



**UNIVERSITE D'ANGERS**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2014

N°.....

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Qualification en : MEDECINE GENERALE**

**Par**

***Brice MERIT***

**Né le 26 avril 1980 à ANGERS**

---

**Présentée et soutenue publiquement le : 10 décembre 2014**

---

***LES PRINCIPAUX CRITERES DE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT EN  
2014: UNE ETUDE TRANSVERSALE DESCRIPTIVE AUPRES DE  
PATIENTS DE MEDECINE GENERALE EN VENDEE***

---

**Président : Madame le Professeur JOLY-GUILLOU Marie-Laure**

**Directeur : Madame le Docteur QUENTIN-GEORGET Sybille**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

---

**Doyen**  
**Vice doyen recherche**  
**Vice doyen pédagogie**

Pr. RICHARD  
Pr. PROCACCIO  
Pr. COUTANT

**Doyens Honoraires :** Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

**Professeur Émérite :** Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

**Professeurs Honoraires :** Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROŚIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie
<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation médicale
<b>AUBÉ Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>AUDRAN Maurice</b>	Rhumatologie
<b>AZZOUZI Abdel-Rahmène</b>	Urologie
<b>BARON Céline</b>	Médecine générale
<b>BARTHELAIX Annick</b>	Biologie cellulaire
<b>BATAILLE François-Régis</b>	Hématologie ; Transfusion
<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BEAUCHET Olivier</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BEYDON Laurent</b>	Anesthésiologie-réanimation
<b>BIZOT Pascal</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique
<b>BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CALÈS Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CAMPONE Mario</b>	Cancérologie ; radiothérapie
<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CHABASSE Dominique</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHAPPARD Daniel</b>	Cytologie et histologie
<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie
<b>COUTURIER Olivier</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
<b>DARSONVAL Vincent</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
<b>de BRUX Jean-Louis</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
<b>DIQUET Bertrand</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédopsychiatrie
<b>ENON Bernard</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
<b>FANELLO Serge</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie
<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie
<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie
<b>GARNIER François</b>	Médecine générale

<b>GARRÉ Jean-Bernard</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>GINIÈS Jean-Louis</b>	Pédiatrie
<b>GOHIER Bénédicte</b>	Psychiatrie
<b>GRANRY Jean-Claude</b>	Anesthésiologie-réanimation
<b>GUARDIOLA Philippe</b>	Hématologie ; transfusion
<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale
<b>HUEZ Jean-François</b>	Médecine générale
<b>HUNAUT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion
<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion
<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie
<b>JOLY-GUILLOU Marie-Laure</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>LASOCKI Sigismond</b>	Anesthésiologie-réanimation
<b>LAUMONIER Frédéric</b>	Chirurgie infantile
<b>LE JEUNE Jean-Jacques</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>LEFTHÉRIOTIS Georges</b>	Physiologie
<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie
<b>LEROLLE Nicolas</b>	Réanimation médicale
<b>LERMITE Emilie</b>	Chirurgie générale
<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MALTHIÉRY Yves</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénéréologie
<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie
<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation médicale
<b>MERCIER Philippe</b>	Anatomie
<b>NGUYEN Sylvie</b>	Pédiatrie
<b>PICHARD Eric</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
<b>PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile
<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique
<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie
<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
<b>ROHMER Vincent</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail
<b>ROUGÉ-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>ROUSSEAU Audrey</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
<b>SAINT-ANDRÉ Jean-Paul</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>SENTILHES Loïc</b>	Gynécologie-obstétrique
<b>SUBRA Jean-François</b>	Néphrologie
<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie
<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie
<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>ZANDECKI Marc</b>	Hématologie ; transfusion

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

<b>ANNAIX Claude</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>ANNWEILER Cédric</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
<b>AUGUSTO Jean-François</b>	Néphrologie
<b>BEAUVILLAIN Céline</b>	Immunologie
<b>BELIZNA Cristina</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BLANCHET Odile</b>	Hématologie ; transfusion
<b>BOURSIER Jérôme</b>	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
<b>BOUTON Céline</b>	Médecine générale
<b>CAILLIEZ Éric</b>	Médecine générale
<b>CAPITAIN Olivier</b>	Cancérologie ; radiothérapie
<b>CASSEREAU Julien</b>	Neurologie
<b>CHEVAILLER Alain</b>	Immunologie
<b>CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire
<b>CONNAN Laurent</b>	Médecine générale
<b>CRONIER Patrick</b>	Anatomie
<b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Physiologie
<b>de CASABIANCA Catherine</b>	Médecine générale
<b>DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>DUCLUZEAU Pierre-Henri</b>	Nutrition
<b>FORTRAT Jacques-Olivier</b>	Physiologie
<b>GOHIER Bénédicte</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>GUARDIOLA Philippe</b>	Hématologie ; Transfusion
<b>HINDRE François</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>JEANGUILLAUME Christian</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>KEMPF Marie</b>	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
<b>LACOEUILLE Franck</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>LERMITTE Emilie</b>	Chirurgie Générale
<b>LETOURNEL Franck</b>	Biologie cellulaire
<b>LOISEAU-MAINGOT Dominique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MARCHAND-LIBOUBAN Hélène</b>	Biologie cellulaire
<b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie
<b>MOUILLIE Jean-Marc</b>	Philosophie
<b>PAPON Xavier</b>	Anatomie
<b>PASCO-PAPON Anne</b>	Radiologie et Imagerie médicale
<b>PELLIER Isabelle</b>	Pédiatrie
<b>PENCHAUD Anne-Laurence</b>	Sociologie
<b>PIHET Marc</b>	Parasitologie et mycologie
<b>PRUNIER Delphine</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>PUISSANT Hugues</b>	Génétique
<b>ROUSSEAU Audrey</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>SAVAGNER Frédérique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>SIMARD Gilles</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>TANGUY-SCHMIDT Aline</b>	Hématologie ; transfusion
<b>TURCANT Alain</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

# **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Madame le Professeur JOLY-GUILLOU Marie-Laure**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur QUENTIN-GEORGET Sybille**

**Membres du jury :**

**Monsieur le Professeur LEFTHERIOTIS Georges**

**Madame le Docteur de CASABIANCA Catherine**

**Madame le Docteur QUENTIN-GEORGET Sybille**

*A Madame le Professeur Marie-Laure JOLY-GUILLOU,*

*Merci de m'avoir fait l'immense honneur d'accepter de présider ce jury. Merci pour votre intérêt, votre bienveillance, et pour la disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard. Veuillez trouver à l'issue de ce travail l'expression de ma plus profonde gratitude.*

*A Monsieur le Professeur Georges LEFTHERIOTIS,*

*Vous avez accepté de participer à ce jury, soyez assuré de mes sincères remerciements pour votre disponibilité, et de mon profond respect.*

*A Madame le Docteur Catherine de CASABIANCA,*

*Soyez également assuré de mes sincères remerciements pour votre disponibilité pour ce jury.*

*A Madame le Docteur Sybille QUENTIN-GEORGET,*

*Merci à toi d'avoir accepté la lourde tâche de diriger ce travail ! J'ai beaucoup de reconnaissance envers la disponibilité dont tu as fait preuve malgré ton emploi du temps professionnel et familial très chargé, pour tes conseils précieux, et surtout pour ta patience!*

*Aux Docteurs ARRIVE, COSSARD, DABADIE, GIRARDEAU, DE HILLERIN, LATTE, LOPEZ, METAIREAU, NAUDIN, RABAUD-PELLETIER, RAMAEN-BURGAUD, RIPAUD,*

*Merci à vous d'avoir accepté sans hésitation ce travail auprès de vos patients.*

*Aux secrétaires Corinne, Fabienne, Jany, Jocelyne, Maryvonne et Valérie,*

*Merci d'avoir pris de votre temps pour distribuer les questionnaires malgré vos journées souvent « tendues » ! Je vous en suis très reconnaissant, ce travail n'aurait pas existé sans votre aide généreuse.*

*Aux Docteurs Claudia VICHATZKY, Claude CHEVALLIER, Marc PERIER, à Colette et Myriam*

*Merci de votre confiance pendant ces 3 ans de remplacement et de m'avoir permis, avec vos patients, de me passionner pour la médecine générale.*

*A mes belles rencontres d'externat et d'internat, surtout Audrey, Loïc, Aurore, Julien, Jean-Marc, Caro, je pense à vous, il était temps que je suive votre voie.*

*A ma famille, parents, grands-parents, et frères, merci pour vos soutiens et encouragements au cours de mes études.*

*A Anne-Claire, Charles et Arthur, merci de votre amour, votre gentillesse, et votre dévouement au quotidien, et de votre compréhension et patience pendant ce travail. Je vous aime très fort.*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**SFMG** : Société française de Médecine Générale

**AMELI** : Assurance Maladie en Ligne

**INSEE** : Institut national des Statistiques et des Etudes économiques

**NHS** : National Health Service

**ZAU** : Zonage en Aires Urbaines

**CNOM** : Conseil national de l'Ordre des Médecins

**CS** : Consultations

**EX** : Examens

**EBM** : Evidence Based Medecine

## **PLAN**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Matériel et méthodes .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Résultats.....</b>	<b>20</b>
<b>3. Discussion.....</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>95</b>

## **INTRODUCTION**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le choix du médecin traitant concerne les patients âgés de 16 ans et plus (1). Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre peut être médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste, médecin libéral ou hospitalier, urgentiste ou salarié d'un établissement de santé. Le patient a la liberté de choix de son médecin traitant. Il n'y a pas de contrainte géographique. En 2010, selon la SFMG (Société Française de Médecine Générale), 98% des assurés sociaux ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant (2).

Ce choix est important sur le plan administratif, puisque, dans le cadre du respect du parcours de soins, il est associé à une meilleure prise en charge par la Sécurité Sociale.

Il est indispensable sur le plan médical, car le médecin traitant est le médecin de premier recours et il assure la prise en charge globale de son patient. Son rôle est décrit de manière technico-médico-administrative sur le site AMELI de la Sécurité Sociale (3) : il est le pivot d'un suivi personnalisé et de la mise en œuvre de la coordination des soins. Il tient à jour le dossier médical du patient, et assure la prise en charge thérapeutique du patient ainsi que la prévention. Il centralise les avis des soignants. Il doit adresser le patient au médecin spécialiste lorsque son état le justifie. Cette démarche doit être accompagnée d'une lettre décrivant ses attentes et l'état de santé du patient.

Surtout, le choix du médecin traitant est essentiel par sa dimension humaine, car il n'est pas le simple fait d'une déclaration « papier » à un organisme de protection sociale, ou d'une simple désignation d'un prestataire de service médico-social. Il s'agit surtout d'un contrat de confiance, car le patient dévoilera et confiera à son médecin, de manière quasi-exclusive, son corps physique et psychologique. En outre, de ce contrat, naît une nouvelle relation patient-médecin, une relation extraordinaire et unique, qui ne s'élabore que dans le cadre confidentiel et privé de la consultation. Elle met en jeu des interactions complexes issues d'échanges de paroles et d'attitudes entre deux personnalités différentes, chacune avec ses interrogations, son vécu, son milieu social, son savoir, et sa culture. La qualité de cette relation est primordiale car elle participe à l'efficacité thérapeutique, comme le montre la revue de littérature de Moreau en 2006, qui insiste sur l'importance du soin cognitif centré sur la connaissance scientifique, mais aussi du soin émotionnel lié aux attitudes médicales et aux capacités relationnelles (écoute, compréhension, empathie) (4).

Ainsi, on comprend que dans un but thérapeutique, le patient doit déclarer un médecin qui correspond à ses attentes à la fois sur le plan médical et sur le plan humain.

Face à cette complexité, se dresse le problème grandissant de l'accès aux soins. Roselyne BACHELOT précisait déjà en 2008 : " près de 2,6 millions de personnes connaissent de sérieuses difficultés pour trouver un médecin. [...]. La situation, si nous ne faisons rien, ira en s'empirant, et de véritables déserts médicaux risquent de s'installer dans les zones rurales et périurbaines les moins favorisées." (5). On peut penser que le choix du médecin traitant sera donc de plus en plus parasité par des paramètres liés aux milieux de vie et leur démographie médicale, parallèlement au vieillissement de la population, aux migrations des populations et à la demande croissante de soins dans certains territoires ruraux.

Cette situation est particulièrement vérifiable en Vendée (ANNEXE 1). Selon l'INSEE (6), « La croissance de la population vendéenne, 2e plus fort rythme de croissance des départements de France [...] serait le reflet des migrations résidentielles avec un solde migratoire [...] compris entre 7 000 et 8 000 personnes en moyenne chaque année. La Vendée connaîtrait un vieillissement accéléré de sa population [...] le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait doubler de 2007 à 2040 pour atteindre 310 000 habitants. Conséquence d'un vieillissement plus marqué que la moyenne nationale, le nombre de décès dépasserait celui des naissances aux alentours de 2030 » (ANNEXES 2 et 3)

L'idée de cette thèse émerge donc d'un simple constat : le choix du médecin traitant est un enjeu majeur et de plus en plus complexe. On peut se demander sur quelle base les patients choisissent leur médecin traitant. Plusieurs critères pouvant participer au choix ont été mis en évidence dans des études qualitatives, principalement britanniques des années 60 jusqu'à nos jours (7, 8, 9, 10, 11), parfois françaises par focus group (12) ou déjà proposés dans la littérature (13). L'importance de ces critères évolue selon les époques (14).

Déterminer les critères les plus importants selon les patients, c'est prendre une photographie de leurs principales attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Quel sont ces critères actuellement?

L'inégalité de la démographie médicale et les caractéristiques des patients influent-elle sur les critères de choix? Quelle place les critères jugés importants tiennent-ils réellement dans le choix du médecin traitant? Ce choix est-il éclairé ou un choix par défaut?

## **1. Matériel et méthodes**

Nous avons choisi d'effectuer une étude transversale et descriptive, à l'aide d'un questionnaire proposé à 400 patients consultants dans quatre cabinets de médecine générale du Sud-Ouest de la Vendée.

L'étude a débuté le 25 août 2014 et n'a pris fin qu'après distribution complète des questionnaires le 12 septembre 2014.

### **1.1. Population étudiée**

#### 1.1.1. Sélection des lieux de l'étude

L'un des objectifs secondaires était de mettre en évidence des différences d'importance des critères de choix selon les milieux de vie des patients et selon la densité médicale du lieu des cabinets, ce qui n'avait jamais été étudié contrairement aux autres caractéristiques des patients. Cela a nécessité au préalable un travail de recherche des définitions des différents milieux, mais aussi la prise en compte de la démographie médicale du sud-ouest vendéen en 2014.

##### a. Milieux urbains, semi-ruraux et ruraux

Dans les esprits, la distinction entre milieu urbain et milieu rural semble aisée : d'un côté, la ville foisonnant de constructions, d'emplois et d'activités humaines avec une forte densité d'habitants ; et de l'autre, la campagne parsemée de villages et de lieux-dits isolés, où la nature et l'activité agricole prédominent. Cependant, la mobilité croissante des personnes depuis ces dernières décennies complexifie ce découpage qui n'est plus si évident. Car avec le développement des réseaux routiers et des moyens de communication, ainsi que la rapidité des transports, une partie de la population peut vivre désormais à distance des pôles urbains et de leur lieu de travail. L'augmentation du nombre des infrastructures et des habitations ont profondément changé le paysage rural, et de nouveaux secteurs d'activités et culturels s'y développent, renforçant le phénomène dit de « rurbanisation ».

Afin de choisir les lieux d'étude de manière fiable, nous nous sommes référés aux définitions actuelles de l'Institut National de Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) (15). Bien

que de nombreuses études emploient les termes de « milieu urbain » et « milieu rural », l'INSEE n'en donne aucune définition.

➤ Définition du zonage en aires urbaines

En définissant le zonage en aires urbaines (ZAU) dans les années 1990, l'INSEE se base sur les zones d'emploi et les déplacements domicile-travail, ce qui permettait, à son origine, de définir les espaces à dominante urbaine et rurale. Le ZAU est un découpage fonctionnel ayant comme maille de base deux entités morphologiques : les unités urbaines et les communes rurales.

« On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu qui compte au moins 2 000 habitants. Une commune urbaine est une commune appartenant à une unité urbaine. Les autres communes sont dites rurales »

Depuis 2011, une aire urbaine est constituée d'un pôle d'emploi, et sa couronne ou le périurbain. On distingue le pôle urbain offrant au moins 10 000 emplois ; le moyen pôle offrant 5 000 à 10 000 emplois ; et le petit pôle, offrant de 1 500 à moins de 5 000 emplois. En dehors d'une aire urbaine, le zonage définit les communes multipolarisées et les communes isolées hors influence des pôles. La partition urbain/rural n'est plus franche depuis ce découpage de 2011: d'une part les communes rurales ne sont pas seulement présentes dans la catégorie des "communes isolées hors influence des pôles" mais également dans le périurbain des grands pôles. D'autre part, la catégorie "communes isolées hors influence des pôles" comprend des communes urbaines. (16, 17). (ANNEXE 4).

➤ Définition du zonage en bassins de vie

En 2012, l'INSEE définit le zonage en bassins de vie qui est bâti sur la répartition des équipements (un équipement est un lieu d'achat de produits ou de consommation de services) et le temps théorique nécessaire pour y accéder. Un bassin de vie est constitué d'un pôle de services, unité urbaine disposant d'au moins 16 des 31 équipements intermédiaires (ANNEXE 5), autour duquel s'organisent les communes les plus proches n'ayant pas ces équipements.

Ce zonage se base sur une typologie urbaine-rurale plus claire, définie par la Commission européenne : « à partir de carreaux de 200 m de côté, on forme des mailles urbaines qui remplissent deux conditions : une densité de population d'au moins 300 habitants par km<sup>2</sup> et

un minimum de 5000 habitants dans une maille contiguë au-delà du seuil de densité. Les autres mailles sont considérées comme rurales ».

Il existe trois groupes de bassin :

- bassin de vie urbain : la population classée dans les mailles urbaines représente plus de 80 % de la population totale du bassin de vie

- bassin de vie intermédiaire : la population classée dans les mailles urbaines représente entre 50 % et 80 % de la population totale du bassin de vie ;

- bassin de vie rural : la population classée dans les mailles urbaines représente moins de 50 % de la population totale du bassin de vie.

Les bassins de vie sont par ailleurs animés par un pôle du zonage en aires urbaines (ZAU) : grands pôles urbains, moyens pôles, petits pôles, périurbains, autres. Selon l'INSEE, il n'y a pas de bassin de vie intermédiaire en Vendée, ce qui complique encore la partition urbain/rural (18) (ANNEXE 6).

