagerie Médicale (option clinique)

B2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian (cf. A2)	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
------------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	37.03	Génétique (Groupe X section hors médecine)
NORMAND Guy	Institut de Chimie Biologique - Centre de Neurochimie	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme RASMUSSEN Anne	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES (mi-temps)**

Pr Ass. KOPP Michel
Pr Ass. LEVEQUE Michel

Médecine Générale (depuis le 1.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2010)
Médecine générale (depuis le 1.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2012)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE (mi-temps)

Dre JUNG Catherine
Dr GRALL Jean-Christian

Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2011)
Médecine générale (1.09.2009 au 31.08.2012)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER Pia
Mme CANDAS Peggy
Mme GIRAUD Norma
Mme JUNGER Nicole

Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.06)
Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICES NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et de Réanimation néonatale / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre BIENTZ Jocelyne	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Mme BERETZ Laurence	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre FLESCH Françoise	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique - Service de Santé Publique / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - Hôpital de jour "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr ROESLIN Norbert	RPô	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé publique

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- | | |
|---|---|
| o de droit et à vie (membres de l'Institut) | o pour trois ans (1er septembre 2008 au 31 août 2011) |
| CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire) | MONTEIL Henri (Bactériologie) |
| KARLI Pierre (Neurophysiologie) | PAULI Gabrielle (Pneumologie) |
| | WEITZENBLUM Emmanuel (Oneumologie) |
| o pour trois ans (1er septembre 2007 au 31 août 2010) | o pour trois ans (1er septembre 2009 au 31 août 2012) |
| LONSDORFER Jean (Physiologie) | SCHRAUB Simon (Radiothérapie) |
| RUMPLER Yves (Biol. du développement et de la reproduction) | |

F2 - PROFESSEUR ASSOCIE des UNIVERSITES (mi-temps)

M. SOLER Luc

IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'ULP (2008-2009)

Dr GACHET Christian
Dr HANAU Daniel

Hématologie (2007-08, 2008-09)
Immunologie (2006-07, 2007-08, 2008-09)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BOCKEL René (Gastro-Entérologie) / 01.10.94	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	LESSARD Michel (Hématologie biologique) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEHL Jacques (Médecine du Travail) / 01.10.86
CANGUILHEM Bernard (Physiologie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.96
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OTTENI Jean-Claude (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.03
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PHILIPPE Emile (Anatomie Pathologique) / 01.09.98
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RENAUD Robert (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.97
EBTINGER René (Pédopsychiatrie) / 15.05.93	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	RITTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.02
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.)/01.10.87	SACREZ André (Cardiologie) / 01.09.98
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
HABEREY Pascal (Physiologie) / 01.09.01	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HOLLENDER Louis (Chirurgie générale) / 01.10.90	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEILL Jean-Pierre (Gastro-entérologie) / 01.10.93
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	
KIEN Truong Thai (Parasitologie) / 01.09.03	
KIENY René (Chirurgie vasculaire) / 01.10.93	
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	
KLOTZ Gilbert (O.R.L.) / 01.10.91	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68
- **Hôpital Lyautey** : 1, rue des Canoniers - 67100 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.63.51

SIHCUS : Syndicat interhospitalier de la Communauté Urbaine de Strasbourg : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. : Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

RESPONSABLE DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DEPARTEMENT DE SANTE DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'ULP

Mme Lucie JUILLARD

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à 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 les crimes.

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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Weber

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude pour vos conseils bienveillants prodigués au cours de la réalisation de ce travail.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Emmanuel Andrès

Monsieur le Professeur Georges Kaltenbach

Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Catherine Jung

Vous m'avez transmis votre passion de la médecine générale, et combien de fois ai-je été stimulée dans ma quête de qualité au sein de la relation patient-médecin en vous côtoyant. Je vous remercie de m'avoir soutenue, conseillée et éclairée tout au long de mon travail, et vous assure de mon amitié.

REMERCIEMENTS

A Rémy,
Merci d'être là, tout simplement.

A ma famille,
Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnels.

A mes amis,
Merci pour vos encouragements sans cesse renouvelés.

A Celui qui a créé les relations,
Merci pour la vie.

INTRODUCTION	20
<hr/>	
PROJET DE THÈSE	22
<hr/>	
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES REMPLAÇANTS EN FRANCE	24
<hr/>	
I Etat des lieux	24
I.1. Répartition	24
I.2. Profil socio-démographique	25
II Qui peut être remplaçant?	26
III Pourquoi choisit-on de remplacer?	26
III.1. Une installation tardive	26
III.2. Eléments satisfaisants du statut de remplaçant	28
III.3. Eléments contraignants du statut de remplaçant	28
MÉTHODE	29
<hr/>	
I Présentation de la méthode des <i>focus groups</i>	29
I.1. Définition	29
I.2. Historique	29
I.3. Description	30
I.4. Prérequis	30
I.3.b. Le questionnaire et la conduite du focus group	
I.3.c. Les participants	
I.3.d. L'environnement	
I.3.e. Le nombre de séances	
I.3.f. Le modérateur et l'observateur du focus group	
I.3.g. La transcription des interviews	
I.4. Analyse	33
I.4.a. Les différentes caractéristiques de l'analyse	
I.4.b. Les phases d'analyse	
I.5. Avantages	34
I.6. Validité: comment vérifier la validité des <i>focus groups</i> ?	35
I.7. Peut-on généraliser une enquête par <i>focus group</i> ?	35
II. Choix du type de méthode	36
III. Méthodologie de l'étude	37
III.1. Objectifs de l'étude	37
III.2. Formation des groupes	38
III.3. Animation des groupes	38
III.4. Déroulement des réunions	39
III.5. Le guide d'entretien	40
III.6. Analyse des entretiens	40

IV. Critique de la méthode	41
RÉSULTATS (présentation et synthèse sous forme narrative)	42
I. Composantes de la relation patient-médecin perçues comme positives	43
I.1. Compétences techniques et biomédicales	43
I.1.a. Qualité du diagnostic	
I.1.b. Qualité de l'examen clinique	
I.1.c. Le dossier médical	
I.1.d. Faire le lien avec les spécialistes et l'hôpital	
I.1.e. L'expérience du médecin	
I.2. Aspect interpersonnel	45
I.2.a. Approche centrée sur le patient	
I.2.b. Relation de confiance	
I.2.c. Reconnaissance du statut de médecin	
I.2.d. Suivi dans la durée	
I.2.e. Etre un «autre» médecin pour le patient	
I.2.f. Exprimer ses doutes et ses limites	
I.2.g. Etre conscient de la composante de séduction qui peut exister dans la relation	
I.2.h. Etre conscient de l'influence du genre sur la relation	
I.3. Attitudes médicales lors des consultations	49
I.3.a. Percevoir les attentes des patients et y répondre	
I.3.b. Permettre au patient d'exprimer son mécontentement	
I.3.c. Savoir rassurer les patients	
I.3.c. Savoir convaincre les patients	
I.3.d. Participer à l'éducation thérapeutique des patients	
I.4. Communication	51
I.4.a. Communication non verbale	
I.4.b. Ecoute active	
I.4.c. Communication avec le médecin remplacé	
I.5. Environnement et gestion du temps	52
I.5.a. Matériel	
I.5.b. Gestion du temps	
I.5.c. Visites à domicile	
II. Composantes de la relation patient-médecin perçues comme problématiques	53
II.1. Compétences techniques et biomédicales	53
II.1.a. Craintes liées au diagnostic	
II.1.b. Difficultés à réaliser un examen clinique de qualité	
II.1.c. Difficultés liées au dossier médical	
II.1.d. Difficultés liées à la prescription d'examens complémentaires jugé inutiles	
II.1.e. Remise en cause des compétences du remplaçant	
II.1.f. Difficultés à garder une pratique médicale «intègre»	
II.1.g. Difficultés à adresser les patients aux spécialistes	
II.1.h. Distance professionnelle difficile à garder	
II.1.i. Manque d'expérience du remplaçant	

II.2.	Aspect interpersonnel	57
	II.2.a. Relation consumériste	
	II.2.b. Méfiance des patients face au remplaçant	
	II.2.c. Remise en cause du statut de médecin	
	II.2.d. Relation «épisodique»	
	II.2.e. Relation dépendante de la «relation primaire»	
	II.2.f. Ne pas être le médecin attendu	
	II.2.g. Difficultés à gérer les relations de séduction	
	II.2.h. Difficultés liées au genre du patient et du médecin	
II.3.	Attitudes médicales lors des consultations	61
	II.3.a. Difficultés à répondre aux attentes des patients	
	II.3.b. Difficultés à convaincre	
	II.3.c. Education thérapeutique problématique	
II.4.	Communication	63
	II.4.a. Difficultés à modifier le rituel établi	
	II.4.b. Ecoute active parfois difficile	
	II.4.c. Communication parfois délicate avec le médecin remplacé	
II.5.	Environnement et gestion du temps	64
	II.5.a. Difficultés liées aux appels téléphoniques	
	II.5.b. Gestion du temps problématique	
	II.5.c. Difficultés liées au matériel	
	II.5.e. Visites à domicile problématiques	

DISCUSSION **66**

I.	Compétences techniques et biomédicales	66
I.1.	Le diagnostic	66
	I.1.a. Faire un «bon diagnostic»	
	I.1.b. Crainte liée à un mauvais diagnostic	
	I.1.c. Un diagnostic «à tout prix» ?	
	I.1.d. Le remplaçant, un «intervenant extérieur» par rapport au diagnostic : avantage ou inconvénient ?	
I.2.	L'examen clinique	70
I.3.	Le dossier médical	71
	I.3.a. Partage du dossier médical	
	I.3.b. Difficultés liées à la tenue du dossier médical	
I.4.	La prescription d'examens complémentaires	73
I.5.	Faire le lien avec les spécialistes	74
	I.5.a. Importance de la communication entre généralistes et spécialistes	
	I.5.b. Difficulté à adresser certains patients en tant que remplaçant	
I.6.	Les compétences du médecin remplaçant	76
	I.6.a. Remise en cause des compétences par les patients	
	I.6.b. Prouver sa compétence	
	I.6.c. Des compétences différentes selon le genre ?	
I.7.	Garder une pratique médicale «intègre»	78
I.8.	La distance professionnelle	79
I.9.	L'expérience du médecin	81
	I.9.a. Les remplacements augmentent l'expérience du médecin	
	I.9.b. Le manque d'expérience des remplaçants	

II. Aspect interpersonnel	84
II.1. Approche centrée sur le patient	84
II.2. Relation consumériste	85
II.3. La confiance	85
II.3.a. Importance de la confiance	
II.3.b. Méfiance des patients face au remplaçant	
II.3.c. Une confiance dépendante du médecin installé?	
II.4. Le statut de médecin du remplaçant	87
II.4.a. La reconnaissance du statut de médecin	
II.4.d. Remise en cause du statut de médecin: influence de l'âge et du genre?	
II.5. La durée de la relation patient-médecin	89
II.5.a. Suivi dans la durée	
II.5.b. Relation «épisodique»	
II.6. Relation dépendante de la relation «primaire»	91
II.7. Etre un «autre» médecin pour le patient	91
II.7.a. Satisfaction des patients	
II.7.b. Avantages à être un «autre» médecin	
II.7.c. Ne pas être la personne attendue	
II.8. Exprimer ses doutes et ses limites	93
II.9. La séduction dans la relation patient-médecin	94
II.9.a. En être conscient	
II.9.b. Difficultés liées à la séduction	
II.9.c. La séduction liée au genre	
II.9.d. Une séduction différente avec le remplaçant ?	
II.10. L'influence du genre sur la relation patient-médecin	97
II.10.a. En être conscient	
II.10.b. Les avantages liés au genre	
II.10.c. Les difficultés liées au genre	
III. Attitudes médicales lors des consultations	101
III.1. Permettre au patient d'exprimer son mécontentement	101
III.2. Percevoir les attentes des patients et y répondre	102
III.2.a. L'importance de la perception des attentes des patients	
III.2.b. Difficultés à répondre aux attentes des patients	
III.3. Rassurer les patients	104
III.3.a. L'importance de la réassurance	
III.3.b. Difficultés à rassurer en tant que remplaçant	
III.4. Convaincre les patients	105
III.4.a. L'importance de savoir convaincre les patients	
III.4.b. Difficultés à convaincre pour les remplaçants	
III.5. L'éducation thérapeutique	106
III.5.a. L'importance de l'éducation thérapeutique	
III.5.b. L'avantage du remplaçant dans l'éducation thérapeutique	
III.5.c. Les difficultés à éduquer en tant que remplaçant	

IV. Communication	108
IV.1. Communication non verbale	108
IV.1.a. Un indicateur de satisfaction	
IV.1.b. Le rituel	
IV.2. L'écoute active	109
IV.2.a. L'importance de l'écoute active	
IV.2.b. L'avantage du remplaçant	
IV.2.c. Difficultés liées à l'écoute active	
IV.3. La communication avec le médecin remplacé	112
IV.3.a. L'importance de la communication avec le médecin remplacé	
IV.3.b. Communication parfois délicate avec le médecin installé	
V. Environnement et gestion du temps	113
V.1. Le téléphone	113
V.2. Le matériel	114
V.2.a. Le matériel comme une aide	
V.2.b. Problèmes liés au matériel	
V.3. La gestion du temps	115
V.3.a. Avoir du temps	
V.3.b. Gestion du temps problématique	
V.3.c. Le temps et le médecin remplacé	
V.4. Les visites à domicile	117
V.4.a. Bénéfices des visites à domicile	
V.4.b. Visites à domicile problématiques	
CONCLUSION	120
BIBLIOGRAPHIE	124
ANNEXES	136

INTRODUCTION

Ces dernières décennies ont été marquées par un bouleversement de la médecine sur le plan des découvertes scientifiques et des techniques diagnostiques et thérapeutiques. Au-delà de ces avancées bénéfiques dans la prise en charge des maladies, la médecine reste fondamentalement centrée sur la personne qui souffre, primant sur l'affection dont elle souffre.

Au cours de sa formation et de sa pratique, tout médecin se trouve impliqué dans une relation avec ses patients, relation qui sous-tend le déroulement de tout acte médical. La qualité de cette relation permet au praticien de mieux percevoir les attentes de son interlocuteur, d'y répondre avec pertinence, de l'encourager et de l'accompagner vers la réalisation personnalisée de ses objectifs de santé.

Les médecins généralistes remplaçants constituent une partie de la population des professionnels de santé encore peu connue, population qui ne cesse d'augmenter ces dernières années. En se substituant ponctuellement au médecin qu'il remplace, le médecin remplaçant prend place dans une relation déjà établie entre médecin remplacé et patient, relation qui se trouve perturbée et modifiée par l'apparition de ce nouvel acteur.

Notre intérêt s'est tourné, dans ce travail, vers la perception que les médecins généralistes remplaçants ont de la relation patient-médecin. Sont-ils mis en difficulté par l'absence de continuité dans la relation ? Sont-ils confrontés à un manque de confiance des patients, et si oui, quelles peuvent en être les causes ? Peuvent-ils exercer leur métier selon leurs représentations de place et de fonction, ou au contraire doivent-ils épouser au mieux les gestes et les paroles

du médecin qu'ils remplacent ? Quelle satisfaction éprouvent-ils dans l'exercice de cette fonction si particulière de «médecin de substitution» ?

A l'inverse, ce mode de fonctionnement particulier engendre-t-il des frustrations, et si oui, lesquelles ? Il est aussi légitime de se demander s'il existe des avantages pour le patient à rencontrer un médecin remplaçant.

Dans une première partie, nous exposerons la manière dont cette étude s'est mise en place après de nombreux questionnements et cheminements personnels, avant de rappeler quelques données actuelles concernant les remplaçants en médecine générale en France, afin de mieux comprendre qui ils sont et quelles sont leurs aspirations.

Dans un deuxième temps, nous leur laisserons la parole, à travers la méthode dite des «focus groups», méthode de recherche qualitative encore peu utilisée en France dans le domaine médical.

Enfin, dans la discussion, nous tenterons de dégager les questions importantes soulevées lors de ces entretiens, questions que nous rapprocherons des données de la littérature. Puis nous essaierons de formuler des propositions dont le but sera de mieux faire comprendre la perception par le médecin remplaçant de la relation patient-médecin, dans l'optique de l'enrichir et de mettre en valeur tout ce que cette relation a de complexe et de passionnant.

PROJET DE THÈSE

A la fin de mon internat de médecine générale, j'ai eu le privilège d'accomplir un stage dit «stage S.A.S.P.A.S.» (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Au cours de ce stage, l'interne est mis en situation de confrontation réelle aux demandes de soins dans le cadre de la médecine générale, ce qui rend ce stage différent de ceux réalisés dans des conditions hospitalières.

Au cours de mes stages à l'hôpital, j'avais ressenti une sorte de «non-reconnaissance de mon statut de médecin» de la part de certains patients, distance que je mettais sur le compte de mon âge et du fait que je sois une femme, ce qui, à l'hôpital, peut parfois amener à certaines méprises entre le rôle d'infirmière ou celui d'interne femme.

Ayant à nouveau ressenti cette «distance» avec certains patients au cours de ce stage de médecine générale, j'ai donc cherché à m'interroger sur l'influence du genre (masculin ou féminin) au sein de la relation patient-médecin : est-ce que le fait d'être un médecin homme ou femme influence la relation avec un patient homme ou femme, et si oui, en quoi l'influence-t-elle ?

Pour ce faire, nous avons initialement élaboré un questionnaire avec une quinzaine d'items qui a été utilisé lors d'entretiens semi-dirigés individuels, auprès de dix étudiants en stage S.A.S.P.A.S. au cours des mois de mars et avril 2008.

A la suite de l'analyse de ces entretiens, nous avons réalisé, d'une part, que la question du genre était difficile à approcher de manière «directe», le questionnaire n'étant en fin de compte pas adapté à ce sujet «sensible».

D'autre part, d'autres questions ont été soulevées lors de ces échanges, notamment la question de l'âge, la question de la reconnaissance du rôle, la question du rapport hiérarchique avec le médecin superviseur, la question de l'enseignement sur la relation patient-médecin en faculté

de médecine... Ces différentes directions prises par notre étude m'ont semblé m'éloigner de mes interrogations initiales.

Etant moi-même passée du statut d'interne en médecine générale à celui de médecin remplaçante en médecine générale, au cours des mois qui ont précédé ces premiers entretiens, j'ai réalisé peu à peu que mon questionnement initial, à savoir si le genre a une influence sur la relation patient-médecin, pouvait prendre place dans une réflexion plus large sur le vécu du médecin remplaçant dans la relation patient-médecin.

J'ai souhaité m'intéresser à ce que vivent les médecins généralistes remplaçants en tant que «médecins de substitution» : comment perçoivent-ils la relation avec les patients et comment se sentent-ils perçus, quels éléments les mettent à l'aise ou, au contraire, les déstabilisent dans cette relation, quels facteurs «endogènes» et «exogènes» entrent en jeu dans la construction de ce vécu ?

Avant d'exposer la méthode mise en œuvre pour collecter des données sur ce sujet, nous exposerons, de manière non exhaustive, quelques particularités sur les médecins généralistes remplaçants en France.

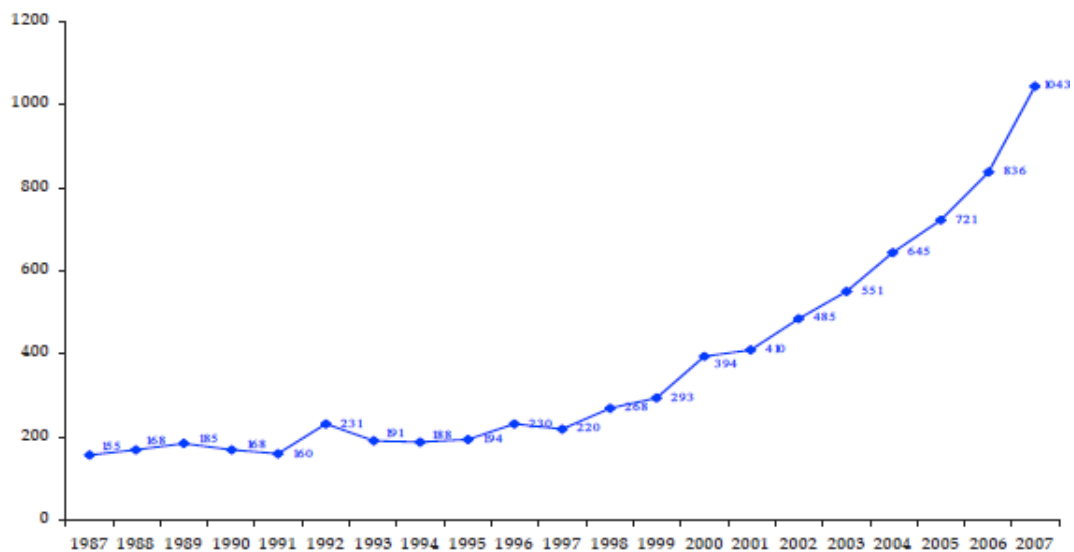
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES REMPLAÇANTS EN FRANCE

I. Etat des lieux

I.1. Répartition

Au 1^{er} janvier 2009, selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (1), le nombre de médecins en activité régulière est passé à 199 736, soit une diminution de 2% depuis 2008 (contre un accroissement de 3,5% dans les années 1980 au niveau de l'effectif total).

Cette même étude recense 9 999 médecins remplaçants ; 72% sont des médecins généralistes en 2008. Leur nombre est en augmentation exponentielle ces vingt dernières années (2).

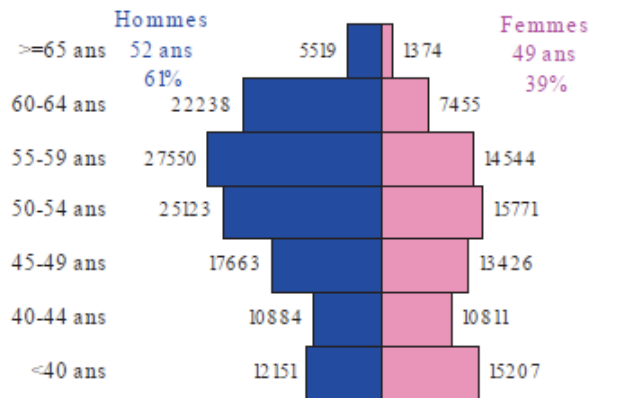


graphique 1 : évolution des effectifs des remplaçants entre 1987 et 2007

Plus nombreux que par le passé, les médecins remplaçants le restent aussi plus longtemps : l'âge moyen d'installation en libéral est en effet de 39 ans, alors qu'il était autour de 30 ans en 1990 (3).

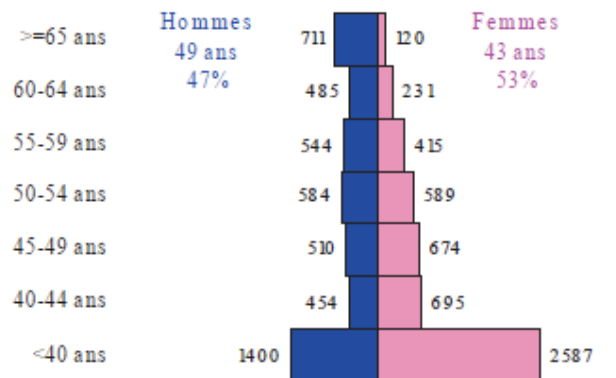
I.2. Profil socio-démographique

On note un vieillissement de la population médicale en activité régulière et une féminisation de la profession, phénomène observé déjà depuis plusieurs années.



graphique 2 : pyramide des âges des médecins inscrits en activité régulière (France entière, 2009)

Les médecins remplaçants sont également touchés par le phénomène du vieillissement, avec une moyenne d'âge de 46 ans (49 ans pour les hommes, contre 45 en 2008, et 43 ans pour les femmes, contre 41 l'année précédente).



graphique 3 : pyramide des âges des 9 999 médecins remplaçants (France entière, 2009)

De fortes spécificités se dégagent du profil démographique des médecins remplaçants avec une nette représentation féminine, plus jeune que leurs confrères installés.

En Alsace, lieu de notre étude, sur 2290 médecins généralistes en activité régulière, 12% sont des remplaçants en 2008.

II. Qui peut être remplaçant ?

Un médecin peut se faire remplacer auprès de sa clientèle :

- soit par un docteur en médecine inscrit au Tableau de l'Ordre ;
- soit par un étudiant en médecine, titulaire d'une licence de remplacement (délivrée uniquement aux étudiants inscrits en troisième cycle des études de médecine générale et ayant effectué trois semestres d'internat, dont un chez un praticien généraliste agréé).

III. Pourquoi choisit-on de remplacer ?

Dans la pratique de la médecine générale, les médecins remplaçants permettent une continuité des soins (4) : leur activité permet de couvrir les périodes d'absence des médecins installés, lors de périodes de congé, de maladie, de maternité ou de formation médicale.

Pour certains, le remplacement est devenu aujourd'hui un métier à part entière, après avoir été longtemps considéré comme une courte «période de transition» entre les études de médecine et l'installation (5, 6).

III.1. Une installation tardive

On observe ces dernières années un rallongement de la période de remplacement en médecine générale. Dans les années 1980, les jeunes médecins s'installaient rapidement pour gagner leur vie en raison du nombre important de médecins. Aujourd'hui, peu de jeunes médecins s'installent en libéral, et ils le font de plus en plus tard. Une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (7) met en évidence une augmentation de 5 ans de l'âge d'installation entre les années 1979 et 2001, ainsi qu'une augmentation du temps séparant l'année de thèse et l'année d'installation (de 1,6 année dans les années 80 à 3,7 années en 2001).

Plusieurs raisons à cette installation tardive peuvent être évoquées :

- la dévalorisation du métier de médecin généraliste (diminution de «l'aura» du statut de médecin généraliste, au profit d'autres spécialités)
- les difficultés d'exercice : une étude française de l'URML d'Ile-de-France (8) montre que 52% des médecins ont des difficultés à trouver un remplaçant, 45% souffrent de problèmes liés aux exigences des patients, 24% de tracasseries avec l'assurance maladie, et 23% d'insécurité (9).
- la lourdeur des tâches administratives (10), qui occupent une part importante du temps de travail du médecin, malgré l'informatisation des cabinets. La nouvelle réforme du médecin traitant (11), qui place le médecin généraliste comme acteur central dans le système de soin, est accusée de la renforcer.
- l'obligation de continuité des soins, obligation déontologique basée sur le volontariat (4) : elle constitue une difficulté, car elle est plus ou moins applicable selon la localisation du cabinet. En zone rurale et isolée, elle s'ajoute à une charge de travail déjà importante, ce qui n'attire pas les jeunes médecins.
- les modifications du temps de travail : soumises le plus souvent à des impératifs familiaux, les femmes médecins souhaitent un aménagement de leur temps de travail durant la semaine, ainsi que des plages horaires plus flexibles. Les jeunes médecins hommes ont aussi les mêmes souhaits : développer des activités hors de l'activité libérale pour améliorer leur qualité de vie (12). Ces attentes rejoignent celles de toute une génération de citoyens, convaincus de l'importance du temps consacré à la vie personnelle et familiale, pour mener à bien sa vie professionnelle de façon efficace et épanouie.
- la peur de l'installation : les jeunes médecins insistent presque tous sur leur volonté de ne pas «se fermer des portes», craignant que leurs premiers choix ne les enferment dans une pratique qu'ils ne pourraient plus changer (13).

III.2. Éléments satisfaisants du statut de remplaçant

De manière non exhaustive, nous relevons ici différents critères soulevés dans des travaux récents (5-6, 12, 14), critères de satisfaction des médecins remplaçants qui pourraient expliquer leur choix de prolonger ou de poursuivre les périodes de remplacement :

- absence de contraintes liées à la gestion d'un cabinet médical ;
- liberté d'aménagement de son emploi du temps ;
- temps libre important (consacré à la formation médicale continue, à des travaux de recherche, à la vie familiale et associative...) ;
- choix des lieux et des médecins remplacés ;
- découverte de pratiques professionnelles et de patientèles diverses ;
- absence de routine.

III.3. Éléments contraignants du statut de remplaçant

Dans ces mêmes études, certains éléments viennent cependant nuancer les critères de satisfaction soulevés par les médecins remplaçants, dont certains seront repris dans notre étude, et approfondis :

- absence de suivi des maladies chroniques ;
- adaptabilité nécessaire à chaque changement de cabinet ;
- manque de reconnaissance et de confiance des patients ;
- conciliation difficile de l'emploi du temps avec la vie de famille ;
- sentiment d'isolement et de solitude ;
- manque de communication avec les médecins installés ;
- manque de communication au niveau de la formation médicale continue, et de reconnaissance des institutions ;
- absence d'indépendance (horaires et prescriptions).

MÉTHODE

I. Présentation de la méthode des focus groups

I.1. Définition

La méthode des focus groups est une technique d'entretien de groupe, qui collecte, d'une manière très approfondie, des informations sur un sujet donné. Elle fait émerger des idées, mais ne permet pas d'atteindre un consensus, ni d'aplanir des différences d'opinions. Son objectif est de mieux comprendre ce que les gens pensent ou ressentent sur un thème, un produit ou un service (15). Le focus group fait partie des techniques d'enquêtes qualitatives (16), par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire (17).

La méthode du focus group est une méthode plus utilisée aux Etats-Unis et au Royaume-Uni que dans la communauté scientifique de langue française, notamment dans la recherche en soins primaires (18-20). En France, cette méthode est actuellement utilisée de manière fréquente en sociologie et en marketing.

I.2. Historique

Les focus groups ont été mis au point pour les besoins du monde industriel aux Etats-Unis après la Seconde Guerre Mondiale. Dans le domaine du marketing, les focus groups ont servi à mieux comprendre comment rendre un produit attractif et désirable en adaptant par exemple son emballage ou sa publicité, selon les avis des clients (21).

A la suite du monde industriel, dans les années 80, la recherche universitaire a adapté la méthode à ses propres besoins, dans divers domaines, notamment la santé publique, l'environnement, les sciences sociales et l'éducation.

I.3. Description

I.3.a. Prérequis

Il faut s'assurer que la méthode des focus groups est appropriée pour l'enquête menée. Ensuite, non seulement il convient de bien préciser le thème pour lequel on recherche des informations, mais aussi de décrire explicitement l'objectif recherché.

Cette méthode peut être utilisée :

- pour étudier des opinions variées sur un sujet donné ;
- pour mettre en évidence les facteurs liés aux opinions, les comportements, les motivations ;
- pour mettre en évidence des différences de point de vue entre groupes d'individus (par exemple patients versus professionnels de santé, patients de différentes ethnies...) ;
- pour préparer une étude quantitative, en recueillant de l'information utile à son élaboration ou à son interprétation ;
- pour tester ou faire émerger de nouvelles idées.

I.3.b. Le questionnaire et la conduite du focus group

Les participants sont informés, dès le début de la séance, du contexte de l'étude afin de bien situer les questions par rapport au thème traité, ainsi que de la manière dont se déroulera l'entretien collectif. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et doit être annoncé.

Le questionnaire comporte en général une dizaine de questions ouvertes qui vont du domaine le plus général au plus particulier. Un protocole est établi pour que chaque chercheur procède de la même façon. Parfois, la durée des réponses à chaque question est déterminée à l'avance, ainsi que le type d'approfondissement requis, les relances de discussion.

Chaque question est abordée en moyenne pendant 15 minutes, une séance durant de une à deux heures (parfois étalée sur plusieurs après-midi ou soirées si besoin).

I.3.c. Les participants

Ils doivent avoir des caractéristiques homogènes liées au thème traité, et être potentiellement de bonnes sources d'information sur le sujet. Il est possible de travailler avec un échantillon représentatif de population mais cela n'est pas obligatoire.

Une autre possibilité consiste à sélectionner les participants pour leurs avis différents et complémentaires sur le sujet afin d'avoir de bons échanges au sein du groupe. Il faut cependant veiller à ne pas mettre dans un même groupe des participants ayant des relations de hiérarchie ou des rapports pouvant rendre leur expression personnelle plus difficile (22).

Les participants peuvent être conviés individuellement en prévoyant une procédure de rappel, ou bien par invitation plus large au sein d'une communauté ciblée, telle une association par exemple.

Le nombre idéal de participants par focus group se situe entre 4 à 8 personnes, toutes volontaires (23).

I.3.d. L'environnement

Les sessions doivent être organisées dans un lieu neutre, convivial et agréable, avec de bons sièges, des rafraîchissements, un agencement en rond pour établir une atmosphère propice à la discussion et aux échanges. Elles sont enregistrées (audio ou vidéo) avec l'accord des participants pour en faciliter l'analyse ultérieure.

I.3.e. Le nombre de séances

Le nombre de groupes à constituer est variable selon le but de l'étude et les ressources disponibles. Le nombre de séances n'est pas fixé à l'avance. Il est conseillé de débiter par l'organisation de 3 focus groups, puis de continuer à en constituer tant que des idées, des opinions ou des thèmes nouveaux apparaissent et que l'on atteigne ce que Krueger nomme la « saturation » (22).