#### b. La démographie des médecins généralistes en Vendée.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) exprime la densité des médecins généralistes, nombre de médecins pour 10000 habitants, à l'échelle des bassins de vie. Un bassin de vie compte en moyenne 7 à 8 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. Pour notre étude, nous nous sommes référés à cette densité médicale.

En 2013, 46% des bassins de vie de la région Pays-de-la-Loire sont caractérisés par une densité faible (19). Il est classique de faire le lien entre forte densité médicale et milieu urbain, et inversement, entre faible densité médicale et milieu rural. Cela ne se vérifie pas toujours en Vendée. Par exemple, la ville de Luçon (moyen pôle) et son bassin de vie urbain présente 6,9 de médecin généraliste pour 10000 habitants, soit une faible densité en 2013. En revanche, les bassins ruraux du littoral présentent une forte densité médicale : en 2014, le bassin de La Tranche sur Mer, classé « rural autre » et constitué uniquement de communes isolées, compte environ 11 médecins pour 10000 habitants.

Les données du CNOM sont de 2013, et les bassins de vie (sur la carte de la démographie médicale interactive disponible sur son site) ne sont pas délimités de la même manière que l'INSEE. Sachant qu'un cabinet de médecine générale est un équipement de proximité, nous

avons donc calculé la densité médicale en fonction des bassins de vie définis par l'INSEE en 2012, en fonction de la population légale au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et du nombre de médecins généralistes libéraux exerçant alors dans chacun des bassins (ANNEXE 7).

c. Sélection des villes et cabinets de l'étude

Pour sélectionner les villes, nous avons croisé les données du ZAU et des bassins de vie de Vendée, et les données de la démographie médicale en Vendée. Ainsi, pour cette étude, nous avons donc considéré que :

- le « milieu urbain » correspond aux communes urbaines d'un bassin de vie urbain animé par un grand pôle urbain.

-le « milieu semi-rural » correspond aux communes urbaines d'un bassin de vie rural périurbain

-le « milieu rural » correspond aux communes rurales d'un bassin de vie rural « autre »

Les chiffres-clé de chaque ville sont issus des données les plus récentes de l'INSEE (de 2009 à 2014). Par commodité, les cabinets choisis ont tous une ou plusieurs secrétaires pour faciliter la distribution des questionnaires et aider à la compréhension des items le cas échéant.

- Un cabinet médical à Olonne sur Mer : milieu urbain à forte densité médicale

Commune urbaine de 14 565 habitants accolée aux Sables d'Olonne (14434 habitants) et aux Château d'Olonne (13934 habitants) formant un grand pôle, au sein d'un bassin urbain animé par ce pôle urbain. Ce bassin compte 43 médecins généralistes installés en libéral, et possède un centre hospitalier et une clinique. La densité en médecins généralistes y est forte, de plus de 8,3 médecins pour 10000 habitants en 2014. Le cabinet compte 4 médecins généralistes (2 médecins femmes et deux médecins hommes) à temps plein et 2 secrétaires.

- Un cabinet médical à Coëx : milieu semi-rural à densité médicale moyenne

Commune urbaine de 3102 habitants, « autre commune multipolarisée » appartenant au bassin de vie rural périurbain d'Aizenay. En 2014, ce bassin compte 16 médecins généralistes pour 20012 habitants, soit 7,9 médecins pour 10000 habitants. La densité en médecin généraliste

y est donc moyenne. Le cabinet médical compte 4 médecins (1 médecin femme, 3 médecins hommes) et une secrétaire.

- Un cabinet médical à Talmont Saint Hilaire : milieu semi-rural à faible densité médicale

Commune urbaine de 7305 habitants, multipolarisée des grandes aires urbaines, et appartenant à un bassin de vie rural périurbain. Début 2013, le bassin de vie de Talmont Saint Hilaire comptait 8 médecins, puis 5,5 médecins en 2014 (1 départ à la retraite, 1 arrêt d'exercice prématuré pour maladie, 1 changement d'activité, 1 arrivée d'un médecin à mi-temps). En prenant en compte la population légale au 1<sup>er</sup> Janvier 2014 (INSEE), la densité médicale passe en moins d'un an de forte (8,4) à faible (5,8). Le cabinet compte 3 médecins généralistes hommes à temps plein et 2 secrétaires.

- Un cabinet médical à Le Champ Saint Père : milieu rural à très faible densité médicale

Commune rurale de 1748 habitants, « autre commune multipolarisée » appartenant au bassin de vie rural « autre » de Moutiers les Mauxfaits. Ce bassin compte 6 médecins généralistes à plein temps. La densité en médecin généraliste y est très faible, 4,2 médecins pour 10000 habitants en 2014. Le cabinet compte 1 médecin généraliste homme à temps plein et 1 secrétaire.

#### 1.1.2. Sélection des patients étudiés

Les questionnaires n'ont été distribués qu'aux patients répondant aux critères d'inclusion suivant : patients suivis dans l'un des cabinets sélectionnés, venant consulter leur médecin traitant déclaré à la sécurité sociale, à son cabinet. Les critères d'exclusion sont les patients de moins de 16 ans, les patients ayant déclaré un autre médecin traitant que le médecin consulté, ou n'ayant pas déclaré de médecin traitant auprès de leur caisse d'assurance maladie, et les patients consultés à leur domicile. Afin d'étudier des différences selon la zone géographique, nous nous sommes attachés à obtenir des échantillons représentatifs de chaque milieu de vie et de chaque zone de densité médicale. Les cabinets choisis n'étaient donc que des terrains qui ont permis de sélectionner et représenter des patients de chaque milieu et de chaque zone de densité médicale. 100 questionnaires par cabinet (soit 400 questionnaires au total) ont été distribués aléatoirement par les secrétaires en respectant les critères d'inclusion et

d'exclusion des patients, afin d'obtenir un échantillon de grande taille et un minimum de 30 répondants aléatoires par milieu de vie et par zone de densité médicale (20).

## **1.2. Le questionnaire**

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire (ANNEXE 8), méthode la plus utilisée pour les études descriptives et la plus simple pour les grands échantillons.

### 1.2.1. Elaboration

Le questionnaire était composé de quatre parties permettant un cheminement progressif des réponses de chaque patient, afin de déterminer leurs critères les plus importants pour choisir un médecin traitant, objectif principal de la thèse ; de déterminer comment s'est fait en réalité le choix, éclairé ou non, de leur médecin actuel ; puis d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis de ce choix et leur besoin ou non d'être éclairé avant de faire leur choix.

#### a. Première partie

Pour dégager des tendances selon les particularités de chaque patient, nous avons recueilli les caractéristiques des patients : Sexe, âge, ville d'habitation (milieu de vie), catégorie socio-professionnelle (définie par l'INSEE), enfants à charge, source d'information médicale (médecin, internet...). Le sexe et l'âge du médecin, la durée de suivi, et la raison d'un éventuel changement de médecin avaient également été recueillis.

#### b. Deuxième partie

L'objectif principal de cette étude était de relever les critères les plus importants, selon les patients, pour choisir leur médecin traitant. Pour y répondre, nous avons conçu un questionnaire en sélectionnant les critères les plus cités dans la littérature pour choisir un médecin traitant (10, 11, 12, 13, 14), et des critères issus de notre expérience personnelle (convention secteur 1, tenue vestimentaire, contact avec les enfants, formation continue, prévention...), soit au total 29 critères. Ces critères évaluent 4 types de paramètre du médecin ou de son cabinet : organisationnel, technico-médical, relationnel et pratique.

Nous avons tenu compte des conditions de réponse au questionnaire, c'est-à-dire en salle d'attente, et par des patients d'âge et capacités intellectuelles différents (20). Aussi, nous avons élaboré un questionnaire qui pouvait permettre au patient de répondre le plus

simplement et spontanément possible, en adoptant une forme déjà utilisée dans l'étude de Salisbury et Al. (10), et reprise dans la thèse d'Anne-Carole GRUNY de 2011 (qui avait exploré le choix du médecin traitant par des patients de Clamart dans le 92). Il s'agissait d'un tableau permettant au patient de cocher l'importance qu'ils accordent à chaque critère, selon une échelle à quatre positions : «essentiel» «assez important» «peu important» «pas important». Lors du test du questionnaire sur 10 patients en salle d'attente, avec analyse immédiate en présence des patients, nous nous sommes aperçu que les patients avaient répondu sans tenir compte de leur propre choix. Ainsi, par exemple, une personne de 75 ans sans enfant à charge avait considéré le critère «contact avec les enfants» comme essentiel pour un médecin généraliste, alors qu'en l'interrogeant, ce critère n'aurait pas du tout été pris en compte pour faire son choix de médecin. Le tableau permettait de juger l'importance des critères proposés, mais ne permettait donc pas d'isoler des critères de choix. Nous avons donc introduit en fin de tableau une consigne faisant préciser aux patients les 3 critères les plus importants, voire décisifs selon eux pour choisir leur médecin. Ces critères étaient les critères de choix les plus importants correspondant à notre critère de jugement principal. Nous avons tout de même conservé le tableau pour permettre un cheminement simple et progressif des réponses, stratégie déjà utilisée dans l'étude internationale de Grol et al. (21).

#### c. Troisième partie

Cette partie proposait différentes modalités sous forme de questions fermées multichotomiques à choix unique, explorant comment s'était effectué en réalité le choix initial du médecin traitant actuel, dans le but de montrer une conformité ou une discordance avec les critères de choix les plus importants.

#### d. Quatrième partie

Elle a comporté des questions à réponses dichotomiques (oui-non) afin d'évaluer d'une part la satisfaction des patients vis-à-vis de leur choix de médecin traitant et d'autre part le besoin d'un recours à un outil, comme un site Internet, de renseignement sur les médecins permettant d'en choisir un de manière éclairée.

### 1.2.2. Distribution et recueil des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués par les secrétaires en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion. Celles-ci avaient pris connaissance du questionnaire et s'étaient assurées d'une bonne compréhension afin d'aider les patients le cas échéant. Les questionnaires étaient

anonymes et confidentiels, recueillis dans une urne. Nous n'avons procédé à l'ouverture des urnes qu'après distribution complète des questionnaires, c'est-à-dire à la fin de l'étude.

### **1.3. Analyse statistique**

La saisie de données a été faite avec le logiciel EpiData, et les analyses des données ont été réalisées avec le logiciel EpiInfo. Pour répondre à l'objectif principal, nous avons calculé le pourcentage de patient ayant classé chacun des critères puis ayant sélectionné les plus importants. Pour les objectifs secondaires, une analyse statistique a été réalisée via les tests non paramétriques de Wilcoxon-Mann et Whitney, et de Kruskal-Wallis, avec un seuil de significativité défini par  $p < 0,05$ .

## 2. Résultats

A l'ouverture des 4 urnes, il manquait 38 questionnaires au total. 362 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de participation globale de 90,5%.

<b>Taux de Participation par cabinet</b>	
Olonne Sur Mer	96%
Coëx	97%
Talmont Saint Hilaire	86%
Le Champ Saint Père	83%

Tableau I -Taux de Participation par cabinet

19 questionnaires ont été exclus de l'étude car remplis de manière incomplète. Ainsi 343 questionnaires ont été analysés, soit 85,75% des questionnaires.

<b>Taux de questionnaires analysés par cabinet</b>	
Olonne Sur Mer	87%
Coëx	90%
Talmont Saint Hilaire	84%
Le Champ Saint Père	82%

Tableau II -Taux de questionnaires analysés par cabinet

Certains patients n'ayant pas répondu à toutes les questions, les effectifs n'ont pas été les mêmes selon les données personnelles et selon les critères.

Un grand nombre de données a été recueilli. Nous avons analysé dans un premier temps les caractéristiques des patients. Dans un deuxième temps, nous avons montré grâce au tableau les critères jugés essentiels de manière générale ; puis nous avons identifié les critères les plus importants ou décisifs pour faire le choix du médecin traitant.

Dans un troisième temps, nous avons étudié ces critères décisifs en fonction des caractéristiques des patients. Dans la quatrième partie des résultats, nous avons identifié la modalité de choix initial du médecin actuel, puis étudié l'impact des caractéristiques des patients sur ce choix. Enfin en cinquième partie et sixième partie, nous avons évalué la satisfaction des patients et leur avis sur l'utilité d'un outil internet d'information sur les médecins pour un choix éclairé.

## 2.1. Caractéristiques de la population étudiée

### 2.1.1. Sexes

L'étude a concerné 228 femmes et 115 hommes.

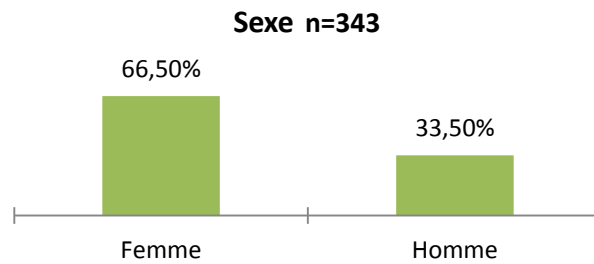


Figure 1 : Répartition de la population selon le sexe

### 2.1.2. Ages

La catégorie des 40-59 ans était la plus représentée (36,40%) suivie des 60-80ans (30%). Les âges extrêmes étaient les moins représentés.

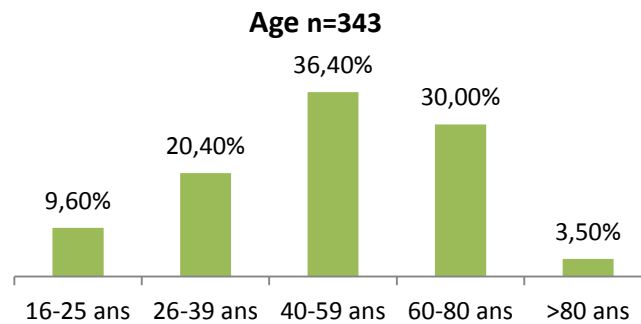


Figure 2 : Répartition de la population selon l'âge

### 2.1.3. Catégories socioprofessionnelles

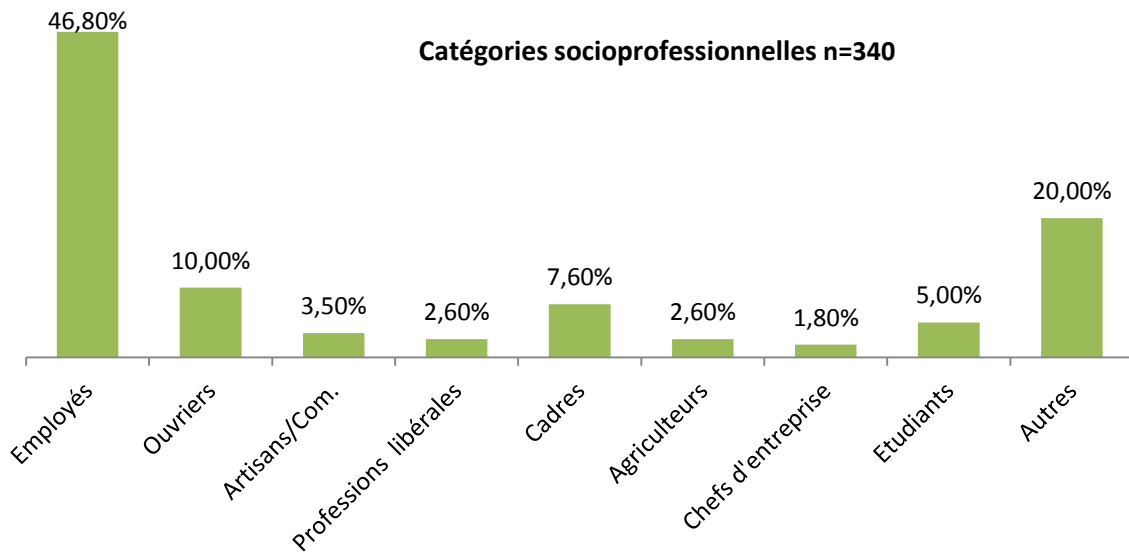


Figure 3 : Répartition de la population selon les catégories socioprofessionnelles

Dans cette étude, le cabinet urbain ne comprenait pas d'agriculteur, et le cabinet rural ne comprenait pas d'artisan-commerçant. La catégorie « autres » était souvent sans précision, hormis 27 retraités sans précision, 5 enseignants, une aide à domicile et une aide-soignante.

### 2.1.4. Milieux de vie des patients

Le milieu semi-rural était le plus représenté (43,6%) du fait de l'inclusion de deux cabinets en milieu semi-rural (Coëx et Talmont Saint Hilaire) et de quelques patients vivant en milieu semi-rural mais consultant en cabinet urbain. Le milieu urbain comptait 31,8% des patients de l'étude. Le milieu rural représentait un quart de la population étudiée.

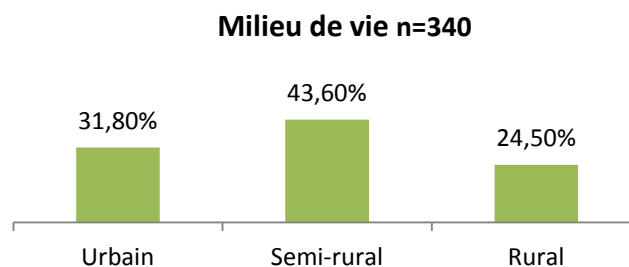


Figure 4 : Répartition de la population selon le milieu de vie

### 2.1.5. Densités médicales du lieu des cabinets

Les quatre types de zone étaient équitablement représentés.

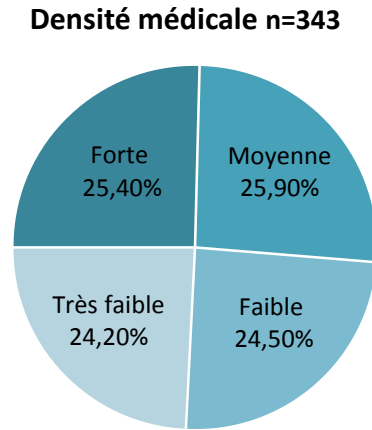


Figure 5 : Répartition de la population selon la densité médicale

### 2.1.6. Source d'informations médicales

La principale source d'informations médicales des patients était le médecin (74,3%). Le pharmacien et internet étaient les deuxièmes sources d'informations médicales.

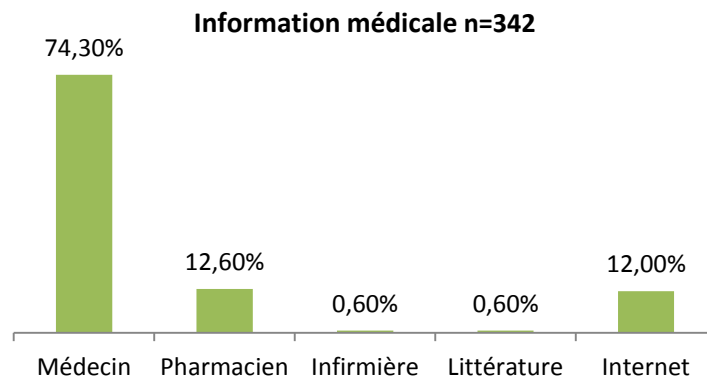


Figure 6 : Répartition de la population selon les sources à d'information médicale

### 2.1.7. Enfants à charge

La plupart des patients de l'étude n'avait pas d'enfant à charge (59%)

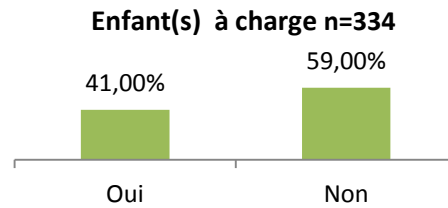


Figure 7 : Répartition de la population selon la présence d'enfants à charge

### 2.1.8. Durée de suivi

48% des patients étaient suivis depuis plus de 10 ans, alors que 14,9% étaient de nouveaux patients.

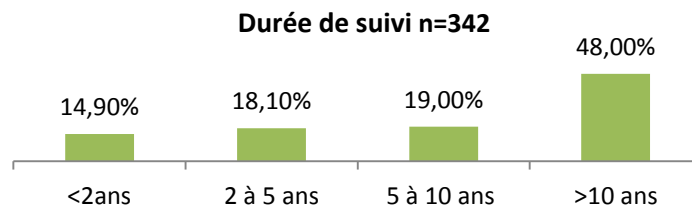


Figure 8 : Répartition de la population selon la durée de suivi

### 2.1.9. Sexe des médecins

Les médecins des patients répondants étaient en grande majorité des hommes (85,7%), du fait qu'il y avait plus de médecins hommes dans les cabinets étudiés.

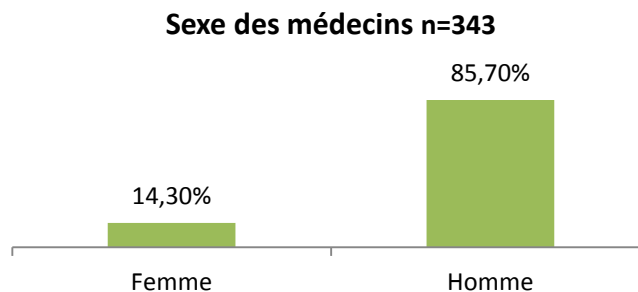


Figure 9 : Répartition de la population selon le sexe des médecins

### 2.1.10. Age des médecins

Les médecins des patients répondants ont majoritairement plus de 45 ans, du fait qu'il n'y avait qu'un médecin de moins de 45 ans dans cette étude.

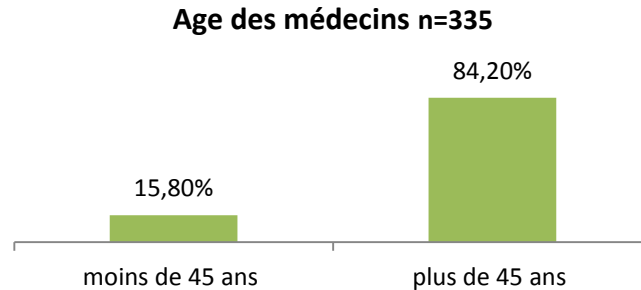


Figure 10: Répartition de la population selon l'âge des médecins

### 2.1.11. Raisons du dernier changement de médecin traitant

La raison principale de changement de médecin traitant était la distance puis l'arrêt d'activité.

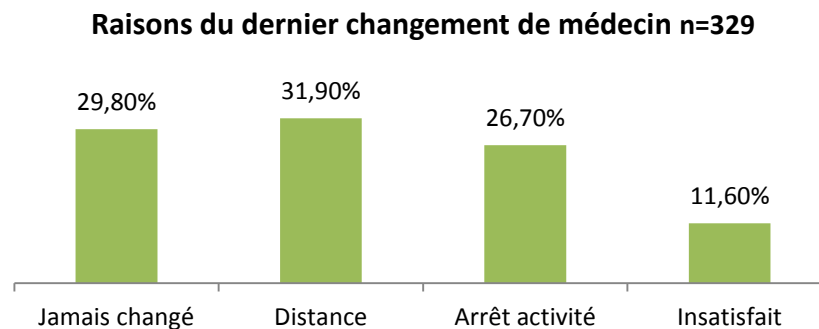


Figure 11 : Répartition de la population selon les raisons du dernier changement de médecin

11,6% des patients avaient changé de médecin parce qu'insatisfaits, le plus souvent pour un manque d'écoute (29,2%), ou pour un défaut de ponctualité (25,1%).

### Causes des insatisfactions n=24

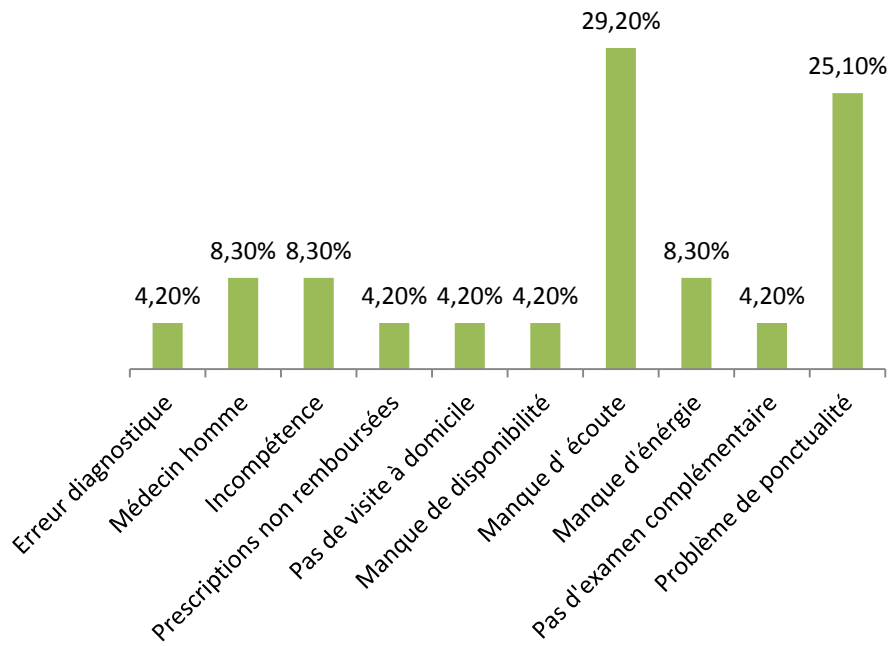


Figure 12 : Causes d'insatisfaction

## **2.2. Objectif principal : détermination des critères de choix les plus importants selon les patients**

### 2.2.1. Première étape : évaluation de l'importance de chaque critère proposé

Tous les critères ont été évalués en fonction de leur importance par les patients. Les plus importants ou « essentiels » ont été surlignés dans le tableau ci-après.

Le critère « écoute, compréhension, empathie », le plus largement plébiscité à 76,4%, était donc de loin le plus important aux yeux des patients. Il était suivi par la sympathie (69,4%), puis l'annonce systématique d'un diagnostic en fin de consultation (69,2%). La compétence médicale était essentielle pour 58,8% des patients, et donc moins importante que le contact avec les enfants (59,9%), la disponibilité (65,2%) et le partage des décisions (64,7%). La proximité géographique n'était essentielle que pour 50% des patients répondants, derrière la tenue vestimentaire (51%) et la possibilité de remplacement (50,2%), la convention secteur 1 (53,5%) et l'examen clinique approfondi (55,6%).

La ponctualité était assez importante pour 58,1% des patients devant les critères « Accessibilité », « installations modernes », « cabinet de groupe », « consultation sur rendez-vous », « possibilité de visite à domicile », « diplôme(s) complémentaire(s) », « formation continue », « prévention », et « recours rapide aux examens complémentaires ».

En revanche, le critère « rasé/maquillé » était peu important, et les critères « belle voiture », « sexe du médecin », et « âge du médecin » étaient très majoritairement considérés comme pas importants.

Critères	Essentiel	Assez important	Peu important	Pas important
Proximité géographique n=330	<b>50</b>	35,2	11,8	3
Accessibilité n=330	22,7	<b>38,5</b>	23,6	15,2
Installations modernes n=330	31,8	<b>38,8</b>	21,5	7,9
Cabinet de groupe n=331	32,9	<b>41,7</b>	17,5	7,9
Consultation uniquement sur RDV n=327	24,2	<b>38,5</b>	26,6	10,7
Présence d'un secrétariat n=338	<b>48,8</b>	37,6	10,9	2,7
Remplacement possible n=325	<b>50,2</b>	42,8	5,2	1,8
Disponibilité n=336	<b>65,2</b>	32,7	1,2	0,9
Horaires étendues n=326	<b>43,9</b>	41,7	12	2,5
CS courte n=265	29,1	<b>43,4</b>	20	7,5
CS longue n=237	19,4	<b>46,4</b>	25,7	8,4
Possibilité de visites à domicile n=327	32,1	<b>39,1</b>	21,1	7,6
Convention secteur 1 n=333	<b>53,5</b>	30,9	11,4	4,2
Tenue correcte n=339	<b>51</b>	36	10,3	2,7
Rasé/maquillé n=324	19,4	29	<b>37</b>	14,5
Belle voiture n=325	0,6	1,5	13,8	<b>84</b>
Médecin jeune n=308	1,6	4,5	28,6	<b>65,3</b>
Médecin âgé n=319	4,1	6	27,9	<b>62,1</b>
Médecin femme n=310	5,8	3,5	23,2	<b>67,4</b>
Médecin homme n=321	8,1	3,4	24	<b>64,5</b>
Ponctualité n=322	29,8	<b>58,1</b>	10,2	1,9
Compétence médicale n=320	<b>58,8</b>	36,6	3,1	1,6
Formation continue n=308	42,2	<b>45,1</b>	8,4	4,2
Diplôme(s) complémentaire(s) n=318	20,1	<b>46,9</b>	26,7	6,3
Ecoute, compréhension, empathie n=331	<b>76,4</b>	21,8	0,9	0,9
Contact avec Enfants n=317	<b>59,9</b>	31,2	3,8	5
Sympathie n=337	<b>69,4</b>	28,5	1,5	0,6
Examen clinique approfondi n=329	<b>55,6</b>	38	5,8	0,6
Prévention n=331	37,2	<b>45,9</b>	13	3,9
Partage des décisions n=331	<b>64,7</b>	30,5	3	1,8
Annonce de Diagnostic systématique n=334	<b>69,2</b>	28,4	1,5	0,9
Ordonnance systématique n=338	23,1	27,2	38,5	11,2
Recours rapide aux Ex. complément n=334	46,7	<b>47,6</b>	5,4	0,3
Recours rapide au Spécialiste n=339	<b>50,4</b>	44,2	4,7	0,6

Tableau III – Evaluation de l'importance de chaque critère par les patients (en pourcentage de patients)

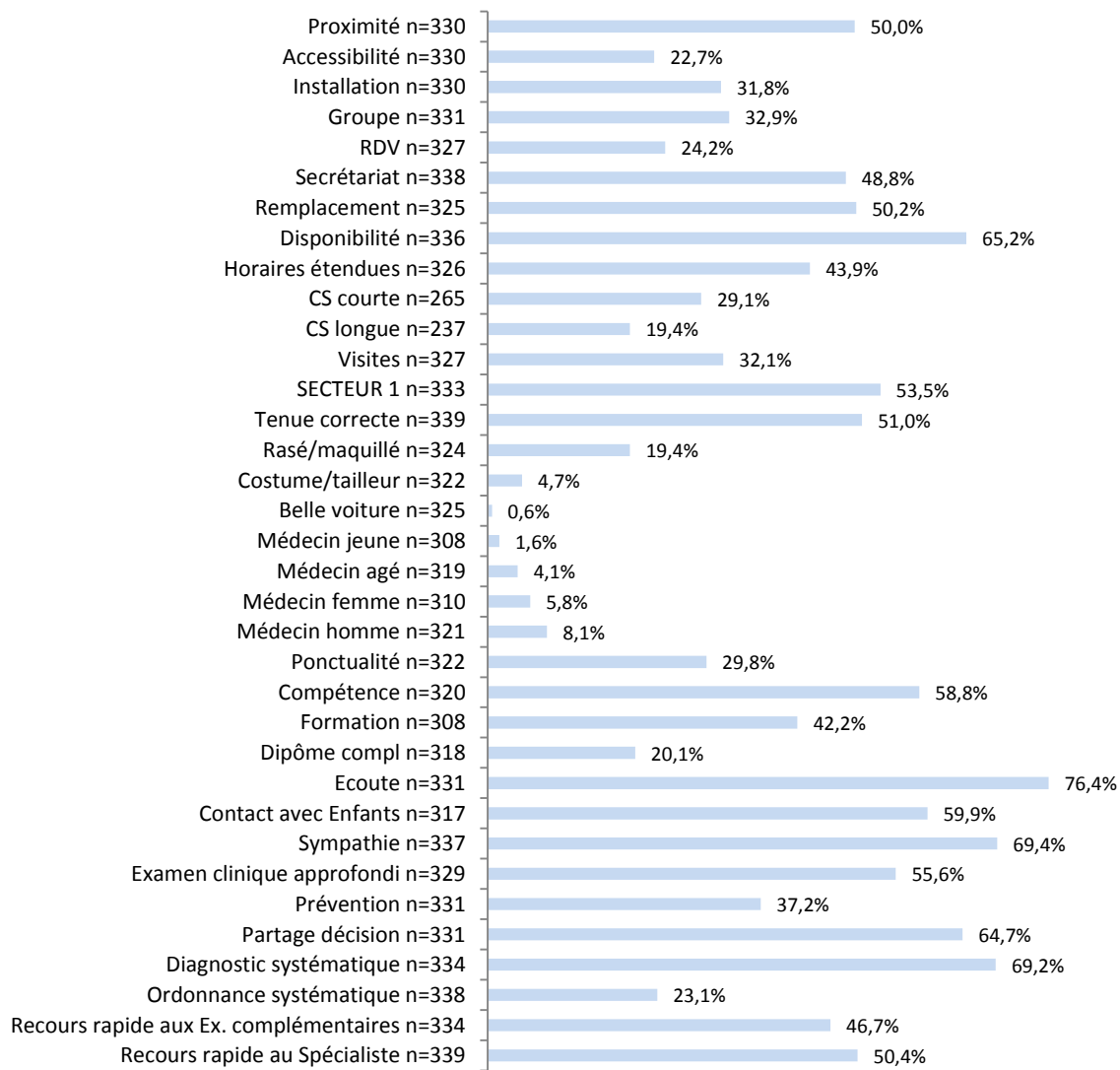


Figure 13- Répartition des critères jugés essentiels (en pourcentage de patients)

## 2.2.2. Deuxième étape : sélection des critères de choix les plus importants

322 patients ont désigné leurs 3 critères les plus importants ou décisifs pour choisir un médecin. Les plus fréquemment sélectionnés étaient « la qualité de l'écoute et de la compréhension et l'empathie » : (43,8% des patients), « la compétence médicale » : (34,2%), « la disponibilité » : (27,9%). Les critères « Explication et partage des décisions », « Sympathie » et « Ponctualité, temps d'attente » étaient respectivement en 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> e 6<sup>e</sup> position.

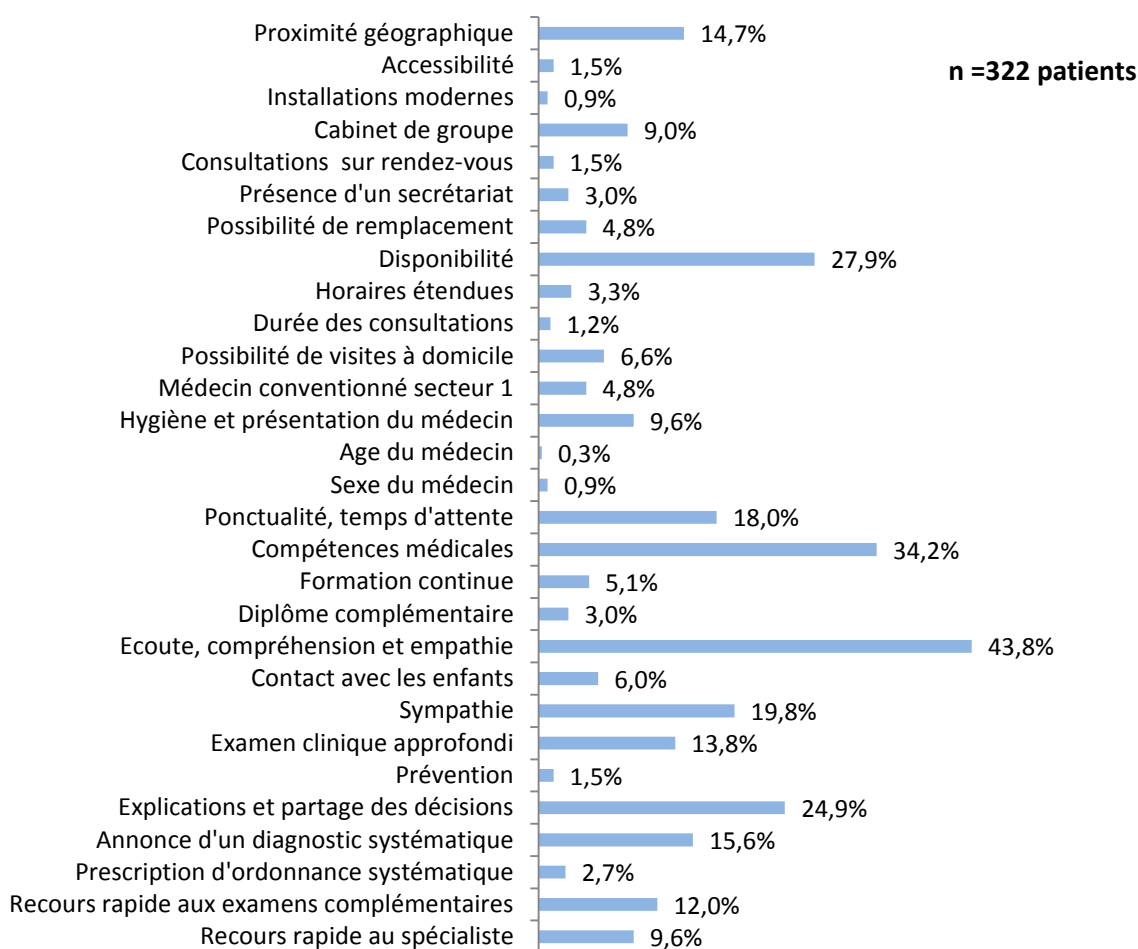


Figure 14 - Répartition des critères de choix les plus importants (en pourcentage de patients)

Seule la « durée longue » était un critère de choix principal pour l'item « Durée des consultations ». Il en était de même pour « la tenue correcte » dans l'item « hygiène et présentation du médecin » ; pour « médecin âgé » dans l'item « âge du médecin » ; et pour « médecin femme » dans l'item « sexe du médecin ».