I.3.f. Le modérateur et observateur du focus group

Dans l'idéal, la réunion est organisée par un modérateur associé à une personne préposée à l'enregistrement et à la prise de notes, qui peut être le chercheur lui-même (23).

Le modérateur doit avoir de l'expérience et faire preuve de qualités dans la conduite de réunions et de la dynamique de groupe, notamment en créant une atmosphère détendue. Il peut adapter les questions en fonction du déroulement effectif de chaque réunion et doit se montrer flexible. Il faut favoriser l'émergence des différents avis :

- en demandant des explications pour ce qui paraît implicite ;
- en évitant que dominant des idées normatives dans le groupe ;
- en reformulant les opinions et en synthétisant ce qui a été dit ;
- en proposant aux participants d'essayer de se parler entre eux plutôt que de s'adresser à lui ;
- en s'asseyant un peu en retrait pour adopter une attitude « d'écoute aux portes ».

Il est aidé par un observateur du groupe, qui peut donc être le chercheur lui-même ; celui-ci s'occupe de l'enregistrement des séances, de noter les aspects non verbaux, les interactions relationnelles, qui peuvent apparaître lors de l'entretien collectif. Plus tard, dans la session, le chercheur peut devenir plus interventionniste et orienter le débat pour en approfondir certaines données.

I.3.g. La transcription des interviews

Les réunions sont enregistrées, puis retranscrites, soit par une personne qui n'a pas assisté aux entretiens (recommandations de l'ANAES) dans un souci d'objectivité (24), soit par le chercheur lui-même, comme le préconise Krueger, pour qui les informations non-verbales sont importantes.

La transcription doit être faite avec méthode, et il faut pour cela :

- identifier les commentaires des modérateurs, laisser des espaces entre les paroles des différents intervenants ;
- utiliser un style logique et simple ;
- ne pas s'inquiéter de la ponctuation ;
- transcrire les commentaires mot pour mot, sans reproduire les tics de langages ;
- noter entre parenthèses les notions sur l'intensité de la voix, les coupures ;
- compter suffisamment de temps pour transcrire (huit heures pour un entretien d'une heure).

I.4. Analyse

I.4.a . Les différentes caractéristiques de l'analyse

L'analyse doit être systématique, séquentielle, vérifiable et continue.

Dans les analyses quantitatives, la séparation entre la phase de collecte des informations et l'analyse des résultats est franche : il y a d'abord une phase d'élaboration et de réalisation des entretiens puis une phase d'analyse qui va permettre de générer des statistiques.

A l'inverse, l'analyse des focus groups commence avec la réalisation du premier groupe. En sortant de la réunion, il est utile de retrouver les thèmes qui se sont dégagés et les difficultés pour obtenir certaines réponses. Ceci permet d'améliorer le questionnaire pour le prochain groupe et de collecter de meilleures informations. Puis, au fur et à mesure de la réalisation des autres groupes, l'analyse permet d'aborder une première classification des thèmes, de comparer les nouveautés ou au contraire de repérer les items manquants d'un groupe à l'autre.

I.4.b. Les phases d'analyse

L'analyse peut être réalisée de plusieurs manières, ou plus exactement avec plus ou moins de moyens pour l'assister, le principe de base restant toujours le même :

- découper,
- classer, ordonner en comparant,
- confronter les idées pour les rapprocher ou les opposer.

A la fin de cette phase peut commencer l'interprétation des données.

I.5. Avantages

La méthode des focus groups apporte de nombreux avantages aux chercheurs dans le domaine de la santé et de la médecine. L'interaction de groupe est un élément essentiel dans ce type d'étude, car elle donne sa dynamique et sa richesse à l'entretien (23). Les participants sont encouragés à se parler, à se poser des questions, à échanger des anecdotes ou des commentaires sur leurs points de vue ou leurs expériences. Cette interaction encourage la participation de ceux qui seraient intimidés par un interview isolé. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'effet de groupe permet d'explorer et de clarifier les idées plus facilement que dans un interview individuel. Les différentes opinions, en se renforçant, ou en s'opposant les unes aux autres, s'affinent au fur et à mesure de l'entretien.

Les participants utilisent leur propre mode d'expression au cours des échanges, ainsi que différents types de communication utilisés habituellement dans la vie courante : les anecdotes, les taquineries, les argumentations... Contrairement à un questionnaire fermé, ce type de communication permet de ne pas enfermer les connaissances et les attitudes des personnes dans des réponses figées. Dans ce sens, les focus groups atteignent des dimensions que d'autres méthodes ne peuvent appréhender.

La méthode des focus groups permet d'explorer non seulement ce que les personnes pensent, mais aussi comment elles pensent, et pourquoi elles ont ces avis. Cela permet une prise en compte des différences de culture, de valeurs et de normes sociales des participants.

Cette méthode permet également l'expression de personnes illettrées.

Le focus group est particulièrement adapté aux recherches avec des questions ouvertes qui invitent les participants à explorer des sujets importants pour eux, dans leur propre vocabulaire. Lorsque la dynamique de groupe fonctionne bien, cette méthode permet de tester ou de faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

I.6. Validité : comment vérifier la validité des focus groups ?

La notion de validité (22) est différente de celle des études quantitatives dans lesquelles des résultats chiffrés représentent statistiquement les avis des personnes interrogées.

Dans les focus groups, le chercheur obtient directement les réponses et il a l'opportunité de les clarifier et de les approfondir grâce à la relance qu'il peut faire au cours de l'entretien. Ce sont les mots des participants qui sont directement repris pour l'analyse de leurs opinions.

Dans une étude qualitative, la validité repose sur l'assurance d'une démarche de qualité à chaque étape (25). Pour cela il faut :

- réaliser une étude pilote pour tester les questions ;
- avoir des modérateurs entraînés et expérimentés ;
- écouter attentivement les participants et leurs réactions ;
- approfondir les points ambigus dans leurs réponses ;
- utiliser une analyse systématique ;
- reprendre les thèmes ou idées à la fin avec les participants (23).

I.7. Peut-on généraliser une enquête par focus group ?

Non, car le but est d'aller en profondeur dans le sujet à l'inverse des études par interviews directs qui limitent les réponses au lieu de les approfondir mais permettent de le généraliser en fonction de l'échantillon de population choisi (randomisation, échantillon représentatif).

Par contre, il est possible, dans certaines conditions, de réaliser un transfert de données, afin de les tester ou de les exploiter dans un autre contexte : les données du focus group peuvent alors être intégrées dans un questionnaire, et servir de base à un travail quantitatif.

II. Choix du type de méthode

Face à notre sujet de recherche, à savoir la perception de la relation patient-médecin par les médecins remplaçants, l'utilisation d'une méthode qualitative semblait essentielle. La méthode des focus groups nous a semblé être la méthode qualitative la plus adaptée pour étudier cette question, étant un procédé très ajusté à l'étude des comportements, des expériences vécues et des attentes.

Elle nous a également paru intéressante parce qu'elle a permis des échanges directs avec des médecins remplaçants, d'où un intérêt sur le plan relationnel. L'émergence de nouvelles idées a été stimulée par la dynamique de groupe, et la recherche a été enrichie par la participation nombreuse des interviewés. Aussi, cette méthode des focus groups a été utilisée de manière similaire dans le cadre d'autres thèses de médecine générale récentes (26-28).

On oppose souvent les méthodes qualitatives et quantitatives : les méthodes quantitatives sont qualifiées de «réalistes», et les méthodes qualitatives d'«idéalistes» (29) ; on reproche à celles-ci de manquer de rigueur (25).

Elles sont pourtant actuellement utilisées de plus en plus dans l'évaluation des systèmes de santé. En effet, l'entretien est l'instrument privilégié pour la compréhension des comportements, alors que le questionnaire reste une excellente méthode pour l'interprétation d'une conduite (23). Une enquête qualitative permet de définir un objet, de l'explorer, avant de le conceptualiser et de le qualifier. A ce titre, les deux types de méthodes sont complémentaires et peuvent retirer l'une de l'autre un bénéfice mutuel, en utilisant par exemple une méthode qualitative comme prérequis à l'élaboration d'un questionnaire (30).

Enfin, par rapport aux autres méthodes qualitatives :

- l'observation (31) était techniquement difficile à mettre en place au sein d'une consultation (enregistrement vidéo par exemple, pour ne pas perturber la relation entre médecin et patient par la présence d'un tiers) ;
- les entretiens individuels (32) utilisés lors de la première direction de notre étude auprès des étudiants en S.A.S.P.A.S n'ont pas permis pas la libre expression et la prise de recul des personnes interviewées, en raison d'un manque personnel de formation à cette technique, et d'un questionnaire peu adapté à la recherche en cours. De plus, il nous est apparu plus favorable d'utiliser une méthode impliquant davantage de personnes pouvant se stimuler mutuellement.

III. Méthodologie de l'étude

III.1. Objectifs de l'étude

L'étude a porté sur :

- la perception de la relation patient-médecin, vécue par les médecins remplaçants : comment se sentent-ils perçus par les patients, quels facteurs améliorent, ou, au contraire, rendent difficiles la relation avec les patients ?
- leurs attentes liées à cette relation : que doit être une relation patient-médecin réussie, quels sont les éléments qui leur semblent essentiels, ou qui, au contraire, entravent cette relation ?

Une des hypothèses de départ est que la relation patient-médecin est perçue par les remplaçants comme étant différente de celle vécue par les médecins installés, du fait de leur statut de «médecin de substitution».

III.2. Formation des groupes

Entre mars et septembre 2009, nous avons organisé trois réunions de médecins généralistes remplaçants, contactés par messagerie électronique via la base de données des remplaçants inscrits au Conseil de l'Ordre du Bas-Rhin. Ces entretiens ont été réalisés en soirée, chaque groupe comportant entre quatre et six participants.

Le premier groupe était constitué de six femmes médecins remplaçantes. Dans le second groupe étaient présents six hommes remplaçants, et le dernier groupe, mixte, était composé de trois femmes et d'un homme. Cette constitution des groupes s'explique par une autre hypothèse de départ selon laquelle la relation patient-médecin pouvait être perçue différemment selon le genre.

Les participants aux groupes ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants : personnes adultes majeures, capables de participer à un entretien, consentantes, quels que soient leur âge et leur nombre d'années d'expérience en tant que remplaçant. Le seul critère d'exclusion était le fait de ne plus être remplaçant actuellement (installation récente).

Les remplaçants interrogés dans les trois groupes remplaçaient en moyenne depuis deux ans et demi.

III.3. Animation des groupes

Les deux premières réunions ont été animées par le Docteur Catherine Jung, directrice de thèse, membre du département de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg et médecin généraliste-enseignante, dont l'expérience en animation de groupes a permis de respecter les conditions rigoureuses de réalisation d'un focus group. Elle a donc été la modératrice des réunions, se basant sur les questions ouvertes définies plus bas, sur la reformulation et l'approche empathique pour favoriser la discussion, tout en cadrant les participants pour qu'ils restent dans le sujet étudié.

J'étais moi-même également présente, m'occupant de l'enregistrement des entretiens, de la retranscription des éléments non-verbaux intervenants lors des échanges, et intervenant à la fin de la réunion, pour éclaircir certains points.

Lors de la troisième réunion, j'ai été invitée à prendre le rôle de modératrice, ce qui a enrichi mon expérience personnelle d'animation de groupes.

III.4. Déroulement des réunions

Chaque entretien a duré environ deux heures, et a été enregistré avec l'accord des participants, à l'aide d'un dictaphone. Ils se sont déroulés à chaque fois de façon similaire :

- accueil des participants ;
- présentation des chercheurs ;
- définition de la méthode et rappel de la confidentialité ;
- rappel de la question centrale de l'entretien ;
- énoncés des questions de relance au fur et à mesure des échanges ;
- remerciements et collation.

Le premier groupe s'est réuni dans la cafétéria de l'Amicale des étudiants de médecine de l'université de Strasbourg ; ce lieu s'étant avéré peu propice à des échanges conviviaux, il a été décidé de réaliser les groupes suivants au sein d'un environnement plus chaleureux, dans un domicile privé.

Lors de la dernière réunion, les thèmes abordés devenaient redondants, et aucun élément nouveau ne semblait se dégager, ce qui a motivé notre décision d'arrêter notre recherche après ce troisième entretien.

III.5. Le guide d'entretien

Il a été élaboré selon les critères décrits dans la présentation des focus groups. Il comprenait six questions ouvertes qui permettaient de guider l'entretien, en tenant compte des premiers entretiens individuels réalisés l'année précédente.

Les questions difficiles à comprendre ont été reformulées en cas de nécessité, et les thèmes abordés ont été recentrés sur les axes jugés principaux par les personnes interrogées. Certains thèmes apparus comme secondaires ont été supprimés.

Le guide d'entretien comportait six questions principales :

1. Qu'est-ce que signifie pour vous une relation patient-médecin réussie ?
2. Quels éléments, quels indices, vous permettent de penser qu'une telle relation est réussie ?
3. Quels éléments peuvent favoriser, ou au contraire, rendre difficile la relation ?
4. Comment votre statut de médecin remplaçant influence-t-il la relation ?
5. Comment, selon vous, le fait d'être un homme ou une femme médecin influence-t-il la relation patient-médecin ?
6. Comment vivez-vous les éventuelles situations de séduction lors de vos remplacements ?

Des relances neutres à type de reformulation ont pu être faites au cours des réunions, afin de s'assurer de la bonne compréhension des propos des médecins interrogés.

III.6. Analyse des entretiens

A l'issue de chaque réunion, une retranscription intégrale des entretiens a été faite par dactylographie à l'aide du logiciel Pages.

Nous avons ensuite effectué une analyse lexicale transversale (33, 34), manuelle, pour chaque groupe, avec recherche des thèmes (appelés occurrences) qui se dégagent, en listant pour

chacune d'elles les verbatims (phrases ou expressions) utilisés ; ils ont été laissés dans leur version initiale afin d'essayer de rester le plus proche de leur sens. Les occurrences ont ensuite été organisées et rassemblées selon des grands thèmes (ou dimensions), en se laissant la possibilité d'en rajouter ou d'en enlever si besoin (34).

IV. Critique de la méthode

Certains éléments dans notre méthodologie, nous ont semblé critiquables à posteriori :

- il existait un biais de recrutement car habituellement les participants aux groupes sont sélectionnés par des sociétés spécialisées ;
- par contre il n'y avait pas de biais lié à la rémunération du temps passé ;
- l'animation des groupes a été effectuée par le Docteur Catherine Jung qui est, ou était, pour certains remplaçants, un médecin remplacé ; cependant il ne nous semble pas avoir remarqué de gêne à ce niveau-là, en tant qu'observatrice, lors des entretiens. De plus, les personnes contactées étaient prévenues à l'avance de la présence du Dr Jung en tant que modératrice, et pouvaient ainsi choisir de participer ou non à ces focus groups en toute connaissance de cause ; enfin, le fait d'avoir remplacé dans le cabinet de groupe du Dr Jung n'a pas empêché certains remplaçants d'aborder certaines anecdotes vécues dans ce cadre-là, mais surtout, étant amenés à remplacer dans d'autres cabinets, ils pouvaient faire état de leur vécu de médecin remplaçant ailleurs que chez elle ;
- enfin, on peut évoquer le fait que le genre des personnes impliquées dans cette recherche a pu en influencer la réalisation et les résultats, notamment par rapport à la question du genre, mais on peut vraisemblablement considérer qu'une personne du sexe opposé l'aurait également influencée.

RÉSULTATS

La relation patient-médecin est une relation complexe, et la classification présentée ici des résultats de notre étude, de manière très «tranchée», pourra sembler, à certains égards, bien artificielle. Nous tenterons donc de garder à l'esprit, tout au long de la présentation des résultats et de la discussion, que les différents éléments abordés restent intimement intriqués les uns avec les autres dans la réalité de la pratique médicale quotidienne.

Cette classification a été réalisée en s'appuyant sur des critères de satisfaction récurrents dans la recherche sur les soins primaires (35, 36), à savoir :

- les compétences techniques et biomédicales
- l'aspect interpersonnel
- la communication
- les attitudes médicales lors des consultations
- l'environnement et la gestion du temps

La répartition des verbatims a d'abord été faite pour chaque réunion sous forme de tableaux (Annexe 1) répertoriant les principales dimensions ressortant de chaque entretien, réparties en trois colonnes : la première cite les critères perçus comme positifs par rapport au thème traité, la seconde rapporte ce qui est perçu comme problématique, et la troisième concerne ce que les médecins remplaçants perçoivent comme différent d'avec le médecin remplacé.

A noter que les éléments perçus comme différents d'avec le médecin remplacé (troisième colonne des tableaux) ont été intégrés au fur et à mesure de la synthèse des résultats, selon qu'ils pouvaient être assimilés soit à des critères perçus comme positifs, soit à des critères perçus comme problématiques.

Les résultats seront présentés ici sous forme narrative, en regroupant les thèmes similaires des différents groupes sans les interpréter, mais en s'efforçant au maximum d'être la voix des participants. Ce n'est que dans la discussion que les notions seront reprises et développées, puis discutées.

Dans un premier temps, nous présenterons les composantes de la relation patient-médecin perçues de manière positive par les médecins remplaçants interrogés dans nos focus groups, avant d'aborder celles qui leur semblent plutôt problématiques.

I. Composantes de la relation patient-médecin perçues comme positives

I.1. Compétences techniques et biomédicales

Au sein du thème des compétences techniques et biomédicales, les médecins remplaçants ont relevé les éléments positifs suivants :

- faire un bon diagnostic
- réaliser un examen clinique de qualité
- importance du dossier médical
- adresser les patients aux spécialistes et à l'hôpital
- avoir de l'expérience

I.1.a. Qualité du diagnostic

Les médecins remplaçants sont satisfaits lorsqu'ils font un bon diagnostic, lorsqu'ils arrivent à résoudre «l'énigme présentée par le patient» qui vient en consultation. Certains pensent cependant que le patient peut tout de même repartir de la consultation en étant satisfait, même si aucun diagnostic n'a été posé. **Par rapport au médecin remplacé**, certains remplaçants estiment qu'ils ouvrent parfois «une voie qui n'a pas été ouverte» par le médecin habituel, et que cela peut être avantageux d'avoir «un regard différent».

I.1.b. Qualité de l'examen clinique

Le patient doit être «satisfait à la fin de l'examen clinique», d'après les remplaçants. Par contre, nous verrons plus loin que certaines difficultés peuvent apparaître dans ce domaine.

I.1.c. Le dossier médical

Le dossier médical, partagé avec le médecin remplacé, est un élément important aux yeux des remplaçants, il leur permet de trouver les informations essentielles à la prise en charge du patient.

I.1.d. Faire le lien avec les spécialistes et l'hôpital

Les remplaçants n'hésitent pas à demander un avis spécialisé lorsqu'il leur paraît nécessaire. Une remplaçante cite l'exemple de patients qui ont été «ravis d'avoir été adressés» à un confrère, revenant ensuite vers elle avec le courrier du spécialiste pour avoir son avis et ses explications, alors qu'elle effectuait un remplacement de plusieurs mois.

I.1.e. L'expérience du médecin

«La confiance en soi» est une valeur importante pour les remplaçants. Ils considèrent que le fait d'être «plus âgé» et d'avoir ainsi «plus de vécu» leur permet de mieux gérer certaines situations. Les périodes de remplacement leur semblent une bonne manière d'expérimenter plusieurs types d'exercice de la médecine générale, «de voir des cabinets différents pour voir comment s'exerce la médecine de différentes façons». **Par rapport au médecin installé**, lorsqu'ils pensent manquer d'expérience, les remplaçants perçoivent positivement le fait de pouvoir différer la réponse donnée au patient : «c'est plus facile de reporter les problèmes à plus tard, quand l'installé sera rentré». En proposant au patient «de voir plus tard avec son médecin», ils sont rassurés : «au pire, si tu te ramasses, il y a quelqu'un qui va repasser derrière».

I.2. Aspect interpersonnel

Sur ce thème, les éléments de la relation patient-médecin perçus comme positifs ont été regroupés au sein des occurrences suivantes :

- avoir une approche centrée sur le patient
- établir une relation de confiance
- être reconnu en tant que médecin
- suivre les patients dans la durée
- être un «autre» médecin
- exprimer ses doutes et ses limites
- être conscient de la composante de séduction qui peut exister dans la relation
- être conscient de l'influence du genre (masculin/féminin) sur la relation

I.2.a. Approche centrée sur le patient

Dans leur manière d'aborder les patients, les médecins remplaçants sont attentifs à montrer à la personne en face d'eux qu'elle a de l'intérêt, qu'elle a quelque chose d'«unique» et de «subtil» qu'ils vont prendre en compte, afin de s'adresser au patient «avec les mots qui le touchent». Il est bénéfique de développer une certaine «capacité à s'adapter aux différents patients» qui se présentent en consultation, à «se mettre à leur niveau», même si «le but de la consultation, ce n'est pas de plaire au patient».

I.2.b. Relation de confiance

La confiance est un élément positif de l'interaction avec les patients, selon les remplaçants ; elle permet à la relation d'être «bonne» et «constructive», elle permet «l'échange», la «confiance», elle doit être «mutuelle». La confiance est un lien qui se «construit petit à petit comme toutes les relations professionnelles ou privées», même si dans certains rares cas, elle peut apparaître de manière spontanée de la part du patient «s'il y a du danger, ou plus le problème est grand». «S'il

y a la confiance, les gens boivent plus facilement les paroles». Gagner la confiance du patient est parfois plus important que «de trouver le diagnostic», selon certains remplaçants. La confiance à l'égard du remplaçant peut se manifester lorsque des patients lui adressent «des gens qu'ils connaissent». «Quand quelqu'un amène ses enfants, c'est vraiment qu'il a confiance dans le médecin ou qu'il le croit compétent». **Par rapport au médecin remplacé**, la confiance que les patients accordent au remplaçant est parfois liée à la manière dont leur médecin habituel l'a présenté : lorsque les patients sont prévenus par leur médecin de la présence du remplaçant et assurés de sa compétence, ils semblent lui accorder plus facilement leur confiance. Ils se disent aussi que si leur médecin habituel a confié son cabinet au remplaçant, c'est «qu'il tient le coup».

I.2.c. Reconnaissance du statut de médecin

Les remplaçants semblent satisfaits lorsque les patients «semblent reconnaître que le remplaçant est un docteur». Les patients l'expriment de diverses manières : en leur donnant le titre de docteur («merci Docteur !»), en se renseignant sur l'existence éventuelle de leur propre cabinet («vous êtes installée où, vous ?»).

I.2.d. Suivi dans la durée

La possibilité d'avoir une relation suivie avec les patients est appréciée par les remplaçants. «C'est plus facile, tu es plus à l'aise», «on fait un peu partie de la famille», «c'est agréable de reprendre les choses avec eux» et de «savoir ce qu'ils sont devenus». «Est-ce que c'est finalement ne plus vouloir être remplaçant que de vouloir bien connaître les gens comme ça ?».

I.2.e. Être un «autre» médecin pour le patient

Même s'ils ne sont pas les médecins habituels des patients, les remplaçants interprètent les signes suivants comme une relation positivement vécue avec les patients : «il reviendrait te voir, parce qu'il a apprécié ce que tu as fait», «il choisit de rester», «il y a plus de gens qui restent dans la salle d'attente». **Par rapport au médecin remplacé**, le fait d'être un «nouveau méde-

cin» peut constituer un avantage dans certains cas : les remplaçants peuvent «expérimenter des choses qu'un médecin installé ne fera plus, on n'aura plus l'idée de faire», ils peuvent «creuser un côté que le patient n'aurait jamais abordé avec son médecin», apporter un éclairage nouveau sur une situation.

Parfois les patients apprécient de trouver un aspect différent dans la personnalité du remplaçant «il peut l'apprécier parce que ça change», «ils sont contents de voir, deux ou trois fois par an, un autre médecin que leur médecin traitant». Quelques remplaçants admettent avec humour qu'ils sont parfois contents de pouvoir se dire «ce n'est pas mon patient» lorsque certaines relations s'avèrent pénibles.

I.2.f. Exprimer ses doutes et ses limites

Le médecin remplaçant est conscient de ses «limites», de son «imperfection» et de son «incompétence». Parfois il peut essayer de répondre à tout prix, quitte à prononcer des paroles erronées, ce qui entraîne chez lui «une mauvaise impression en fin de consultation». «Il ne faut pas avoir une position d'autorité à tout prix, parce qu'au bout d'un moment on va se planter».

Lorsqu'il admet qu'il ne sait pas, («apprendre à dire «je ne sais pas»»), il réalise que «le patient n'est pas forcément mécontent», ce qui lui semble positif. **Par rapport au médecin remplacé**, quelques remplaçants notent que les patients «acceptent que, au même titre que le médecin qu'on remplace, on puisse se planter». Ne pas admettre ses erreurs, «c'est la seule chose qu'on reproche au médecin, c'est vrai pour le remplaçant et pour n'importe quel médecin».

I.2.g. Être conscient de la composante de séduction qui peut exister dans la relation

Les remplaçants pensent qu'il est important d'être conscient que ce genre de situation peut se présenter, «il ne faut pas nier la dimension érotique d'une consultation». Certains estiment même qu'il y a «un peu de séduction dans toutes les relations», «pourquoi ce serait présent dans toutes les relations humaines, sauf dans la relation entre patients et médecins ?».

L'une d'entre eux note que l'effort de représentation que font les patients vis-à-vis du médecin est quelque chose d'appréciable : «c'est notre propre reflet de médecin qu'on voit en lui, sans parler de s'aimer, c'est aussi se voir compétent, se voir humaine... Le narcissisme est important aussi parce que c'est le moteur du progrès». Un autre admet que le domaine de la séduction peut apparaître comme «un terrain de jeux».

I.2.h. Être conscient de l'influence du genre sur la relation

La plupart des remplaçants admettent que le genre a une influence sur le déroulement de la relation patient-médecin, même s'ils ne savent pas toujours en expliquer la raison : «une consultation, c'est une relation, tu n'as pas la même relation avec un homme ou une femme quand tu es patient», «il y a forcément un côté sexué dans la relation». Ils notent cette influence surtout du côté du patient : «ce sont plutôt les patients qui ont un à priori sur le genre masculin / féminin».

Lorsque le remplaçant est du même sexe que le patient, surtout pour les femmes, la relation peut en retirer certains bénéfices : «il y a des populations et des cultures particulières qui préfèrent voir des femmes», de nombreuses patientes expriment leur satisfaction à être confrontées à un médecin femme, elles se sentent «plus à l'aise» pour «aborder des thèmes qu'elles ne font pas avec leur médecin habituel», notamment les questions autour de la «gynécologie», «les relations sexuelles et conjugales», elles ont l'impression qu'elles peuvent «parler entre femmes». «Peut-être qu'il y a des choses qui s'ouvrent plus facilement parce qu'on est médecin femme».

Certaines remplaçantes estiment qu'il y a «beaucoup d'avantages à être une femme», qu'elles ont «plus de facilité» pour aborder certains domaines avec des patientes, avec lesquelles elles peuvent «s'identifier plus facilement» («je l'ai vécu»).

Par rapport au médecin remplacé, lorsque le remplaçant est du même sexe que lui, les remplaçants hommes, qui remplacent la plupart du temps des confrères masculins, ne sentent pas de différence liée au genre, dans la relation avec les patients, peut-être parce qu'ils sont «habitué à voir un homme». Par contre, dans le cas où le remplaçant est d'un sexe différent du

médecin remplacé, les femmes remplaçantes rapportent plusieurs situations où, lorsqu'elles remplacent des confrères, de nombreuses patientes en profitent pour aborder avec elles des «problèmes intimes», demander des examens gynécologiques («on dépoussière la table gynéco !»), poser des questions «qui sont visiblement moins abordées par le médecin homme». Certains patients apprécient que «trois ou quatre fois dans l'année, il y ait une femme».

I.3. Attitudes médicales lors des consultations

Plusieurs attitudes médicales semblent contribuer de manière bénéfique à la relation patient-médecin :

- percevoir les attentes des patients et y répondre
- permettre au patient d'exprimer son mécontentement
- savoir rassurer les patients
- savoir convaincre les patients
- participer à l'éducation thérapeutique des patients

I.3.a. Percevoir les attentes des patients et y répondre

Les patients adressent des demandes particulières au médecin qu'il s'agit de bien «entendre», parfois de «décrypter». Parfois il s'agit «d'autre chose que ce qui amène le patient au départ», il faut «les faire dire pourquoi ils sont venus». A l'inverse, il arrive que le patient ne souhaite pas que le médecin «s'aventure sur certains terrains glissants». Il semble utile aux remplaçants de développer une aptitude à percevoir les attentes réelles des patients lors des consultations.

I.3.b. Permettre au patient d'exprimer son mécontentement

Il peut arriver que le patient soit mécontent. Les médecins remplaçants pensent qu'il est nécessaire qu'il puisse exprimer les raisons de son insatisfaction : «il peut juste avoir besoin de venir crier en disant que le traitement qu'on lui a donné n'a pas du tout marché».

I.3.c. Savoir rassurer les patients

C'est une attitude importante à avoir, selon les médecins remplaçants : «le but de la consultation, c'est un peu de le rassurer», «l'absence de genèse d'anxiété exagérée chez le patient». «C'est rassurant d'être écouté, d'avoir pu déposer quelque chose».

Par rapport au médecin remplacé, «l'un des aspects du remplacement, c'est d'essayer d'être suffisamment à l'écoute pour ne pas alerter le patient en étant trop décalé» par rapport au médecin habituel. Il est essentiel à certains remplaçants de ne «jamais mettre en doute ce que fait le médecin traitant, de manière à alerter le patient». Pour que les patients soient rassurés par rapport au changement de médecin, il faut «aller au-devant de leurs attentes», pour qu'ils aient «le sentiment que tu vas t'occuper d'eux», leur proposer de voir ensemble ce qu'il est possible de faire, et «si on n'y arrive pas, on dit qu'on laisse un mot dans leur dossier».

I.3.d. Savoir convaincre les patients

Pour «amener une modification dans la façon de vivre du patient», les remplaçants veulent développer leur aptitude à «le convaincre de ce qui est bien pour lui» et à le faire «adhérer à son projet».

I.3.e. Participer à l'éducation thérapeutique des patients

Les patients sont parfois à la recherche de «conseils». Certains médecins remplaçants profitent de chaque consultation pour aborder certaines questions telles que le tabagisme : «je pratique systématiquement le conseil minimum et généralement les gens réagissent très positivement».

Par rapport au médecin remplacé, le remplaçant a «l'avantage de relancer» une réflexion qui n'a plus été abordée depuis quelque temps par le médecin habituel, ou bien il peut se permettre de dire certaines choses, «des choses que je me permets de dire en tant que remplaçant, mais qu'il (le médecin installé) n'ose pas».

I.4. Communication

Par rapport au thème de la communication entre patient et médecin, les occurrences suivantes ont été abordées dans les focus groups :

- l'importance de la communication non verbale
- l'importance de l'écoute active
- l'importance de la communication avec le médecin remplacé

I.4.a. Communication non verbale

Les médecins remplaçants évaluent la satisfaction du patient par rapport à la relation, par divers indices tels que le «sourire» ou la «poignée de main franche» de la consultation, «le petit geste qui fait que tu as l'impression qu'il s'est passé quelque chose de positif».

I.4.b. Ecoute active

Pour les remplaçants, «il y a une énorme part d'écoute dans la consultation» : elle permet au patient de «sentir que tu l'as entendu», «peut-être qu'il peut partager sa souffrance même si tu n'as pas de solution tout de suite». Parfois le médecin est peut-être «le seul à pouvoir l'entendre». Il doit réussir à «s'extraire de tout jugement» pour que cette écoute soit de qualité.

Par rapport au médecin remplacé, les remplaçants s'imaginent qu'il en a «peut-être parfois marre d'entendre toujours la même histoire», qu'il est moins motivé à écouter. Ils pensent que l'écoute qu'ils proposent, en tant que remplaçants, peut être ressentie par le patient comme «une motivation» qu'ils ne retrouvent plus chez leur médecin habituel. Certains patients donnent parfois l'impression d'oser raconter des choses différentes au remplaçant : «je ne l'ai jamais dit au docteur, je ne peux pas lui dire ça !».

I.4.c. Communication avec le médecin remplacé

Elle est appréciée par la majorité des médecins remplaçants, quand elle est possible : elle permet «un échange constructif entre le médecin qu'on remplace et nous», elle permet de «repre-

dre avec le médecin remplacé certaines consultations» qui semblaient «floues». Elle offre également la possibilité au médecin remplacé d'apporter un «retour» au remplaçant : «quand c'est positif, ils nous le disent spontanément, ils nous rappellent». Lorsqu'elle a lieu, elle peut se faire en laissant «un mot à la fin, ou quand on les a au téléphone après». Certains apprécient de «débriefer quelques semaines plus tard» pour avoir «un recul sur le remplacement».

I.5. Environnement et gestion du temps

Sur ce thème, plusieurs éléments peuvent être considérés comme positifs, à certains égards, pour les médecins remplaçants interrogés :

- le matériel
- la gestion du temps
- les visites à domicile

I.5.a. Matériel

Pour les remplaçants, certains éléments matériels semblent les aider à asseoir leur statut de médecin : par exemple la mallette de visite («c'est trop bien la mallette de docteur ! les patients, ils vont vachement mieux !»), le fauteuil du médecin remplacé («on pourrait mettre Casimir sur le fauteuil, ce serait le docteur !»), ou simplement le fait de savoir où est rangé le matériel lors des consultations : «ça joue pour nous, de savoir où sont les choses».

I.5.b. Gestion du temps

Lorsque le remplaçant dispose de davantage de temps, il a le sentiment que la relation est «plus agréable» et «plus facile». **Par rapport au médecin remplacé**, certains remplaçants affirment qu'il faut «accommoder au mieux le temps que tu vas passer avec le patient, et tu décides que tu vas l'accorder plus ou moins facilement selon le médecin que tu remplaces».

I.5.c. Visites à domicile

Un des focus groups a abordé spontanément le thème des visites à domicile, au cours desquelles il semble, pour les remplaçants, qu'il est «plus facile d'établir un lien avec le patient», «chez eux, ils sont plus à l'aise». **Par rapport au médecin remplacé**, les remplaçants pensent qu'ils parviennent plus facilement à faire venir les patients au cabinet, au lieu de se rendre en visite à leur domicile : «ils se lèvent, alors que d'habitude le médecin vient en visite !».

Après avoir cité les différentes composantes de la relation patient-médecin perçues de manière positive par les remplaçants, nous verrons à présent les éléments qui leur ont semblé difficiles. On remarquera que la plupart des thèmes abordés précédemment se retrouvent dans cette partie, abordés ici par leur versant problématique, d'où une certaine ambivalence que nous développerons dans la discussion qui suivra.

II. Composantes de la relation patient-médecin perçues comme problématiques

II.1. Compétences techniques et biomédicales

Dans ce domaine, les aspects qui posent problème aux remplaçants interrogés sont les suivants :

- craintes liées au diagnostic
- difficultés à effectuer un examen clinique de qualité
- difficultés liées au dossier médical
- difficultés liées à la prescription d'examens complémentaires jugés inutiles
- remise en cause des compétences du remplaçant
- difficultés à garder une pratique médicale «intègre»
- difficultés à adresser les patients aux spécialistes
- distance professionnelle peu évidente à garder
- manque d'expérience du remplaçant

II.1.a. Craintes liées au diagnostic

Les médecins remplaçants redoutent de «louper quelque chose», d'autant plus que les patients «nous ont vu une fois ou deux, et on s'est planté». Ils admettent qu'ils sont autant à même de se tromper qu'un autre médecin. **Par rapport au médecin remplacé**, certains éprouvent une réelle gêne à faire un diagnostic différent de celui fait par le médecin habituel («ce qui est plus dur, c'est quand on n'est pas d'accord avec le médecin, que faire ?»), ou bien lui reprochent d'avoir eu «une prise en charge qui n'a pas été correcte médicalement».

II.1.b. Difficultés à réaliser un examen clinique de qualité

Certains patients ne souhaitent pas être examinés : «les gens n'ont pas le temps, ils ne sont pas venus pour ça et ils ne vont pas le faire», «pour certaines personnes, un médecin qui creuse, c'est une agression». Il peut également s'agir de raisons dites culturelles : «les femmes musulmanes se déshabillent moins facilement». D'autres patients semblent surpris lorsque le remplaçant souhaite effectuer un examen clinique : «ils sont surpris que tu prennes ton brassard». Ces situations mettent les remplaçants mal à l'aise.

II.1.c. Difficultés liées au dossier médical

Les remplaçants ont relevé à plusieurs reprises que certains dossiers médicaux sont parfois incomplets, voire inexistants, ce qui leur rend la relation avec le patient peu évidente à gérer : «on va avoir plus de mal à être à la hauteur s'il n'y a pas de dossier». **Par rapport au médecin remplacé**, le remplaçant semble désavantagé dans sa pratique médicale parce qu'il ne connaît pas les patients et qu'il n'a pas «l'omniscience du médecin traitant qui suit le patient».

II.1.d. Difficultés liées à la prescription d'examens complémentaires jugés inutiles

Ces remplaçants sont parfois confrontés au problème des examens complémentaires prescrits inutilement pour rassurer le patient : «si tu veux le satisfaire, tu n'arriveras pas à faire une médecine correcte». Ils sont prêts à les refuser lorsque la demande leur paraît abusive. Ils redoutent

«l'escalade thérapeutique» et appliquent ce qu'ils «considèrent comme normal» du point de vue de l'exercice médical.

II.1.e. Remise en cause des compétences du remplaçant

Il arrive que des patients «remettent en question la valeur, la qualité du travail» du remplaçant, «ils hésitent parfois à consulter pour des motifs assez bénins», ou s'interrogent sur la capacité du remplaçant à accomplir certains actes : «vous faites les prises de sang aussi ?», «vous avez le droit de faire une ordonnance ?», ou encore «le petit nouveau, il ne sait pas prendre la tension». Ces différentes remarques sont ressenties de manière pénible par les remplaçants. **Par rapport au médecin remplacé**, les remplaçants notent parfois le besoin de prouver aux patients, et parfois même au médecin remplacé, qu'ils sont aussi compétents que celui-ci. «C'est un peu frustrant de sentir qu'à chaque fois qu'on dit quelque chose de différent du médecin habituel, on nous remet en question».

Ce besoin de s'affirmer est peut-être lié aux représentations des patients qui pensent «qu'un médecin âgé, c'est un bon médecin» et que «un jeune médecin qui sort de l'hôpital, il ne sait rien», ou bien que «si on fait différemment du médecin remplacé, ils nous considèrent comme étant moins performants», «s'il fait comme le médecin habituel, c'est un vrai docteur». Les remplaçants sont parfois confrontés à «l'image du médecin tout-puissant» que possède le médecin qu'ils remplacent. Il arrive aussi qu'ils ressentent une sorte de contrôle de la part du médecin remplacé : «la qualité de notre travail serait toujours soumise à l'approbation du médecin qu'on remplace», «il faut qu'il ait de bons retours», comme s'ils étaient encore «sous la tutelle d'un maître», «un regard qu'on redoute». Ils n'apprécient pas d'être encore considérés comme des «stagiaires».

Quelques remplaçants s'interrogent sur les attentes qui peuvent exister de la part des patients en fonction du médecin qui les soigne, selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme médecin : «peut-être qu'on attribue des compétences aux femmes par rapport aux hommes, par rapport à tous les préjugés qu'on a dans la population ?», «ils préfèrent aller voir une femme

parce qu'ils pensent qu'elle va être plus à l'écoute» ou bien «il y en a qui sont plus rassurés quand c'est des hommes».

Du point de vue des remplaçants, certains hommes sont convaincus «qu'il n'y a pas de différence de pratique entre hommes et femmes», mais les remplaçantes notent toutefois qu'elles doivent «plus s'affirmer dans un monde médical quand même masculin», qu'elles ont l'impression de devoir «faire ses preuves», et considèrent qu'elles ne sont pas des «sous-médecins» : pour elles, «la blouse n'efface pas tout».

II.1.f. Difficultés à garder une pratique médicale «intègre»

Par rapport au médecin remplacé, bien souvent le remplaçant se trouve confronté à un dilemme : «tu es toujours entre ces deux tendances, de faire un petit peu le caméléon, et en même temps de garder un petit peu une éthique personnelle». Certains tentent «d'arrondir les angles plutôt que de chercher le conflit» au prix parfois d'une moins bonne pratique médicale.

Il arrive que les remplaçants constatent qu'il y a «des médecins qu'on n'arrive pas à remplacer parce qu'on se rend compte qu'on est bien trop éloigné de leur pratique pour pouvoir les remplacer», plusieurs reprochent même à leurs confrères «d'ignorer les recommandations concernant le suivi de certaines pathologies chroniques» ou «de faire du chiffre». Une partie des remplaçants n'hésite pas à «refuser de faire certaines choses».

Vis-à-vis des patients, les remplaçants se sentent parfois «obligés de protéger le médecin remplacé», de «rester confraternel».

II.1.g. Difficultés à adresser les patients aux spécialistes

Notamment dans le cadre des maladies chroniques, les médecins remplaçants ont parfois des difficultés, du fait de leur statut qui n'est pas celui du médecin installé, à adresser les patients à des spécialistes, en vue d'un suivi plus régulier ou plus poussé : «si j'ai vu le cardiologue, ce n'est pas votre problème, vous êtes la remplaçante».

II.1.h. Distance professionnelle difficile à garder

Elle est nécessaire mais parfois difficile à établir : il faut «prendre sur soi», apprendre à «rester neutre». Certaines «émotions» peuvent complètement «parasiter la relation», «on n'est plus du tout dans l'histoire du patient».

II.1.i. Manque d'expérience du remplaçant

Les patients «sentent bien nos doutes, nos hésitations, nos réticences ; ça peut nous mettre très mal à l'aise, on ne sait pas, parfois, comment s'en sortir». Ce manque d'assurance peut entraîner un «manque de confiance au début», de la part du patient. «Les preuves, on doit les faire aux patients, on doit avant tout se les faire à soi-même».

Pour les remplaçants, il existe une réelle difficulté liée à un «manque de connaissances sociales et administratives». Certains estiment que leur formation est «un peu limitée». Ces différents éléments les placent dans des situations parfois délicates. Ils sont tentés de «reporter les problèmes à plus tard, quand l'installé sera rentré», et ils trouvent un certain réconfort à penser que «au pire, si tu te ramasses, il y a quelqu'un qui va repasser derrière».

II.2. Aspect interpersonnel

Sur le plan interpersonnel, les remplaçants interrogés ont ressenti la relation problématique à plusieurs niveaux :

- relation consumériste
- méfiance des patients
- remise en cause du statut de médecin
- relation épisodique
- relation dépendante de la «relation primaire»
- ne pas être le médecin attendu
- difficultés à gérer les relations de séduction
- difficultés liées au genre

II.2.a. Relation consumériste

Les médecins remplaçants n'apprécient pas d'être parfois considérés comme «des prestataires de service qui font plaisir», d'avoir un «rôle d'interface entre la plainte du patient et le passage chez le pharmacien» ou le «rôle du remplaçant qui lui prescrit un truc pour sa rhinopharyngite, point barre».

II.2.b. Méfiance des patients face au remplaçant

La confiance des patients est parfois longue à gagner («il faudra du temps»). Les médecins remplaçants constatent régulièrement une méfiance de la part des patients, par rapport à ce qu'ils disent : «si on dit quelque chose de nouveau, ça paraît tout de suite un peu suspect». Pour certains, la difficulté réside principalement auprès des personnes âgées qui «ne sont pas très ouvertes à se confier à quelqu'un d'autre». Ce «manque de confiance» est ressenti comme «une limite de la relation». **Par rapport au médecin remplacé**, une des remplaçantes rapporte une situation mal vécue où le médecin remplacé «faisait plus confiance au patient» qu'au remplaçant, ou bien une situation de consœurs où «le médecin ne les avaient pas bien amenées, elles sentaient que c'était super dur avec les patients».

II.2.c. Remise en cause du statut de médecin

Régulièrement, le statut de médecin du remplaçant est mis en doute par les patients, soit par des remarques telles que «il est où le patron ?», «vous êtes un vrai médecin ?». Il peut arriver que les patients se demandent si le remplaçant a terminé ses études, ou bien même qu'ils aillent vérifier dans une autre pièce du cabinet que leur médecin habituel est effectivement absent. Les femmes remplaçantes rapportent davantage de remarques les concernant, où leur statut de médecin semble remis en cause en partie à cause du fait qu'elles sont des femmes : «on vous prend parfois pour l'assistante», «c'est l'infirmière, elle remplace le docteur !», «il faut être viril ! le médecin, c'est un homme, un vrai !».

II.2.d. Relation «épisodique»

Les médecins remplaçants sont généralement «frustrés» de n'intervenir que «de façon épisodique, c'est-à-dire une ou deux fois par an», dans l'histoire du patient, de ne pas avoir de «retours pour évaluer» leur action, notamment lorsque les lieux de remplacement changent souvent : «chaque fois qu'on arrive dans un nouveau cabinet, tout est à refaire». Certains remplaçants semblent accepter cet état : «j'ai accepté cette part là que nous, on est là finalement pour l'urgence, et puis voilà».

II.2.e. Relation dépendante de la «relation primaire»

La relation qui s'établit entre le patient et le remplaçant est souvent influencée par celle qui existe déjà entre le médecin remplacé et son patient : «notre relation se substitue à la relation entre le médecin traitant et le patient». Les remplaçants ressentent ce que leur renvoient les patients et perçoivent la relation pré-existante. Certains notent «qu'il faut quand même pouvoir se couler dans cette espèce de moule pré-établi» ou «jouer un rôle». Il peut être difficile de s'adapter à certains patients dont les médecins habituels ont une «aura» particulière, un «petit côté gourou». Plusieurs pensent que chaque médecin a une patientèle différente, et qu'on ne remplace pas de la même manière différents médecins. «La qualité de la relation dépend du médecin qu'on remplace», affirment quelques-uns.

II.2.f. Ne pas être le médecin attendu

Lorsqu'ils viennent en consultation, il arrive que les patients «se retrouvent confrontés au remplaçant qui le surprend». En effet, «quand le patient vient dans le cabinet du Dr X, c'est pour voir le Dr X». «Il arrive que certains patients partent», et d'autres se retrouvent face à un dilemme «je reste, je reste pas ?».

Pour les médecins remplaçants, c'est également une déception de voir «des mines déconfites dès qu'ils ouvrent la porte», de voir la «salle d'attente vide», ou de sentir «que ce n'est pas ce qu'il voulait voir», même s'ils sont quelques-uns à comprendre cette déception du patient :

«quand quelqu'un commence à dire des choses intimes à quelqu'un, et qu'il faut le répéter à un autre que tu vois pour la première fois, je comprends tout à fait qu'il ait envie de continuer avec son médecin».

II.2.g. Difficultés à gérer les relations de séduction

Lorsqu'elle se présente, ce genre de relation est vécue comme gênante par les remplaçants, ils se retrouvent parfois démunis et déstabilisés. Elle peut prendre la forme de remarques sur l'apparence extérieure du médecin, de questions sur sa vie privée, et parfois même de contacts physiques non désirés par le médecin : «c'est un pas qui est franchi».

Face à ce malaise, le remplaçant peut essayer de replacer un peu le cadre de la consultation, de rester professionnel, de «redevenir le médecin, une espèce d'être qui n'est ni homme, ni femme», mais «c'est difficile de relever, tu as toujours le doute que ce n'était pas volontaire», sauf quand «certaines personnes draguent ouvertement». Ils savent qu'il «ne faut pas entrer dans ce jeu-là», et que «en tant que jeune médecin, il faut se méfier des névroses hystériques».

Ce genre de relation est «une relation complètement manquée», même si quelques-uns admettent que cela ne les laisse pas toujours indifférents et qu'ils se «réfugient derrière la technique pour ne pas dériver».

Certains hommes remplaçants ont noté qu'ils peuvent peut-être mieux maîtriser ces situations que leurs consœurs, et qu'ils subissent peut-être «un type de drague moins agressif». Les femmes remplaçantes, quant à elles, concernant les contacts physiques non désirés, se demandent si «les hommes médecins subissent ça de la part de leurs patientes» et si «c'est peut-être moins méprisant pour les médecins hommes».

Par rapport au médecin remplacé, quelques remplaçants notent que certains patients se permettent parfois des choses qu'ils ne se permettraient pas avec leur médecin habituel : «il n'aurait sûrement pas fait ça au médecin».

II.2.h. Difficultés liées au genre du patient et du médecin

Les femmes remplaçantes ressentent parfois des difficultés à ne pas être du même sexe que le patient. Certains hommes semblent un peu méprisants, d'autres sont un peu hésitants au départ à aborder certains thèmes : «une femme peut aussi comprendre même si ce n'est pas tout à fait pareil». Pour les hommes remplaçants, il leur semble avoir moins d'occasions et moins de facilités à aborder le domaine de la gynécologie avec leurs patientes, qui n'aborderont pas les mêmes sujets avec eux.

Par rapport au médecin remplacé, lorsque le remplaçant est d'un sexe différent, les femmes remplaçantes notent que quelques hommes n'osent pas aborder certains thèmes avec elles. Quelques remplaçantes ressentent une plus grande facilité à remplacer une consœur, car lorsqu'elles remplacent des hommes, il semble que «les attentes sont différentes», ou que «les patients se comportent différemment».

Les remplaçants hommes, lorsqu'ils remplacent une consœur, notent que les patients attendent peut-être «quelque chose de différent, un abord qui n'est pas tout à fait le même, et qu'ils ne trouveront pas chez nous», ou bien «ils ne disent pas les mêmes choses». Parfois les patients changent de salle d'attente, ou leur font la réflexion. Il arrive fréquemment que des femmes médecins recherchent spécifiquement des remplaçantes ; l'inverse se voit peu. De même, les hommes installés cherchent parfois à être remplacés par des femmes : «comme ça, la population du village peut aller voir une femme de temps en temps».

II.3. Attitudes médicales lors des consultations

Dans ce domaine également, les médecins remplaçants rencontrent certains problèmes :

- difficultés à répondre aux attentes des patients
- difficultés à convaincre
- éducation thérapeutique problématique

II.3.a. Difficultés à répondre aux attentes des patients

Parfois le médecin remplaçant va apporter une réponse qui ne correspond pas à ce que le patient attendait («je ne sais pas si notre rôle, c'est de satisfaire son patient»), par exemple lorsqu'il refuse de prescrire des antibiotiques quand il estime qu'ils sont injustifiés, ou de «signer un certificat entre deux portes», ou encore «d'anti-dater des arrêts de travail».

Les remplaçants remarquent qu'il y a parfois inadéquation entre la demande du patient et la réponse proposée : «parfois tu oscilles vraiment entre la demande du patient et ta façon d'exercer».

II.3.b. Difficultés à convaincre

Les médecins remplaçants pensent «qu'un traitement pris sans être compris sera un traitement moins efficace». Néanmoins, «il est difficile de persuader quelqu'un que ce qu'on va lui prescrire va l'aider». Ils pensent que si «les patients ne sont pas d'accord, ils ne feront pas ce qu'on a dit».

Par rapport au médecin remplacé, là encore, les remplaçants sont gênés de «mettre l'autre médecin en porte-à-faux».

II.3.c. Éducation thérapeutique problématique

Pour certains remplaçants, une des plus grandes difficultés de la relation réside dans l'éducation thérapeutique du patient, surtout lorsque «cela engage un changement des habitudes de vie». D'une part, ils pensent que les patients n'ont pas forcément «envie d'entendre ce genre de discours» ou «ils préfèrent ne pas trop chercher, de peur de trouver», et d'autre part, concernant le dépistage, ils se demandent jusqu'où aller : «on commence par le tabac, la mammo, le frottis, le cholestérol... jusqu'où tu t'arrêtes ?». Quelques-uns sont mêmes gênés par le domaine de l'éducation, «ça veut dire qu'on se sent supérieur à quelqu'un». D'autres se demandent si «c'est possible de faire de l'éducation quand tu remplaces pendant une semaine ?», car c'est une démarche qui, selon eux, «prend beaucoup de temps». Certains se demandent même

«si c'est leur rôle». **Par rapport au médecin remplacé**, il sera difficile au remplaçant de participer à l'éducation thérapeutique du patient «si le médecin installé ne l'a pas fait avant».

II.4. Communication

Les médecins remplaçants rencontrent des difficultés dans ce domaine :

- difficultés à modifier le rituel établi
- écoute active parfois difficile
- communication parfois délicate avec le médecin remplacé

II.4.a. Difficultés à modifier le rituel établi

Sur le plan de la communication non verbale, les patients sont «demandeurs d'un certain rituel» au cours de la consultation pour se sentir en confiance avec le médecin. Les patients «ne se sentent pas à l'aise si ça ne se passe pas comme d'habitude». Les remplaçants peuvent aussi «être perdus ou décontenancés». **Par rapport au médecin remplacé**, les remplaçants sont parfois confrontés à des «signes d'impasse» dans leur manière de «mettre en scène la consultation» tant qu'ils n'ont pas «trouvé la clé», «réussi à respecter le code», même s'ils aspirent à rester eux-mêmes. «C'est très médecin-dépendant, la tournure de la consultation».

II.4.b. Écoute active parfois difficile

L'écoute active peut s'avérer problématique lorsque le médecin remplaçant «n'est pas disponible», ou «préoccupé par autre chose». C'est particulièrement gênant «quand c'est une logorhée», quand les gens sont «très expansifs» et «qu'ils ne se rendent pas compte qu'on ne les écoute pas». Parfois, «ça prendrait trop de temps», «c'est usant d'écouter les gens de façon active», «ça te vide», «c'est fatigant».

II.4.c. Communication parfois délicate avec le médecin remplacé

Dans certaines situations, le médecin remplaçant hésite à transmettre des informations au médecin qu'il a remplacé, notamment dans le cas d'un diagnostic qui aurait été manqué par le

médecin remplacé, mais selon quelques remplaçants, «le médecin remplacé ne le prend pas forcément mal». A l'inverse, les remplaçants sont parfois inquiets lorsqu'ils n'ont pas de retour de la part du médecin remplacé, lorsqu'ils ne savent pas «ce qu'il dit sur eux quand il n'est pas d'accord». Concernant les patients, il est parfois intéressant d'être informé par le médecin remplacé de certaines situations, mais cela peut également influencer l'opinion du remplaçant alors qu'il aurait peut-être préféré ne pas avoir de «préjugés sur les gens».

II.5. Environnement et gestion du temps

Enfin, sur ce dernier thème, les éléments problématiques abordés dans les focus groups sont :

- les difficultés liées aux appels téléphoniques
- la gestion du temps problématique
- les difficultés liées au matériel
- les visites à domicile problématiques

II.5.a. Difficultés liées aux appels téléphoniques

C'est un élément qui perturbe la relation, notamment lorsqu'il sonne plusieurs fois au cours d'une même consultation. L'accueil téléphonique constitue également un «élément pénible» pour les remplaçants. **Par rapport au médecin remplacé**, lorsque les patients ne tombent pas sur leur médecin habituel lors de leurs appels téléphoniques, ils sont souvent déstabilisés : «y'a un blanc de 5-6 secondes, genre *qu'est-ce que je vais faire ?*», «ça m'arrive de m'annoncer au téléphone et puis j'entends juste la personne qui raccroche».

II.5.b. Gestion du temps problématique

Le temps accordé à chaque patient dépend du nombre de patients présents dans la salle d'attente : «l'état de la salle d'attente dicte un peu le temps». Si le médecin remplaçant est pressé ou en retard, il occulte certains éléments de la consultation («on n'a pas le temps de se replonger dans le dossier») ou ne réalise pas certains gestes («je ne le fais pas quand je sais que je

suis pressée»). Certains médecins remplaçants interrogés revendiquent le fait d'avoir «un timing» : «on est quand même pris, même en tant que médecin remplaçant».

II.5.c. Difficultés liées au matériel

Le remplaçant a «plus de mal à être à la hauteur s'il n'a pas le matériel nécessaire», ou s'il ne sait pas où est rangé le matériel. Surtout au début d'un remplacement, quelques-uns avouent «ne pas être disponibles pour les patients». La découverte du cabinet, notamment la prise en main de l'ordinateur et du logiciel informatique, constitue un frein à leur disponibilité.

II.5.e. Visites à domicile problématiques

Au domicile du patient, le médecin perd un peu au niveau «du confort d'examen». La plupart des remplaçants sont assez mécontents de devoir se déplacer «pour des visites à domicile non justifiées». **Par rapport au médecin remplacé**, certains remplaçants pensent que certains patients «font le choix de venir te voir au cabinet plutôt que chez eux, parce qu'ils n'ont pas assez confiance pour que tu viennes chez eux».

DISCUSSION

La discussion a été organisée autour des items retrouvés à partir des thèmes qui ont émergé lors des focus groups, comparés aux données de la littérature. A chaque fois que cela était possible, nous avons rapproché les données dites «positives» aux données dites «problématiques», afin de mieux cerner l'ambivalence parfois retrouvée selon les thèmes.

L'une des principales idées qui émerge de cette étude est que les médecins généralistes remplaçants sont confrontés, au même titre que les confrères qu'ils remplacent, aux défis liés à la relation entre tout soignant et son patient, défis liés entre autres aux compétences, à l'approche relationnelle, à la communication. Mais le rôle du remplaçant comporte, de plus, certaines particularités liées à son intervention ponctuelle au sein d'une relation pré-existante entre le patient et le médecin qui le soigne habituellement.

On retrouvera également, au fur et à mesure de la discussion, plusieurs éléments rejoignant une de nos hypothèses de départ, à savoir que le genre du médecin et du patient influence la relation patient-médecin.

I. Compétences techniques et biomédicales

I.1. Le diagnostic

I.1.a. Faire un «bon diagnostic»

La satisfaction «du bon diagnostic» éprouvée par les médecins remplaçants, correspond à la satisfaction d'une certaine «vocation» du médecin, quel qu'il soit, qui est souvent le résultat d'attentes conscientes et de désirs inconscients. Il s'agit ici du désir d'exercer un art qui fait appel au sens du discernement et à la capacité de décision du médecin.

Dans la littérature, ces désirs conscients ou non du médecin vis-à-vis de l'exercice médical, sont représentés par (37) :

- le désir de soulager, de prendre soin, de réparer ;
- le désir de pouvoir, de respect ;
- le désir d'acquiescer une «situation sociale» et une rémunération ;
- le désir de participer à l'évolution des normes éthiques d'une société ;
- le désir d'accomplir une mission sociale ;
- le désir d'allier compétence technique à la richesse des relations humaines.

I.1.b. Crainte liée à un mauvais diagnostic

A l'inverse, les remplaçants redoutent de faire un mauvais diagnostic, d'autant plus que les patients ne les voient que ponctuellement, même s'ils sont conscients qu'il peut arriver à n'importe quel médecin de se tromper.

L'une des tâches les plus complexes et stimulantes d'un médecin est l'établissement d'un diagnostic. Malheureusement, un mauvais diagnostic peut entraîner la mise en place d'un mauvais traitement ou retarder la prise en charge d'une pathologie.

La pratique médicale d'un médecin peut être améliorée s'il est prêt à tenir compte de ses erreurs. Pour cela, il est nécessaire de disposer de «feedback» de la part des patients, de ne pas faire preuve d'un excès de confiance en soi (38), et d'accepter que le processus du diagnostic ne soit jamais figé (39) : lorsque des signes et des symptômes ne rentrent pas dans le cadre d'une maladie, ou si de nouveaux symptômes apparaissent, la recherche du diagnostic correct doit se poursuivre.

D'après les articles 32 et 33 du Code de Déontologie Médicale, «dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, des concours appro-

priés (...). Si le médecin est embarrassé pour établir un diagnostic, il doit faire appel à un consultant, à un spécialiste ou prescrire la mise en observation du malade".

Cette démarche peut effectivement sembler difficile à réaliser par les remplaçants qui n'ont souvent pas suffisamment de recul vis-à-vis d'une situation clinique donnée, vu leur intervention ponctuelle dans l'histoire d'un patient.

I.1.c. Un diagnostic «à tout prix» ?

Certains remplaçants interrogés estiment qu'un diagnostic précis n'est pas nécessaire à la satisfaction du patient.

Cette même idée est retrouvée dans une étude effectuée auprès de médecins généralistes français (27). Pourtant, dans son livre «Le médecin, son malade et la maladie» (40), Balint rapporte que les patients supportent moins bien une douleur sans diagnostic. Une revue de la littérature (41) rapporte que sur un ensemble de patients présentant des symptômes physiques en consultation de soins primaires, 10 à 20% d'entre eux ont des symptômes non expliqués par une maladie physique. Cette même étude révèle que les médecins éprouvent de la frustration lorsqu'ils ne peuvent pas attribuer certains symptômes de leurs patients à telle ou telle maladie. Les patients recherchent une légitimité à leurs problèmes et désirent que leur médecin accepte la réalité de leurs symptômes.

Une autre étude (42) montre que les patients ne reprochent pas à leurs médecins de ne pas réussir à les soigner, mais souffrent plutôt de ne pas être pris au sérieux et de ne pas se sentir soutenus.

I.1.d. Le remplaçant, un «intervenant extérieur» par rapport au diagnostic : avantage ou inconvénient ?

Dans l'établissement d'un diagnostic, il a été relevé dans les focus groups que, parfois, les remplaçants peuvent être avantagés par leur regard «d'intervenant extérieur».

Cette idée n'a pas été retrouvée dans la littérature. Habituellement ce regard extérieur peut être posé par un spécialiste à qui l'on adresse un patient, ou un confrère lors d'une discussion en groupe de pairs par exemple, permettant au médecin habituel de «re-centrer» sa propre vision face au cas présenté par un patient en question. Il est possible que les remplaçants puissent avoir ce rôle parfois, en intervenant ponctuellement dans la relation patient-médecin : en effet, ils abordent l'histoire du patient avec un œil «neuf», un regard peut-être plus objectif, non influencé par les inévitables liens affectifs et subjectifs qui se créent dans la durée entre un soignant et son patient.

Par contre, certains remplaçants ont exprimé leur malaise lorsqu'ils sont amenés à poser un diagnostic différent de celui fait par le médecin qu'ils remplacent, ou lorsqu'il leur semble qu'un diagnostic n'a pas été posé assez tôt.

A ce sujet, si l'on envisage que le remplaçant peut être considéré comme un «consultant», on peut citer quelques articles du Code de Déontologie Médicale qui peuvent apporter un éclairage sur ces situations :

Article 58. - Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter l'intérêt du malade en traitant notamment toute situation d'urgence, et le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin. Le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions.

Article 61. - Quand les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent profondément, à la suite d'une consultation, le malade doit en être informé.

Article 62. - Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant. Il ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient.

Article. 64. - Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Face à ce dilemme ressenti par les remplaçants, à savoir la possibilité d'apporter une aide au médecin remplacé par leur «regard extérieur», et la crainte de mettre en défaut celui-ci lors de l'établissement d'un diagnostic, il serait intéressant de connaître la perception des médecins remplacés par rapport au regard qu'a le remplaçant sur leurs patients : se sentent-ils mis en échec ou concurrencés par le remplaçant, ou bien au contraire apprécient-ils son aide ? Quel niveau de confiance existe-t-il entre remplaçants et remplacés sur le plan diagnostique ?

I.2. L'examen clinique

Les médecins remplaçants ont relevé que la satisfaction du patient à la fin de l'examen clinique est importante, ce qui a été retrouvé dans une étude réalisée en France (26) : le patient attend un examen clinique complet et consciencieux de la part de son médecin.

Mais les remplaçants notent aussi qu'il est difficile d'examiner certains patients qui ne le souhaitent pas, soit pour des raisons culturelles, soit en prétextant un manque de temps. Parfois même les patients semblent surpris d'être examinés par le remplaçant.

L'examen physique est quelque chose de profondément intime, et la manière dont le médecin se comporte face au corps dénudé du patient soulève de nombreuses questions de confiance et de bienséance.

Dans certains pays (43), lorsque le médecin est un homme et qu'il doit examiner une patiente, un membre de la famille doit toujours être présent lors de l'examen. Les patientes ne se déshabillent jamais complètement, seule une petite partie du corps est découverte au fur et à mesure de l'examen. Dans d'autres cultures, une sorte de «chaperon», qui doit faire partie de la profession médicale, est toujours présent lors d'un examen gynécologique, que le médecin soit un homme ou une femme. En Grande-Bretagne, il doit être proposé à tout patient qui doit subir un

examen intime (examen gynécologique, toucher rectal ou palpation mammaire, par exemple) la présence d'un «chaperon», quel que soit le sexe du patient et du médecin.

Qu'en est-il en France ? Quel code de conduite adopter lorsqu'on examine un patient ? Quelles différences les patients font-ils entre le fait d'être examiné par leur médecin habituel, et celui d'être examiné par un médecin inconnu auparavant ? Ont-ils des attentes et des critères de satisfaction liés à l'examen clinique qui varient d'un médecin à l'autre ?

I.3. Le dossier médical

I.3.a. Partage du dossier médical

Ce dossier, partagé avec le médecin remplacé, constitue une aide précieuse pour le remplaçant. Il lui permet de se situer face aux patients.

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995 (44). Il s'agit d'un outil de mémoire et de synthèse pour le médecin, en constante évolution, qui doit aider le médecin à prendre ses décisions grâce à une information accessible et opérationnelle. Le dossier médical est aussi un moyen de communication entre les personnels de santé qui y ont accès. La bonne documentation d'un dossier médical est considérée comme une des bases d'une bonne prise en charge médicale. La WONCA (45) affirme que le dossier médical fournit une preuve de la constance de continuité des soins qui est proposée au patient par son médecin généraliste.

Depuis août 2004, le projet de Dossier Médical Personnel (DMP) a été lancé par le ministère français de la santé : ce projet vise à ce que chaque patient possède un dossier médical informatisé, qui contribuera à l'amélioration de la coordination et de la continuité des soins. Ce projet est actuellement encore en cours de développement.