## 2.3. Etudes selon les caractéristiques des patients

### 2.3.1. Répartition des critères de choix les plus importants selon les caractéristiques des patients

La catégorie socioprofessionnelle « autres » ainsi que les sources d'information médicales issue des infirmières et de la littérature n'ont volontairement pas été analysées.

#### a. Le sexe

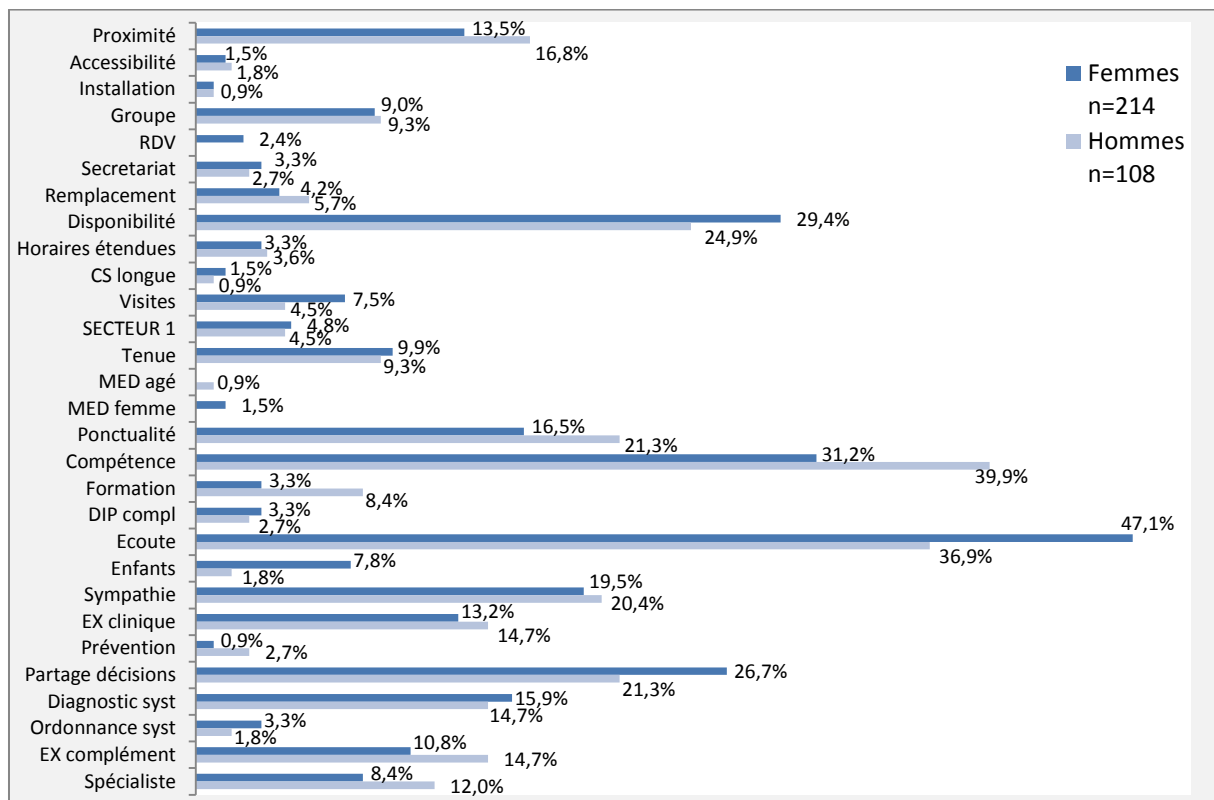


Figure 15 – Répartition des critères de choix les plus importants selon le sexe des patients

Les critères les plus cités étaient la qualité de l'écoute pour près de la moitié des femmes (47,1%), et la compétence médicale pour 39,9% des hommes. Le contact avec les enfants semblait être un critère de choix principal plus important pour les femmes (7,8%) que pour les hommes (1,8%) ( $p=0,0220$ ).

Critères principaux	p
Disponibilité	0,4550
Ponctualité	0,2992
Compétence	0,1805
Ecoute	0,1495
Enfants (contact avec les)	0,0220
Partage des décisions	0,3336
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,3024

Tableau IV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre femme et homme

## b. Les âges

### ➤ Les 16-25 ans

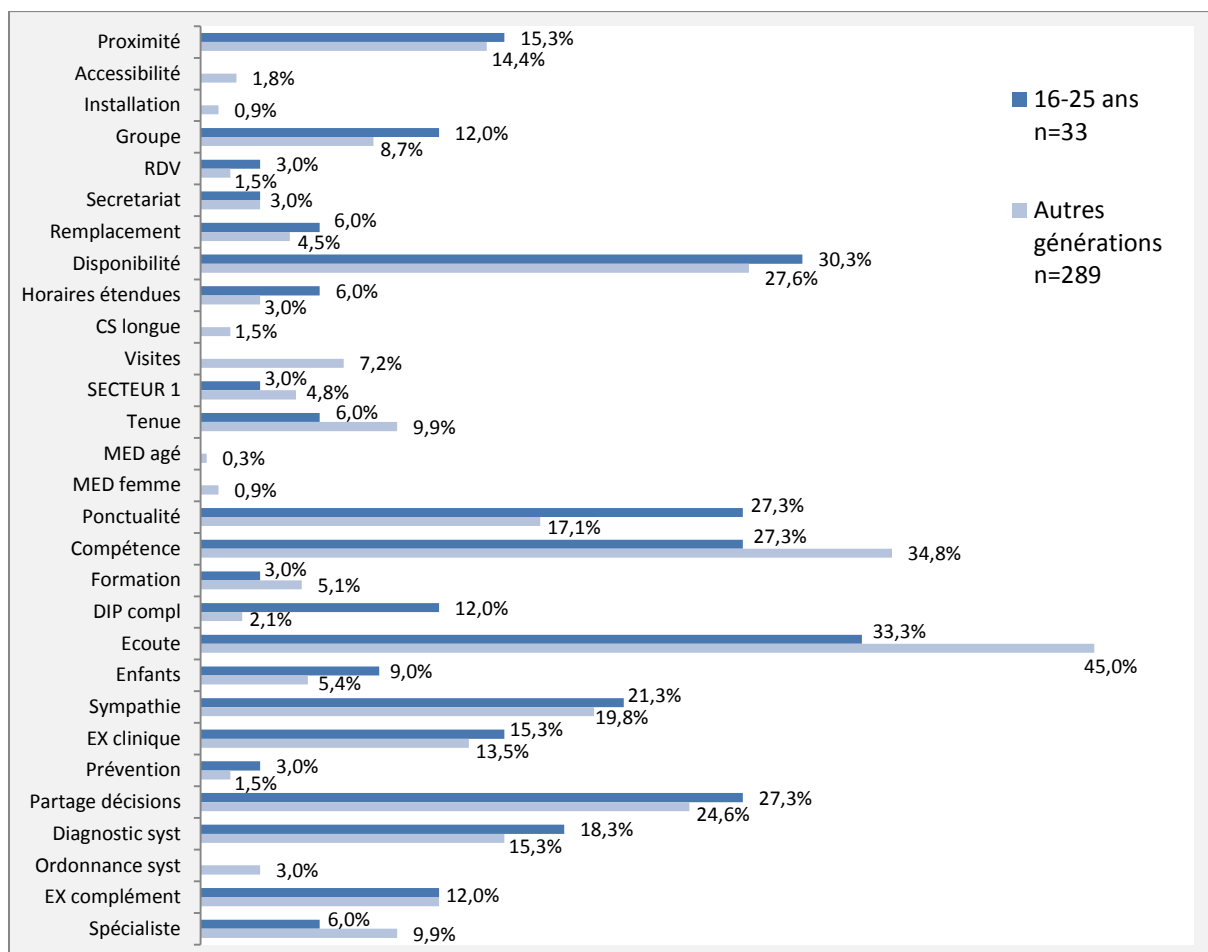


Figure 16 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les 16-25 ans

Le critère le plus fréquemment cité chez les 16-25 ans était la qualité de l'écoute (33,3%). Le critère « diplôme complémentaire » tendait à être plus important pour cette tranche d'âges (12%) que pour le reste de la population étudiée (2,1%) ( $p=0,0018$ ).

Critères principaux	p
Visites à domicile	0,1076
Ponctualité	0,1626
Compétence	0,4380
Diplôme complémentaire	0,0018
Ecoute	0,2898
Enfants (contact avec les)	0,2978

Tableau V – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 16-25 ans et les autres générations

➤ Les 26-39 ans

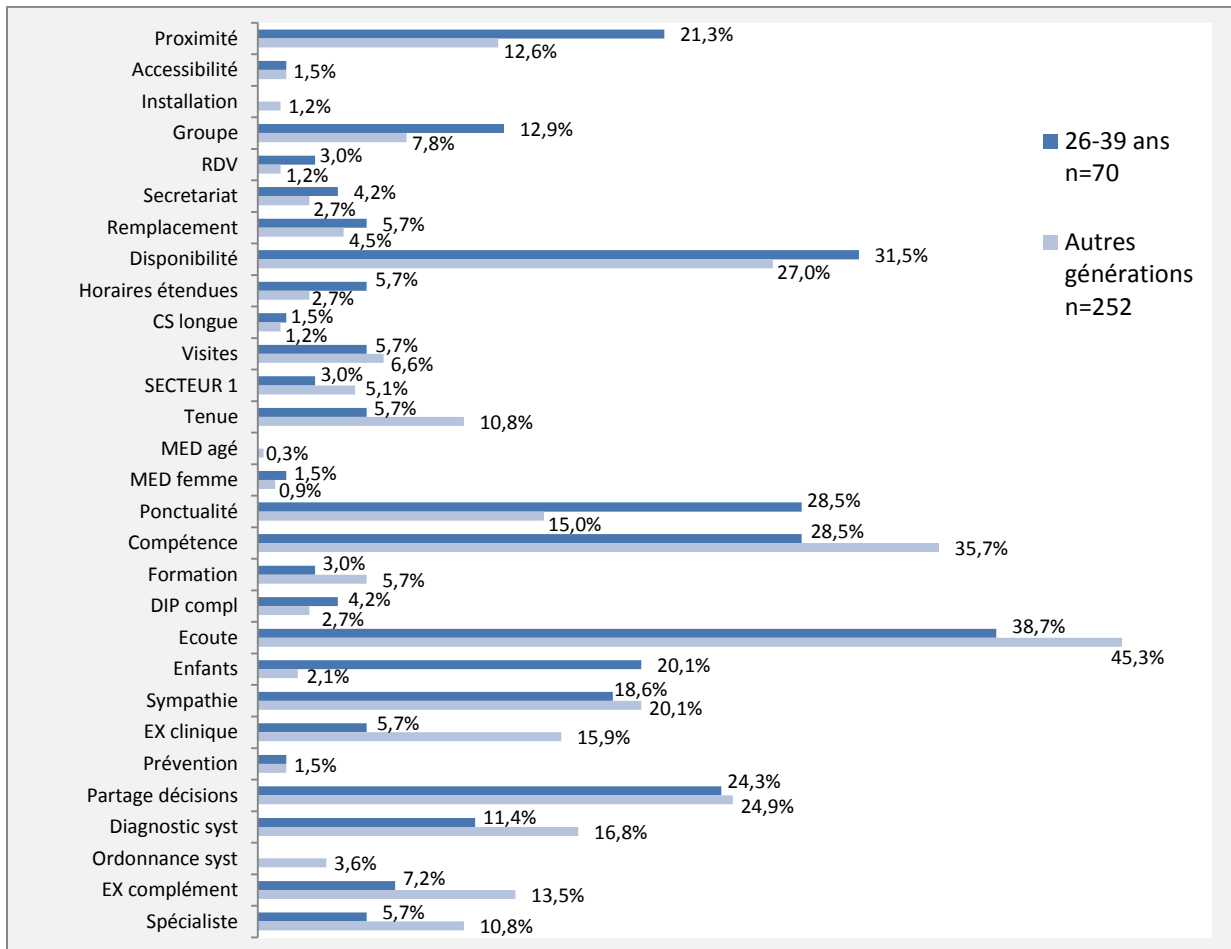


Figure 17 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les 26-39 ans

Le critère le plus fréquemment cité chez les 26-39 ans était la qualité de l'écoute (38,7%). La ponctualité (28,5%) et le contact avec les enfants (20,1%) tendaient à être plus importants pour cette tranche d'âges que pour le reste de la population étudiée (respectivement : 15% et 2,1% ;  $p=0,0055$  et  $p=0,0000$ ). En revanche, le critère « examen clinique approfondi » semblait moins plébiscité (5,7%) par rapport aux autres tranches d'âges (15,9%) ( $p=0,0276$ )

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,0732
Cabinet de Groupe	0,2080
Tenue correcte	0,2156
Ponctualité	0,0055
Enfants (contact avec les)	0,0000
Examen clinique approfondi	0,0276

➤ Tableau VI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 26-39 ans et les autres générations

➤ Les 40-59 ans

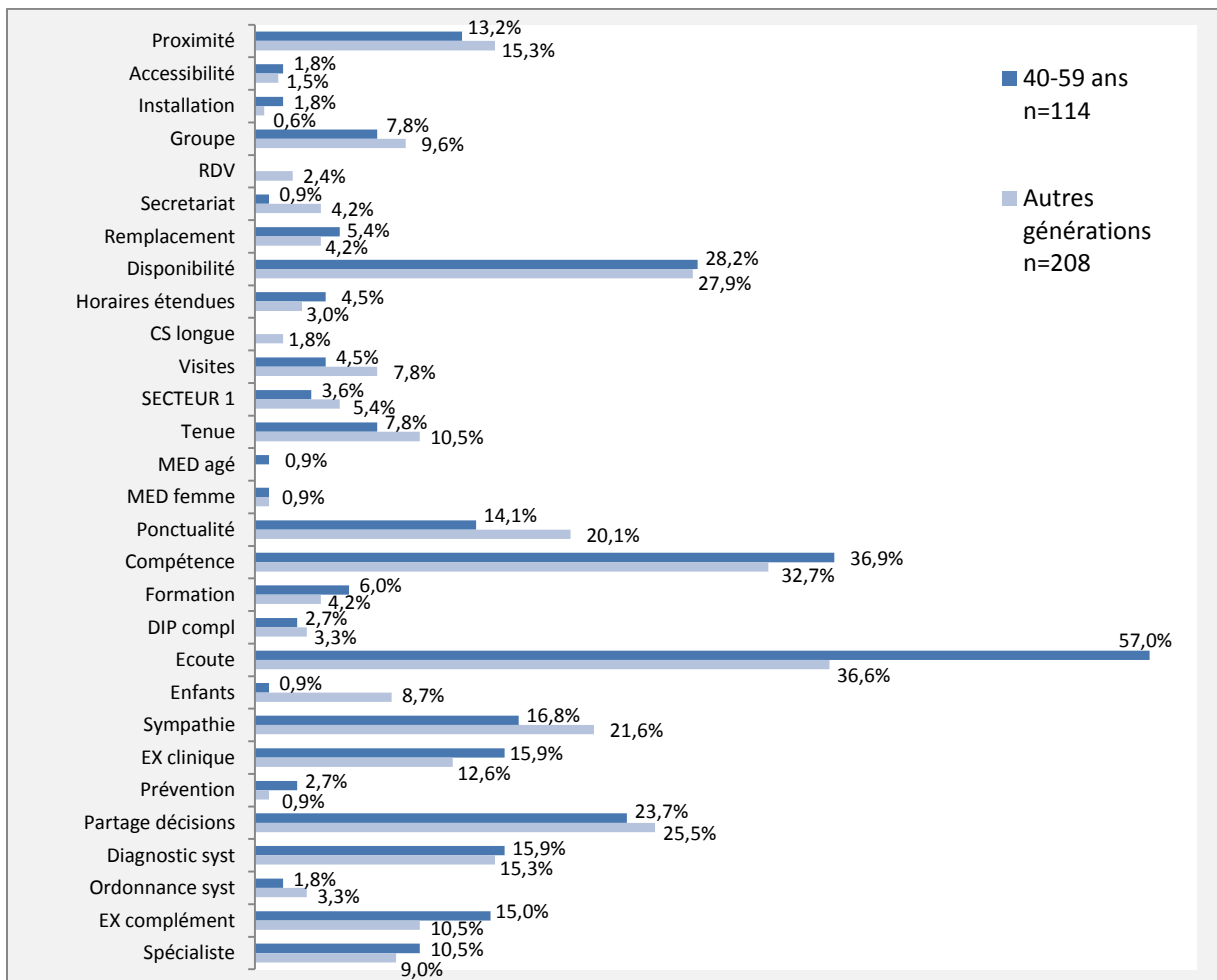


Figure 18 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les 40-59 ans

Le critère le plus fréquemment cité chez les 40-59 ans était la qualité de l'écoute (57%). La qualité de l'écoute semblait être plus importante pour cette tranche d'âges (plus de la moitié) que pour le reste de la population étudiée (36,6%) ( $p=0,0040$ ). En revanche, le contact avec les enfants n'était pas important (0,9%) par rapport aux autres tranches d'âges (8,7%) ( $p=0,0055$ )

Critères principaux	p
Ponctualité	0,5074
Compétence	0,2078
Ecoute	0,0040
Enfants (contact avec les)	0,0055
Sympathie	0,3123

Tableau VII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 40-59 ans et les autres générations