Avec l'accord préalable du patient, des informations médicales en provenance d'autres médecins (antécédents, résultats de laboratoires d'analyse, imagerie, traitements en cours) seront mises à disposition des médecins, via le DMP. Les avantages attendus de cet outil (46) sont un

meilleur suivi du patient, une meilleure coordination des soins, une limitation des prescriptions redondantes et des interactions médicamenteuses, et une qualité des soins améliorée.

Le partage des informations contenues dans le dossier médical entre un médecin installé et son remplaçant est essentiel à la bonne prise en charge des patients.

I.3.b. Difficultés liées à la tenue du dossier médical

Les remplaçants relatent fréquemment des situations où les dossiers médicaux leur semblent incomplets, ce qui leur rend difficile la prise en charge des patients.

Un travail de thèse de médecine générale, réalisé en région parisienne en 2007 (12) s'est intéressé aux difficultés et aux attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant. La majorité d'entre eux a une image positive du remplaçant, mais il est intéressant de noter que, parmi les principales difficultés rencontrées avec leurs remplaçants, les médecins généralistes les critiquent sur leur mauvaise gestion des dossiers médicaux. Ainsi, à la fois médecins installés et médecins remplaçants éprouvent des difficultés face à la manière dont leurs confrères gèrent le dossier médical des patients. Une difficulté supplémentaire peut être liée à l'informatisation des cabinets : de nombreux logiciels informatiques médicaux existent sur le marché, ce qui rend la tâche ardue au remplaçant qui doit parvenir à maîtriser rapidement le logiciel auquel il est «confronté» lors de chaque remplacement.

Le remplaçant peut ressentir ce manque d'informations (dossier médical incomplet) comme un désavantage par rapport au médecin installé qui semble parfois «omniscient» face à l'histoire du patient.

Un article paru dans le British Medical Journal (47) suggère que la qualité de la pratique médicale des remplaçants pourrait être améliorée s'ils étaient mieux accompagnés dans l'accès aux informations concernant les patients.

Pour remédier à ces problèmes, il pourrait s'avérer utile, avant une période de remplacement chez un médecin donné, que remplaçant et remplacé s'accordent sur la manière de consigner

les informations concernant un patient dans son dossier, et que le remplaçant sache où les retrouver. En effet, une étude a montré que, sur 98 médecins généralistes interrogés en Bretagne, 60% d'entre eux utilisent à la fois un dossier papier et un dossier informatisé (48), ce qui peut mettre en difficulté le remplaçant qui peut avoir du mal à trouver les informations qu'il recherche.

I.4. La prescription d'examens complémentaires

Face aux demandes d'examens complémentaires qui leur semblent injustifiées, les remplaçants sont prêts à les refuser et se réfèrent à ce qu'ils considèrent comme étant «normal» au niveau de la pratique médicale en médecine générale.

On cite fréquemment dans la littérature des situations (49-51) où des examens complémentaires sont prescrits sans que la situation clinique du patient le justifie, ce qui entraîne une surcharge de travail, des surcoûts, des douleurs, et des erreurs potentielles. Ces examens complémentaires sont souvent prescrits dans le but de rassurer le patient, ou même parfois pour se rassurer soi-même en tant que soignant.

En France, dans un souci d'amélioration des pratiques professionnelles, la Haute Autorité de Santé publie régulièrement des fiches de bonne pratique adressées aux médecins, notamment des fiches de bon usage de médicaments, de dispositifs et de technologies de santé, qui actualisent les indications et précisent celles devenues obsolètes.

Une étude récente menée en France (52) auprès de médecins généralistes, a montré que plus de la moitié d'entre eux approuvent le rôle croissant des recommandations dans la pratique médicale et s'efforcent d'en tenir compte, mais ces médecins comptent essentiellement sur leur propre expérience pour faire le tri face à la masse de recommandations qu'ils reçoivent : leur lecture attentive demande du temps, et elles tendent parfois à traiter les pathologies de manière inadaptée à la médecine générale.

En effet, si l'on prend l'exemple de la prescription d'examens complémentaires en médecine générale, elle se distingue de ce qui peut être réalisé à l'hôpital à trois niveaux :

- la prévalence faible des maladies : les patients qui se présentent aux médecins généralistes sont différents de ceux rencontrés dans des services de soins spécialisés, d'où une prévalence et une incidence de maladies différentes. Cela nécessite la mise en place d'un processus de décision spécifique (45).
- le coût des examens complémentaires : ils sont facturés à l'acte en médecine de ville, alors qu'ils sont compris dans un forfait à l'hôpital. Le médecin généraliste est amené à justifier les dépenses induites, et a une responsabilité envers la communauté pour la prise en charge des soins de santé.
- l'importance symbolique de la prescription d'examens complémentaires (53) : lorsqu'il prescrit un examen complémentaire, le médecin montre à la fois qu'il a bien entendu la plainte du patient, et en même temps il laisse transparaître ses doutes face à la gravité potentielle de la maladie.

Les médecins remplaçants sont-ils suffisamment informés des recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé ? Existe-t-il des différences de volume de prescription entre remplaçants et remplacés ?

I.5. Faire le lien avec les spécialistes

I.5.a. Importance de la communication entre généralistes et spécialistes

Face à des situations cliniques dépassant leurs compétences, les médecins remplaçants sont prêts à adresser leurs patients à un confrère pour un avis spécialisé. Une remplaçante a ressenti la satisfaction de certains patients, contents d'avoir été adressés à un spécialiste, dans le cadre d'un remplacement de longue durée.

La communication entre généralistes et spécialistes est essentielle à une bonne prise en charge des patients. Mais parfois certaines difficultés peuvent apparaître, fréquemment dues à un manque de temps, à une absence de clarté du motif pour lequel le patient est adressé ou de la

conduite à tenir suite à la consultation spécialisée. Le manque de communication peut mener à une interruption de la continuité des soins, à des diagnostics retardés, des examens inutiles et des complications iatrogènes pour le patient.

Lorsque le médecin généraliste prend le temps d'adresser un courrier au spécialiste ou de le contacter par téléphone, la probabilité qu'il reçoive une réponse de celui-ci est augmentée, surtout si le généraliste a spécifiquement demandé une réponse ou si le traitement du patient est modifié par le spécialiste (54). La satisfaction du médecin généraliste est augmentée lorsqu'il reçoit un retour du spécialiste, notamment par écrit (55). Du côté des patients, une étude a montré qu'ils apprécient effectivement lorsque leur médecin généraliste les adresse à un spécialiste et se montre prêt à demander un avis supplémentaire lorsqu'il est nécessaire (35).

A quelle fréquence les médecins remplaçants adressent-ils les patients à des spécialistes par rapport aux médecins remplacés ? Utilisent-ils les réseaux des médecins remplacés ou leurs propres réseaux ? Quels retours ont-ils de la part des spécialistes dans le cadre ponctuel de leurs remplacements ? Ce sont des questions qui pourraient être précisées dans le cadre d'une recherche complémentaire.

I.5.b. Difficulté à adresser certains patients en tant que remplaçant

Les remplaçants sont parfois confrontés à la difficulté d'adresser certains patients à des spécialistes, qui considèrent que cela ne relève pas de leur rôle de remplaçant.

On a vu précédemment que les patients apprécient d'être adressés à un spécialiste par leur médecin habituel, lorsqu'il estime qu'un avis supplémentaire est nécessaire. Cela peut sembler paradoxal avec le résultat de notre étude qui montre quelques patients peu disposés à être adressés à des spécialistes par le remplaçant. Cette apparente contradiction provient probablement du fait que la proposition d'être adressé à un confrère provient d'un autre médecin que celui auquel le patient est habitué. Il s'agit souvent, dans les exemples cités lors de nos focus groups, de patients atteints de maladies chroniques, qui sont donc impliqués dans une relation de longue durée avec leur médecin habituel. L'aspect de la confiance accordée au médecin et

de la durée de la relation patient-médecin intervient sûrement dans ces échanges, ce que nous verrons plus loin.

I.6. Les compétences du médecin remplaçant

I.6.a. Remise en cause des compétences par les patients

Les remplaçants perçoivent parfois une remise en question de leurs compétences de la part des patients.

Une enquête par focus groups (56) réalisée en Ecosse en 2007 sur la perception des patients concernant la qualité des consultations de médecine générale, a montré que la perception de la compétence d'un médecin est fortement liée aux résultats positifs qu'il a pu avoir par le passé : si le patient a le souvenir d'une situation où son médecin a apporté des soins qui ont clairement amélioré son état de santé, ou bien celui d'un proche, il déclarera sans hésitation que son médecin est compétent. A l'inverse, la compétence du médecin sera remise en question si le patient a l'impression de ne pas avoir été suffisamment examiné, si le diagnostic posé ne lui semble pas approprié, ou si le traitement proposé ne semble pas lui réussir.

A la lumière de cette étude, on peut effectivement penser que les remplaçants sont confrontés à une remise en cause de la part des patients vis-à-vis de leurs compétences du fait qu'ils n'ont pas eu l'occasion d'intervenir dans l'histoire du patient par le passé, et que celui-ci n'a pas encore pu «expérimenter» leur pratique. On peut également présumer que si le remplaçant prend du temps pour examiner son patient, fait un diagnostic correct et propose un traitement approprié, le patient sera plus à même de le déclarer compétent par la suite.

I.6.b. Prouver sa compétence

Les remplaçants ressentent parfois le besoin de prouver leur compétence par rapport au médecin remplacé, que ce soit par rapport aux patients ou même par rapport au médecin installé. Ils n'apprécient pas d'être considérés comme des «stagiaires».

Le Code de Déontologie Médicale rappelle que «les médecins doivent respecter l'indépendance professionnelle des membres des professions de santé (...) l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes» (articles 68 et 69).

Ainsi, s'il est vrai que les remplaçants n'ont pas à rendre de compte, du point de vue de leurs compétences, aux médecins qu'ils remplacent, il n'en demeure pas moins qu'il est essentiel pour tout médecin de continuer à se former tout au long de sa carrière et d'améliorer sa pratique médicale tant que possible, comme le rappelle le serment d'Hippocrate par ces paroles : «je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés», ce qui peut être réalisé parfois en demandant l'avis de confrères plus expérimentés, ou en observant leurs pratiques.

I.6.c. Des compétences différentes selon le genre ?

Les remplaçants notent que certains patients semblent attribuer au médecin des compétences différentes selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Même si bon nombre de remplaçants pense qu'hommes et femmes possèdent les mêmes compétences médicales, la majorité des remplaçantes ont le sentiment de devoir s'affirmer davantage et prouver qu'elles sont aussi compétentes que leurs confrères.

La médecine a souvent été accusée de ne pas prendre en considération l'importance du genre, que ce soit celui du patient ou du médecin (57). Mais plusieurs recherches récentes se sont intéressées à l'influence du genre dans la relation patient-médecin, notamment sur le plan de la communication ; elles ont montré notamment que les femmes médecins démontrent plus d'empathie envers leurs patients (58, 59), ce qui peut expliquer que les patients attribuent des compétences différentes à leur médecin, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme.

Une étude non-clinique (60) a montré que les stéréotypes associés aux femmes influencent les réactions auxquelles elles sont confrontées sur leurs lieux de travail. L'une des principales perceptions sur le genre féminin est qu'elles ont un rôle d'aide envers autrui, qu'elles sont plus

orientées vers la communauté, et moins compétitives, moins orientées vers la réussite. Ainsi, un comportement «approprié à une femme» implique l'encouragement et l'intérêt au bien-être des autres, alors qu'une femme qui occupera des positions d'autorité ou qui cherchera à «faire carrière» sera perçue de manière défavorable. Ces stéréotypes liés au genre influencent la perception qu'aura un individu donné sur une femme lorsqu'elle se comporte «comme un homme», ou au contraire, lorsqu'elle ne se comporte pas «comme une femme le ferait». Ainsi, ce qui peut être félicité chez un homme, dans un cadre professionnel, peut ne pas trouver la même reconnaissance lorsque c'est une femme qui l'accomplit.

Dans le cadre de notre étude, ces stéréotypes peuvent expliquer le ressenti des remplaçantes, à savoir qu'elles ont le sentiment d'avoir quelque chose en plus à prouver, du fait que leurs actions ne reçoivent pas la même reconnaissance que celles de leurs confrères.

Il est intéressant de noter que ce ressenti («avoir quelque chose de plus à prouver, en tant que femme médecin») a également été retrouvé auprès de médecins généralistes femmes interrogées dans le cadre d'un autre travail de thèse en France (27), et d'étudiantes en médecine dans une étude récente réalisée aux Etats-Unis (61).

I.7. Garder une pratique médicale «intègre»

Les remplaçants se trouvent parfois confrontés au dilemme d'adapter leur pratique à celle du médecin installé («faire un petit peu le caméléon»), ou de conserver leur propre manière de consulter, en essayant d'éviter les conflits et la remise en cause du médecin remplacé.

A notre connaissance, cet aspect du vécu des remplaçants n'a pas été abordé dans la littérature jusqu'à présent. Les remplaçants doivent-ils se comporter en «caméléons», selon le médecin qu'ils remplacent, pour ne pas «dé-sécuriser» leurs patients, au prix parfois d'une moins bonne pratique médicale ? Dans quelle mesure peuvent-ils conserver leurs propres référentiels de pratique tout en ne mettant pas en défaut le médecin remplacé ?

On peut citer à nouveau les articles 68 et 69 du Code de Déontologie Médicale, qui rappellent que «dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.»

Ainsi, à la fois remplaçants et remplacés se doivent un respect mutuel et il semble important, face aux patients, de ne pas tenir de propos désobligeants pour ne pas discréditer l'un ou l'autre de ces acteurs de santé. Et, comme l'ont suggéré certains remplaçants, libre à eux de ne plus remplacer certains confrères avec lesquels la différence de pratique semble trop importante et ingérable.

I.8. La distance professionnelle

La distance professionnelle est une notion importante aux yeux des remplaçants, mais il leur semble parfois difficile de l'établir et de la garder.

La distance professionnelle peut être définie comme l'ensemble des limites sociales, physiques et psychologiques qui séparent patient et praticien (62) ; il s'agit de la distance sociale attendue et acceptée entre eux, qui est liée à des normes éthiques, aux valeurs morales de la culture ambiante, et à la jurisprudence.

La relation patient-médecin est une relation à la fois intime et détachée, et des limites sont importantes à poser pour protéger à la fois patients et médecins. Le médecin doit agir dans l'intérêt du patient, sans lui nuire, en respectant la confidentialité des informations qui lui sont communiquées. Quatre éléments apparaissent lorsque ces limites ne sont pas respectées :

- un renversement des rôles : les besoins du patient, qui devraient être au centre de la relation, sont mis de côté et ce sont ceux du médecin qui passent en premier ; c'est particulièrement visible dans les cas d'abus sexuels ;
- un secret : l'interaction patient-médecin se fait en secret, avec des intentions cachées ;

- un «double-lien» : les patients sont liés d'une part au médecin par leur désir de mettre un terme à cette relation, et également par la conscience que si la relation se termine, ils ne recevront plus d'aide de la part du médecin ;
- une indulgence liée à un «privilège professionnel» : les médecins utilisent l'information délivrée par le patient pour acquérir des bénéfices personnels, au lieu de l'utiliser pour le bien du patient.

«Ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs», est-il rappelé dans le serment d'Hippocrate. Dans cet objectif, voici quelques limites (62) utiles à fixer, autant pour les médecins remplaçants que pour les médecins installés :

- Limites du rôle : vérifier qu'une situation donnée n'amène pas à un renversement des rôles avec le patient, se demander ce qu'un «bon médecin» ferait dans telle situation, être sûr que son comportement ne puisse pas porter à confusion.
- Limites du temps : ne pas accorder davantage de temps de manière disproportionnée à un même patient, ou des rendez-vous systématiquement en dehors des horaires de consultation.
- Limites du lieu : s'assurer que le patient est traité dans un lieu adéquat, ou qu'une visite à domicile est réellement justifiée par l'état du patient.
- Limites des cadeaux : se refuser à privilégier certains patients par des «cadeaux subtils» tels que des prescriptions généreuses, et être vigilant sur les cadeaux reçus.
- Limites vestimentaires : éviter pour soi-même les tenues vestimentaires qui pourraient mener à des malentendus, et permettre aux patients de se dévêtir de manière appropriée lors des examens physiques.
- Limites de familiarité : si la relation avec un patient se prolonge dans la durée, se mettre d'accord avec le patient sur l'emploi du «vous» ou du «tu», ainsi que sur l'appellation par le nom ou le prénom.
- Limites des révélations intimes : s'arrêter à des conversations sociales sans entrer dans les détails, les révélations personnelles étant rarement utiles ou nécessaires dans la relation patient-médecin.

- Limites du toucher : expliquer au patient le déroulement d'un examen physique particulier lorsqu'il est nécessaire.
- Limites de la relation : refuser, tant que possible, de soigner des individus proches tels que membres de la famille, collègues, amis, car cela mène souvent à des conflits d'intérêts.

I.9. L'expérience du médecin

I.9.a. Les remplacements augmentent l'expérience du médecin

Les médecins remplaçants estiment qu'ils pourront acquérir davantage d'assurance dans leur pratique médicale grâce à des remplacements diversifiés et des années d'expériences supplémentaires.

C'est en effet l'un des attraits du remplacement, que celui de pouvoir se «faire la main» avant une éventuelle installation, la période de remplacement étant considérée comme une expérience de formation complémentaire indispensable à la sortie de l'hôpital (6). Travailler en tant que médecin remplaçant est considéré par certains (63, 64) comme une opportunité motivante et gratifiante, qui permet de rencontrer des patients intéressants, de découvrir des cultures locales, de voir comment sont organisés certains cabinets, d'apprendre à s'adapter et d'élargir sa propre pratique médicale.

Dans un de leurs rapports de recherche (65), Gwénola Levasseur et François-Xavier Schweyer analysent ces périodes de remplacement sous trois angles :

- le remplacement comme complément de formation : les jeunes médecins généralistes ont le sentiment d'apprendre la démarche de médecine générale par leurs premières expériences, c'est l'occasion pour eux de mettre en pratique ce qu'ils ont appris lors de leur formation initiale.
- le remplacement permet de se faire une idée du métier : c'est une période d'évaluation des pratiques, des modes d'organisation, des profils de patientèles, le moment où les jeunes médecins se forment leurs idées sur leur prochain mode d'exercice.

- le remplacement comme une période d'adaptation familiale : grâce à la possibilité de gestion de son emploi du temps, cette période permet au remplaçant de réfléchir à son projet familial.

I.9.b. Le manque d'expérience des remplaçants

Les remplaçants manquent parfois d'expérience ou d'assurance dans certains domaines et ils éprouvent un malaise lié au fait que le patient le sent et peut leur faire moins confiance. Certains estiment être insuffisamment formés.

On peut noter à ce sujet un malaise ressenti par les étudiants en médecine en fin de cursus en France (66) : seuls 49 % des internes en médecine générale sont satisfaits de leur formation actuelle. Pour ce qui est de la formation pratique, la majorité pense que le cursus manque de stages ambulatoires. Concernant la formation théorique, plus de 80 % aimeraient être mieux formés sur des thèmes tels que l'installation, l'organisation d'un cabinet, la fiscalisation. D'autres souhaiteraient une sensibilisation à l'informatique, à la psychologie, aux mesures sociales existantes, au droit médical, etc.

Si le DES de médecine générale devait passer à quatre années, dans un souci d'alignement avec les autres spécialités, une grande enquête nationale menée par l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale en 2007 (67) a montré que 80% des internes de médecine générale interrogés seraient favorables à la mise en place d'un deuxième stage SASPAS obligatoire. En effet, les stages chez le praticien, en ambulatoire, constituent une étape intermédiaire indispensable entre l'internat et le remplacement ou l'installation, une meilleure formation à la médecine ambulatoire, une mise en situation réaliste et sécurisante, et la découverte d'autres modes d'exercice pour mieux orienter sa pratique future.

On peut transposer ces données aux médecins généralistes remplaçants qui, peut-être, ne se sentent pas suffisamment préparés à la pratique médicale en cabinet de ville.

Une étude intéressante réalisée récemment aux Etats-Unis auprès d'internes en médecine (68) s'est intéressée au «phénomène de l'imposteur» : les individus touchés par ce phénomène croient qu'ils sont parvenus à un succès en faisant croire à leur entourage qu'ils sont intelligents et capables ; ils vivent avec la peur que les autres découvrent leur fraude intellectuelle, et cela entraîne une détresse psychologique. Une échelle d'évaluation de ce phénomène a été utilisée, et a montré que plus d'un tiers des internes en médecine générale, dont une majorité de femmes, pouvaient être classés dans la catégorie des «imposteurs», dans le sens où ils ne se sentent pas aussi compétents et intelligents que les autres les perçoivent. La plupart souffraient également de dépression, d'anxiété, et de mauvaise estime de soi.

Des internes en fin de cursus et des jeunes médecins interrogés dans le cadre d'une étude par focus groups réalisée en France et en Belgique (69) décrivent leurs débuts de pratique médicale comme l'expérience de leur propre incompetence : ils sont sans cesse face à de nouvelles situations qu'ils ne savent pas gérer. La plupart du temps, ils estiment qu'il s'agit d'une conséquence directe d'une formation trop théorique, notamment peu adaptée à la pratique en médecine ambulatoire.

Il est intéressant de noter que les remplaçants éprouvent un certain réconfort à pouvoir différer certaines situations jusqu'au retour du médecin installé. Ils sont rassurés de savoir que quelqu'un de plus expérimenté qu'eux prendra le relais.

On remarque effectivement que les remplacements permettent aux jeunes actifs d'exercer leurs responsabilités sans se sentir trop engagés. Ils se rassurent en pensant que le suivi sera assuré par leur confrère remplacé même si l'anxiété initiale existe réellement (65).

Après avoir discuté des éléments perçus comme positifs ou problématiques au sein de la relation patient-médecin par les médecins remplaçants en lien avec les compétences techniques et biomédicales, nous aborderons maintenant les aspects interpersonnels de cette relation.

II. Aspect interpersonnel

II.1. Approche centrée sur le patient

Chaque patient est unique, et il semble important aux médecins remplaçants de le réaliser et de s'adapter à chaque patient de manière personnalisée, sans toutefois chercher absolument à plaire à tout le monde.

Lorsque le médecin s'intéresse réellement aux besoins, aux valeurs et aux désirs de son patient, il met en œuvre ce qu'on appelle une «approche centrée sur le patient». Ce concept de «relation centrée sur le patient» est souvent opposé à ce qui a été appelé «modèle biomédical», concept dans lequel la maladie du patient est réduite à une série de signes et de symptômes qui sont interprétés et analysés par le praticien de manière «strictement biomédicale». La démarche «centrée sur le patient» conduit à une augmentation de la satisfaction et de la confiance du patient. Elle permet une meilleure prescription et une pratique médicale plus efficace (70-73). Bien qu'elle soit largement plébiscitée, la définition exacte de cette approche reste parfois difficile. On lui distingue cinq dimensions (74) :

- la perspective biopsychosociale : considérer les facteurs sociaux et psychologiques d'une maladie, aussi bien que les facteurs strictement physiques.
- le «patient en tant que personne» : comprendre la signification personnelle que donne un individu à sa maladie.
- le partage du savoir et de la responsabilité : percevoir et répondre aux préférences du patient concernant l'information qui lui est donnée et sa participation aux décisions.
- l'alliance thérapeutique : développer des objectifs thérapeutiques communs et améliorer le lien entre patient et soignant.
- le «médecin en tant que personne» : être conscient de l'influence que peuvent avoir les qualités personnelles et la subjectivité du soignant sur sa propre pratique.

D'après leurs propos, il semble que les remplaçants sont conscients de l'importance d'une telle approche centrée sur le patient.

II.2. Relation consumériste

Par contre, sur le plan relationnel, s'ils sont prêts à reconnaître la valeur de chaque patient en tant qu'individu, les remplaçants vivent difficilement le fait d'être parfois considérés comme de simples prestataires de service.

Ce résultat rejoint celui d'un autre travail (27) qui révèle que les médecins généralistes ne tolèrent pas d'être assimilés à des «vendeurs de grande surface» ; à l'inverse, une autre étude (26) a montré que les patients, quant à eux, se sentent parfois considérés par leurs médecins comme des «clients» et non des «patients».

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les patients sont devenus des «usagers», ce qui les place dans une position de consommateurs : ainsi leurs attentes ont changé par rapport aux professionnels de santé, qui doivent se montrer productifs et efficaces.

Selon une étude (75), une consultation sur six est considérée comme difficile par les médecins. Ce type de rencontres survient le plus souvent avec des patients qui souffrent de désordres mentaux, qui se présentent avec plus de cinq symptômes physiques, qui montrent une utilisation excessive du système de santé, ou qui viennent avec une liste de plaintes et de demandes (76) ; on peut penser que c'est ce dernier point qui est reproché aux patients par les remplaçants dans notre étude, notamment le fait de venir avec une liste de médicaments et de n'attendre du médecin qu'un simple rôle de prescripteur.

II.3. La confiance

II.3.a. Importance de la confiance

Il semble important aux remplaçants d'établir une relation de confiance mutuelle avec leurs patients, afin d'obtenir un échange constructif et des confidences de leur part, en étant conscient que cette relation se construit dans la durée.

La confiance est considérée comme une composante-clé de la relation patient-médecin (77-78), elle peut amener à des résultats importants sur le plan de la santé, tels que l'adhérence à un traitement (79). La confiance des patients est encouragée, de la part du médecin, par une écoute attentive, une connaissance développée de leur personne dans sa globalité (80), des explications claires et directes, une volonté de partenariat, l'expression de compassion et le fait d'être consciencieux (81).

Il a effectivement été montré que plus la durée de la relation entre un soignant et son patient est grande, plus le degré de confiance ressentie par le patient est important (82). Une étude a également démontré que les patients ont davantage confiance en un médecin qu'ils ont pu choisir préalablement (83).

II.3.b. Méfiance des patients face au remplaçant

Les remplaçants souffrent souvent d'un manque de confiance de la part des patients.

Nous avons vu précédemment que la durée de la relation entre un soignant et son patient, ainsi que la possibilité du choix de son médecin, influencent le degré de confiance ressentie par le patient.

Selon ces données, les remplaçants semblent «pénalisés» par leur statut. En effet, ils ne peuvent pas entretenir une relation de longue durée avec les patients qu'ils soignent : cette relation est ponctuelle. De plus, les patients ne les ont pas choisis explicitement : l'absence de leur médecin habituel leur impose la présence d'un remplaçant qu'ils n'ont pas sélectionné.

Un outil de mesure validé a été créé il y a quelques années par une équipe de chercheurs américains, le «Trust in Physician Scale» : il s'agit d'un questionnaire avec 11 items permettant d'étudier le «score de confiance» accordé par un patient à son médecin (Annexe 2). Il serait intéressant de l'étudier auprès des patients confrontés à des médecins remplaçants, en comparaison avec leur médecin habituel, afin de confirmer ou d'infirmer cette méfiance ressentie par les remplaçants de la part des patients qui les consultent.

II.3.c. Une confiance dépendante du médecin installé ?

Certains remplaçants ont noté que la confiance des patients est dépendante de la manière dont le médecin habituel présente son remplaçant.

Dans l'article 1 du contrat de remplacement en exercice libéral proposé par l'Ordre National des Médecins (Annexe 3), il est spécifié que «les patients devront être avertis, dès que possible, de la présence d'un remplaçant et notamment lors de toute demande de visite à domicile ou de rendez-vous au cabinet médical.»

Une majorité de remplaçants estime que lorsque cette clause est appliquée par le médecin remplacé, les patients semblent plus à même d'éprouver de la confiance face au remplaçant, notamment si le médecin habituel l'a présenté de manière positive.

Dans l'un de nos focus groups, une remplaçante a relaté une expérience où le médecin remplacé n'avait pas préparé ses patients à la venue de sa remplaçante, ce qui l'a placée face à de nombreux problèmes. Un des avantages du respect de cette recommandation pourrait être que le patient a la liberté de choisir s'il souhaite venir consulter le remplaçant ou non, s'il est prévenu à l'avance, ce qui n'est pas le cas lorsqu'il se retrouve confronté à cette réalité en arrivant dans la salle d'attente. Un autre avantage consisterait à ce que le remplaçant n'ait pas à justifier sa présence lors de chaque nouvelle consultation.

Il pourrait être utile d'observer dans quelle mesure cette clause du contrat est respectée, d'identifier si le respect de cette clause contribue effectivement à un meilleur «score de confiance» de la part des patients envers le remplaçant, et d'étudier les attentes et les réactions des patients concernant l'annonce de l'absence de leur médecin habituel et de son remplacement par un autre médecin.

II.4. Le statut de médecin du remplaçant

II.4.a. La reconnaissance du statut de médecin

Les médecins généralistes remplaçants éprouvent de la satisfaction lorsque les patients reconnaissent leur statut de médecin.

Nous avons vu que l'exercice médical est lié à des désirs conscients ou inconscients de la part du médecin (37). On peut donc penser que les remplaçants recherchent consciemment ou non à acquérir un statut social et à être respecté en tant que médecin, au même titre que le médecin remplacé. De nombreuses études sont réalisées pour connaître les facteurs qui influencent la satisfaction des patients au sein de la relation patient-médecin, elles s'intéressent moins souvent au point de vue du praticien. Il a été pourtant montré que la plupart des médecins sont plus à même de dispenser des soins de qualité lorsque eux-mêmes sont satisfaits (84). Un des déterminants de la satisfaction du médecin, dans la relation patient-médecin, est l'estime professionnelle que lui portent ses patients (85). Il semble donc légitime aux remplaçants d'attendre de leurs patients une reconnaissance à ce niveau.

On peut émettre l'hypothèse que si le patient reconnaît le statut de professionnel de santé de son médecin et qu'il le respecte en tant que tel, la satisfaction du médecin dans la relation patient-médecin sera fortement accrue.

II.4.d. Remise en cause du statut de médecin : influence de l'âge et du genre ?

A l'inverse, il arrive que les remplaçants souffrent d'une non-reconnaissance de leur statut de médecin ; ceci est plus fréquemment souligné par les remplaçantes qui sont parfois prises pour une assistante ou une infirmière.

On peut penser que l'âge des remplaçants, qui se situe en majorité, dans le cas de nos focus groups, autour de la trentaine, pourrait influencer le regard des patients sur leur statut de médecin : peut-être semblent-ils trop jeunes pour être médecins, si l'on admet que la représentation standard du médecin dans l'esprit communautaire est celle d'un homme d'âge mûr. Mais l'âge du médecin n'a pas clairement été identifié comme un facteur décisif d'évaluation positive de la part des patients (86) : certaines études montrent que les jeunes médecins sont évalués de manière plus positive par les patients, alors que d'autres montrent des associations plutôt positives entre l'âge élevé du médecin et la satisfaction du patient. Il est probable que d'autres facteurs entrent en jeu dans cette question.

On peut noter que l'aspect du «feedback», même de la part des patients, est essentiel aux jeunes médecins, pour construire leur propre sentiment d'efficacité (69) : ainsi, la reconnaissance du statut de médecin accordée aux remplaçants par leurs patients peut être un facteur d'amélioration de la qualité de la relation patient-médecin.

Par rapport au genre, une étude (87) a montré une différence significative entre les expériences de discrimination liées au genre vécues par des médecins universitaires : les femmes rapportent plus souvent de telles expériences que les hommes. Dans une autre étude réalisée aux Etats-Unis auprès d'étudiantes en médecine (61), la plupart relatent des situations inconfortables lors de leur premier mois de stage notamment lorsque les patients les prennent pour des infirmières ; l'une des étudiantes s'est décrite comme étant «frustrée, mal à l'aise et en colère» suite à une telle situation. Ces résultats rejoignent le sentiment exprimé par les remplaçantes dans nos focus groups : elles peinent souvent à être reconnues en tant que médecin.

Nombre d'expériences survenant au cours du cursus médical sont affectées par le genre, comme les relations interpersonnelles, les ambitions de carrière et le comportement sur le terrain. Comme le conclut l'étude citée plus haut, si les autorités de santé souhaitent créer une égalité entre hommes et femmes, au niveau des opportunités du monde médical, des interventions doivent être ciblées très tôt au cours des études de médecine.

II.5. La durée de la relation patient-médecin

II.5.a. Suivi dans la durée

Lorsque les remplaçants sont amenés à revoir certains patients à l'occasion de remplacements répétés dans un même cabinet, ils éprouvent de la satisfaction à mieux les connaître et les reconnaître, tant sur le plan humain que sur le plan médical. Certains se demandent si cette satisfaction n'est pas un des éléments déclenchant de l'installation d'un médecin.

Il a été montré que les patients qui déclarent consulter toujours, ou la plupart du temps, le même médecin, sont plus satisfaits que ceux qui ne le font pas (88). On parle de «relation basée

sur l'attachement» ou de «relation basée sur la contrainte», selon que le patient décide de revoir le même médecin par choix, ou bien parce qu'il ne perçoit pas d'autre alternative (89).