➤ Les 60-80 ans

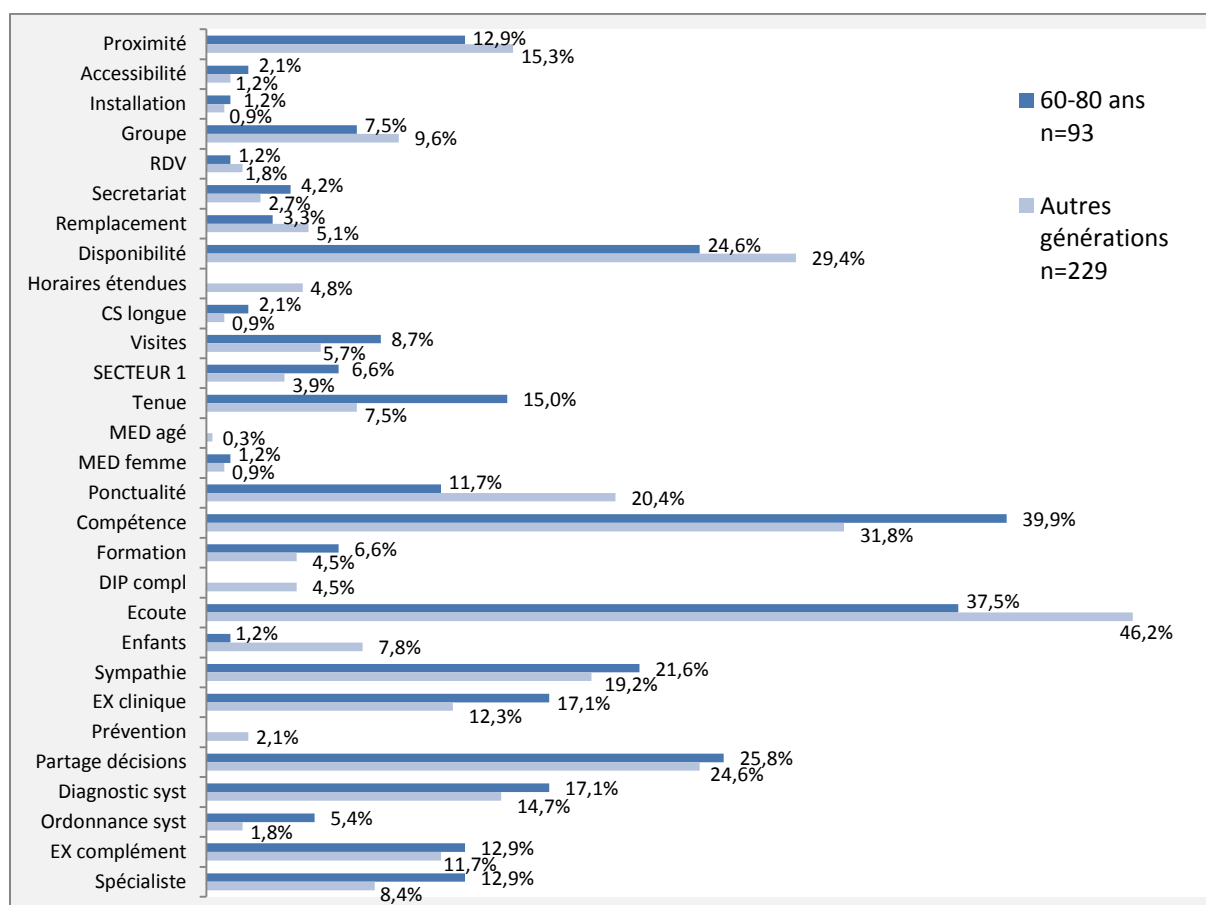


Figure 19 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les 60-80 ans

Le critère le plus fréquemment cité chez les 60-80 ans était la compétence (39,9%). Dans cette tranche d'âges, une tenue correcte du médecin semblait être un critère plus important (15%) que pour le reste de la population étudiée (7,5%) ( $p=0,0320$ ). En revanche, le contact avec les enfants n'était pas important (1,2%) par rapport aux autres tranches d'âges (7,8%) ( $p=0,0118$ ).

Critères principaux	p
Disponibilité	0,4546
Visite à domicile	0,3362
Tenue correcte	0,0320
Ponctualité	0,0756
Compétence	0,2324
Ecoute	0,2397
Enfants (contact avec les)	0,0118
Examen clinique approfondi	0,2523
Spécialiste (recours rapide au)	0,2097

Tableau VIII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 60-80 ans et les autres générations

➤ Les plus de 80 ans

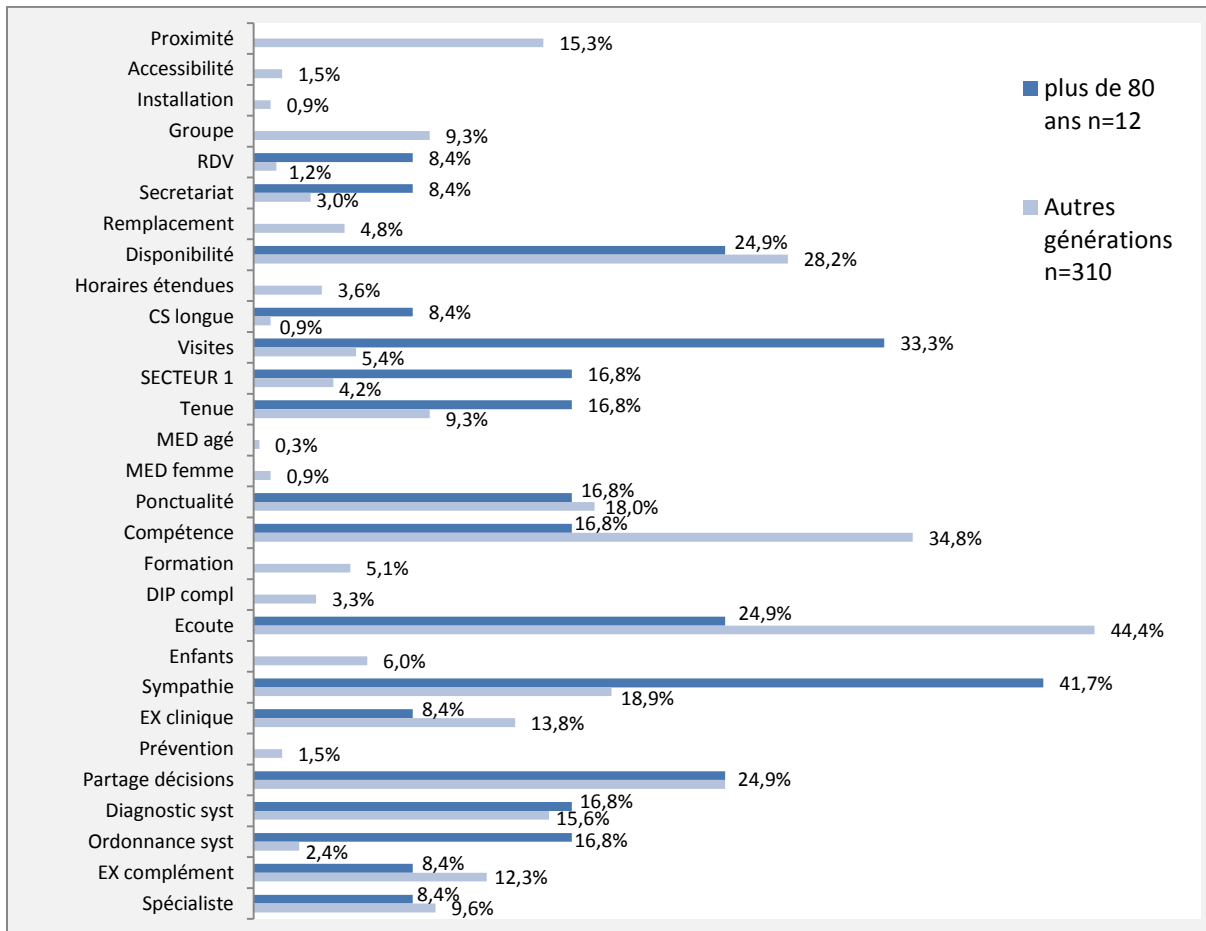


Figure 20 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les plus de 80 ans

Le critère le plus fréquemment cité chez les plus de 80 ans était la sympathie (41,7%). Dans cette tranche d'âges, la possibilité de visite à domicile semblait être un critère plus important (33,3%) que pour les patients plus jeunes (5,4%) ( $p=0,0061$ ). La prescription systématique d'ordonnance en fin de consultation semblait également plus importante pour les plus de 80 ans (16,8%) ( $p=0,0312$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,1504
Visite à domicile	0,0061
Tenue correcte	0,3128
Secteur 1	0,1046
Ecoute	0,2036
Sympathie	0,0731
Ordonnance systématique	0,0312

Tableau IX – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les plus de 80 ans et les autres générations

### c. Les milieux de vies

#### ➤ Les patients de milieux urbains

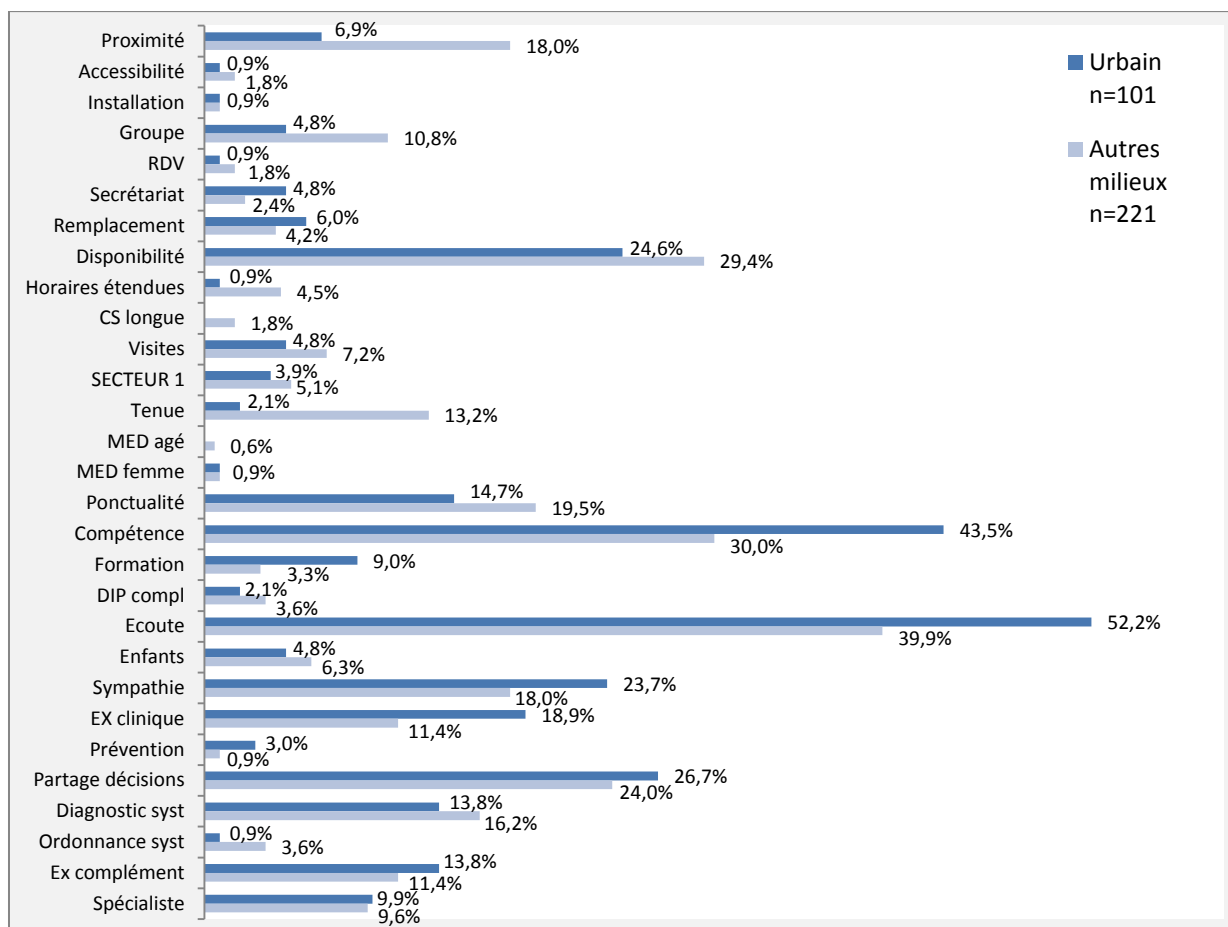


Figure 21 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients en milieu urbain

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients de milieux urbains était la qualité de l'écoute (52,2%). La compétence (43,5%) et la formation continue (9%) semblaient être plus importantes en milieu urbain (respectivement 30% et 3,3% ;  $p=0,0307$  et  $p=0,0213$ ). En revanche, la proximité géographique (6,9%) et la tenue du médecin (2,1%) y avaient moins d'importance que dans les autres milieux (respectivement 18% et 13,2% ;  $p=0,0021$  et  $p=0,0022$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,0021
Cabinet de groupe	0,0838
Tenue correcte	0,0022
Compétence	0,0307
Formation continue	0,0213
Ecoute	0,0804
Sympathie	0,2723

Tableau X – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre le milieu urbain et les autres milieux

➤ Les patients de milieux semi-ruraux

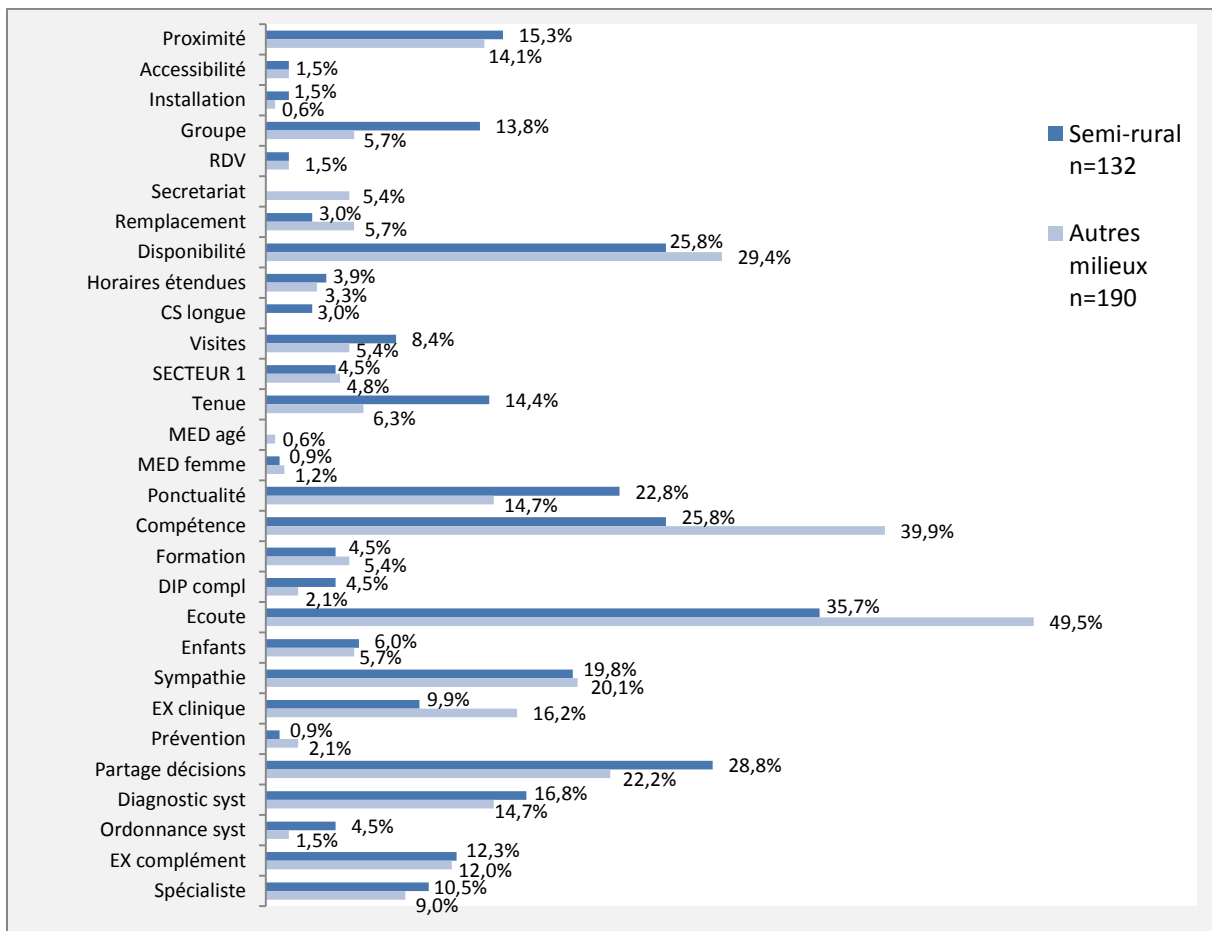


Figure 22 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients en milieu semi-rural

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients des milieux semi-ruraux était la qualité de l'écoute (35,7%). Les critères « cabinet de groupe » (13,8%) et « tenue correcte » (14,4%) semblaient être plus importants que dans les autres milieux (respectivement 5,7% et 6,3% ;  $p=0,0085$  et  $p=0,0088$ ). En revanche, la qualité de l'écoute (35,7%) et la compétence (25,8%) semblaient avoir moins d'importance en milieu semi-rural (respectivement  $p=0,0382$  et  $p=0,0136$ ).