Il semble cependant difficile de dire si c'est la continuité de la relation qui apporte la satisfaction au patient, ou bien si la satisfaction du patient l'amène à poursuivre la relation avec son médecin dans la durée. Une étude récente (90) a montré que c'est le concept de «reconnaissance», opposé au concept «d'humiliation», qui est décisif : si le patient est reconnu par le médecin qu'il consulte (que ce soit son médecin habituel ou pas), si sa demande est respectée, il sera plus satisfait et désireux de poursuivre la relation avec le même médecin. Ce n'est pas le cas si le médecin consulté ne reconnaît pas le patient, ignore sa demande, le critique ou le ridiculise.

II.5.b. Relation «épisodique»

Concernant la durée de la relation patient-médecin, les remplaçants éprouvent la plupart du temps des difficultés liées à leur intervention uniquement ponctuelle auprès des patients.

Il a effectivement été montré (91) que certains patients éprouvent un sentiment d'insécurité lorsque la continuité des soins avec leur médecin habituel est interrompue. Il nous semble intéressant de faire remarquer que des études ont, à l'inverse, montré que le fait de toujours voir le même médecin n'améliore ni la réalisation des examens de surveillance recommandés chez les diabétiques (92), ni les valeurs de leurs taux d'hémoglobine glyquée (93).

Ici encore, ce thème de «relation dans la durée» a peu été étudié du point de vue des soignants. Les remplaçants pourraient constituer une population tout à fait appropriée à l'étude de telles notions, comme la continuité des soins.

Comme suggéré précédemment, il semble utile de s'intéresser à la notion de relation suivie dans la durée, plus précisément du point de vue des acteurs de santé, et d'identifier les situations dans lesquelles, par exemple, les remplaçants pourraient tirer avantage de leur statut «d'intervenant ponctuel» dans la relation patient-médecin, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

II.6. Relation dépendante de la relation «primaire»

Par «primaire», nous entendons la relation qui existe à l'origine entre le patient et le médecin remplacé, qui semble constituer une difficulté pour les remplaçants : il est parfois difficile de se «couler dans le moule» de cette relation préexistante.

On rejoint ici ce qui a été dit au sujet des compétences du médecin remplaçant, lorsqu'il a le sentiment de devoir parfois se comporter comme un «caméléon» pour s'adapter aux pratiques de son confrère remplacé, dans le but de ne pas le mettre en défaut et de ne pas inquiéter les patients. Au niveau relationnel, plusieurs remplaçants ressentent le médecin remplacé comme couronné d'une «aura» particulière, parfois même considéré comme un «gourou», ce qui rend difficile l'établissement d'une nouvelle relation avec les patients qui semblent ne «jurer» que par leur médecin habituel. Dans le cadre d'une recherche sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux en Poitou-Charentes, il a été établi que la différence de styles entre médecins est difficile à gérer entre médecins d'un même cabinet, ou entre un médecin et un remplaçant ; les médecins qui se font remplacer doivent renoncer à espérer que le remplaçant ait le même style qu'eux (94).

Là encore, quelle attitude doit adopter le remplaçant ? Comment trouver l'équilibre entre se «couler dans le moule» de la relation «primaire» et imposer son propre mode de relation, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients ?

II.7. Etre un «autre» médecin pour le patient

II.7.a. Satisfaction des patients

Les remplaçants interprètent certains signes des patients comme une satisfaction à venir les voir en consultation, même s'ils ne sont pas leurs médecins habituels.

Lorsqu'ils sont interrogés (90), les patients déclarent préférer en théorie un médecin régulier. Mais au cours de l'étude menée à ce sujet, tous les patients qui consultaient un médecin non habituel étaient satisfaits de la consultation, et plusieurs des patients qui consultaient leur médecin habituel étaient insatisfaits.

II.7.b. Avantages à être un «autre» médecin

Par rapport au médecin remplacé, les remplaçants pensent que le fait d'être un «autre médecin» pour le patient constitue parfois un avantage, dans le sens où ils peuvent tenter de nouvelles approches et où le patient peut être confronté à un vis-à-vis qui sera différent de ce dont il a l'habitude.

Comme vu précédemment, dans la partie des compétences techniques et biomédicales, cette nouvelle idée reste à explorer.

II.7.c. Ne pas être la personne attendue

Parfois les remplaçants sont déçus de sentir qu'ils ne sont pas la personne attendue par les patients, ce qui peut se manifester par une salle d'attente vide, même s'ils comprennent pourquoi certains patients préfèrent attendre le retour de leur médecin habituel.

C'est un fait courant, semble-t-il, de noter une diminution de la fréquentation des cabinets médicaux lors des périodes de remplacement d'un médecin installé, parfois de moitié (95). Certains patients préfèrent parfois attendre le retour de leur médecin habituel si leur motif de consultation ne constitue pas une urgence.

Il semble également que la majorité des remplaçants interrogés lors de nos focus groups se soient adaptés à ce «syndrome de la salle d'attente», phénomène qui tend à disparaître lorsque le remplaçant est amené à remplacer à plusieurs reprises dans le même cabinet. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients ont été satisfaits de leur «expérience du remplaçant» lors d'une précédente absence de leur médecin habituel, et se sentent ainsi en sécurité avec lui.

Il est toutefois intéressant de rapporter ici les résultats de l'étude précédemment citée (90) montrant que des patients âgés de moins de 30 ans semblaient moins affectés par le fait de consulter un autre médecin que leur médecin habituel.

Etre suivi dans la durée par un même médecin pourrait paraître moins important aux yeux des jeunes patients, par rapport à leurs aînés.

II.8. Exprimer ses doutes et ses limites

Les remplaçants estiment qu'il faut apprendre à admettre son imperfection et parfois son incompétence dans un domaine donné, au lieu de vouloir donner une réponse à tout prix, au risque de se tromper. Les patients semblent prêts à reconnaître ce «droit à l'erreur» au médecin, que ce soit le médecin remplaçant ou leur médecin habituel, s'il est prêt à le reconnaître.

Instinctivement, tout praticien cherche à se montrer compétent et à maîtriser un savoir. La pratique médicale actuelle doit relever de nombreux défis dans ce domaine : l'expansion et les modifications continues des connaissances scientifiques, la variabilité des symptômes et des signes, la réponse individuelle qu'offre chaque patient face à un traitement donné, les caprices de la communication humaine...

L'étude menée par David Seaburn et al. (96) a montré deux attitudes exprimées par des médecins généralistes confrontés à leur insu à de «faux patients» présentant de multiples symptômes ambigus. Plus de la moitié des praticiens a posé un diagnostic, souvent très tôt dans la consultation, sans laisser percevoir la moindre incertitude au patient. Soit ils étaient persuadés de leur réponse, soit ils ne voulaient pas laisser transparaître leurs doutes. Cette première stratégie est basée sur l'illusion que les médecins devraient pouvoir tout contrôler et tout savoir. Certains avancent que cette attitude pourrait être le fruit de la formation médicale initiale pendant laquelle les étudiants se sentent parfois mis en échec lorsqu'ils ne connaissent pas la réponse à une question donnée (97). Cette attitude mène souvent à des examens complémentaires et à des traitements excessifs. L'autre partie des médecins observés a eu une approche différente : ils ont partagé leur incertitude avec leurs patients, leur ont présenté plusieurs possibilités de diagnostics à la fin de la consultation, ainsi qu'une proposition d'explorations complémentaires. Cette stratégie repose sur la conviction que les patients attendent d'abord du médecin qu'il soit intègre et qu'il valorise davantage la relation avec son patient que le fait de poser le bon diagnostic.

Des études ont montré que c'est la manière dont le médecin présente ses doutes à son patient qui influencera le degré de satisfaction et de compréhension de celui-ci (98). Une thèse réalisée en France sur les attentes des patients concernant la relation patient-médecin (26) montre que les patients acceptent les erreurs de leurs médecins si ceux-ci les reconnaissent, ce qu'ont également ressenti les remplaçants interrogés dans notre étude.

II.9. La séduction dans la relation patient-médecin

II.9.a. En être conscient

Il est important pour les remplaçants d'être conscients de cette composante, qui est appréciée seulement par une grande minorité d'entre eux. Soit ils apprécient le côté «ludique» de la séduction, soit ils sont sensibles au fait que les patients prennent soin de leur apparence lorsqu'ils se présentent en consultation.

Il a été montré que certains comportements de séduction survenant sur le lieu de travail sont extrêmement nuisibles et, de plus, punissables par la loi (99-100). Aux Etats-Unis, certains États ont publié des lois condamnant les psychothérapeutes qui entretiennent des rapports sexuels avec des patients en cours de thérapie, voire même avec d'anciens patients.

Une étude réalisée aux Etats-Unis auprès d'étudiants en médecine (101) a montré qu'au cours de leur cursus médical, 71% des femmes et 29% des hommes déclaraient avoir été confrontés au moins une fois à des comportements de séduction de la part de patients. Ces comportements pouvaient se traduire, dans cette étude, par des invitations à se rencontrer en dehors du cadre des consultations, des compliments sur l'apparence physique, voire même sur certaines parties sexuées de l'anatomie, des remarques sexistes, des commentaires subtils à connotation sexuelle sur la relation patient-médecin, des appels téléphoniques inappropriés et même des contacts physiques. Cette étude conclut que les comportements de séduction peuvent entraîner une rupture de la relation patient-médecin, une moins bonne prise en charge et même une

«exploitation sexuelle» des patients si les étudiants ne sont pas correctement préparés à la gestion de telles situations.

Une autre étude réalisée auprès d'étudiants en première année de médecine aux Etats-Unis (102) montre que, face à des vidéos mettant en scène des patients au comportement séducteur (homme et femme), 40% d'entre eux identifiaient correctement le comportement exprimé par la patiente séductrice, mais seulement 5% l'identifiaient chez l'homme (indépendamment du genre des étudiants).

Ces différentes études montrent la nécessité d'intégrer ces éléments dans la formation médicale. Les étudiants, ainsi que leurs confrères plus âgés, devraient être conscients du danger de ces comportements de séduction et informés sur la conduite adéquate à tenir dans de tels cas.

II.9.b. Difficultés liées à la séduction

Ce genre de relations met les médecins remplaçants mal à l'aise et les déstabilisent. Ils ont du mal à recentrer la consultation et considèrent ces relations comme manquées.

Pour se protéger de telles situations, il est important de se rappeler que les patients qui viennent consulter un médecin se rendent d'abord chez un représentant de la profession, de l'institution ; le médecin en tant qu'individu est d'importance secondaire. Dans une conversation sociale, avec des amis, on révèle habituellement des éléments privés aux personnes avec lesquelles on discute. Mais il en va différemment au sein de relations professionnelles, où il n'est pas attendu des individus qu'ils se révèlent. Les médecins, pourtant, révèlent toujours quelque chose d'eux-mêmes à leurs patients, que ce soit leur manière de parler, leurs gestes, leur tenue vestimentaire, la décoration de leur cabinet... Ces éléments n'ont habituellement aucune conséquence, sauf pour une petite proportion de patients qui utilisera ces informations de manière inappropriée (103).

Il a été évoqué plus haut, dans le cadre de la discussion, la nécessité de garder une distance professionnelle avec les patients, de l'importance des limites à fixer, autant pour le bien des patients que pour celui des médecins. La psychologue québécoise Marie Valiquette, spécialisée

dans les problématiques liées aux transgressions des frontières relationnelles, rappelle qu'il est important, en tant que soignant, de ne pas augmenter la dépendance du patient envers soi, et de ne pas lui accorder de privilèges particuliers (104).

Il convient également de veiller à ne pas trop se dévoiler auprès des patients (105) : bien que cela puisse parfois favoriser le climat de confiance au sein de la relation patient-médecin, cela présente le désavantage d'enfreindre la limite qui sépare le rôle professionnel et personnel du médecin, et redéfinit la relation, qui, de relation patient-médecin, passe à une relation ressemblant à de l'amitié. Dans de telles relations, les amis peuvent faire des demandes qui vont au-delà du domaine professionnel, ce qui ne devrait pas être le cas entre un patient et son médecin. Le jugement clinique du médecin risque d'être déformé, et des situations de séduction peuvent apparaître.

Il appartient au soignant de fixer des limites claires lorsque des situations embarrassantes apparaissent avec ses patients, et, si nécessaire, de mettre un terme à la relation si la situation devient ingérable (106).

II.9.c. La séduction liée au genre

Les remplaçants hommes pensent pouvoir mieux maîtriser ces situations que leurs consœurs. Quant à elles, elles considèrent qu'elles sont plus méprisées par les patients que leurs confrères, ce dont elles souffrent.

On peut rappeler ici l'étude réalisée aux Etats-Unis auprès d'étudiants en médecine (101) montrant surtout des femmes ayant été confrontées à des comportements de séduction de la part de patients au cours de leur cursus médical. Un rapport adopté lors d'une session du Conseil National de l'Ordre des Médecins en décembre 2000 (107) schématise les différentes configurations possibles de rapports de séduction. Les femmes, patientes ou médecins, se retrouvent principalement dans le rôle de la victime, sauf dans le cadre de relations homosexuelles. Les femmes semblent, de manière générale, plus vulnérables dans ce genre de situations.

II.9.d. Une séduction différente avec le remplaçant ?

Certains remplaçants pensent que certains patients n'oseraient pas agir de la même manière, sur le plan de la séduction, avec leur médecin habituel.

Pour vérifier cette hypothèse, des recherches complémentaires sur le nombre de situations de séduction perçues par les médecins installés et remplaçants en France seraient utiles.

II.10. L'influence du genre sur la relation patient-médecin

II.10.a. En être conscient

D'après la majorité des remplaçants interrogés, le fait d'être un homme ou une femme médecin influence la relation patient-médecin, surtout pour le patient.

Il a été montré (58) que non seulement le genre du médecin affecte la communication dans le cadre médical, mais également celui du patient. Les femmes médecins s'ouvrent d'avantage (108), et utilisent un style de relation plus orienté vers l'autre. Même si les deux types de médecin partagent la même quantité et la même qualité d'information médicale et de conversation sociale (c'est-à-dire sans rapport avec la médecine) avec leurs patients, les femmes médecins parlent davantage de l'impact psychosocial d'un diagnostic ou d'un traitement et établissent plus de partenariat. Leurs consultations sont en général deux minutes plus longues que celles de leurs confrères (58).

Du côté des patients, les femmes recherchent plus souvent un avis médical que les hommes et sont plus actives dans la rencontre médicale (109). Le comportement du praticien change également en fonction du genre du patient, ce qui a été démontré dans plusieurs études : les patientes sont traitées avec plus d'empathie, on leur demande plus souvent leur avis, leurs sentiments, et elles reçoivent davantage d'informations, ce qui est probablement dû au fait qu'elles posent plus de questions (110).

Ainsi, les médecins communiquent avec les femmes patientes d'une manière plus émotionnelle et tournée vers le partenariat.

II.10.b. Les avantages liés au genre

Les médecins remplaçants estiment que le fait d'être du même sexe que celui du patient peut être un avantage, notamment pour les femmes. A l'inverse, l'avantage à être un homme médecin n'est pas clairement ressorti lors de nos entretiens.

Une étude a montré que, lorsque médecin et patient sont du même genre, le médecin fait preuve d'un intérêt plus grand et entre plus facilement dans des conversations personnelles (111). Dans une étude incluant des médecins généralistes d'Europe de l'Ouest, dans le cadre d'une interaction femme - femme (ou dyade femme - femme), en comparaison à une dyade homme - homme, les femmes médecins font particulièrement preuve d'un comportement affectif, font plus attention aux aspects psychosociaux et laissent davantage les patientes prendre part aux décisions (112).

Une autre étude (113) a mis en évidence d'autres différences entre dyades homme - homme et femme - femme. Dans une dyade femme - femme, le patient et le médecin ont un temps de parole sensiblement équivalent, alors que dans les dyades homme - homme, le médecin parle plus. Dans cette même étude, la satisfaction du patient est réduite dans une dyade homme - homme et augmentée dans une dyade femme - femme. Pour les hommes, les interruptions sont vécues comme un signe de dominance. Au contraire, les interruptions dans les groupes femme - femme sont les bienvenues et comprises comme une participation mutuelle, comme un encouragement à continuer à parler, par conséquent comme un signe d'intérêt.

Dans le cadre de sujets spécifiques tels que les violences conjugales, des différences importantes entre les représentations des médecins hommes et des médecins femmes ont été retrouvées dans le cadre d'une étude par focus groups aux Pays-Bas (114) :

- par rapport au rôle de la sexualité, les femmes médecins soulignent surtout l'humiliation liée aux rapports sexuels forcés et le danger de l'opposition, alors que les hommes médecins considèrent le refus des rapports sexuels comme un facteur contribuant à l'agressivité de l'homme.

- seules les femmes médecins abordent le thème de la présence des enfants en tant que témoins des violences conjugales.
- les femmes médecins ont tendance à s'impliquer émotionnellement avec de telles patientes alors que les hommes médecins préfèrent garder de la distance.
- les femmes médecins considèrent le fait que la femme quitte son conjoint agressif comme une avancée alors que leurs confrères n'y voient aucun progrès.
- les femmes médecins sont plus souvent confrontées à de telles situations.
- la prise en charge de ces situations de violences conjugales est différente entre hommes et femmes médecins.

Paradoxalement, au cours de nos entretiens, il n'y a pas eu d'évocation de l'avantage à être un homme médecin, alors que le fait d'être en présence d'une dyade homme - homme (111) peut être bénéfique à la relation. On peut penser que les remplaçants hommes, étant amenés à remplacer la plupart du temps des hommes (en raison de la démographie médicale actuelle), sont moins souvent confrontés à ce questionnement, donc moins sensibilisés à la problématique du genre, et que cet avantage à être un homme médecin est sous-entendu dans leurs propos.

Dans la prise en charge d'un patient et dans le vécu de la relation patient-médecin, il semble essentiel d'être conscient de l'influence du genre de chaque interlocuteur.

II.10.c. Les difficultés liées au genre

Les femmes remplaçantes, lorsqu'elles se retrouvent face à des patients hommes, semblent éprouver certaines difficultés au niveau de la relation. Les remplaçants hommes, quant à eux, remarquent qu'ils abordent moins certains sujets avec les patientes. Ces situations semblent d'autant plus fréquentes lorsqu'ils ou elles remplacent un médecin du sexe opposé.

Concernant le ressenti des femmes remplaçantes, des études ont montré que les consultations entre une femme médecin et un patient homme sont les plus problématiques – et plus la femme médecin sera jeune, et le patient âgé, moins le patient sera satisfait (113, 115).

Les femmes médecins semblent moins à l'aise avec les patients masculins. De leur côté, les patients hommes ont tendance à prendre une expression plus dominante et une voix plus enuyée, et à partager moins d'information biomédicale avec une femme médecin (116). Cela soulève la question des conflits de rôles, à savoir les comportements ou statuts qui, dans l'esprit communautaire, sont associés à celui d'une femme ou d'un homme ; notons que l'image stéréotypée d'un médecin ou d'un chirurgien est un homme (117).

En général, les patients ne sont pas plus ou moins satisfaits avec un médecin homme ou femme (115), bien que les études soient très incohérentes à ce sujet. Cette découverte est surprenante, face aux nombreuses études montrant que les patients sont plus satisfaits face à une démarche centrée sur le patient (55, 103) et que les femmes médecins sont les plus à même de démontrer exactement ce style de communication (58, 111).

Il y a donc un paradoxe : les patients recherchent un style de communication spécifique, mais ne semblent pas plus satisfaits quand une femme médecin le démontre. Il est probable que cela vienne des attentes de rôle du patient liées au genre. En effet, la satisfaction du patient est corrélée avec un «comportement féminin» (c'est-à-dire moins de distance interpersonnelle, une voix plus douce, plus de contact par le regard) de la part des femmes médecins (118). Un «comportement masculin» (voix plus forte, plus de distance interpersonnelle) de la part des hommes médecins est également satisfaisant pour les patients.

On peut également noter que les patientes sont plus satisfaites quand elles sont confrontées à un style de communication dit «émotionnel» de la part d'une femme médecin (119).

Ainsi, les patients présentent des attentes spécifiques sur la manière dont devrait se comporter un médecin, selon son genre. Particulièrement pour les femmes médecins, la satisfaction du patient dépend de la congruence entre le style de communication qu'elles adoptent et l'attente qu'a le patient de leur rôle en tant que femmes.

Il apparaît que les médecins remplaçantes sont plus sensibles à ce sujet que leurs confrères. Peut-être est-ce dû au fait qu'elles sont plus souvent amenées à remplacer des confrères masculins, au vu de la démographie médicale actuelle, ce qui les confronte régulièrement à des «modifications de dyades» lors des consultations.

Le troisième thème abordé lors des focus groups a été nommé «attitudes médicales lors des consultations» : il s'agit des différentes attitudes qu'exprime le médecin face à son patient lors de la relation patient-médecin.

III. Attitudes médicales lors des consultations

III.1. Permettre au patient d'exprimer son mécontentement

Les remplaçants estiment qu'il est bénéfique de laisser le patient exprimer son insatisfaction.

Lors d'un conflit entre patient et soignant, la confiance que le patient accorde à son médecin diminue, et son insatisfaction vis-à-vis de la consultation augmente (120). Le soignant, de son côté, éprouve de la frustration, de la colère et une sensation de perte de contrôle (121).

Plusieurs techniques de communication ont été étudiées pour résoudre ces conflits :

- comprendre les craintes et les attentes du patient (122)
- faire preuve d'empathie (123)
- encourager les patients à prendre une part active dans les décisions (124)
- négocier les différentes options possibles face à une situation, si nécessaire (125)

Pour appliquer ces techniques, il semble donc essentiel de laisser le patient exprimer son mécontentement, afin de pouvoir au mieux le comprendre et de parvenir ensemble à une résolution du conflit. Nous verrons certaines de ces techniques plus en détail dans la suite de cette discussion.

III.2. Percevoir les attentes des patients et y répondre

III.2.a. L'importance de la perception des attentes des patients

Les remplaçants reconnaissent l'importance de bien entendre les demandes formulées par les patients, qu'elles soient clairement exprimées ou non, et de respecter le refus du patient d'aborder certains sujets.

Une compréhension mutuelle entre patients et soignants est nécessaire pour une bonne qualité des soins, mais elle est souvent décevante (126). Face à la maladie, au traitement et à la guérison, patient et médecin adoptent chacun leurs propres réalités cliniques, c'est-à-dire leurs propres attentes, croyances, perceptions et habitudes. Il est essentiel de permettre à ces deux réalités de concorder. Il a été montré que le fait de parvenir à cet objectif permet une meilleure compliance au traitement de la part des patients (127).

III.2.b. Difficultés à répondre aux attentes des patients

Même s'ils sont conscients de l'importance de bien percevoir les attentes des patients, les remplaçants éprouvent des difficultés à répondre aux demandes qui leur paraissent abusives, que ce soit pour des traitements ou des certificats.

Une étude réalisée au Canada (128) s'est intéressée aux cas de harcèlement et d'impolitesse envers les médecins de famille de la part de patients. Parmi les affrontements dits «mineurs», on retrouve le cas des patients dits «demandeurs», qui mettent mal à l'aise les médecins ou même qui, parfois, les menacent. Dans cette étude, les médecins jeunes, les femmes et les médecins exerçant dans des milieux ruraux étaient les plus à risque de souffrir de telles consultations abusives.

Une autre étude réalisée en France en 2001 auprès de médecins généralistes (129) rapporte une fréquence moyenne de 7% de consultations liées à des demandes jugées non fondées par les médecins. On y note également que les médecins généralistes femmes déclaraient plus de cas de telles consultations.

Ces demandes non fondées ont été classées en cinq catégories :

- la prescription (inadéquate, pour un tiers, hors recommandations médicales opposables)
- l'anticipation (faire provision de médicaments, renouveler la pharmacie familiale, ordonnance pour un voyage)
- l'exigence (déplacement illégitime du médecin, horaires hors cadre, certificats illégitimes, prescription à faire sous un autre nom)
- la régularisation (prescription a posteriori d'arrêt de travail, de traitements, d'examens)
- les demandes diverses.

Face à ces demandes, dans 63% des cas, la réponse du médecin était en partie favorable au patient. Les femmes médecins ont refusé plus souvent que les hommes d'accéder à ces demandes. Lorsque les demandes étaient refusées, le motif du refus s'appuyait le plus souvent sur une règle professionnelle ou juridique que le médecin pouvait faire valoir. Ce type de refus provenait en majorité des femmes médecins, de même que le refus de se soumettre aux exigences du patient. Dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence liée au genre, sur la réponse faite aux demandes des patients jugées non fondées.

Concernant les certificats médicaux, il nous semble utile de rappeler que «le médecin ne doit céder à aucune demande abusive» (article 50 du Code de Déontologie Médicale), et que «la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdit» (article 28).

Un article traitant de la résolution des conflits dans la relation patient-médecin (130) affirme qu'avant tout, il est primordial que le médecin soit convaincu d'avoir une solide base éthique pour toute action menée lors d'une consultation, que ce soit par la lecture d'articles scientifiques, de recommandations publiées par les autorités de santé ou la connaissance des principes régissant l'exercice médical, tel que le Code de Déontologie Médicale. Les autres outils de résolution de conflits proposés sont principalement des outils de communication : la compréhension des besoins et des attentes du patient, l'empathie, la participation du patient à la prise de décision et la négociation.

Lorsqu'une discussion entre différentes opinions est réalisée dans un contexte de respect mutuel, il y a de fortes probabilités pour que le conflit puisse être résolu en accord avec les deux parties, avec des décisions acceptables pour les deux acteurs. Cela est vrai autant pour les médecins remplaçants que pour les médecins installés.

III.3. Rassurer les patients

III.3.a. L'importance de la réassurance

Pour les remplaçants, il est important de permettre au patient de ressortir de la consultation en étant plus apaisé.

Il a été montré (131) que les principales raisons pour lesquelles les patients consultent leur médecin sont la crainte d'une maladie grave, et le besoin d'explications adéquates. Les patients développent une perception de leur maladie liée à cinq aspects : l'identité de la maladie (diagnostic), la durée de la maladie, ses conséquences sur la santé, ses causes possibles et son traitement. Des craintes persistantes face à l'un de ces éléments peuvent empêcher la guérison du patient et l'évolution spontanée de sa maladie (132). C'est pourquoi il est important que les médecins généralistes s'intéressent aux préoccupations du patient tôt dans la consultation afin d'y répondre et de leur communiquer les informations nécessaires. Lorsque le patient est rassuré par son médecin, il se sent mieux, et son état de santé s'en trouve amélioré.

III.3.b. Difficultés à rassurer en tant que remplaçant

Les remplaçants ressentent comme un défi supplémentaire le fait de devoir rassurer les patients sur le changement de médecin, en adaptant leur pratique pour qu'elle ne diffère pas trop de celle du médecin remplacé, sans le remettre en cause, et en allant au-devant de leurs attentes, notamment en les assurant que les informations seront bien transmises à leur médecin habituel.

Une étude (91) s'est intéressée au sentiment d'insécurité ressenti par les patients lorsqu'ils étaient amenés à voir un autre médecin que leur médecin habituel. Les patients présentant des maladies chroniques et les femmes étaient plus à même d'éprouver un tel sentiment, ainsi que

les patients qui placent une grande confiance dans leur praticien habituel et qui apprécient de pouvoir discuter des différentes options de traitement.

Il serait intéressant de comparer ces résultats en interrogeant les patients qui sont amenés à consulter un remplaçant.

III.4. Convaincre les patients

III.4.a. L'importance de savoir convaincre les patients

Il faut parfois négocier des changements de traitement ou d'habitudes de vie chez le patient, pour leur bien.

La «décision médicale partagée» est un processus par lequel patients et soignants examinent ensemble les probabilités de résultats et les préférences du patient concernant un traitement, afin d'atteindre une décision basée sur un accord mutuel. D'un côté, certaines études (133) montrent que la participation active des patients à leurs soins augmente leur satisfaction et améliore les indicateurs de santé. D'un autre côté, certaines revues concluent qu'une proportion importante de patients préfère ne pas avoir, ou peu, d'informations concernant leur état de santé, ou leur investissement dans la décision médicale (134).

Pour arriver à se mettre d'accord sur la mise en place d'un traitement donné, il est important que le médecin identifie le point de vue du patient et lui explique l'importance de ce traitement, et que le patient comprenne et soit informé des bénéfices et des risques attendus de ce traitement. Il est parfois nécessaire de laisser un temps de réflexion au patient et de reporter certaines décisions (135).

III.4.b. Difficultés à convaincre pour les remplaçants

Les remplaçants se trouvent parfois confrontés au défi de convaincre leurs patients, notamment concernant les prescriptions médicamenteuses, d'autant plus si leurs dires ne correspondent pas à ceux du médecin remplacé.

Les médecins sont encouragés à inclure leurs patients dans une décision médicale partagée, mais cela reste un défi pour eux : ils ont souvent le sentiment qu'il leur faudra y consacrer du temps. Il a pourtant été montré qu'impliquer les patients dans les choix de traitement n'a pas d'effet significatif sur la durée de la consultation, même s'il est difficile de surmonter la perception des médecins selon laquelle il faudrait consacrer un supplément de temps à cette démarche (125).

Un autre défi, vécu ici par les remplaçants, est celui d'arriver, en une seule rencontre, à gagner la confiance des patients et à percevoir leurs préférences en matière de traitement. Même si de nombreux patients ne souhaitent pas forcément avoir le dernier mot concernant le choix d'un traitement, la plupart aimeraient être suffisamment informés.

Afin de convaincre les patients de l'utilité d'un traitement donné, il semble particulièrement nécessaire aux remplaçants de développer leurs capacités à transmettre une information claire aux patients, à présenter la balance bénéfices-risques d'un traitement et à exprimer leurs incertitudes lorsqu'ils en ont. Une étude consacrée à l'importance de la prise en compte des préférences du patient concernant le choix de son traitement (125) souligne la nécessité de mettre en place des outils utiles pour aider les praticiens dans ces démarches.

III.5. L'éducation thérapeutique

III.5.a. L'importance de l'éducation thérapeutique

Certains remplaçants profitent systématiquement de leur intervention ponctuelle auprès des patients pour participer à leur éducation thérapeutique.

Le médecin généraliste, de par sa connaissance particulière de l'histoire de son patient et de la relation qu'il entretient avec lui, occupe une place stratégique dans l'éducation du patient et la prévention des risques de certaines maladies. Il peut faire passer des messages personnalisés et motiver ses patients à atteindre un style de vie plus sain. Il a été montré (136) que le «conseil minimum» pratiqué par les médecins, ainsi que leur accompagnement des patients, sont des outils efficaces dans le cadre du sevrage tabagique, sevrage qui implique une modification du

comportement de la part du patient. Les médecins généralistes sont encouragés à saisir les opportunités qui se présentent à eux lors d'une consultation, par exemple la mesure du poids, de la taille, ou de la tension artérielle. Ils peuvent ainsi aborder avec leurs patients des recommandations telles que le maintien d'un poids correct, la pratique d'une activité physique régulière (au moins 30 minutes par jour et au moins 5 jours par semaine), la consommation de fruits et légumes en nombre suffisant, et la consommation modérée d'alcool, dans le but de diminuer les risques de certaines maladies tels que les cancers (137).

III.5.b. L'avantage du remplaçant dans l'éducation thérapeutique

Certains remplaçants estiment être avantagés dans l'éducation du patient par rapport au médecin installé, parce qu'ils peuvent se permettre d'aborder certains points qui sont peut-être devenus tabous dans la relation qu'a le patient avec son médecin habituel.

Cette idée rejoint celle qui a déjà émergé dans des occurrences précédentes, à savoir que le médecin remplaçant peut être avantagé par son «regard extérieur» et son «œil neuf» sur une situation donnée ; s'il en est conscient, il peut user de cet avantage pour une prise en charge médicale optimale du patient, en profitant d'aborder avec lui des messages éducatifs personnalisés et appropriés.

III.5.c. Les difficultés à éduquer en tant que remplaçant

Parmi les attitudes médicales paraissant difficiles aux remplaçants, se trouve l'éducation du patient : sont-ils habilités à en faire, ont-ils le temps de le faire, et les patients sont-ils ouverts à de tels discours de leur part ? Par ailleurs, il semble difficile de le faire lorsque le médecin habituel ne l'a pas abordé auparavant avec son patient.

Là encore on retrouve le défi lié à l'intervention ponctuelle du remplaçant dans l'histoire du patient. On peut penser que, tout comme le «conseil minimum» a prouvé son efficacité auprès des patients tabagiques, toute intervention éducative ou de dépistage de la part des remplaçants pourra être bénéfique au patient, même à long terme. Reste à vérifier cette hypothèse par des

recherches complémentaires, et en cas de véracité, à convaincre les remplaçants du bien-fondé de cette démarche dans l'intérêt du patient.

Améliorer la communication et la relation patient-médecin implique que le médecin bénéficie, au cours de ses études, d'une formation de base en pédagogie et en communication. Cela aurait l'avantage également de favoriser plus tard la mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique en coopération avec d'autres professionnels de santé, et pourquoi pas d'aborder la question de l'éducation thérapeutique par les remplaçants.