Critères principaux	p
Cabinet de groupe	0,0085
Tenue correcte	0,0088
Ponctualité	0,0734
Compétence	0,0136
Ecoute	0,0382
Examen clinique approfondi	0,1071
Partage des décisions	0,2092

Tableau XI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre le milieu semi-rural et les autres milieux

➤ Les patients du milieu rural

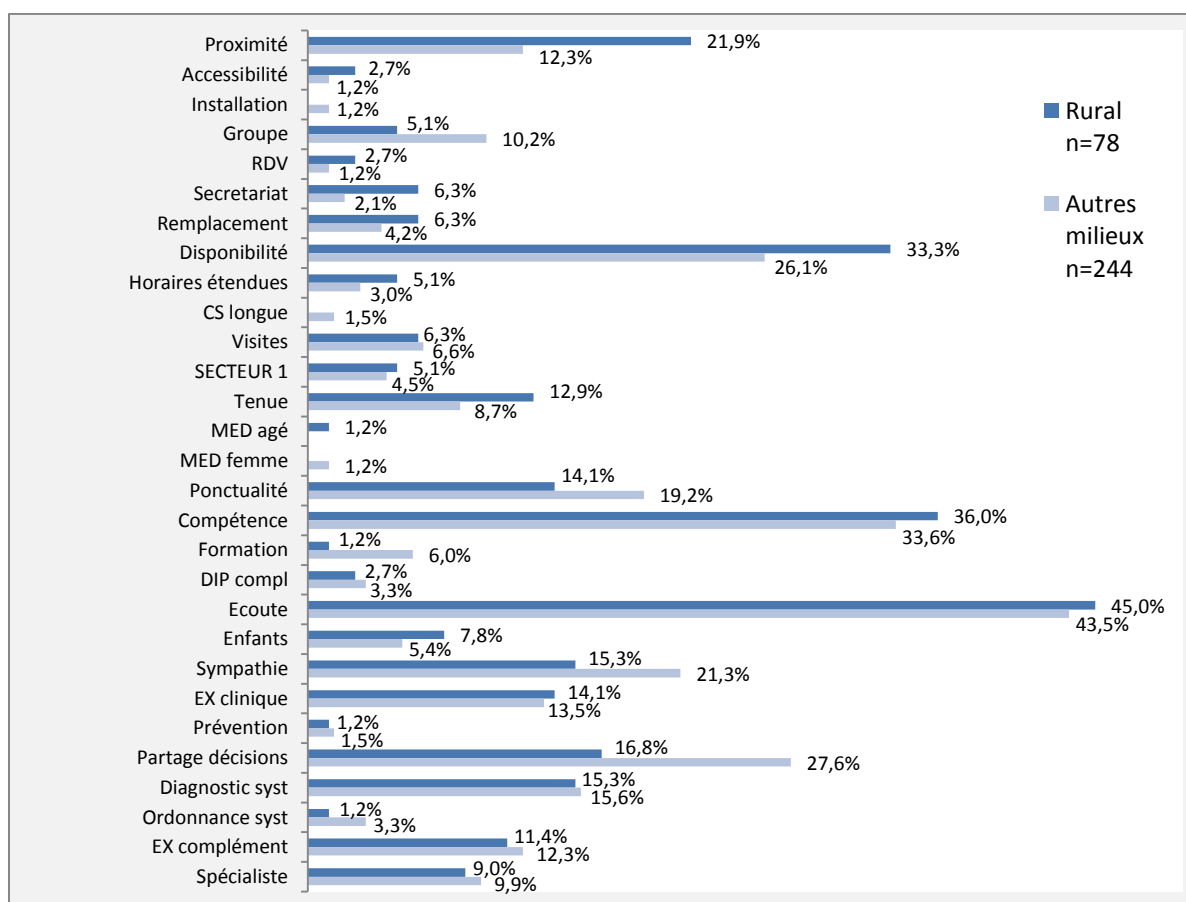


Figure 23 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients en milieu rural

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients du milieu rural était la qualité de l'écoute (45%). La proximité géographique (21%) semblait être un critère de choix plus important pour les patients vivant en milieu rural (12,3%) ( $p=0,0400$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,0400
Présence d'un secrétariat	0,0583
Cabinet de groupe	0,1731
Disponibilité	0,2680
Tenue correcte	0,2785
Ponctualité	0,3250
Formation continue	0,0806
Sympathie	0,2801
Partage des décisions	0,0721

Tableau XII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre le milieu rural et les autres milieux

#### d. Les catégories socioprofessionnelles

##### ➤ Les employés

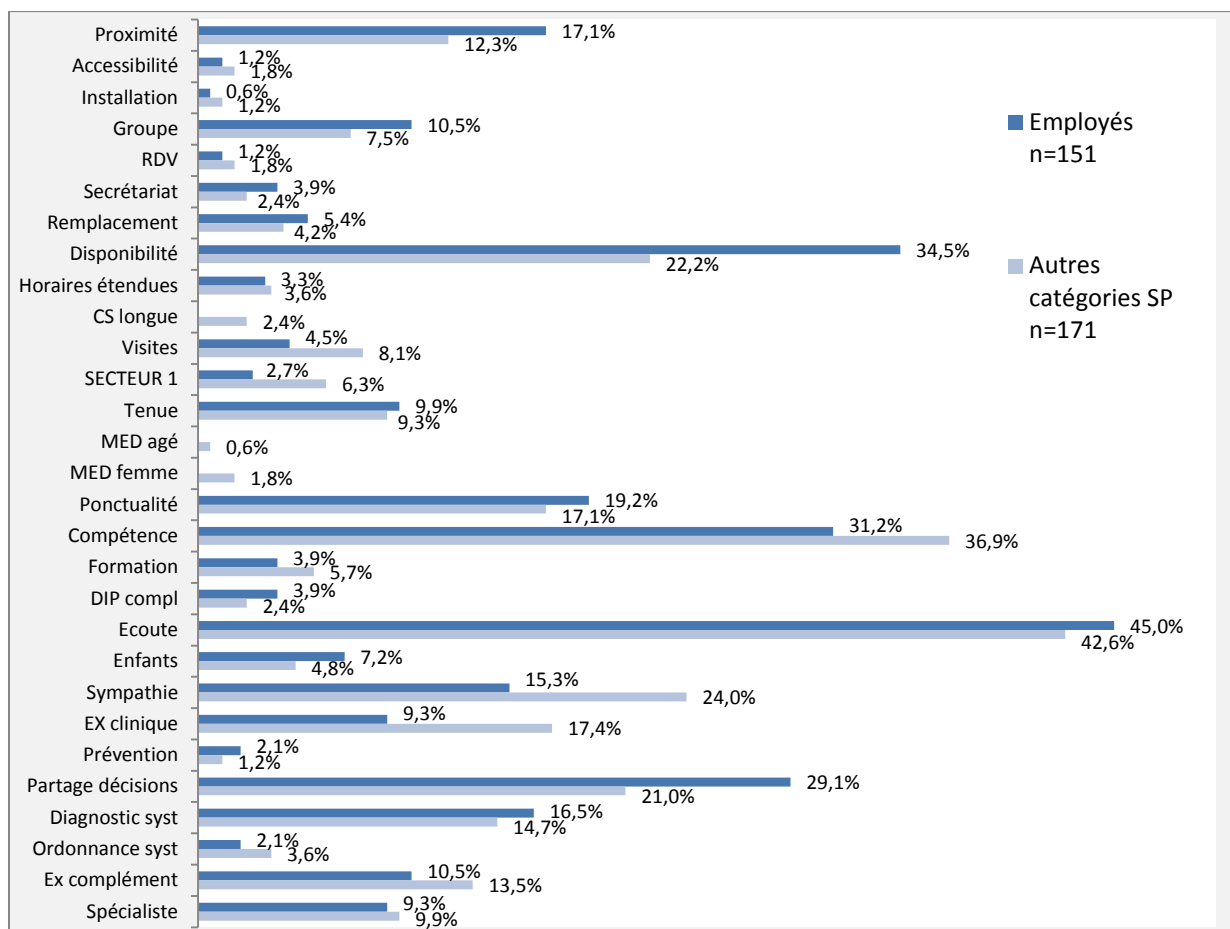


Figure 24 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les employés

Le critère le plus fréquemment cité chez les employés était la qualité de l'écoute (45%). La disponibilité semblait être plus importante pour les employés (34,5%) que pour les autres catégories socioprofessionnelles (22,2%) ( $p=0,0198$ ). L'examen clinique approfondi semblait moins prioritaire pour les employés (9,3%) ( $p=0,0302$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,2253
Disponibilité	0,0198
Visite à domicile	0,1980
Compétence	0,3421
Enfants (contact avec les)	0,3218
Sympathie	0,0591
Examen clinique approfondi	0,0302
Partage des décisions	0,0721

Tableau XIII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les employés et les autres catégories

## ➤ Les ouvriers

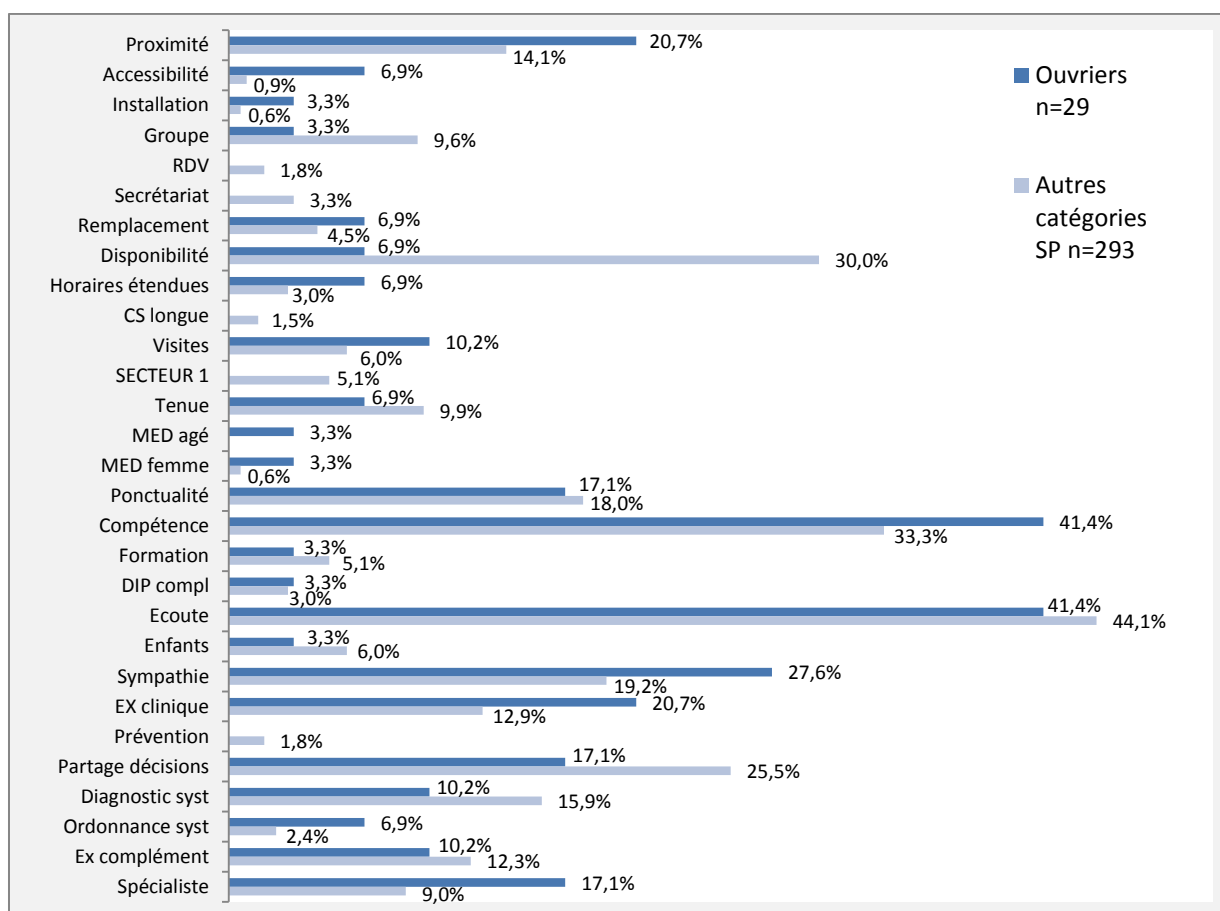


Figure 25 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les ouvriers

Les critères les plus fréquemment cités chez les ouvriers étaient la qualité de l'écoute (41,4%) et la compétence (41,4%). L'accessibilité semblait être plus importante pour les ouvriers (6,95%) que pour les autres catégories socioprofessionnelles (0,6%) pour choisir un médecin ( $p=0,0052$ ). La disponibilité semblait moins prioritaire pour les ouvriers (6,9%) ( $p=0,0182$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,3459
Accessibilité	0,0052
Cabinet de groupe	0,2784
Disponibilité	0,0182
Visite à domicile	0,3828
Sympathie	0,3023
Examen clinique approfondi	0,2621
Partage des décisions	0,3585
Spécialiste (recours rapide au)	0,1490

Tableau XIV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les ouvriers et les autres catégories

## ➤ Les artisans et commerçants

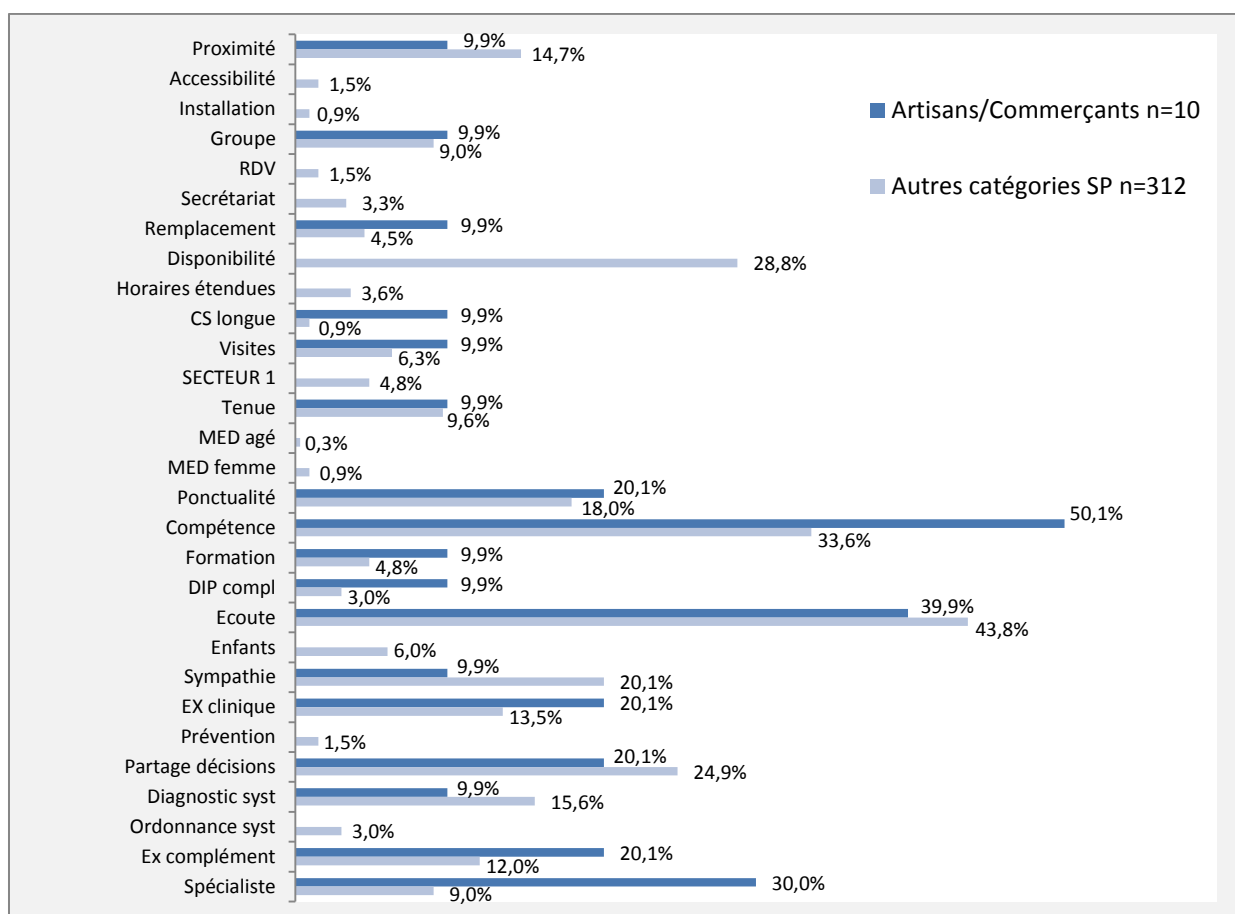


Figure 26 – Répartition des critères de choix les plus importants selon artisans/commerçants

Le critère le plus fréquemment cité chez les artisans/commerçants était la compétence (50,1%).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,5552
Possibilité de remplacement	0,3691
Disponibilité	0,0507
Consultation longue	0,1087
Compétence	0,2396
Sympathie	0,3860
Examen clinique approfondi	0,3912
Diagnostic (Annonce systématique)	0,5228
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,3339
Spécialiste (recours rapide au)	0,0575

Tableau XV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les artisans/commerçants et les autres catégories

## ➤ Les professions libérales

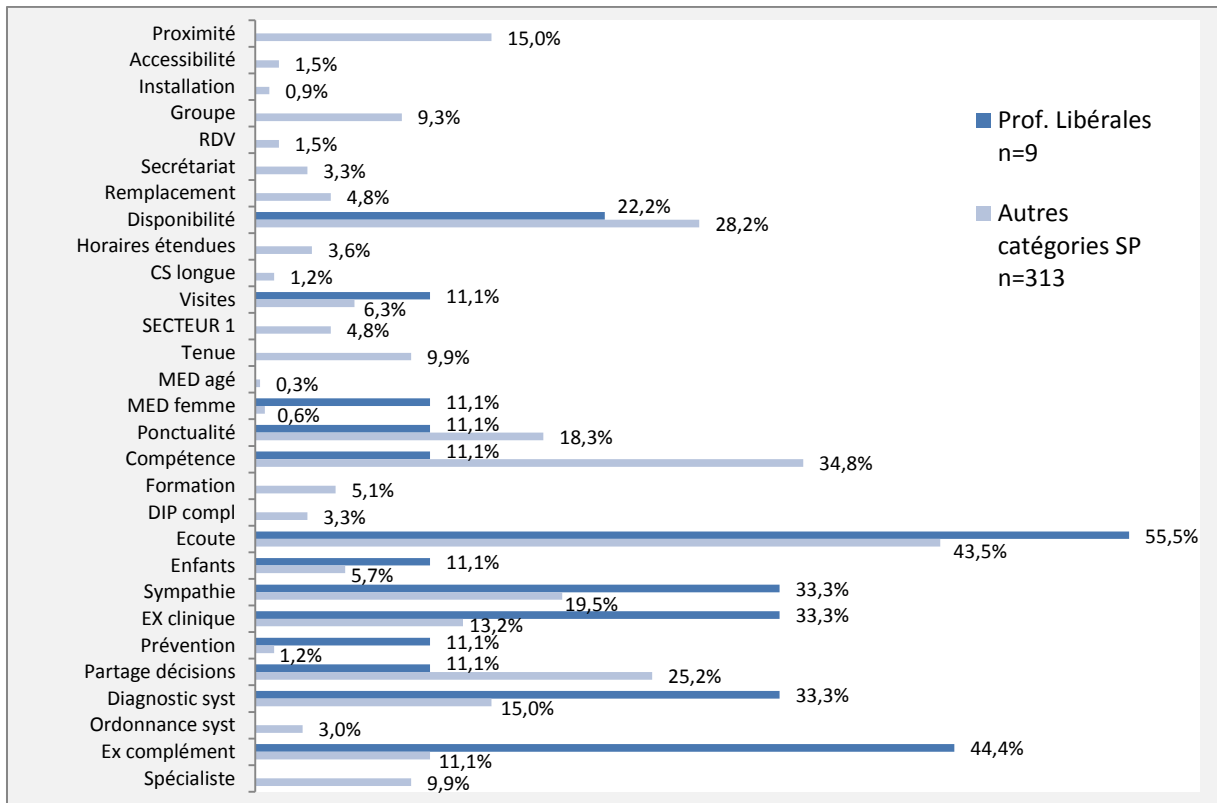


Figure 27 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients exerçant une profession libérale

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients exerçant une profession libérale était la qualité de l'écoute (55,5%). Le recours rapide aux examens complémentaires semblait plus important pour cette catégorie (44,4%) ( $p=0,0103$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,2452
Cabinet de groupe	0,4241
Tenue correcte	0,3994
Médecin femme	0,0716
Ponctualité	0,4993
Ecoute	0,3476
Compétence	0,1568
Enfants (contact avec les)	0,4094
Sympathie	0,2531
Examen clinique approfondi	0,1103
Partage des décisions	0,3190
Diagnostic (Annonce systématique)	0,1496
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,0103

Tableau XVI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les professions libérales et les autres catégories

➤ Les cadres

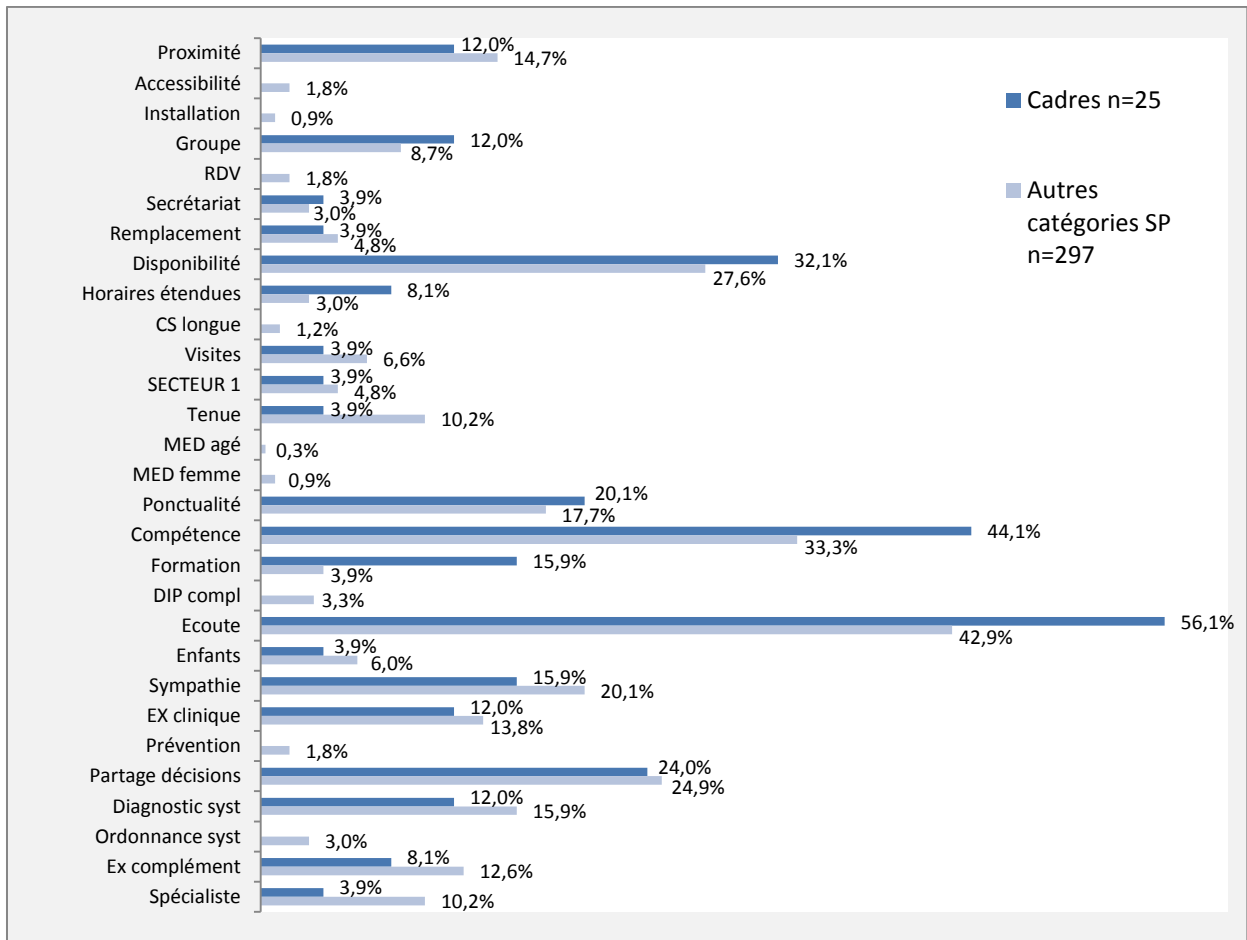


Figure 28 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les cadres

Le critère le plus fréquemment cité chez les cadres était la qualité de l'écoute (56,1%). La formation continue semblait plus importante (15,9%) pour les cadres que dans les autres catégories (3,9%) ( $p=0,0197$ ).

Critères principaux	p
Disponibilité	0,6653
Horaires étendues	0,1840
Tenue correcte	0,2798
Compétence	0,3418
Formation continue	0,0197
Ecoute	0,2885
Sympathie	0,4233
Spécialiste (recours rapide au)	0,2798

Tableau XVII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les cadres et les autres catégories

## ➤ Les agriculteurs

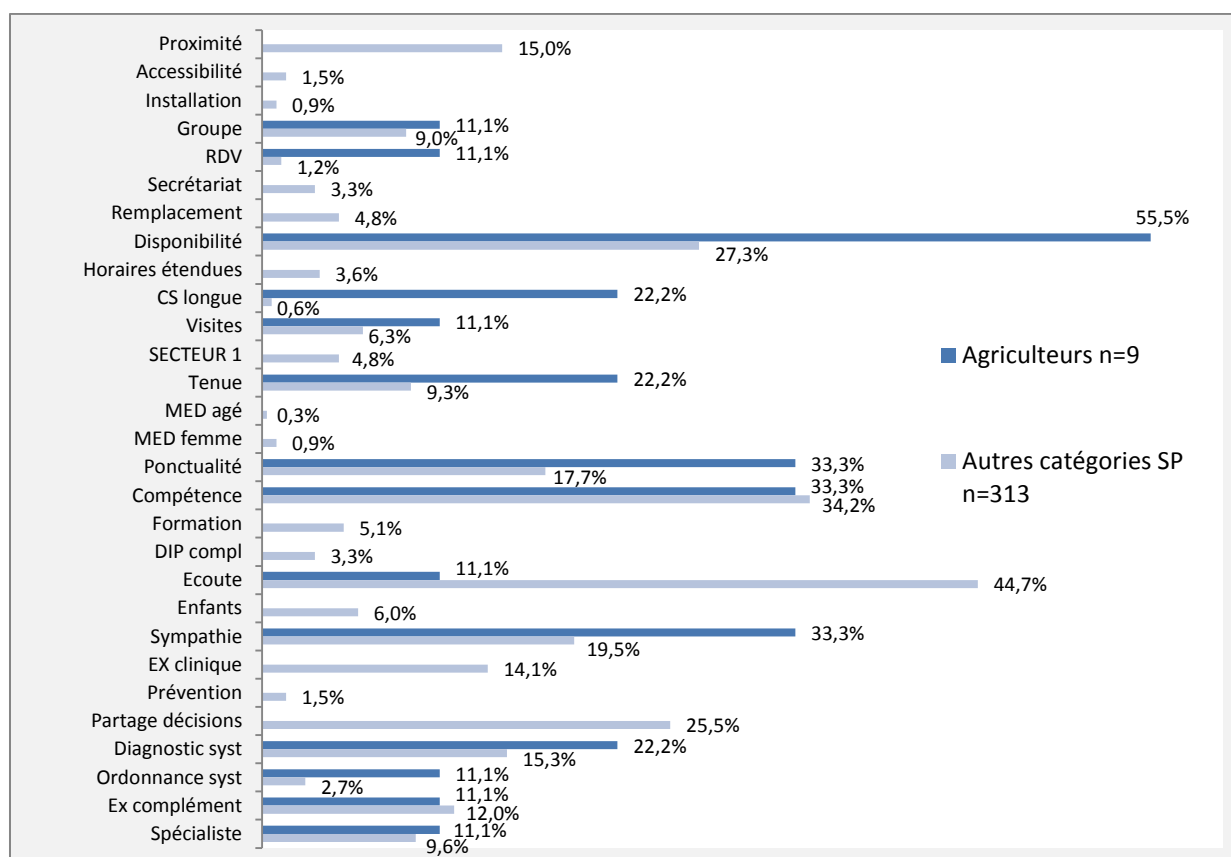


Figure 29 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les agriculteurs

Le critère le plus fréquemment cité chez les agriculteurs était la disponibilité (55,5%). Le critère « durée de consultation longue » semblait plus important (22,2%) pour les agriculteurs ( $p=0,0043$ ). Le critère « qualité de l'écoute » était nettement moins cité (seulement 11,1%) que dans les autres catégories sans qu'il n'y ait de signification statistique ( $p=0,0664$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,2452
Rendez-vous (consultations sur)	0,1224
Disponibilité	0,0879
Consultations longues	0,0043
Tenue correcte	0,2035
Ponctualité	0,2072
Ecoute	0,0664
Sympathie	0,2531
Partage des décisions	0,0837

Tableau XVIII– valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les agriculteurs et les autres catégories

## ➤ Les chefs d'entreprise

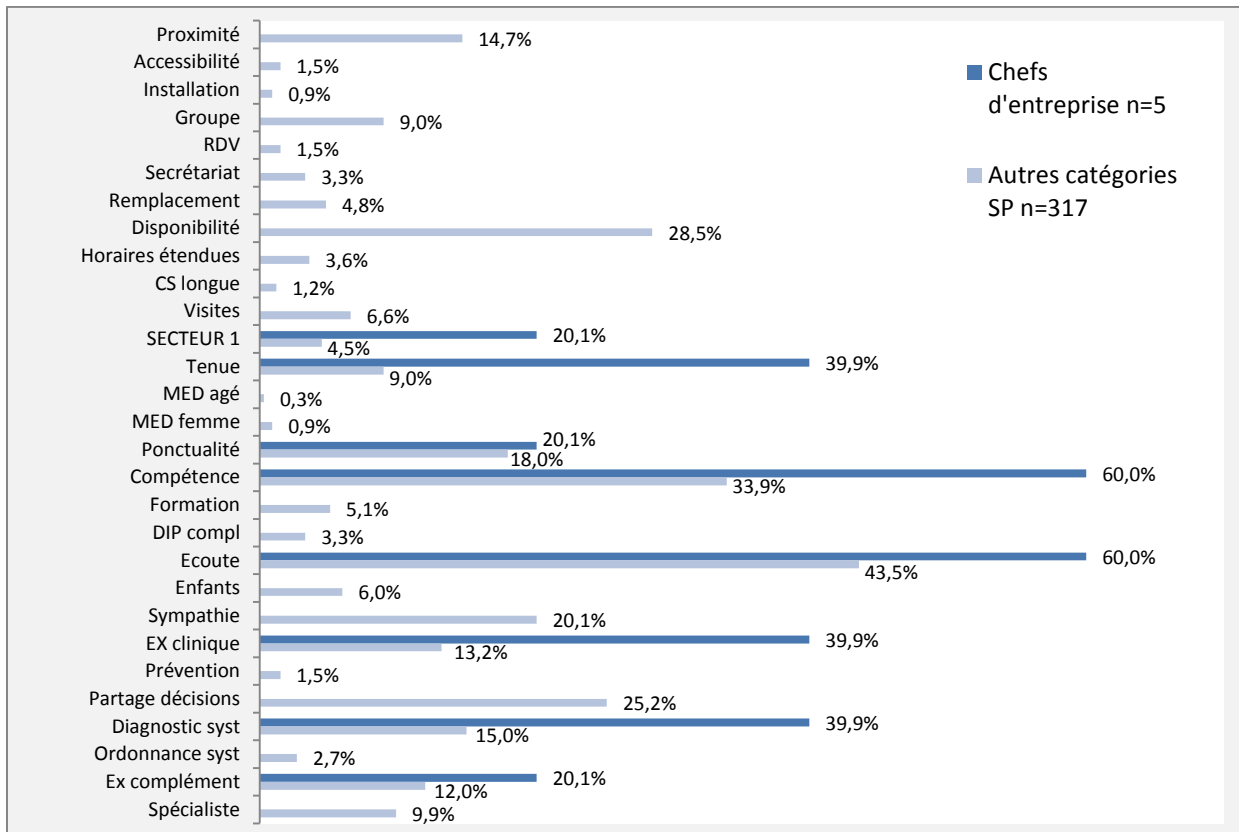


Figure 30 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les chefs d'entreprise

Les critères les plus fréquemment cités chez les chefs d'entreprise étaient la compétence (60%) et l'écoute (60%).

Critères principaux	p
Disponibilité	0,2180
Tenue correcte	0,0707
Compétence	0,2288
Ecoute	0,3682
Examen clinique approfondi	0,1363
Diagnostic (Annonce systématique)	0,0837

Tableau XIX – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les chefs d'entreprises et les autres catégories

## ➤ Les étudiants

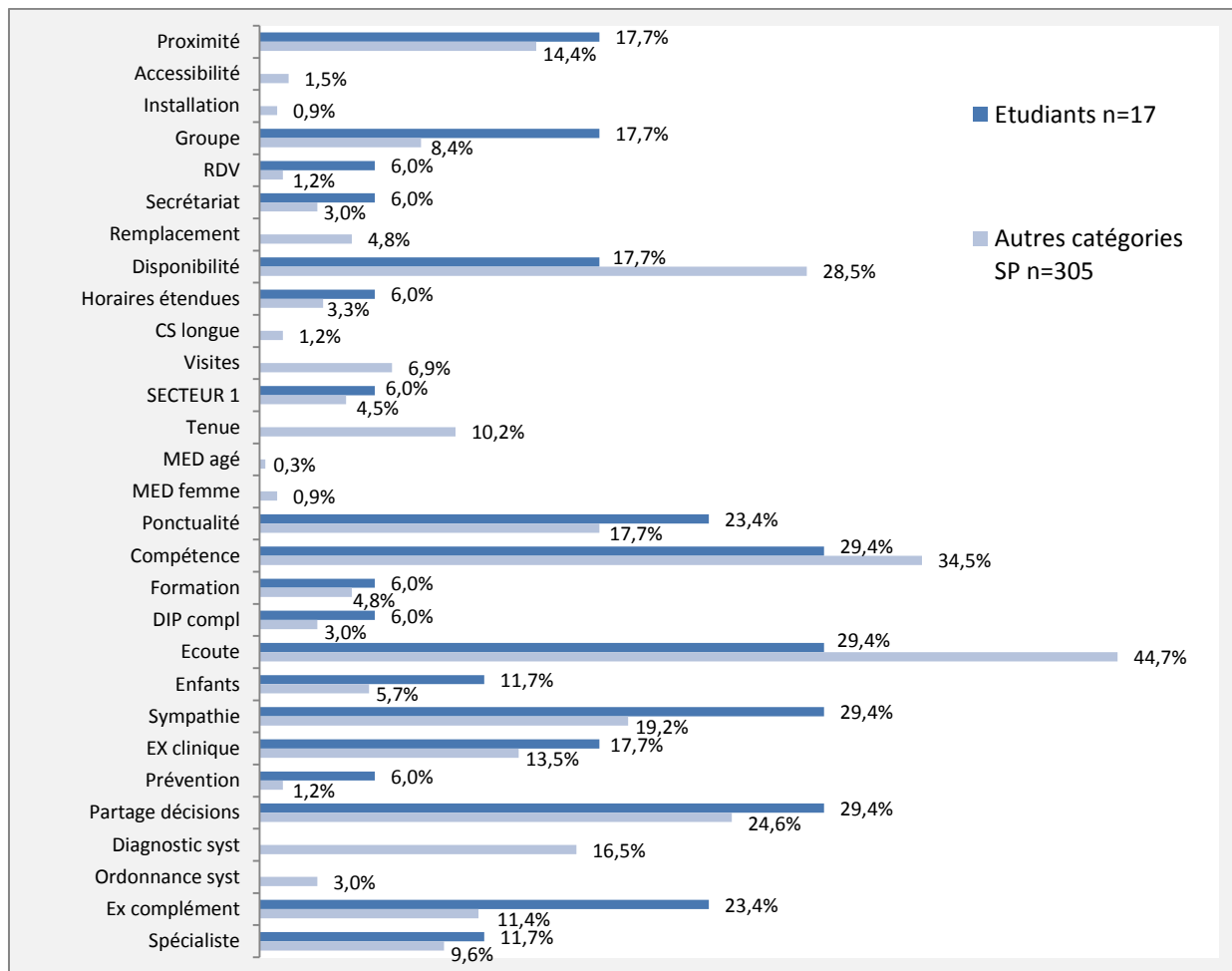


Figure 31 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les étudiants

Quatre critères étaient plus fréquemment cités (29,4%) chez les étudiants pour choisir un médecin traitant : la compétence, l'écoute, la sympathie et le partage des décisions.