Nous discuterons, dans cette avant-dernière partie, des différents enjeux de la communication entre soignant et soigné, perçus de manière positive ou problématique par les remplaçants.

IV. Communication

IV.1. Communication non verbale

IV.1.a. Un indicateur de satisfaction

Les remplaçants interprètent certains gestes des patients comme des indicateurs de satisfaction par rapport à la consultation.

La communication non verbale peut être définie comme une «communication effectuée par des moyens autres que des mots». On peut citer, dans les comportements non verbaux, l'expression du visage transmettant des émotions, le regard, le sourire, les gestes, la posture, le contact physique, le ton de la voix, la modulation du discours et sa durée (138). La dimension affective de la relation passe plus par la communication non verbale que par la communication verbale, d'où son importance dans toute relation humaine. Les émotions étant souvent exprimées de manière non verbale, il est crucial d'évaluer correctement le comportement d'un patient afin de le soigner de manière sensible et efficace.

Mieux un médecin saura lire le comportement non verbal de son patient, meilleur sera l'impact sur leur relation globale. Il a été montré que les médecins doués pour interpréter correctement

les messages non verbaux de leurs patients avaient des patients plus satisfaits (139) et plus à même de revenir lors d'une prochaine consultation (140).

IV.1.b. Le rituel

Les remplaçants pensent qu'il est important de respecter un rituel dans la consultation pour rassurer les patients.

Au cours de l'étude réalisée en France dans le cadre de deux travaux de thèses (26, 27), les patients n'ont pas abordé le thème du rituel. Peu de littérature est disponible à ce sujet, à notre connaissance. Il serait intéressant de poser directement la question aux patients : le rituel est-il important pour eux, lors d'une consultation ? Si oui, comment perçoivent-ils le changement de rituel ?

Les remplaçants se retrouvent parfois dans des positions difficiles lorsque le rituel auquel est habitué le patient n'est pas respecté («code à trouver»).

Dans notre étude, les médecins remplaçants semblaient ressentir ce besoin de rituel de la part des patients notamment lors de l'examen clinique, par exemple lorsque les patients leur tendent systématiquement le second bras après la prise de tension à un bras, ou bien lorsqu'ils se déshabillent complètement avant que le remplaçant ne le leur demande. A l'inverse, ils peuvent sembler étonnés lorsqu'il leur est demandé de se dévêtir. Ici encore on peut remarquer l'influence de la relation pré-existante entre le médecin remplacé et son patient.

IV.2. L'écoute active

IV.2.a. L'importance de l'écoute active

Ecouter activement ses patients, sans émettre de jugement, semble un élément essentiel de la relation patient-médecin pour les remplaçants.

L'écoute active peut être en elle-même thérapeutique (141), limiter le nombre de consultations répétées et ainsi diminuer la charge de travail du médecin généraliste (142).

L'écoute active est un outil qui permet de mieux cerner la souffrance du patient, les motifs de sa visite, de comprendre son expérience de la maladie. Elle permet de recueillir des informations utiles, par l'utilisation de questions ouvertes, de résumés et de clarifications (143), ce qui montre aussi au patient que l'on reconnaît sa souffrance : il est invité à parler et à s'exprimer, ce qui est encouragé autant par la parole du médecin que par son attitude non-verbale (144). C'est une des qualités les plus recherchées par les patients chez leur médecin (145).

IV.2.b. L'avantage du remplaçant

Certains remplaçants pensent qu'ils sont peut-être plus disposés que les médecins installés à écouter les patients : d'une part ils reçoivent les histoires des patients pour la première fois sans idées préconçues, et d'autre part, ils pensent que les patients se sentent peut-être plus libres d'aborder certains sujets avec eux, sans crainte d'être jugés ou ignorés.

Il semble acceptable de penser qu'effectivement, certains patients peuvent être satisfaits de raconter leur histoire à un nouvel interlocuteur sans crainte de l'ennuyer par des répétitions. Il serait intéressant d'étudier plus profondément cette idée selon laquelle les patients osent aborder plus facilement certains sujets avec un médecin qui n'est pas leur médecin habituel.

IV.2.c. Difficultés liées à l'écoute active

Certaines situations d'écoute active de la part du remplaçant s'avèrent parfois difficiles : celui-ci peut ne pas être disponible pour écouter (préoccupations ou fatigue), ou avoir l'impression de manquer de temps.

On a vu l'importance de l'écoute active dans la compréhension de la souffrance des patients, mais elle l'est également pour l'établissement d'un diagnostic : en effet, dans 76% des cas, l'histoire du patient suffit à établir un diagnostic, dans 12% des cas c'est l'examen clinique qui le permet, et dans seulement 11% des cas, les examens biologiques sont nécessaires (146).

Il a été montré en 1999 (147) que les patients étaient interrompus par leur médecin en moyenne 23 secondes après avoir pris la parole, sur un temps de consultation moyen de 15 minutes. Une autre étude réalisée en 1997 (148) montre que les patients exposent en moyenne leur motif de consultation en 60 secondes si on les laisse s'exprimer librement sans les interrompre, et jamais au-delà de 3 minutes. Effectivement, l'écoute active est une discipline difficile qui demande une grande concentration et une grande attention à l'égard de ce qu'exprime la personne, que ce soit verbalement ou de manière non-verbale. L'écouter doit réussir à s'extirper de toute distraction, de tout préjugé et de tout problème personnel.

Un article paru en 2005 (149) propose quelques outils pour aider les médecins à mieux écouter leurs patients :

- avoir un langage corporel attentif : posture et gestes qui montrent l'implication et l'engagement, environnement non-distrayant et regard, expressions faciales et mouvements du corps appropriés.
- laisser au patient l'espace de raconter son histoire de sa propre manière : encourager verbalement sans excès, poser des questions pertinentes au bon moment, respecter des silences attentifs, laisser des «portes ouvertes».
- reformuler les sentiments du patient avec compréhension et acceptation : paraphraser ce qui a été dit pour être sûr d'avoir bien compris, résumer les principaux points et renvoyer les émotions qui ont été exprimées.

On se rend compte que les difficultés liées à l'écoute active, éprouvées par les remplaçants dans nos focus groups, sont des difficultés rencontrées par tout praticien, et que l'écoute active est une capacité qu'il incombe à chaque soignant de développer pour une meilleure prise en charge des patients.

IV.3. La communication avec le médecin remplacé

IV.3.a. L'importance de la communication avec le médecin remplacé

Apprécié par la plupart des remplaçants, cet échange en fin de remplacement les aide à clarifier certaines consultations, à obtenir un «retour» de la part du médecin installé et un recul sur les situations rencontrées.

Dans l'optique d'une continuité optimale des soins pour les patients, il semble essentiel que des transmissions puissent être faites entre médecin remplacé et médecin remplaçant avant et après la période de remplacement. De nombreuses études ont été publiées concernant l'importance de la qualité de communication entre généralistes et spécialistes, entre structures de soins primaires et structures hospitalières, mais peu sur cet aspect de la communication entre remplaçants et installés.

IV.3.b Communication parfois délicate avec le médecin installé

Les remplaçants hésitent parfois à transmettre au médecin remplacé des situations dans lesquelles celui-ci se serait trompé. A l'inverse ils redoutent parfois le retour du médecin installé.

Il nous paraît utile de rappeler que, selon le Code de Déontologie Médicale, «lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade» (article 64).

Il est important que les médecins remplaçants transmettent au médecin installé les informations nécessaires concernant les patients qu'ils ont été amenés à voir lors de leur remplacement. Il en va de la continuité des soins. Il serait également appréciable pour les remplaçants d'obtenir un retour de la part des médecins qu'ils remplacent.

Il pourrait être utile, autant pour les médecins remplaçants que pour les médecins installés, de mettre en place, en France, des conseils de communication efficace entre remplaçants et remplacés, afin d'encourager l'interaction entre ces deux groupes d'acteurs.

Enfin, dans cette dernière partie, nous aborderons les perceptions des remplaçants par rapport à la relation patient-médecin, dans le domaine de l'environnement de la consultation et de la gestion du temps.

V. Environnement et gestion du temps

V.1. Le téléphone

Les remplaçants n'apprécient pas d'être interrompus par les appels téléphoniques pendant les consultations.

Il semble que les médecins généralistes, de manière générale, n'apprécient pas d'être interrompus par le téléphone lors des consultations : cela perturbe leur concentration (150). En France, les patients pensent également que le téléphone dérange les consultations, mais ils apprécient de pouvoir joindre leur médecin directement pour des demandes d'information (26).

Un article paru dans le *Family Practice Management* (151) suggère plusieurs méthodes pour améliorer la gestion des appels téléphoniques ; il est intéressant de noter que ces conseils ne peuvent être mis en pratique que si le cabinet médical en question emploie une personne spécifiquement pour cette tâche, ce qui n'est pas systématiquement le cas, actuellement, dans les cabinets de médecine générale en France.

Même si les échanges téléphoniques entre patients et soignants présentent certains avantages (commodité des patients, simplicité de la démarche...), ils peuvent être délicats pour les médecins car dérangeants, et porteurs de responsabilités (identification du correspondant, respect du secret de la communication, enregistrement de l'échange...) (152).

Les remplaçants n'apprécient pas non plus la réaction de certains patients lorsqu'ils apprennent la présence du remplaçant par téléphone.

En effet il arrive que certains patients, perturbés d'apprendre l'absence de leur médecin habituel, commettent l'impolitesse de «raccrocher au nez» du remplaçant, ou bien laissent «un blanc» dans la conversation téléphonique. On comprend que ces situations soient vécues de

manière désagréable par les médecins remplaçants. Pour rassurer les patients, il leur suffirait peut-être de prendre systématiquement les devants lors de chaque appel téléphonique, en spécifiant leur nom et leurs compétences.

V.2. Le matériel

V.2.a. Le matériel comme une aide

Le fauteuil, la mallette de visite, ou bien juste le fait de savoir où est rangé le matériel, peuvent être des éléments qui aident le remplaçant à asseoir son statut de médecin.

Certains remplaçants se sentent davantage en position de médecin lorsqu'ils maîtrisent leur environnement. Le remplaçant est amené à exercer dans plusieurs cabinets différents qu'il découvre en grande partie le premier jour de son remplacement, même si le médecin installé a pris le temps de lui faire visiter son cabinet au préalable et lui a indiqué où se trouve le matériel nécessaire. S'il est capable de maîtriser cet environnement, il a le sentiment que le patient le prendra plus facilement au sérieux dans son rôle de médecin.

Certains éléments particuliers de l'environnement, tels que le fauteuil du médecin, semblent avoir un rôle symbolique dans la représentation qu'attribuent les remplaçants aux patients : la personne qui y est assise doit forcément être le médecin. Ou encore, lors des visites à domicile, les remplaçants pensent que les patients se sentent tout de suite plus à l'aise s'ils les voient transporter une «mallette de docteur».

V.2.b. Problèmes liés au matériel

La gestion du matériel peut également constituer une difficulté pour le remplaçant dans la relation patient-médecin, notamment la prise en main de l'ordinateur du cabinet.

Une enquête réalisée en 2004 (48) montrait que trois quarts des cabinets de médecine générale étaient informatisés en Bretagne. Sur 98 médecins interrogés, 23 logiciels informatiques différents étaient utilisés. Le nombre de fournisseurs de logiciels médicaux est de l'ordre de 150 en France (153), alors qu'il n'est que d'une quinzaine en Grande-Bretagne, et de 3 aux Pays-Bas.

Ceci peut expliquer la difficulté que peuvent avoir les remplaçants lors de changements de cabinets médicaux. Cette même étude rapporte de nombreuses difficultés rencontrées par les médecins face à cette informatisation ; parmi elles, on peut citer les problèmes de stabilité du système, la lenteur d'exécution, la contamination par des virus informatiques, les nombreuses pannes...

Même si l'informatisation comporte des avantages, tels qu'un accès plus facile à l'ensemble du dossier patient, une gestion du cabinet plus efficace, un gain de temps à accorder au patient, une meilleure continuité des soins et une meilleure qualité des soins dispensés, la plupart des médecins interrogés cite également des facteurs négatifs tels que le stress, la surcharge de travail, et la dégradation de la relation patient-médecin. Ces éléments confortent les résultats de notre étude.

Le fait de ne pas savoir où est rangé le matériel constitue également une difficulté pour les remplaçants. Le temps perdu à chercher cet équipement influe aussi sur la qualité de la relation patient-médecin, et peut-être aussi sur la confiance accordée par le patient.

V.3. La gestion du temps

V.3.a. Avoir du temps

D'après les remplaçants, le fait de disposer de suffisamment de temps devant soi rend agréable la relation patient-médecin.

Le temps est une ressource essentielle pour les praticiens : il permet d'apprendre à connaître les patients dans leur globalité, à réaliser des diagnostics approfondis, et à développer des projets efficaces de traitement. Certaines pathologies peuvent être traitées rapidement, comme par exemple une otite moyenne aiguë chez un enfant, mais d'autres problèmes de santé sont beaucoup plus complexes et nécessitent davantage de temps pour être pris en charge, notamment les pathologies chroniques (154).

Lorsque les praticiens ont la possibilité de passer davantage de temps avec leurs patients, leur satisfaction professionnelle s'en trouve améliorée (155) pour trois raisons principales : cela répond à leurs principes éthiques, cela donne du sens à leur travail, et de la valeur à la relation.

V.3.b. Gestion du temps problématique

Alors qu'ils apprécient de passer du temps avec les patients, les remplaçants se trouvent souvent confrontés à un manque de temps : celui-ci est souvent déterminé par le nombre de personnes en salle d'attente, ou par l'impact de la vie privée du médecin sur sa vie professionnelle.

Le manque de temps est une préoccupation constante chez les médecins ; cette pression du temps amène même plusieurs d'entre eux à se demander s'ils continueront à exercer cette profession (151, 155). On sait également que, parmi les causes de désaffection de la médecine générale (12), se trouvent la lourdeur des tâches administratives qui occupent une part importante du temps de travail du médecin, et le souhait des jeunes médecins d'aménager leur temps de travail pour améliorer leur qualité de vie.

Comment permettre aux patients de sentir que le médecin n'est pas trop pressé et qu'il l'écoute attentivement pour une bonne prise en charge, alors qu'il faut, en une consultation d'en moyenne 18 minutes en France (156), faire un interrogatoire attentif, procéder à un examen physique, consigner les données dans le dossier médical du patient, résoudre des problèmes et compléter de nombreux formulaires ?

C'est une question qui semble difficile à résoudre, à moins de consacrer volontairement plus de temps à chaque patient, ce qui induit obligatoirement des coûts plus élevés. Cette question du temps accordé à chaque patient semble également de plus en plus problématique, vu la progression de la démographie médicale dans les années à venir, avec un nombre de médecins en activité qui va diminuant, et le vieillissement de la population française qui augmente.

V.3.c. Le temps et le médecin remplacé

Certains remplaçants pensent que le temps accordé au patient dépend du médecin remplacé.

Est-ce une question d'organisation de chaque cabinet ? Y a-t-il une différence de temps accordée aux patients selon que le médecin les reçoit sur rendez-vous ou non ? Est-ce lié aux personnalités des patients rencontrés dans chaque cabinet, qui demanderaient plus ou moins de temps ? Ou bien à la taille de la patientèle de chaque cabinet ?

Une thèse de médecine générale est actuellement en cours de réalisation sur le ressenti et l'expérience des médecins généralistes libéraux installés et remplaçants en ce qui concerne l'optimisation de leur temps de travail (Lionel Michel, Strasbourg).

V.4. Les visites à domicile

V.4.a. Bénéfices des visites à domicile

Les remplaçants ont le sentiment que les patients sont plus à l'aise vis-à-vis d'eux lors des visites à domicile, peut-être parce qu'ils maîtrisent leur environnement.

Les visites à domicile constituent une opportunité appréciable pour les patients âgés qui ne peuvent plus se déplacer au cabinet du médecin. Elles durent souvent plus longtemps que les consultations au cabinet : selon une enquête française (156), le temps moyen d'une visite à domicile est de 41 minutes (préparation de la visite, déplacement, auscultation du patient et mise à jour du dossier), soit 23 minutes de plus qu'une consultation au cabinet.

Les raisons les plus fréquentes qui incitent les médecins à se déplacer au domicile d'un patient sont la présence d'une pathologie lourde, le manque d'autonomie du patient, une urgence nécessitant une hospitalisation, et l'âge du malade.

Les visites à domicile offrent quelques avantages par rapport à la consultation au cabinet : il est possible d'apprécier la manière dont les patients gèrent leurs médicaments, de rencontrer des membres de la famille ou du voisinage qui peuvent se révéler des partenaires indispensables dans la prise en charge du patient, et finalement, de comprendre mieux le patient dans sa globalité, ce qui permet une meilleure coordination des soins (157).

Un jeune médecin effectuant des visites à domicile depuis peu de temps a écrit (157) : «J'ai reçu davantage d'accolades et serré davantage de mains en trois mois qu'en 3 ans d'internat. J'ai ainsi le sentiment que je prends soin de mes patients et qu'ils prennent soin de moi».

V.4.b. Visites à domicile problématiques

Les remplaçants se sentent parfois moins à l'aise au domicile des patients, et expriment leur insatisfaction de se déplacer parfois de manière injustifiée.

En France, l'opinion des médecins sur la visite à domicile est majoritairement négative (156) : pour 57% d'entre eux, il s'agit d'une contrainte ; 49% la considèrent comme une nécessité, et 35% comme un devoir. 87% des médecins en limitent le nombre. Une majorité d'entre eux considère que la visite à domicile relève plus du social que du médical, fait perdre du temps, les pénalise financièrement (85% estiment qu'elle n'est pas rémunérée à sa juste valeur), et dévalorise leur métier lorsqu'elle devient systématique. Certains points ne sont pas satisfaisants, tels que le manque de silence disponible, l'espace restreint et l'éclairage insuffisant à la réalisation correcte de l'examen clinique.

72% des praticiens désirent limiter l'accès à la visite à domicile ; la plupart veulent redéfinir ce qu'est une visite justifiée. Est-elle organisée pour une urgence, un manque de mobilité ou une perte d'autonomie ? Il s'agit de revaloriser des actes vraiment justifiés et de supprimer les visites injustifiées qui ont un coût trop élevé. Ils estiment que l'information du public pourrait être un moyen efficace pour limiter l'accès à la visite à domicile.

Ces données rejoignent le ressenti des remplaçants perçu lors de nos focus groups.

Les remplaçants pensent que certains patients ne les font pas venir chez eux par manque de confiance.

Encore une fois, cette perception des remplaçants mériterait d'être vérifiée par une enquête auprès des patients.

Les remplaçants ont le sentiment de pouvoir refuser plus facilement les visites à domicile qui leur semblent injustifiées que les médecins installés.

Selon l'enquête citée précédemment, le nombre moyen de visites injustifiées serait de 9 en deux semaines (sur un total de 33 visites sur 2 semaines, soit plus d'un quart des visites effectuées). Les motifs les plus fréquents de ces visites injustifiées sont les suivants : attentes trop longues au cabinet, obligations professionnelles, tiers payant (on ne paie pas le médecin donc on peut le faire se déplacer), et prix payé (on paie le médecin donc il peut se déplacer).

Peu de médecins acceptent de se déplacer pour des motifs non justifiés, selon cette même étude, en privilégiant des critères médico-sociaux aux critères de convenances personnelles.

Il serait intéressant d'observer si l'opinion des remplaçants concernant les visites à domicile est justifiée, à savoir qu'ils arrivent plus facilement à faire venir les patients au cabinet que les médecins installés.

CONCLUSION

Les médecins généralistes remplaçants rencontrés dans notre étude souhaitent une pratique médicale de qualité, non seulement sur le plan technique, mais également sur le plan relationnel. Ils sont confrontés à des défis communs à tout médecin impliqué dans une relation avec un patient : ils aspirent à des relations de partenariat, d'échange et de confiance avec leurs patients, qui se concrétisent dans le processus d'alliance thérapeutique. Ils se sentent souvent limités par des contraintes d'ordre matériel ou organisationnel, et en particulier par le manque de temps. Ils sont conscients des enjeux majeurs de santé publique liés à la médecine générale, comme l'importance de l'éducation thérapeutique du patient, ou la nécessité d'économies de santé. Mais leur position ne leur permet pas toujours de prendre en compte ces facteurs autant qu'ils le souhaiteraient. Ils sont aussi confrontés à des situations délicates : on peut citer les comportements de séduction, les comportements agressifs ou les demandes jugées non fondées, exprimés par les patients.

Au-delà de ces points communs, notre étude a mis en lumière le fait que les remplaçants doivent également faire face à des obstacles spécifiquement liés à leur statut singulier de «médecin de substitution» : ils se sentent parfois encore inexpérimentés, ils ont du mal à trouver leurs repères dans les divers cabinets où ils sont amenés à remplacer, ils ont le sentiment de gagner difficilement la confiance des patients et souffrent d'un manque de reconnaissance de leur part. Ils hésitent à affirmer leur propre pratique ou à s'adapter à celle du médecin remplacé, et regrettent de ne pas pouvoir toujours communiquer de manière efficace avec celui-ci.

Le regard qu'ils portent sur leur position de remplaçant évolue avec le temps, après plusieurs années, ils choisissent de remplacer des médecins dont ils apprécient la pratique, et avec qui ils se sentent en confiance. Les difficultés matérielles s'estompent après plusieurs remplacements

dans un même cabinet, de même ils se font davantage confiance et doutent moins de leur place de médecin, tant auprès des patients que du médecin remplacé.

L'utilisation de la méthode des focus groups a enrichi la question initiale, en permettant l'approfondissement de la relation patient-médecin sous ses différents aspects, grâce à la dynamique de groupe qui s'est créée lors des différents entretiens. Parmi les nouvelles idées qui ont émergé de ces discussions, on peut citer :

- l'avantage du statut «d'intervenant extérieur» : à plusieurs reprises, cette idée est apparue au cours de cette étude : que ce soit au niveau de l'établissement d'un diagnostic, de sa participation à l'éducation thérapeutique du patient, ou de l'oreille attentive qu'il peut prêter dans certaines situations, le médecin remplaçant peut s'avérer être d'une grande aide au médecin qu'il remplace. Peut-on envisager qu'à l'avenir, ces potentiels atouts puissent être clairement acceptés et exploités dans le cadre d'une collaboration entre remplaçants et remplacés, dans l'optique d'une meilleure prise en charge des patients ?
- l'importance de la communication entre médecin remplaçant et remplacé : lorsque ces deux intervenants prennent le temps de se rencontrer avant et après chaque remplacement, la prise en charge des patients s'en trouve améliorée. Si nécessaire, chacun peut transmettre à l'autre des informations relatives aux situations cliniques en cours. Le médecin remplacé explique son mode de fonctionnement sur le plan technique et pratique, et les deux peuvent se mettre d'accord sur la manière de procéder pour que chacun s'y retrouve, que ce soit dans la gestion des dossiers, l'envoi vers des spécialistes, ou le rangement du matériel.
- le besoin de reconnaissance éprouvé par le remplaçant : les médecins interrogés dans cette étude, qui sont pour la plupart au début de leur carrière professionnelle, aspirent à être reconnus sur le plan de leurs compétences, de leur capacité à être un «vrai docteur», mais aussi à être acceptés pour qui ils sont, avec leur propre personnalité et leur propre pratique.

- l'équilibre fragile à trouver, pour les remplaçants, entre l'affirmation de leur propre pratique médicale et l'adaptation à celle du médecin remplacé : certains d'entre eux préfèrent se conformer aux habitudes du médecin qu'ils remplacent, tels des «caméléons», afin de ne pas inquiéter les patients, d'autres se refusent à modifier leur pratique lorsqu'ils estiment qu'elle va dans le sens d'une meilleure qualité des soins.

Peut-être parce qu'elles sont amenées à remplacer plus souvent des confrères de sexe opposé, vu la démographie médicale actuelle, les remplaçantes semblent percevoir davantage de difficultés liées à leur statut de femmes médecins : elles ont l'impression d'avoir «quelque chose en plus à prouver», elles ont plus de difficultés à imposer leur statut de médecin et les patients semblent leur accorder avec plus de réticence le titre de «Docteur». Elles se sentent aussi plus vulnérables face aux attitudes de séduction ou de discrimination de certains patients.

Par contre, elles s'estiment avantagées dans certaines situations où la question du genre semble intervenir, ce qu'il peut être utile de noter dans un contexte de féminisation croissante de la profession médicale : selon elles, les patientes s'ouvrent d'avantage à elles, sont plus à l'aise pour leur poser des questions d'ordre gynécologique ou aborder des sujets dits «intimes».

L'enseignement de la relation patient-médecin est encore peu développé dans la formation médicale initiale ; il nous semble essentiel, au vu des résultats de notre recherche, de la renforcer, afin de mieux préparer les jeunes médecins aux défis que l'interaction avec un patient implique. Des notions telles que l'influence du genre, concept de plus en plus étudié dans les publications de la communauté scientifique internationale, la mise en garde face aux comportements de séduction, la gestion de la distance professionnelle, l'expression de ses propres doutes ou de son refus face aux patients, mériteraient d'y figurer. On peut penser que l'amélioration de cet enseignement permettra aux jeunes médecins de se sentir moins démunis face à des situations difficiles telles que l'agressivité, la non-observance, ou la réticence des patients, et à dépasser leur crainte d'être de «mauvais médecins».

A bien des égards, les remplaçants constituent une population extrêmement intéressante à étudier, dans le cadre de la recherche sur la relation patient-médecin, que ce soit au niveau de thèmes tels que la confiance, la continuité des soins ou la reconnaissance de rôle. Pour cela, il conviendrait de prolonger cette étude en s'intéressant aux perceptions qu'ont les patients de la relation patient-médecin lorsqu'ils se retrouvent confrontés à un médecin qui remplace leur médecin habituel.

Enfin, lors de la réalisation de ces entretiens de groupes, les remplaçants ont manifesté à plusieurs reprises leur satisfaction de pouvoir exprimer leurs réalités professionnelles et de partager leurs expériences avec des confrères confrontés aux mêmes difficultés de pratique qu'eux, ce qui nous a fait envisager la création de groupes d'échanges spécifiquement dédiés aux remplaçants, tels que des groupes de pairs, qui leur permettraient de rompre leur isolement et d'échanger sur leur vécu, notamment sur le plan de la relation patient-médecin, élément fondamental de la qualité des soins.

Vu

Strasbourg, le 25 février 2010

Le président du jury de thèse,

Professeur Jean-Christophe WEBER

Christophe WEBER
 Professeur
 HÔPITALIERS DE STRASBOURG
 Hôpital Civil
 Médecine Interne
 03 89 55 05 02
 3122 4

Vu et approuvé

Strasbourg, le 01 MARS 2010

Le doyen de la faculté de médecine de Strasbourg

Professeur Bertrand LUDÉS



BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2009, septembre 2009.
2. Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2008 ; étude n°41, septembre 2008.
3. Syndicat national des enseignants de médecine générale. Un mouvement pour qu'existe la médecine générale à l'université ; Vincennes, novembre 2006.
4. Code de la Santé Publique : article R.4127-47 du Code de Déontologie relatif à la continuité des soins.
5. Le Tacon M. Médecins généralistes remplaçants en Bretagne : profils, activité et projets professionnels. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Rennes 1, 2008.
6. Szwarc G. Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Caen, 2007.
7. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec M-J. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé ; CREDES, 2004 ; 81 : 1-8.
8. Allemand H, Teitelbaum J, Levy D. Les médecins libéraux en Ile-de-France : pratiques, difficultés, attentes, propositions, enquête de décembre 2002 à mars 2003. Observatoire Régional de la Démographie Médicale en Ile de France, Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, 2003 : 1-9.
9. Legmann M. Insécurité : les chiffres 2004. Bulletin de l'Ordre des médecins, 2005.
10. Gallois P, Vallee J-P, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine, 2006 ; 2 ; n°5 : 223-228.
11. Code de la Sécurité Sociale (partie législative) : article L 162-5-3 relatif au médecin traitant.
12. Walter JC. Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Paris 6, 2007.

13. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Note de synthèse pour le CNOM ; 2006.
14. Rampont FL. Le remplacement de médecine générale : état des lieux dans le Bas-Rhin,. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Louis Pasteur Strasbourg 1, 2006.
15. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev du Prat MG ; 18 : 382-384.
16. Senez B, Orvain J, Doumenc M. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et critères utilisés en médecine ambulatoire. ANAES/Service évaluation en secteur libéral, 2000.
17. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. Fam Pract ; 1995 ; 12 : 104-14.
18. Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes : a focus group study in primary care. Br J Gen Pract 2006 ; 56 : 488-495
19. Moffat M, Cleland J, Van der Molen T, Price D. Poor communication may impair optimal asthma care : a qualitative study. Fam Pract ; 2007 ; 24 : 65-70.
20. Morrow G, Robson A, Harrington B, Haining S. A qualitative study to investigate why patients accept or decline a copy of their referral letter from their GP. Br J Gen Pract ; 2005 ; 55 : 626-629.
21. Steine S, Arnstin F, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. Fam pract 2001 ; 18 ; 4 : 410-418.
22. Krueger RA, Casay MA. Focus group : a practical guide for applied research. 3rd edition. Thousand Oaks-London-New Delhi : Sage publications, 2000 : 125-155, 195-206.
23. Kitzinger J. Qualitative research : introducing focus groups. BMJ 1995 ; 311 : 299-302.
24. Senez B, Orvain J, Doumenc M. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et critères utilisés en médecine ambulatoire. ANAES/ service évaluation en secteur libéral 2000.
25. Mays N, Pope C. Qualitative research : rigor and qualitative research. BMJ 1995 ; 311 : 109-112.

26. Dedienne MC. Attentes et perception de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : une application de la méthode des focus groups. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Grenoble, 2001.
27. Bornet-Sarrassat L. Les critères de la relation médecin-patient définis et perçus par les médecins généralistes à l'aide de la méthode focus group. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université de Lyon 1, 2002.
28. Libercier S. Qu'attendent les patients retraités de leur médecin généraliste pour bien vieillir ? Une application de la méthode des focus groups. Thèse de Diplôme d'Etat de docteur en médecine, Université Louis Pasteur Strasbourg 1, 2005.
29. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment : a review of the literature. *Health Control Assessment* 1998 ; 2 (16).
30. Pope C, Mays N. Qualitative research ; reaching the parts of other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* ; 1995 ; 311 : 42-45.
31. Mays N, Pope C. Qualitative research : observational methods in health care settings. *BMJ* 1995 ; 311 : 182-184.
32. Britten N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research. *BMJ* ; 1995 ; 311 : 251-253.
33. Guibert J, Jumel G. *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales*. Paris ; Armand Colin/Masson, 1997.
34. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan, 1992.
35. Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want : a content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *J Med Pract Manage*. 2007 ; 22 (5) : 255-61.
36. Marshall GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychol Assessment*. 1993 ; 5 : 477-483.
37. Grimaldi A, Cosserrat J. *Relation médecin-malade*. EMC référence, 2004.
38. Croskerry P, Norman G. Overconfidence in clinical decision making. *Am J Med*. 2008 ; 121 (5) : 24-29.
39. Kuhn GJ. Diagnostic errors. *Acad Emerg Med*. 2002 ; 9 (7) : 740-750.
40. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot, 2003.

41. Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms : the need for a curriculum of medical explanation. *Patient Educ Couns.* 2007 ; 67 : 246-254.
42. Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: Sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med* 1998 ; 46 : 559-65.
43. Gawande A. Naked. *N Engl J Med.* 2005 ; 353 (7) : 645-648.
44. ANAES : la tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations, septembre 1996.
45. WONCA Europe. La définition de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
46. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Rapport d'information sur le dossier médical personnel déposé à l'Assemblée Nationale le 29 janvier 2008.
47. O'Connell S. Improving quality in locum general practice. *BMJ.* 1998 ; 317 (7150) : 2a.
48. Bataillon R, Levasseur G, Samzun JL. Baromètres des pratiques en médecine libérale : synthèse des résultats «l'informatisation du cabinet médical». 2004 ; URML Bretagne.
49. Surcin L, Bloch J, Vitout-Brot C. Diminution de la prescription d'examens complémentaires dans un service d'urgences médicales pédiatriques. *Archives de Pédiatrie* ; 2001 (8) : 481-488.
50. Martinot A, Vernoux S, Chartier A, Hu V. Utilisation rationnelle des examens sanguins en situation d'urgence : le point de vue hospitalier. *Archives de Pédiatrie* ; 2002 (9) : 208-210.
51. Kierzek G, Jactat T, Nathan G, Trarieux F, Boizat S, Josse P et al. Pertinence des examens complémentaires. *Journal Européen des Urgences* ; 2007 (20) : 75.
52. Trépos J-Y, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Rev Epidemiol Santé Publique* ; 2008 (56) : 221-229.
53. Pouchin D, Attali C, De Butler J et al. Médecine générale. Concepts et pratiques. CNGE. Paris : Masson. 1996.
54. Haikio P-J, Linden K, Kvist M. Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Prim Health Care* 1995 ; 13 : 287-93.
55. Ronald M, Epstein M-D. Communication between primary care physicians and consultants. *Arch Fam Med* ; 1995 ; 4 : 403-409.

56. Mercer SW, Cawston pG, Bikker AP. Quality in general practice consultations ; a qualitative study of the views of patients living in a area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract.* 2007 ; 8 : 22.
57. Verdonk P, Benschop YW, de Haes HC, Lagro-Janssen TL. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ Theroty Pract.* 2009 ; 14 (1) : 135-152.
58. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication : a meta-analytic review. *JAMA.* 2002 ; 288 (6) : 756–764.
59. Nicolai J, Demmel R. The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills : an experimental study using transcripts of physician-patient encounters. *Patient Educ Couns.* 2007 ; 69 (1-3) : 200-205.
60. Heilman ME, Chen JJ. Same behavior, different consequences : reactions to men's and women's altruistic citizenship behavior. *J Appl Psychol.* 2005. 90 (3) : 431-441.
61. Babaria P, Abedin S, Nunez-Smith M. The effect of gender on the clinical clerkship experiences of female medical students : results from a qualitative study. *Acad Med.* 2009 ; 84 (7) : 859-866.
62. Linklater D, MacDougall S. Boundary issues. What do they mean for family physicians ? *Can Fam Physician.* 1993 ; 39 : 2569-2573.
63. Maniscalco MM. A physician's guide to working as a locum tenens. *J Am Board Fam Pract ;* 2003 ; 16 (3) : 242-245.
64. Haney E. Residents' guide to your first locum tenens. What do you have planned after residency ? *Can Fam Physician ;* 2005 ; 51 : 1511-1512.
65. Levasseur G, Schweyer FX. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne, rapport de recherche. Université Rennes ; LAPSS-ENSP, UBO ; 2004.
66. ANGOT Odile. Faut-il réformer l'internat de médecine générale ? *Rev Prat Med Gen.* 2007 ; 21 (774/775) : 633-634.
67. ISNAR-IMG. Evolution de la formation de l'interne de médecine générale : enquête nationale. 2007.
68. Oriel K, Plane MB, Mundt M. Family medicine residents and the impostor phenomenon. *Family Med.* 2004 ; 36 : 248–252.

69. Dory V, Beaulieu MD, Pestiaux D, Pouchain D, Gay B, Roger G et al. The development of self-efficacy beliefs during general practice vocational training : an exploratory study. *Med Teach*. 2009 ; 31 (1) : 39-44.
70. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med*. 2002 ; 55: 283-299.
71. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians ? *Med Care* ; 2004 ;42 :1049-1055.
72. Epstein RM, Shields CG, Franks P, Meldrum SC, Feldman MD, Kravitz RL. Exploring and validating patient concerns : relation to prescribing for depression. *Ann Fam Med* ; 2007 ; 5 : 21-28.
73. Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* ; 2005 ; 3 :415-421.
74. Mead N. Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care : a review of the literature. *Patient Educ Couns* ; 2002 ; 48 : 51-61.
75. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients : a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1995 ; 45 (395) : 293-296.
76. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD et al. Burden of difficult encounters in primary care : data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med*. 2009 ; 169 (4) : 410-414.
77. Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*. 1996 ; 275 :1693-1697.
78. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust : an exploratory study. *J Fam Pract*. 1997 ; 44 : 169-176.
79. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998 ; 47 : 213-220.
80. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner : a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2003 ; 53 : 798-800.
81. Berry L-L, Parish J-T, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman G-R, Rayburn W-L, et al. Patients' commitment to their primary physician and why it matters. *Ann Fam Med*. 2008 ; 6 : 6-13.

82. Mainous AG, 3rd, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician : evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine*. 2001 ; 33 : 22–27.
83. Chu-Weininger MYL, Balkrishnan R. Consumer satisfaction with primary care provider choice and associated trust. *BMC Health Services Research*. 2006 ; 6.
84. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*. 1985 ; 254 : 2775-2782.
85. Daghighi MM, Ciardullo AV, Cadioli T, Delvecchio C, Menna A, Voci C et al. GP's satisfaction with the doctor-patient encounter : findings from a community-based survey. *Fam Pract*. 2003 ; 20 (3) : 283-288.
86. Heje HN, Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F. Doctor and practice characteristics associated with differences in patient evaluations of general practice. *BMC Health Serv Res*. 2007 ; 7 : 46.
87. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett RC, Palepu A et al. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med*. 2000 ; 132 (11) : 889-896.
88. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2005 ; 20 (3) : 226–233.
89. Bendapudi N, Berry LL. Customers' motivations for maintaining relationships with service providers. *J Retailing*. 1997 ; 73 (1) : 15–37.
90. Bøgelund Frederiksen H, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition ! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009 ; 10 : 47.
91. Pandhi N, Schumacher J, Flynn KE, Smith M. Patients' perceptions of safety if interpersonal continuity of care were to be disrupted. *Health Expect*. 2008 ; 11 (4) : 400-408.
92. Gill JM, Mainous AG 3rd, Diamond JJ, Lenhard MJ. Impact of provider continuity on quality of care for persons with diabetes mellitus. *Ann Fam Med*. 2003 ; 1 (3) : 162- 170.
93. Hänninen J, Takal J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2001 ; 51 (1) : 21-27.
94. Davezies P, Daniellou F. L'épuisement professionnel des médecins généralistes, une étude compréhensive en Poitou-Charentes. 2004 ; rapport pour l'URML de Poitou-Charentes.

95. Tepper J. Locum tenens. Having a win-win experience. *Can Fam Physician*. 2003 ; 49 : 1179-1180.
96. Seaburn DB, Morse DS, McDaniel SH, Beckman HB, Silberman J, Epstein RM. Physician responses to ambiguous patient symptoms. *J Gen Intern Med*. 2005 ; 20 : 525-30.
97. Suchman AL. Uncertainty, competence, and opioids. *J Gen Intern Med*. 2005 ; 20 : 554-555.
98. Henry MS. Uncertainty, responsibility, and the evolution of the physician/patient relationship. *J Med Ethics*. 2006 ; 32 (6) : 321-323.
99. Gibbs N. Office crimes. *Time* October 21, 1991 ; 52-64.
100. Applebaum PA, Jorgenson L. Psychotherapist-patient sexual contact after termination of treatment : an analysis and a proposal. *Am J Psychiatr*. 1991 ; 148 : 1466-1473.
101. Schulte HM, Kay J. Medical students' perception of patient-initiated sexual behavior. *Acad Med*. 1994 ; 69 :842-846.
102. Doblin BH, Klamen DL. The ability of first-year medical students to correctly identify and directly respond to patients' observed behaviors. *Acad Med* ; 1997 ; 72 (7) : 631-634.
103. Farber NJ, Novack DH, O'Brien MK. Love, boundaries, and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med*. 1997 ; 157 (20) : 2291-2294.
104. Lassonde J. Les rapprochements sexuels entre professionnels de la santé et clients : rapport de recherche. Association québécoise Plaidoyer-Victimes ; 2009.
105. Lussier MT, Richard C. Self-disclosure during medical encounters. *Can Fam Physician*. 2007 ; 53 (3) : 421-422.
106. Bradley JJ. Inappropriate personal involvement between doctors and their patients. *J R Soc Med*. 1994 ; 87 suppl 22 : 40-41.
107. Hoerni B. Pratique médicale et sexualité : rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2000.
108. Dindia K, Allen M. Sex differences in self-disclosure : a meta-analysis. *Psychol Bull*, 1992. 112 : 106-124.
109. Brown JB, Carroll J, Boon Heather, Marmoreo J. Women's decisionmaking about their health care : views over the life cycle. *Patient Educ Couns* 2002 ; 48 : 225-31.

110. Stewart, M. Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. *Family Practice*. 1983 ; 1 : 30-36.
111. Zaharias G, Piterman L, Liddell M. Doctors and patients : gender interaction in the consultation. *Academic Medicine*. 2004 ; 79 : 148-155.
112. van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract*. 2003 ; 20 : 478-485.
113. Hall J.A, Irish J, Roter DL, Ehrlich C, Miller LH. Gender in medical encounters : an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol*. 1994 ; 13 : 384-392.
114. Lo Fo Wong SH, De Jonge A, Wesger F, Mol SS, Römken RR, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse : does doctor's gender really matter ? *Fam Pract*. 2006 ; 23 (5) : 578-586.
115. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care*. 1994 ; 32 (12) : 1216-1231.
116. Brink-Muinen A, van Dulmen S, Messerli-Rohrbach V, Bensing J. Do gender-dyads have different communication patterns ? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Educ Couns*. 2002 ; 48 (3) : 253-264.
117. Lenton AP, Blair IV, Hastie R. Illusions of gender : stereotypes evoke false memories. *J Exp Soc Psychol*. 2001 ; 37: 3-14.
118. Mast MS, Hall JA, Köckner C, Choi E. Physician gender affects how physician non-verbal behavior is related to patient satisfaction. *Med Care*. 2008 ; 46 (12) : 1212-1218.
119. Schmidt Mast M, Hall JA, Roter DL. Disentangling physician sex and physician communication style : their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Educ Couns*. 2007 ; 68 (1) : 16-22.
120. Mechanic DA. The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *J Health Polit Policy Law*. 1998 ; 23 : 661-686.
121. Kassirer JP. Doctor discontent. *N Engl J Med*. 1998 ; 339 : 1543-1545.
122. DiMatteo MR, Hays RD. The significance of patients' perceptions of physician conduct. *J Community Health*. 1980 ; 6 : 18-34.

123. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA*. 1991 ; 266 : 1831-1832.
124. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Roger WH, Ware JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*. 1996 ; 124 : 497-504.
125. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions – challenges for doctors. *BMJ*. 2003 ; 6 (327) : 542-545.
126. Jung HP, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. Which aspects of general practitioners' behaviour determine patients' evaluations of care ? *Soc Sci Med*. 1998 ; 47 : 1077–87.
127. Harmsen JAM, Meeuwesen L, van Wieringen JCM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA. When cultures meet in general practice : intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns*. 2003 ; 51 : 99–106.
128. Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R, Tatemichi S. Disrespect, harassment, and abuse : all in a day's work for family physicians. *Can Fam Physician*. 2009 ; 55 (3) : 279-285.
129. Levasseur G., Schweyer F.-X. Les demandes des patients jugées “non fondées” par les médecins. *Rev Prat Med Gen* 2003; 17 (603): 246-50.
130. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck R, Egener B, Kao A, Kerr C et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship : tools for improving communication in managed care. *JAMA*. 1999 ; 282 (15) : 1477-1483.
131. Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor ? *Fam Pract*. 1996 ; 13 : 75–83.
132. Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, van der Jagt L, Bensing J. Raising positive expectations helps patients with minor ailments : a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2008 ; 30 ; 9 : 38.
133. Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine : past research and future directions. *Am J Prev Med*. 1999 ; 17 (4) : 285-294.
134. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior : evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns*. 2006 ; 61 (3) : 319-341.

135. Elwyn G, Edwards A, Britten N. What information do patients need about medicines ? «Doing prescribing» : how doctors can be more effective. *BMJ*. 2003 ; 327 (7419) : 864-867.
136. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 (4) : CD000165.
137. Demark-Wahnefried W, Rock CL, Patrick K, Byers T. Lifestyle interventions to reduce cancer risk and improve outcomes. *Am Fam Physician*. 2008 ; 77 (11) : 1573-1578.
138. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits : mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2006 ; 21 : 28-34.
139. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*. 1980 ; 18 : 376-387.
140. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' non-verbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol*. 1986 ; 5 (6) : 581-594.
141. Cassell EJ. Diagnosing suffering : a perspective. *Ann Intern Med*. 1999 ; 133: 531-534.
142. Fassaert T, van Dulmen S, Schevellis F, Bensing J. Active listening in medical consultations : development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns*. 2007 ; 68 (3) : 258-264.
143. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 ; 303 (6814) : 1385-1387.
144. Matthews DA, Sledge WH, Lieberman PB. Evaluation of intern performance by medical inpatients. *Am J Med*. 1987 ; 83 (5) : 938-944.
145. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office : a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002 ; 15 (1) : 25-38.
146. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*. 1992 ; 156 (2) : 163-165.
147. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Solliciting the patient's agenda : have we improved ? *JAMA*. 1999 ; 281 (3) : 283-287.

148. Rosenberg EE, Lussier MT, Beaudoin C. Lessons for clinicians from physician-patient communication literature. *Arch Fam Med*. 1997 ; 6 (3) : 279-283.
149. Robertson K. Active listening : more than just paying attention. *Aust Fam Physician*. 2005 ; 34 (12) : 1053-1055.
150. Bataillon R, Levasseur G, Samzun JL. Baromètres des pratiques en médecine libérale : synthèse des résultats «conditions de travail». 2003 ; URML-Bretagne.
151. Conomikes G. Improving telephone management in your practice. *Fam Pract Manag*. 2005 ; 12 (5) : 49-52.
152. Hœrni B. La relation médecin-malade : l'évolution des échanges patient-soignant. *Imothep*. 2008 ; p 158.
153. Fieschi M. Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 2003.
154. Blue Ribbon Panel of the Society of General Internal Medicine. Redesigning the practice model for general internal medicine. A proposal for coordinated care : a policy monograph of the society of general internal medicine. *J Gen Intern Med*. 2007 ; 22 : 400-409.
155. Solomon J. How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction : a qualitative analysis. *J Gen Intern Med*. 2008 ; 23 (6) : 775-780.
156. Union Régionale des Médecins Libéraux IDF. Enquête visite à domicile en Île-de-France. 31 Janvier 2006. www.urml-idf.org/urml/V_dom/DP_Vdom_060127.pdf
157. Landers SH. Home care : a key to the future of family medicine ? *Ann Fam Med*. 2006 ; 4 (4) : 366-368.

ANNEXES

- Annexe 1. Tableaux synthétiques des focus groups
- Annexe 2. Trust in physician scale (échelle de confiance accordée par le patient à son médecin)
- Annexe 3. Contrat de remplacement en exercice libéral

DIMENSION : COMPÉTENCES TECHNIQUES ET BIOMÉDICALES (FOCUS GROUP 1)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Faire un bon diagnostic</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «enfin moi ça m'a fait plaisir de trouver ce diagnostic.» - «avoir réussi à trouver la bonne maladie» - «le plaisir de résoudre une énigme» <p><u>Faire le lien avec les spécialistes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «je les envoie chez le spécialiste, et ils reviennent illico avec la lettre pour me la montrer» et ils disent : <i>je veux que vous me distiez ce que vous en pensez</i>» - «ils sont ravis que je les ai adressés» 	<p><u>Craintes liées au diagnostic</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on peut louper des choses» - «ils nous ont vu une fois ou deux, et on s'est planté» <p><u>Manque d'assurance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils le sentent, qu'on est plus à l'aise avec tel ou tel thème» <p><u>Problèmes des dossiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «le dossier est très souvent incomplet» - «des médecins qui n'avaient aucun dossier patient» - «on va avoir plus de mal à être à la hauteur (...) s'il n'y a pas de dossier» <p><u>Difficultés à adresser des patients aux spécialistes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «un diabétique mal équilibré qui n'a pas vu de cardio ou d'ophtalmo depuis on ne sait quand, et qu'on dit : <i>il faudrait que vous alliez voir un ophtalmologue ?</i>» - «<i>si j'ai vu le cardiologue, c'est pas votre problème, vous êtes la remplaçante</i>» <p><u>Remise en cause des compétences</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «la valeur, la qualité de notre consultation, de notre travail, est remise en question» - «<i>vous faites les prises de sang aussi ?</i>» <p><u>Compétences liées au genre ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «peut-être qu'on attribue des compétences aux femmes par rapport aux hommes, par rapport à tous les préjugés qu'on a dans la population» - «pourquoi est-ce qu'on a l'impression de devoir plus montrer ses preuves ?» - «j'ai pas l'impression qu'on soit des «sous-médecins» ou des «médecins par défaut» <p><u>Difficultés à gérer la distance professionnelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «j'ai vraiment besoin de prendre sur moi (...) si on veut être efficace dans ces cas-là.» - «on n'arrive pas à rester neutre» - «on prend des émotions qui parasitent, qui font qu'on n'est plus du tout dans l'histoire du patient» 	<p><u>Manque d'informations sur le patient, sur sa maladie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on n'a pas l'omniscience du médecin traitant qui suit le patient» - «ce n'est pas évident pour les remplaçants, parce qu'on ne les connaît pas du tout (...) les patients» <p><u>Diagnostics différents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il va se dire : <i>c'est quoi cette petite conne qui vient faire des diagnostics dans ma clientèle ?</i>» - «peut-être qu'on ouvre une voie qui n'a pas été ouverte» - «c'est pas plus mal d'avoir un regard différent» <p><u>Garder une pratique médicale «intègre»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «des médecins qu'on n'arrive pas à remplacer parce qu'on se rend bien compte qu'on est trop éloigné de leur pratique» - «des confrères qui ont l'air d'ignorer un petit peu les recommandations concernant le suivi de certaines pathologies chroniques» - «je veux pas changer ma manière (de consulter)» - «on ne remet jamais en cause le médecin qu'on remplace» <p><u>Prouver sa compétence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on est toujours un petit peu sous la tutelle du maître qui serait le médecin installé» - «la qualité de notre travail serait toujours soumise à l'approbation du médecin qu'on remplace» - «une espèce de regard qu'on redoute, qu'on craint ou qu'on attend de la part du médecin»

DIMENSION : ASPECT INTERPERSONNEL (FOCUS GROUP 1)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Approche centrée sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «avoir capté ce qui était subtil chez le patient (...), lui parler avec les mots qui le touchent» - «tu essaies de dire à cette personne que tu t'intéresses à elle» - «capacité à s'adapter aux patients qu'on a en face de soi» <p><u>Relation de confiance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «le patient nous accorde sa confiance en tant que remplaçant» - «j'aime quand les gens m'adressent des gens qu'ils connaissent» - «quand quelqu'un amène ses enfants, c'est vraiment qu'il a confiance dans le médecin ou qu'il le croit compétent» <p><u>Reconnaissance du statut de médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il semble reconnaître que ce remplaçant est un docteur» - «<i>merci Docteur !</i>» - «<i>et vous êtes installée où, vous ?</i>» <p><u>Être un «autre» médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il choisit de rester» - «ils sont satisfaits de la façon dont ça s'est passé, parce qu'ils reviennent» <p><u>Exprimer ses doutes, ses limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «je reconnais que j'ai des limites» - «on a tous nos talons d'Achille» - «on peut avoir l'impression qu'on a été nul» - «ça me renvoie à mon imperfection et à mon incompétence» 	<p><u>Relation consumériste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «comme s'il s'agissait d'être des prestataires de service qui font plaisir» <p><u>Remise en cause du statut de médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «<i>ah la petite remplaçante, elle a 12 ans ! va jouer à la poupée !</i>» - «<i>il est où le patron ?</i>» <p><u>Être un «autre» médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> «il arrive que certains patients partent, c'est un choix» «c'est la remplaçante, je reste, je reste pas ?» «à priori, quand le patient vient dans le cabinet du Dr X, c'est pour voir le Dr X» «il se retrouve confronté au remplaçant qui le surprend» «parfois il ne peut pas faire autrement» <p><u>Relation «épisodique»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> «quand on la voit de façon épisodique, c'est-à-dire 1 ou 2 fois par an» 	<p><u>Confiance dépendante du médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «les gens se disent <i>si le docteur l'a pris comme remplaçant, c'est qu'il tient le coup</i>» <p><u>Relation dépendante de la relation «primaire»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il faut quand même pouvoir (...) se couler dans cette espèce de moule pré-établi» - «la qualité de la relation dépend du médecin qu'on remplace» - «cette relation-là, qu'on perçoit au bout d'un certain temps» - «tu ressens ce que te renvoient ses patients» - «notre relation se substitue quelque part à la relation entre le médecin traitant et le patient» <p><u>Être un «autre» médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «parfois c'est un bénéfice de ne pas les connaître» - «être confronté à quelqu'un qui ne les classe pas comme ça d'emblée, va parfois permettre (...) d'engager quelque chose qui ne s'engagerait pas avec le médecin traitant» - «il peut l'apprécier parce que ça change» - «ils sont contents de voir, 2 ou 3 fois par an, un autre médecin que leur médecin traitant» <p><u>Même «tolérance» des doutes et des limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils acceptent que, au même titre que le médecin qu'on remplace, on puisse se planter»

DIMENSION : ASPECT INTERPERSONNEL (FOCUS GROUP 1)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p>Suivi dans la durée</p> <ul style="list-style-type: none"> - «savoir ce que sont devenus les gens» - «on fait un peu partie de la famille» - «c'est agréable de reprendre les choses avec eux» <p><u>Relation de séduction</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on apprécie l'effort que font les patients de représentation vis-à-vis de nous» - «c'est notre propre reflet de médecin qu'on voit en lui... sans parler de s'aimer, c'est aussi se voir compétent, se voir humain (...) le narcissisme c'est important aussi parce que c'est le moteur au progrès» <p><u>Être du même sexe que le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on s'identifiera peut-être plus facilement» - «une discussion entre femmes» - «peut-être que y'a des choses qui s'ouvrent plus facilement parce qu'on est médecin femme» - «je pense qu'il y a beaucoup d'avantages à être une femme» - «j'ai plus de facilité (...) parce que je l'ai vécu» 	<p><u>Relation de séduction difficile à gérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est la relation complètement manquée pour moi !» - «je ne sais pas si les médecins hommes subissent ça de la part de leurs patientes femmes» - «il y a toujours ce moment où on essaie de redevenir le médecin, une espèce d'être qui n'est ni homme ni femme» - «moi je me réfugie derrière la technique, pour éviter de dériver» - «ça ne te laisse pas forcément indifférente» - «ça le mettait super mal à l'aise» - «c'est peut-être moins méprisant pour les médecins hommes» <p><u>Être d'un sexe différent de celui du patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils sont un peu hésitants au départ» - «une femme peut aussi comprendre même si c'est pas tout à fait pareil» - «en tant que femme, on subit parfois le mépris de certains patients» 	<p><u>Fragilité dans le domaine de la séduction par rapport au médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «certains patients se permettent des choses qu'ils ne se permettraient sûrement pas avec lui» - «il n'aurait sûrement pas fait ça au médecin» <p><u>Différence de sexe avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «les patients sont contents parce que 3-4 fois dans l'année, il y a une femme» - «<i>au docteur, on n'ose pas trop demander, ça ne l'intéresse pas</i> (cosmétologie)» - «elles viendront parler de leurs problèmes intimes ou de ce genre de choses qui sont visiblement moins abordées par le médecin homme» - «on dépousière la table gynéco !» - «il ne m'en a pas parlé, alors que je sais qu'il va en parler au médecin que je remplace»

DIMENSION : ATTITUDES MÉDICALES LORS DES CONSULTATIONS (FOCUS GROUP 1)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p>Laisser le patient exprimer son mécontentement</p> <ul style="list-style-type: none"> - «il peut juste avoir besoin de venir crier en disant que le traitement qu'on lui a donné n'a pas de tout marché» <p>Percevoir les attentes du patient et y répondre</p> <ul style="list-style-type: none"> - «comprendre la demande adressée par le patient» <p>Savoir rassurer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «elle a été rassurée» - «au-delà du bon diagnostic, la réassurance» - «la réussite de la relation passe par l'absence de genèse d'anxiété exagérée chez le patient» <p>Savoir convaincre</p> <ul style="list-style-type: none"> - «une modification dans la façon de vivre du patient» - «le convaincre de ce qui est bien pour lui» <p>Savoir éduquer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «je pratique systématiquement le conseil minimum et généralement les gens réagissent très positivement» - «ils appellent à ce genre de conseils» 	<p>Laisser le patient exprimer son mécontentement</p> <ul style="list-style-type: none"> - «il peut juste avoir besoin de venir crier en disant que le traitement qu'on lui a donné n'a pas de tout marché» <p>Percevoir les attentes du patient et y répondre</p> <ul style="list-style-type: none"> - «comprendre la demande adressée par le patient» <p>Savoir rassurer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «elle a été rassurée» - «au-delà du bon diagnostic, la réassurance» - «la réussite de la relation passe par l'absence de genèse d'anxiété exagérée chez le patient» <p>Savoir convaincre</p> <ul style="list-style-type: none"> - «une modification dans la façon de vivre du patient» - «le convaincre de ce qui est bien pour lui» <p>Savoir éduquer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «je pratique systématiquement le conseil minimum et généralement les gens réagissent très positivement» - «ils appellent à ce genre de conseils» 	<p>Rassurer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «l'un des aspects du remplacement, c'est d'essayer d'être suffisamment à l'écoute pour ne pas alerter le patient en étant trop en décalé» - «c'est essentiel de ne jamais mettre en doute ce que fait le médecin traitant, de façon à alerter le patient» <p>Convaincre</p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est qui me gêne, (...) c'est quand je dois mettre en défaut (le médecin remplacé)» <p>Éduquer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «peut-être que la question n'a pas été posée depuis 2 ans, et puis nous on arrive, et on leur parle du tabac»

DIMENSION : COMMUNICATION (FOCUS GROUP 1)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Communication non verbale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «la personne repart avec le sourire» - «la poignée de main à la fin» <p><u>Ecoute active</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand on arrive à s'extraire de tout jugement, c'est chouette» <p><u>Communication avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «je suis contente d'avoir des nouvelles, d'échanger» - «lui en parler après, ça peut être un échange constructif entre le médecin qu'on remplace et nous» - «C'est sympa quand tu peux «débriefer» avec les gens que tu as remplacés, quelques semaines plus tard (...) comme ça t'as un recul sur le remplacement.» 	<p><u>Difficultés à modifier le rituel établi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «pour peu qu'on ne le fasse pas, les patients sont tout décontenancés, ils sont perdus» - «oui mais le docteur il le fait, d'habitude !» - «on est parfois perdu ou décontenancé devant des patients qui se retrouvent nus devant vous» <p><u>Difficultés à écouter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on n'est pas forcément disponible» - «on est préoccupé par autre chose» <p><u>Communication parfois délicate avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «j'ai jamais su si c'était bien ou mal perçu (d'informer le médecin d'un diagnostic qu'il n'avait pas fait)» 	<p><u>Difficultés à modifier le rituel établi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «une consultation qui ne correspond pas forcément au schéma de la consultation qu'ils attendent» - «on reste soi avec (...) sa façon de mettre en scène la consultation», - «on est confronté à des signes d'impasse, qu'on ne sait pas forcément interpréter, tant qu'on n'a pas trouvé la clé» - «quand on arrive à peu près à respecter ce code, ça marche un petit peu mieux» <p><u>Une écoute différente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «peut-être que lui (son médecin) il en a marre d'entendre toujours la même histoire» - «il peut lui raconter des choses qui (...) semblent ne plus du tout intéresser son médecin habituel» - «peut-être qu'au bout d'un moment, t'es moins motivé (à prendre le temps pour écouter)» - «ils sentent une motivation chez nous qui n'est plus chez le médecin traitant»

DIMENSION : ENVIRONNEMENT ET TEMPS (FOCUS GROUP 1)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Matériel qui «assoie» la position de médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «C'est trop bien la mallette de docteur ! les patients, ils sont vachement mieux quoi !» - «oui, le cadre joue beaucoup ! on pourrait mettre «Casimir» sur le fauteuil, ce serait le docteur !» - «je me sentais moins à l'aise sur une chaise que dans son fauteuil en cuir !» - «ça joue pour nous, de savoir où sont les choses» 	<p><u>Le téléphone</u></p> <p>«le téléphone qui sonne pleins de fois pendant la consultation»</p> <p><u>La gestion du temps</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «en fin de journée, quand on a rendez-vous et qu'il (le patient) arrive à 19h moins 3 dans la salle d'attente et qu'on est à la bourre...» - «je ne le fais pas quand je sais que je suis pressée» - «10 personnes encore dans la salle d'attente, on est frustré parce qu'on aimerait bien passer un peu plus de temps mais techniquement, c'est pas possible» - «y'a l'état de la salle d'attente qui dicte un peu le temps» <p><u>Problème de matériel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on va avoir plus de mal à être à la hauteur (...) si on n'a pas le matériel nécessaire» 	

DIMENSION : COMPÉTENCES TECHNIQUES ET BIOMÉDICALES (FOCUS GROUP 2)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Importance de l'examen clinique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «la satisfaction du patient à la fin de l'examen clinique» <p><u>Expérience du médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «le signe que, au fur et à mesure, tu prends confiance en toi» 	<p><u>Examen clinique difficile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «des fois ils sont surpris que tu prennes ton brassard» - «pour certaines personnes, un médecin qui creuse, c'est une agression» <p><u>Manque d'assurance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «si t'es hésitant, y'aura déjà un manque de confiance au départ» - «les preuves, on doit les faire aux patients, on doit avant tout se les faire à soi-même» - «au début c'est dur, on n'a aucune connaissance sociale, administrative...» <p><u>Dossiers mal tenus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «parfois y'a rien dans les dossiers !» <p><u>Difficultés à refuser les examens complémentaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il veut absolument un scanner dans la demi-heure, je lui dirai non» - «j'ai appliqué ce que je considérais comme étant normal» - «si tu veux le satisfaire, tu n'arriveras pas à faire une médecine correcte» - «la demande du patient qui est d'escalader un petit peu...» <p><u>Remise en cause des compétences</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils hésitent à te consulter pour des motifs assez bénins, que t'arriverais tout à fait à prendre en charge, même si t'as pas 10 ans d'expérience» - «vous avez le droit de faire une ordonnance ?» - «c'est le petit nouveau qui vient, il ne sait pas prendre la tension» <p><u>Compétences liées au genre ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils s'attendent certainement à être plus écoutés chez une femme que chez un homme» - «moi je ne pense pas qu'il y ait une vraie différence de pratique entre hommes et femmes. Les patients préfèrent aller voir une femme parce qu'ils pensent qu'elle va être plus à l'écoute. Alors qu'en pratique, personnellement, je n'ai pas vu de différence» <p><u>Difficulté à adresser à des spécialistes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand on leur temps une perche (...) pour qu'ils voient un psy, souvent ça se referme, ils veulent juste leur anti-dépresseur» 	<p><u>Garder une pratique médicale «intégrée»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «y'a vraiment des médecins qui font du chiffre (...), la tension c'est limite même pas la peine» - «y'a certaines choses que je refuse de faire» - «certaines personnes commencent à venir te voir pour ta pratique» - «il bosse bien, mais de ce côté-là, manifestement, c'est pas son truc» - «tu es toujours entre ces deux tendances, de faire un petit peu le caméléon (...) et en même temps de garder un petit peu (...) une éthique personnelle» - «on est des caméléons, on est obligé d'épouser un petit peu la manière d'être et de faire du médecin qu'on remplace» <p><u>Prouver sa compétence</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «le patient se dit : c'est un médecin âgé, il est installé depuis 15 ans, c'est un bon médecin, il a beaucoup de recul (...) à l'opposé, on prend un jeune médecin qui sort de l'hôpital (...) le patient se dit «il est jeune, il ne sait rien» - «on a l'impression que le patient attend quelque chose de nous, on va se comporter complètement différemment en fonction de ce qu'on perçoit, en tout cas, même si c'est pas la bonne perception» - «y'a des preuves à faire, notamment par rapport au médecin installé, faut aussi qu'il ait de bons retours» <p><u>Expérience du médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «en tant que remplaçant, c'est plus facile de reporter les problèmes à plus tard, quand l'installé sera rentré» - au pire, si tu te ramasses, y'a quelqu'un qui va repasser derrière» - «c'est pas grave, vous verrez ça avec votre médecin»

DIMENSION : ASPECT INTERPERSONNEL (FOCUS GROUP 2)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Approche centrée sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «à d'autres moments tu dois t'adapter au patient» - «on essaie de se mettre à son niveau» <p><u>Relation de confiance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «un lien évident avec la confiance qui se noue d'un côté comme de l'autre avec des gens qu'on reconnaît» - «s'il y a du danger, ou plus le problème est grand, ils se souviennent de toi, c'est sûr» <p><u>Exprimer ses doutes, ses limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «faut apprendre à dire : je sais pas, mais... après (...) on va chercher» - «il faut savoir le dire, il ne faut pas avoir une position d'autorité à tout prix, parce qu'au bout d'un moment on va se planter» - «difficile de laisser un patient sans rien» <p><u>Relation de séduction</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est un terrain de jeux un petit peu» - «faut pas nier la dimension érotique d'une consultation» - «pourquoi ce serait présent dans toutes les relations humaines, sauf dans la relation entre patients et médecins ?» 	<p><u>Relation consumériste</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on a l'impression d'avoir juste ce rôle d'interface entre la plainte du patient et le passage chez le pharmacien» - «j'étais sorti de mon rôle de remplaçant qui lui prescrit un truc pour sa rhinopharyngite, point barre» <p><u>Méfiance des patients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «la confiance que le patient va nous accorder, on ne la verra pas immédiatement, il faudra du temps, sauf si tu résous un problème aigu» - «y'a vraiment une méfiance par rapport à ce que tu dis» <p><u>Remise en cause du statut de médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils pensent qu'on n'a pas fini les études» - «vous êtes un vrai médecin ?» - «on est déjà allé voir si le médecin était dans l'autre pièce !» <p><u>Relation «épisodique»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «chaque fois que tu arrives dans un nouveau cabinet (...) tout est à refaire» <p><u>Relation de séduction difficile à gérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «parfois il y a des situations où on est mal à l'aise» - «il faut rester professionnel» - «tu sens qu'il ne faut pas entrer dans ce jeu-là» - «c'est peut-être moins agressif comme type de drague» (par rapport aux femmes médecins) - «quand y'a un contact physique, c'est un pas qui est franchi» - «en tant que jeune médecin, il faut vachement se méfier des névroses hystériques 	<p><u>Même «tolérance» des doutes et des limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est la seule chose qu'on reproche au médecin, c'est vrai pour le remplaçant et pour n'importe quel médecin» <p><u>Relation dépendante de la relation «primaire»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «t'as toujours un décalage plus ou moins grand en fonction de l'aura du médecin que tu remplaces» - «y'a quand même des médecins qui ont un petit côté gourou» - «chaque médecin a une patientèle différente» - «y'a déjà une relation médecin-malade qui s'établit comme ça, avant, entre le médecin que tu remplaces et le patient» - «je ne remplace pas de la même façon en fonction du cabinet dans lequel je suis» - «au fur et à mesure, on se charge de ce que le médecin a l'habitude de faire, et on arrive à préparer des réactions» - «à chaque patient, on est obligé de jouer un rôle»

DIMENSION : ASPECT INTERPERSONNEL (FOCUS GROUP 2)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p>Être du même sexe que les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - «y'a forcément un côté sexué dans la relation» - «il doit se passer quelque chose quand même, quoi, je pourrais pas dire» - «c'est des femmes qui veulent parler à des femmes de problèmes de femmes, et ça, on ne peut rien faire contre» - «je pense pas qu'il y ait une vraie différence de pratiques entre hommes et femmes, (...) Mais par contre les patients qui viennent les voir ont un à priori sur le genre masculin/féminin» 	<p>Être d'un sexe différent de celui du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - «la gynéco, c'est sûr» - «peut-être que j'en ai pas vu (de la gynéco) parce que ça se savait que c'était un homme qui était là» - «forcément la relation sera différente dans la mesure où si une femme vient nous voir (...) elle n'abordera pas les mêmes sujets avec nous» - «quand on essaie d'embrayer sur un sujet gynéco, par exemple, elle va botter en touche, ou alors elle sera moins réceptive» 	<p>Être du même sexe que le médecin remplacé</p> <ul style="list-style-type: none"> - «en général les patients qu'on a en face de nous sont habitués à voir un homme, donc on ne sent peut-être pas la différence» - «on voit quand même fréquemment des médecins femmes qui recherchent des remplaçantes (...) l'inverse, je ne le vois pas.» <p>Être d'un sexe différent de celui du médecin remplacé</p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'était la première fois qu'elle prenait un remplaçant masculin depuis des années, j'ai eu pleins de fois la réflexion pendant la semaine» - «ils attendront peut-être de notre part quelque chose de différent, un abord qui n'est pas tout à fait le même» - «ils changeront peut-être de salle d'attente s'ils voient qu'un homme remplace leur médecin féminin habituel» - «j'avais plus d'hommes qui venaient, (...) qui ne disaient pas les mêmes choses que ce qu'ils disaient à vous»

DIMENSION : ATTITUDES MÉDICALES LORS DES CONSULTATIONS (FOCUS GROUP 2)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Savoir convaincre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il faut faire ses preuves pour arriver à convaincre» - «réussir à faire adhérer le patient à son projet» <p><u>Percevoir les attentes du patient et y répondre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «autre chose que ce qui amène le patient au départ, et qui est à priori un problème médical» 	<p><u>Difficultés à éduquer et à proposer des dépistages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand tu commences à parler de dépistage (...), ils ne souhaitent pas toujours» - «ils préfèrent pas trop chercher de peur de trouver» <p><u>Difficultés à répondre aux attentes des patients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on s'entend bien, mais je lui dis ce que je pense, et lui il n'est jamais d'accord» - «il faut défendre ce en quoi tu crois» - «des fois t'oscilles vraiment entre la demande du patient et ta façon d'exercer» - «ils n'arrivent pas à comprendre qu'on refuse de signer un certificat entre deux portes, alors qu'on n'a jamais examiné la personne (...) ou alors anté-dater des arrêts de travail» 	<p><u>Rassurer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «si tu vas au devant de leurs attentes, ils ont déjà le sentiment que tu vas t'occuper d'eux, ce qui compte» <p><u>Eduquer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il voudrait dire des choses à certains de ses patients, que moi je me permets de dire en tant que remplaçant, mais lui n'ose pas» - «si le médecin ne l'a pas fait avant, ils ne le désirent pas»
DIMENSION : COMMUNICATION (FOCUS GROUP 2)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Difficultés à modifier le rituel établi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «d'habitude le docteur il prend la tension !» - «moi d'habitude, mon médecin il fait comme ça, je comprends pas» <p><u>Difficultés à écouter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Y'a des gens qui vont être très expansifs (...) des fois on est limite mal à l'aise tellement ça survient d'un coup» - «ils ne se rendent pas compte qu'on ne les écoute pas, des fois» - «ça peut être gênant, quand c'est une logorrhée» <p><u>Communication parfois délicate avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on ne l'a (le retour) que si on le remplace une 2ème fois !» 	<p><u>Difficultés à modifier le rituel établi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «d'habitude le docteur il prend la tension !» - «moi d'habitude, mon médecin il fait comme ça, je comprends pas» <p><u>Difficultés à écouter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Y'a des gens qui vont être très expansifs (...) des fois on est limite mal à l'aise tellement ça survient d'un coup» - «ils ne se rendent pas compte qu'on ne les écoute pas, des fois» - «ça peut être gênant, quand c'est une logorrhée» <p><u>Communication parfois délicate avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on ne l'a (le retour) que si on le remplace une 2ème fois !» 	<p><u>Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé</u></p>

DIMENSION : ENVIRONNEMENT ET TEMPS (FOCUS GROUP 2)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Gestion du temps</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est plus facile avec du temps» - «quand on sait qu'on ne va plus être dérangé (...) c'est beaucoup plus agréable» <p><u>Visite à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «en visite, c'est plus facile d'établir un lien avec le patient (...), il nous accueille chez lui» - «<i>merci d'être venu</i>, je trouve que c'est un facteur d'amélioration, quand on est remplaçant» - «t'arrives chez les gens, (...) t'es chez eux, ils sont plus à l'aise» 	<p><u>Le téléphone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «y'a un truc qui est pénible quand on est remplaçant, c'est l'accueil téléphonique» <p><u>La gestion du temps</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est vrai qu'on est quand même pris, même en tant que médecin remplaçant» - «on a aussi un timing» - «t'as pas forcément le temps de prêter attention» - «ça va pas assez vite à ton goût, t'as du monde derrière» <p><u>Problème de matériel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «chaque fois que je mets les pieds pour la 1ère fois dans un cabinet, il va y avoir 1 ou 2 jours où je ne suis pas disponible pour les patients» - «je pense à ce logiciel qui m'énerve, ces papiers que je ne trouve pas» - «et puis il plante toujours le lundi matin !» - «disons que la première heure, t'es devant ton PC !» <p><u>Difficultés liées aux visites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «dans le confort d'examen, on y perd un peu» - «les VAD qui ne sont pas justifiées» - «moi personnellement ça me rend presque furieux de débarquer chez quelqu'un de 20 ans qui est en train de regarder la télé» 	<p><u>Patients perturbés quand ils apprennent l'absence du médecin remplacé en téléphonant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «et y'a un blanc de 5-6 secondes, genre <i>qu'est-ce que je vais faire ? Il revient quand ?</i>» <p><u>Gestion différente du temps selon le cabinet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il faut accommoder au mieux le temps que tu vas passer avec le patient, et tu décides à l'avance que tu vas l'accorder plus ou moins facilement selon le médecin que tu remplaces» <p><u>Visites vécues différemment d'avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand ils voient que t'es remplaçant, ils font peut-être plus le choix de venir te voir au cabinet plutôt que chez eux, parce qu'ils ont peut-être pas assez confiance pour que tu viennes chez eux» - «là ils se lèvent, alors que d'habitude le médecin vient en visite !» - «en fonction de s'il peut se déplacer au cabinet ou pas, on essaie de faire venir, alors que l'installé, j'ai l'impression que c'est moins»

DIMENSION : COMPÉTENCES TECHNIQUES ET BIOMÉDICALES (FOCUS GROUP 3)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Faire un bon diagnostic</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «que j'ai trouvé le diagnostic ou pas» <p><u>Expérience du médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «si on est plus âgé, on peut encore récupérer les choses parce qu'on a plus de vécu» - «la confiance en soi, c'est aussi important» - «on travaille en ville, on travaille à la campagne, du coup y'a des profils un peu différents (...) une certaine diversité, une certaine fraîcheur» - «on a besoin de remplacer, de voir des cabinets différents pour voir comment s'exerce la médecine de différentes façons» <p><u>Importance du dossier médical</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «tu t'assois, tu rouvres le dossier, ah oui, c'est vrai, y'a tout ça» 	<p><u>Peur de faire un mauvais diagnostic</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «tu loupes un truc parce que tout le monde l'aurait loupé, pourquoi penser que moi, je l'aurais pas loupé ce truc-là» <p><u>Les patients qui ne veulent pas être examinés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «les femmes musulmanes se déshabillent moins facilement (...) les gens n'ont pas le temps, ils ne sont pas venus pour ça et ils vont pas le faire» <p><u>Manque d'assurance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils sont pas idiots, ils sentent bien nos doutes, nos hésitations, nos réticences (...). Ça peut nous mettre très mal à l'aise. On ne sait pas parfois comment s'en sortir» - «dans notre formation, c'est un peu limité» <p><u>Dossiers mal tenus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «surtout quand les dossiers sont mal tenus, c'est pas évident» - «des fois y'a pas tout marqué dans le dossier, donc tu sais pas» <p><u>Remise en cause des compétences</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «est-ce que vous allez pouvoir faire des ordonnances?» <p><u>Compétences liées au genre?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «y'en a qui sont plus rassurés quand c'est des hommes» - «en tant que femme médecin, j'ai eu l'impression qu'on devait beaucoup plus s'affirmer dans un monde médical masculin, dominant, tout-puissant» - «les rôles sont très vite définis, un petit peu comme dans la société, la blouse n'efface pas tout» <p><u>Difficulté à adresser aux spécialistes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «si y'a un diabétique qui est mal équilibré, j'essaie de lui dire faudrait voir un spécialiste, mettre en route l'insuline, quelque chose comme ça, il ne veut pas, bah, tant pis, je finirais par botter en touche» 	<p><u>Diagnostics différents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ce qui est plus dur, c'est quand on n'est pas d'accord avec ce que fait le médecin, et là, que faire? Comment l'exprimer? Comment réagir?» - «Quand tu penses, que pour le patient, y'a une prise en charge qui n'a pas été correcte médicalement, t'es embêté, quoi» - «parfois, t'as quand même une perte de chance pour le patient, en urgence, tu dois l'hospitaliser (...) c'est quand même grave ce qu'on fait, les gens sont parfois entre la vie et la mort, tu te dis <i>on aurait peut-être pu anticiper les choses</i>» <p><u>Expérience du médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «on pourrait faire ça, mais si vous voulez, vous pourrez voir avec votre médecin» <p><u>Garder une pratique médicale «intègre»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «moi je fais comme lui» - «tu remplaces pas pareil un médecin qu'un autre» - «quelques médecins que je ne remplace plus parce que je suis pas du tout d'accord avec leur façon de faire» - «en tant que remplaçant, il vaut mieux arrondir les angles (...) plutôt que d'essayer de chercher le conflit, du coup, c'est vrai qu'on n'a pas toujours une pratique qui répond aux règles de consensus qu'on connaît, mais on fait comme on peut avec ce que les gens veulent bien faire comme avancée» - «c'est vrai qu'on a toujours l'impression qu'on doit un peu le protéger, le médecin qu'on remplace. Rester confraternel» <p><u>Prouver sa compétence</u></p> <p>«c'est du mimétisme, ça nous conforte dans nos compétences de faire la même chose que le confrère. Le patient voit que le remplaçant fait comme le médecin, alors il se dit s'il fait comme le médecin habituel, c'est un vrai docteur»</p> <p>«si on fait différemment, je pense qu'il nous considère comme étant moins performant que l'autre»</p> <p>«c'est un peu frustrant de sentir que chaque fois qu'on dit quelque chose de différent des propos tenus par le médecin habituel, on nous remet en question»</p> <p>«tout ce qu'il dit, c'est vrai, il a toujours fait les bons diagnostics, c'est notre médecin (...) c'est cette image du médecin tout-puissant»</p> <p>«Il lui a dit t'as dit ça à Mme machin, c'est pas bien comme si elle était stagiaire»</p>

DIMENSION : ASPECT INTERPERSONNEL (FOCUS GROUP 3)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Approche centrée sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «chaque relation est unique» - «le but de la consultation, c'est pas de plaire au patient» <p><u>Relation de confiance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand il y a de la confiance, il y a de la confiance, un échange, quelque chose de constructif» - «une relation de confiance mutuelle» - «Si y'a la confiance, les gens boivent plus facilement les paroles» - «comme toutes les relations, ça se construit petit à petit» - «c'est pas forcément de trouver le diagnostic, c'est de sentir que la personne, elle a un petit peu confiance dans ce qu'on dit» <p><u>Reconnaissance du statut de médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «<i>voire cabinet il est où ?</i>» - «<i>ah mon père il voulait passer, il a appris que c'était la remplaçante, vous êtes sympa, je vais lui dire de passer</i>» <p><u>Une relation suivie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «là tu la revois, c'est plus facile, t'es plus à l'aise (...) est-ce que c'est finalement ne plus vouloir être remplacant que de bien connaître les gens comme ça, je sais pas ?» - «c'est vrai que c'est plaisant de revoir les patients, et là t'as aussi du plaisir à savoir ce qui s'est passé entre, finalement» <p><u>Exprimer ses doutes, ses limites</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «Le fait de dire que tu ne sais pas, le patient il part pas forcément mécontent» - «peut-être de s'être rendu compte qu'on a une mauvaise impression de fin de consultation quand on a raconté n'importe quoi» - «en étant tout à fait conscient que tu fais pleins d'erreurs et des conneries» - «au début, on est là, il faut qu'on réponde à tout, qu'on ait réponse à tout» 	<p><u>Méfiance des patients</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «surtout les personnes âgées ne sont pas très ouvertes à se confier à quelqu'un d'autre» - «un manque de confiance» - «si on arrive, comme ça, tout nouveau, on est un peu + regardé, un peu + jugé, et puis si y'a quelque chose de nouveau, ça paraît tout de suite un peu suspect.» - «la confiance c'est une limite de notre relation» <p><u>Relation «épisodique»</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand tu n'as pas de retours, c'est difficile d'évaluer» - «parfois t'es un peu frustré de ne pas avoir été là dans l'histoire» - «J'ai accepté cette part là que nous on est là finalement pour l'urgence, et puis voilà» <p><u>Remise en question du statut de médecin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «On vous prend parfois un peu pour l'assistante» - «il faut être viril ! le médecin c'est quelqu'un, c'est un homme, un vrai !» - «<i>chéri, c'est l'infirmière, elle est là, elle remplace le docteur</i> !» 	<p><u>Confiance dépendante du médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «<i>oui oui, c'est bon, il m'a prévenu, mais il m'a dit que vous étiez très bien</i>» - «le médecin ne les a pas bien amenées, et elles sentaient que c'était super dur avec les patients» - «le médecin faisait plus confiance au patient»

DIMENSION : ASPECT INTERPERSONNEL (FOCUS GROUP 3)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p>Être un «autre» médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> - «ils avaient un a priori au départ, et finalement ça s'est bien passé» - «au fur et à mesure qu'on remplace, y'a un peu plus de gens dans la salle d'attente» - «t'as l'impression qu'il reviendrait te voir, parce qu'il a apprécié ce que t'as fait» <p><u>Relation de séduction</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «il y a un peu de séduction dans toutes les relations, ça commence dans la salle d'attente» <p>Être du même sexe que les patients qui préfèrent avoir des femmes»</p> <ul style="list-style-type: none"> - «elle vient quand je suis là, elle me demande mes dates, parce que elle dit : <i>je suis plus à l'aise</i>» - «une consultation c'est une relation, et t'as pas la même relation avec un homme ou une femme quand tu es patient» - «elles en profitent pour aborder pleins de thèmes qu'elles ne font pas avec leur médecin habituel, qu'elles le disent ou pas, mais on le sent, ça peut être de la gynéco, ça peut être tout ce qui est relations sexuelles ou relations conjugales» - «Peut-être qu'elles ont cette impression, pas de copinage, mais c'est une femme, alors on peut papoter» 	<p>Être un «autre» médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est toujours le même problème de la salle d'attente vide» - «tu sens que c'est pas toi qu'il voulait voir (...) il est déçu parce que c'est pas ce qu'il attendait» - « quand quelqu'un commence à dire des choses intimes à quelqu'un, et qu'il faut le répéter à un autre que tu vois pour la première fois, enfin je comprends tout à fait. Qu'il a envie de continuer avec ton médecin.» <p><u>Relation de séduction mal difficile à gérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «t'essaies de replacer» - «des gens qui sont bien lourds» - «ah donc vous n'êtes pas mariée ?» - «il me fait la bise (...) le temps que je réagisse c'était déjà fait (...) je l'ai remballé au téléphone» - «des remarques sur notre coiffure» - «y'a les stades un peu plus physiques, qui sont un peu plus gênants (...) je me retrouve un petit peu perplexe, un peu bouche bée, sans avoir vu le truc venir» - «dans mon sens (homme), c'est plus simple à gérer que dans le vôtre, j'ai quand même l'impression de maîtriser la situation» - «c'est difficile de relever, t'as toujours le doute que c'était pas volontaire» <p>Être d'un sexe différent de celui du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - « les pathologies sont un peu différentes, toute la gynéco, moi je la verrai pas (homme) (...) ça va jamais dans les examens gynéco, enfin très rarement» 	<p>Être un «autre» médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Parfois d'autres choses surgissent (...) de sa vie, on les aide différemment, un autre point de vue qui peut leur convenir» - « ça apporte un éclairage nouveau» - «on a creusé un côté (...) qu'il n'aurait jamais abordé avec son médecin» - «y'a des choses qui sortent pas parce qu'on n'est pas le médecin habituel» - «Quand t'es médecin chronique, et tu les connais tous, et tu vois untel et untel, et puis tu te dis <i>oh purée, encore eux ! qu'est-ce que je vais faire avec eux ?!</i>» - quand on sent que ça doit être pénible, et qu'on se dit <i>c'est pas mon patient</i>, on est un peu content, quand même» <p>Être d'un sexe différent de celui du médecin remplacé</p> <ul style="list-style-type: none"> - «quand je remplace des hommes, et que y'a certaines patientes qui aimeraient bien que ce soit une femme, elles me disent qu'elles viennent parce que elles peuvent pas dire ça au docteur» - «y'a des femmes qui m'ont carrément dit que y'avait plein de choses qu'elles ne disaient pas parce qu'elles osaient pas» - « lui cherchait plutôt une femme pour le remplacer, il disait <i>«comme ça la population du village peut aller voir une femme de temps en temps, et ça leur apporte un choix»</i> - «c'est peut-être plus facile parfois de remplacer une femme, qu'un homme où les attentes sont différentes» (femme) - «ça me marque quand je remplace un homme. Quand je remplace une femme, j'ai l'impression que les patients sont un peu comme ils sont avec elle. Quand je remplace un homme, j'ai l'impression qu'ils se comportent différemment»

DIMENSION : ATTITUDE MÉDICALE LORS DES CONSULTATIONS (FOCUS GROUP 3)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p>Percevoir les attentes du patient et y répondre</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Y'a des terrains glissants comme ça où il ne faut pas qu'on s'aventure. Il n'est pas venu pour ça, le patient (...) il faut qu'on s'adapte» - «arriver à décrypter pourquoi les patients venaient, les faire dire pourquoi ils venaient» - «quand le patient sort et qu'il a l'air content» <p>Savoir rassurer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «les avoir écoutés, avoir l'impression qu'ils ont dit ce qu'ils avaient à dire, et les avoir rassurés» - «le but de la consultation (...) c'est un peu de le rassurer» - «C'est rassurant d'être écouté (...) d'avoir pu déposer quelque chose» 	<p>Difficultés à répondre aux attentes des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - «ce qui est réussi pour nous ne l'est pas forcément pour le patient.» - «C'est souvent là qu'ils sont le plus déçus parce qu'ils ont pas les antibiotiques» <p>Difficultés à convaincre</p> <ul style="list-style-type: none"> - ils ne sont pas d'accord, ils ne feront pas ce que t'as dit» 	<p>Rassurer</p> <ul style="list-style-type: none"> - « quand ils commencent à faire <i>oh la la, oh la la</i>, je leur dis <i>mais vous savez, il est là lundi, y'a pas de problème</i>» - « <i>on va voir ce qu'on peut faire, et puis si on n'y arrive pas, bah je laisserai un mot, je laisserai votre dossier</i>» <p>Convaincre</p> <ul style="list-style-type: none"> - « comment expliquer au patient qu'il faut changer d'attitude, sans mettre l'autre médecin en porte-à-faux ?» <p>Eduquer</p> <ul style="list-style-type: none"> - «ça a peut-être l'avantage de relancer un truc, d'être un peu remonté, peut-être de redonner un petit coup de fouet, que le médecin a donné pleins de fois et puis au bout d'un moment...»

DIMENSION : COMMUNICATION (FOCUS GROUP 3)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Attitude du patient/gestuelle de communication</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «le petit mot ou le petit geste qui fait que t'as l'impression qu'il s'est passé quelque chose de positif» <p><u>Rituel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «pour la relation de confiance, les patients sont demandeurs de ce rituel» <p><u>Ecoute active</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « il a senti que tu l'avais entendu» - «peut-être qu'il peut partager sa souffrance (...) même si t'as pas de solution tout de suite» - «il y a une énorme part d'écoute dans la consultation» - «peut-être que t'es le seul à pouvoir l'entendre ce jour-là, pour eux c'est énorme» <p><u>Communication avec le médecin remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « c'est intéressant des fois de reprendre certaines consultations avec le médecin qu'on remplace, quand c'est possible» - «je me note les trucs où je savais pas trop, où c'était un peu flou» - «je laisse un mot à la fin, ou quand je les ai au téléphone après» 	<p><u>Difficultés à modifier le rituel établi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «tu risques de les choquer en leur demandant d'ôter le haut» - «il ne se sent pas à l'aise si ça ne se passe pas comme d'habitude» <p><u>Difficultés à écouter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «je trouve que c'est usant d'écouter les gens de façon active» - «ça te vide» - «c'est fatiguant d'écouter quelqu'un» - «il y a des choses en dessous qu'on pourrait peut-être un peu soulever, ou même que les gens aimeraient en parler, mais ça prendrait trop de temps» <p><u>Communication parfois délicate avec le remplacé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «ça peut aussi jouer dans l'autre sens, avoir des préjugés sur les gens.» - «qu'est-ce qu'il dit sur nous quand il n'est pas d'accord ?» - «le médecin remplacé ne le prend pas forcément mal» - «je dis j'ai fait ça et ça, parce que ça n'allait pas, sans dire ça fait 3 semaines qu'ils vous disent que ça va pas» 	<p><u>Difficulté à modifier le rituel établi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «c'est quand même très médecin-dépendant, la tournure de la consultation» <p><u>Une écoute différente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «oui mais vous savez, moi j'ai quand même essayé les médecines alternatives, mais ça, je peux pas dire à mon médecin, hein, quand même» - «bon, je l'ai jamais dit au docteur parce que à lui, je ne peux pas dire ça, hein ! vous comprenez ?» - «ah, j'ai pris un kilo, mais je suis content que ce ne soit pas le docteur, comme ça je ne vais pas me faire gronder»
DIMENSION : ENVIRONNEMENT ET TEMPS (FOCUS GROUP 3)		
Ce qui est perçu comme positif	Ce qui est perçu comme problématique	Ce qui est perçu comme différent du médecin remplacé
<p><u>Le téléphone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - «moi ça m'arrive de m'annoncer au téléphone, et puis j'entends juste la personne qui raccroche» <p><u>La gestion du temps</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « quand il y a du monde, on n'a pas le temps de se replonger dans le dossier» 		

Annexe 2

Trust in Physician Scale

- je doute que mon médecin s'intéresse vraiment à moi en tant que personne
- mon médecin prend généralement en considération mes besoins et les fait passer en premier
- j'ai tellement confiance dans mon médecin que j'essaie toujours de suivre son avis
- si mon médecin me dit quelque chose, ce doit être vrai
- parfois je n'ai pas confiance en l'opinion de mon médecin et j'aimerais un second avis
- j'ai confiance dans les jugements de mon médecin sur les soins médicaux
- j'ai l'impression que mon médecin ne fait pas tout ce qu'il pourrait pour me soigner
- je fais confiance à mon médecin pour faire passer mes besoins de santé avant toutes autres considérations lorsqu'il s'occupe de mes problèmes médicaux
- mon médecin est bien qualifié pour gérer (diagnostiquer, traiter ou demander un avis spécialisé) des problèmes médicaux tels que les miens
- je fais confiance à mon médecin pour me dire si une erreur a été faite à propos de mon traitement
- je m'inquiète parfois de savoir si mon médecin saura garder secrètes les informations que nous avons échangées

Annexe 3

CONTRAT DE REMPLACEMENT EN EXERCICE LIBERAL PAR UN MÉDECIN INSCRIT AU TABLEAU

(Articles 65 et 91 du code de déontologie figurant dans le Code de la Santé publique sous les numéros R.4127-65 et R.4127-91)

Entre

le Docteur X, Médecin généraliste
Inscrit au Conseil de l'Ordre sous le N°
Exerçant à
d'une part

Et Dr Y

Inscrit au Tableau, sous le N°
Immatriculé à l'URSSAF, sous le N° :
Adresse :
d'autre part

PREAMBULE

Face à l'obligation déontologique qui est la sienne d'assurer la permanence des soins et conformément aux dispositions de l'article R.4127-65 du code de la santé publique (article 65 du code de déontologie médicale), le Dr X a contacté le Dr Y médecin remplaçant pour prendre en charge, lors de la cessation temporaire de son activité professionnelle habituelle, les patients qui feraient appel à lui.

Pour permettre le bon déroulement de ce remplacement, le Dr X met à la disposition du Dr Y son cabinet de consultation, sis et son secrétariat.

Le Dr Y assume de ce fait toutes les obligations inscrites dans le code de déontologie. Il ne peut alléner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1

Dans le souci de la permanence des soins, le Dr X charge le Dr Y, qui accepte, de le remplacer temporairement auprès des patients qui feraient appel à lui.

Les patients devront être avertis, dès que possible, de la présence d'un médecin remplaçant et notamment lors de toute demande de visite à domicile ou de rendez-vous au cabinet médical.

Le Dr Y devra consacrer à cette activité tout le temps nécessaire selon des modalités qu'il fixera librement (1). Il pourra, avec l'accord préalable du Dr X, exercer une autre activité médicale, y compris dans les locaux du Dr X(2) (3)

Il s'engage à donner, à tout malade faisant appel à lui, des soins consciencieux et attentifs dans le respect des dispositions du code de déontologie.

Hors le cas d'urgence, le médecin remplaçant pourra, dans les conditions de l'article R. 4127-47 du code de la santé publique (article 47 du code de déontologie médicale), refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Article 2

Le présent contrat de remplacement est prévu pour la période du 1/1/2010 au 7/1/2010 compris.

Article 3

Pendant la durée du présent contrat de remplacement et pour les besoins de son exécution, le Dr Y aura l'usage des locaux professionnels, installations et appareils que le Dr X met à sa disposition. Il en fera usage en bon père de famille.

Compte tenu du caractère par nature provisoire de l'activité du remplaçant, celui-ci s'interdit toute modification des lieux ou de leur destination.

Article 4

Le Dr Y exerçant son art en toute indépendance sera seul responsable vis-à-vis des patients et des tiers des conséquences de son exercice professionnel et conservera seul la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle il s'assurera personnellement à ses frais à une compagnie notoirement solvable. Il devra apporter la preuve de cette assurance avant le début de son activité. (4

Article 5

Le Dr Y utilisera conformément à la Convention nationale les ordonnances ainsi que les feuilles de soins et imprimés pré-identifiés au nom du Dr X dans son activité relative aux seuls patients du Dr X.

En outre, il devra faire mention de son identification personnelle sur les ordonnances, feuilles de soins et imprimés réglementaires qu'il sera amené à remplir.

Article 6

Les deux co-contractants auront des déclarations fiscales et sociales indépendantes et supporteront personnellement, chacun en ce qui les concerne, la totalité de leurs charges fiscales et sociales afférentes au dit remplacement.

Article 7

Le Dr Y percevra l'ensemble des honoraires correspondant aux actes effectués sur les patients à qui il aura donné ses soins.

Il devra remplir les obligations comptables normales et habituelles qui lui sont imposées réglementairement.

En fin de remplacement, le Dr X reversera au Dr Y (70 %) du total des honoraires perçus et à percevoir correspondant au remplacement.

Conformément aux dispositions de l'article R.4127-66 du code de la santé publique (article 66 du code de déontologie médicale), le remplacement terminé, le remplaçant cessera toute activité s'y rapportant et transmettra les informations nécessaires à la continuité des soins.

Article 8

Si au terme du remplacement prévu au présent contrat le Dr Y a remplacé le Dr X pendant une période de trois mois, consécutifs ou non, il ne pourra sauf accord écrit du Dr X (5) s'installer pendant une durée de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé ou éventuellement ses associés (préciser ici commune, arrondissement, distance)(6).

Article 9 : Conciliation

Tous les litiges ou différends notamment à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis avant tout recours à une conciliation confiée

au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, en application de l'article R.4127-56 du code de la santé publique (article 56 du code de déontologie médicale).

Article 10 : Arbitrage (7)

En cas d'échec de la conciliation, les litiges ou différends relatifs à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis à l'arbitrage conformément au règlement d'arbitrage de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins .

1^{re} option :

Dès à présent, les parties conviennent de soumettre leur litige à un arbitre unique. Le tribunal arbitral statuera avec les pouvoirs d'arbitrage compositeur. (8) Les parties peuvent faire appel de la sentence arbitrale.

2^e option :

Dès à présent, les parties conviennent de soumettre leur litige à trois arbitres désignés selon les modalités définies à l'article 4 du règlement d'arbitrage de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins. Le tribunal arbitral statuera avec les pouvoirs d'arbitrage compositeur. (8) Les parties renoncent à la possibilité de faire appel. Le siège de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins est fixé à PARIS 8^e, 180 Boulevard Haussmann.

Article 11

Les parties affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ou avenant relatif au présent contrat qui ne soit soumis au Conseil départemental.

Article 12

Conformément aux dispositions des articles R.4127-65 et 91 du code de la santé publique (articles 65 et 91 du Code de Déontologie), ce contrat sera communiqué au Conseil départemental de l'Ordre avant le début du remplacement.

Son renouvellement sera soumis à ces mêmes dispositions.

Fait en trois exemplaires (dont un pour le Conseil départemental) le 15/12/09.

Dr X

Dr Y

1. Il est recommandé que les modalités habituelles de fonctionnement du cabinet soient précisées au remplaçant, dans le souci de la permanence des soins.
2. Cette activité personnelle ne devra en aucun cas être préjudiciable à la permanence des soins au sein du cabinet du médecin remplacé, activité justificative de l'établissement dudit contrat et ne pourra jamais être une activité de soins donnant lieu à délivrance de feuilles de maladie ; il ne peut s'agir que de médecine de prévention, d'exams pour des compagnies d'assurances ... qui entrent dans l'activité habituelle du médecin remplaçant.
3. Clause facultative, à débattre entre les signataires ; elle devra faire l'objet d'une annexe au présent contrat.
4. Il serait souhaitable que la copie de cette assurance soit jointe au présent contrat.
5. L'accord peut consister en une renonciation totale ou limitée dans le temps à se prévaloir de l'interdiction d'installation édictée à l'article R.4127-86 du code de la santé publique (article 86 du code de déontologie médicale) et rappelée par cette clause du contrat.
6. Pour les remplacements inférieurs à trois mois, les parties au contrat gardent la faculté d'introduire une clause de non-réinstallation si la durée de remplacement le justifie.
7. La clause d'arbitrage (clause compromissoire) est facultative et les parties peuvent décider de ne pas y recourir ou encore y recourir dans des conditions différentes de celles proposées ci-dessus.
8. Les parties peuvent renoncer à cette modalité de l'arbitrage et, dans ce cas, il suffit de supprimer la mention de l'amiable composition.