Critères principaux	p
Cabinet de groupe	0,1835
Disponibilité	0,2712
Tenue correcte	0,1710
Ponctualité	0,3570
Ecoute	0,2090
Enfants (contact avec les)	0,2551
Sympathie	0,2341
Diagnostic (annonce systématique)	0,0517
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,1349

Tableau XX – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les étudiants et les autres catégories

### e. Les patients avec enfants à charge

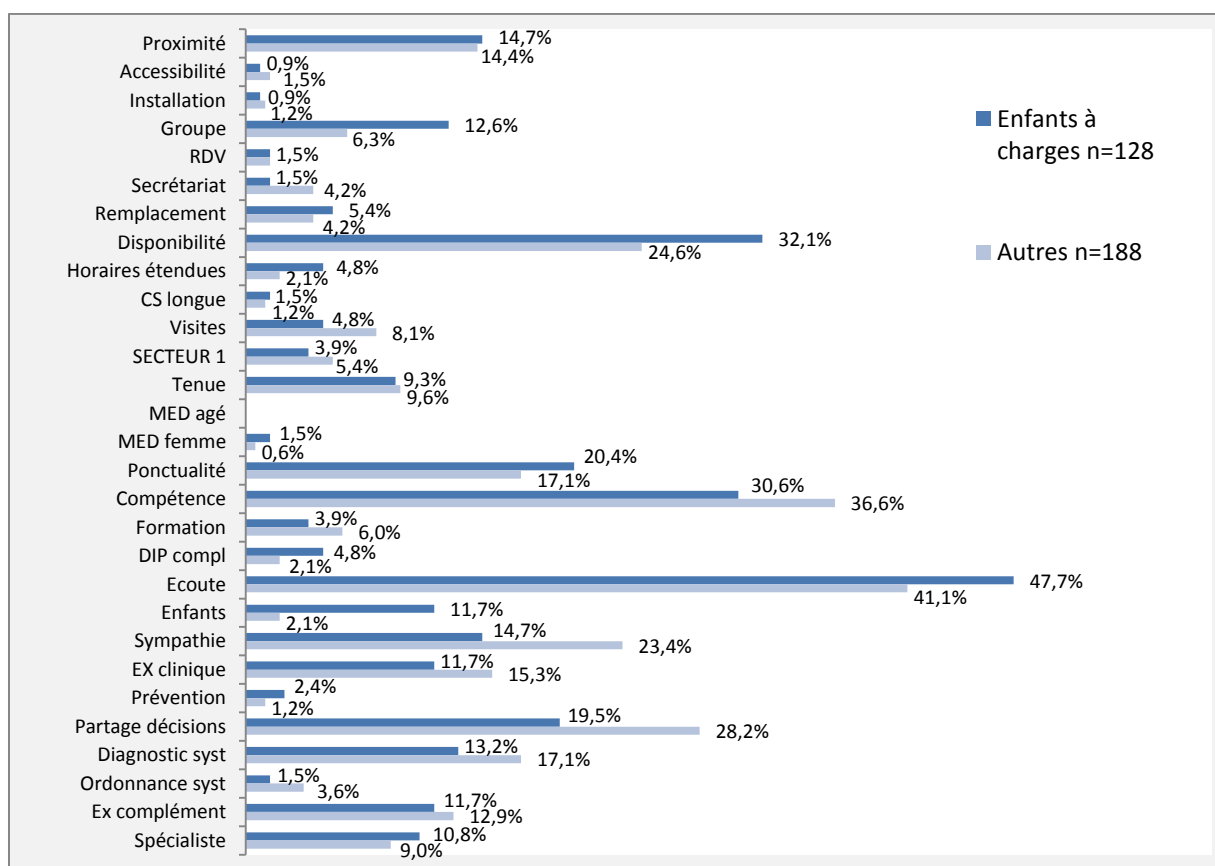


Figure 32 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients avec enfants à charge

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients avec enfants à charge était l'écoute (47,7%). Le contact avec les enfants semblait être plus important pour cette population (11,7%) ( $p=0,0005$ ).

Critères principaux	p
Cabinet de groupe	0,0587
Disponibilité	0,1768
Visites à domicile	0,2498
Enfants (contact avec les)	0,0005
Sympathie	0,0833
Partage des décisions	0,1123

Tableau XXI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les patients avec enfants à charge et les autres

## f. Les densités médicales

### ➤ Zone de forte densité médicale

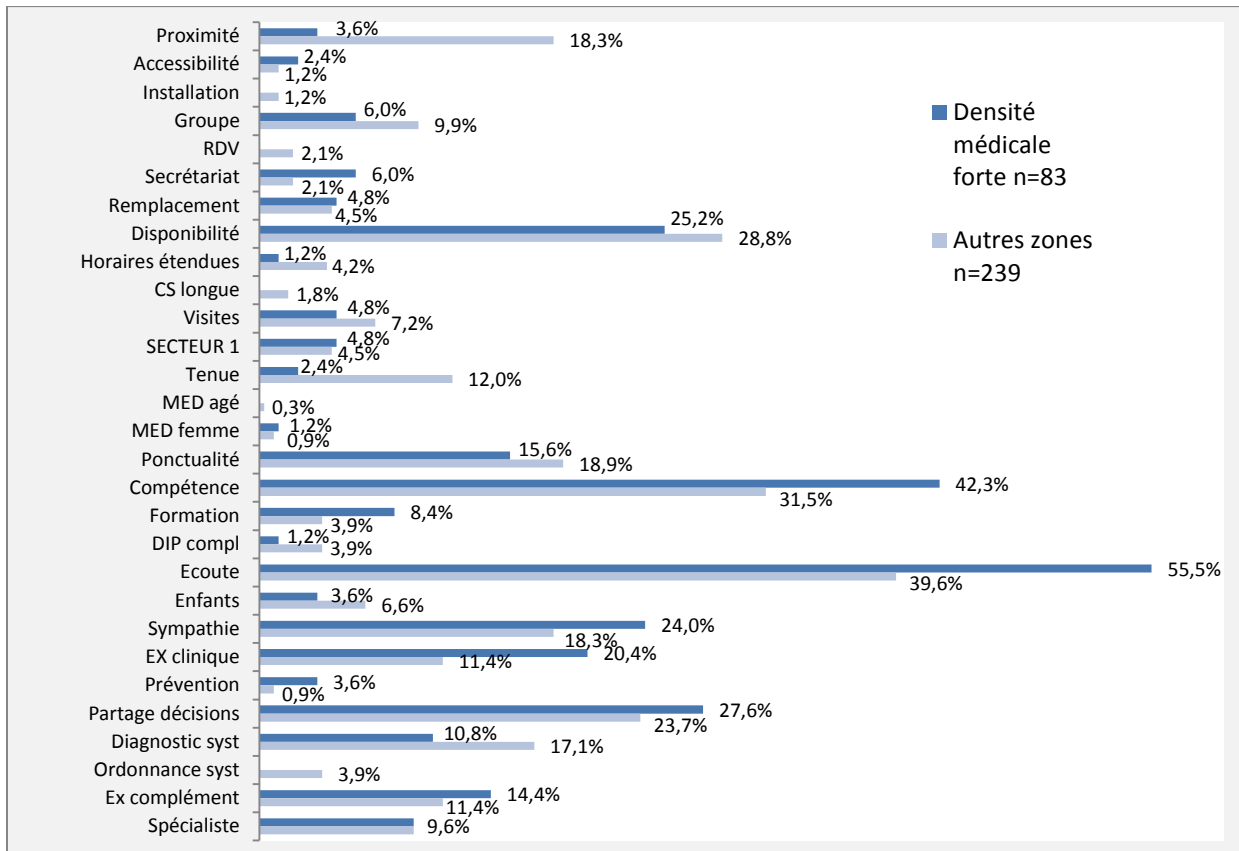


Figure 33 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de forte densité médicale

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients habitant en zone de forte densité médicale était l'écoute (55,5%). L'écoute (55,5%) et un examen clinique approfondi (20,4%) tendaient à être plus importants pour cette population que dans les autres zones (respectivement  $p=0,0342$  et  $p=0,0359$ ). En revanche, la proximité géographique (3,6%) et le critère « tenue correcte » (2,4%) semblaient peu intéressants pour choisir un médecin traitant ( $p=0,0018$  et  $p=0,0024$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,0018
Tenue correcte	0,0024
Compétence	0,1238
Ecoute	0,0342
Examen clinique approfondi	0,0359
Diagnostic (annonce systématique)	0,1967

Tableau XXII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre forte et autres densités médicales

➤ Zone de moyenne densité médicale

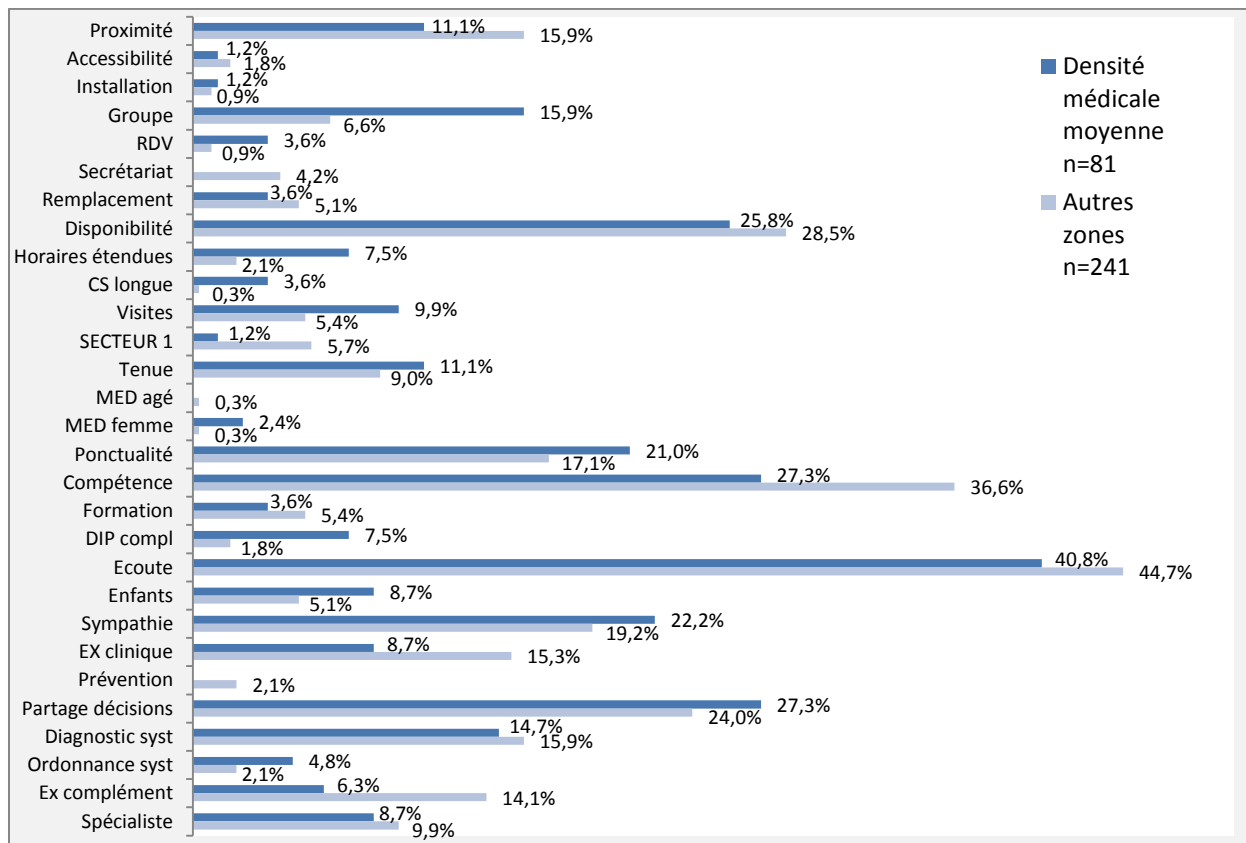


Figure 34 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de moyenne densité médicale

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients habitant en zone de moyenne densité médicale était l'écoute (40,8%). Les critères « cabinet de groupe » (15,9%), « horaires étendus » (7,5%), « durée de consultation longue » (3,6%) et « diplôme complémentaire » (7,5%) tendaient à être plus importants pour cette population que dans les autres zones (respectivement  $p=0,0031$ ,  $p=0,0244$ ,  $p=0,0412$  et  $p=0,0107$ ).

Critères principaux	p
Cabinet de groupe	0,0031
Horaires étendus	0,0244
Consultation longue	0,0412
Visites à domicile	0,1570
Convention Secteur 1	0,0667
Compétence	0,1755
Diplôme complémentaire	0,0107
Examen clinique approfondi	0,1379
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,0599

Tableau XXIII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre moyenne et autres densités médicales

➤ Zone de faible densité médicale

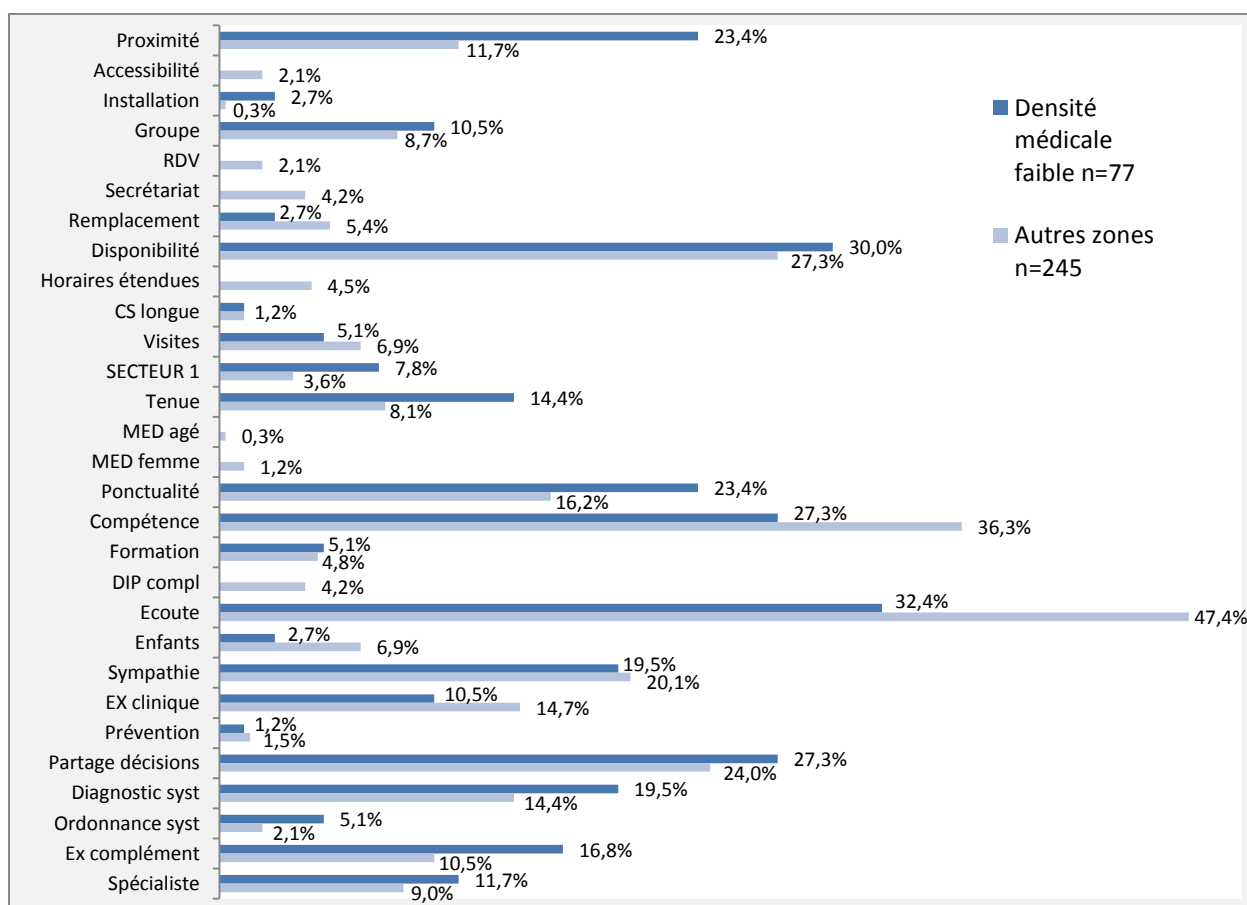


Figure 35 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de faible densité médicale

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients habitant en zone de faible densité médicale était l'écoute (32,4%). La proximité géographique (23,4%) semblait plus importante pour cette population ( $p=0,0177$ ).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,0177
Tenue correcte	0,1147
Ponctualité	0,1797
Compétence	0,1978
Ecoute	0,0525
Enfants (contact avec les)	0,1570
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,1491

Tableau XXIV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre faible et autres densités médicales

➤ Zone de très faible densité médicale

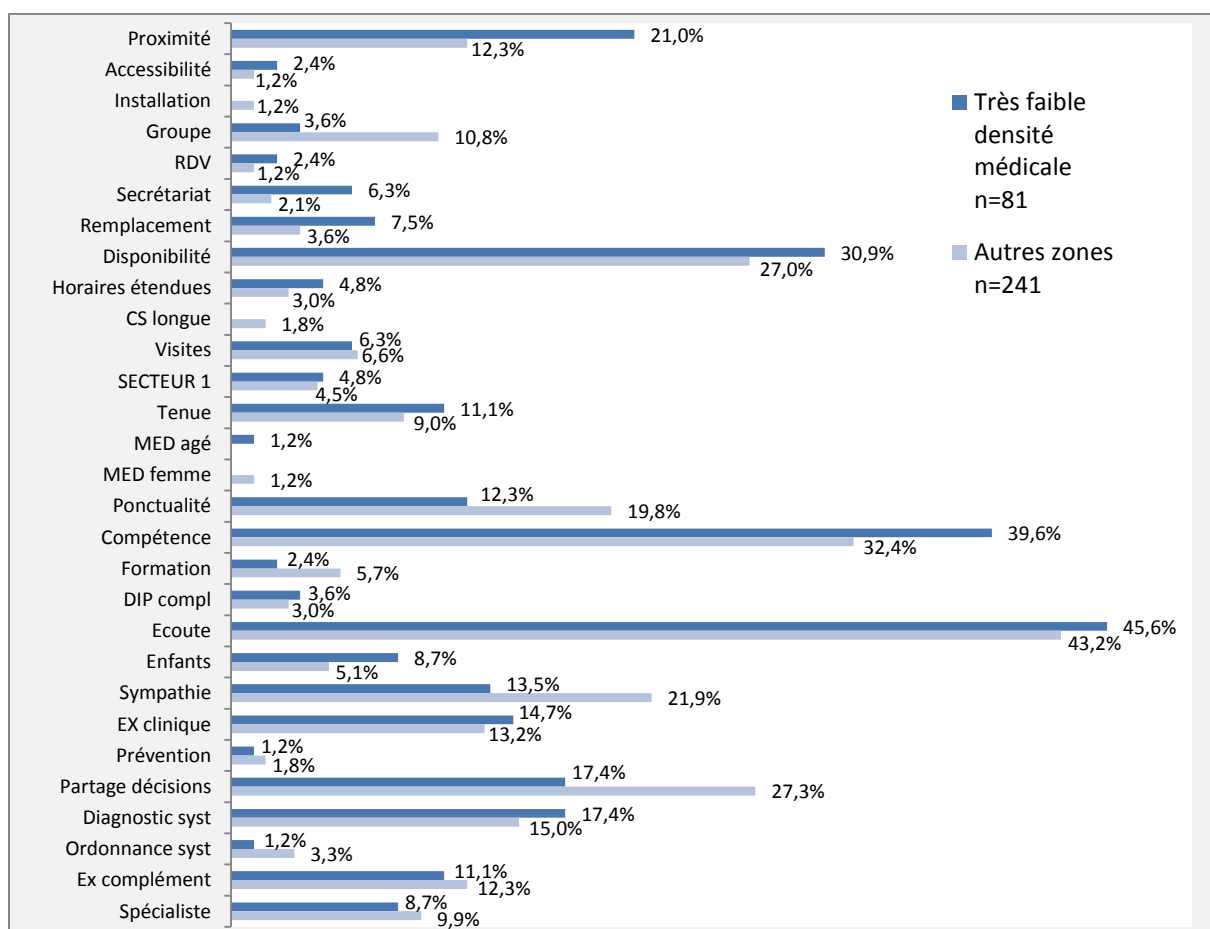


Figure 36 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de très faible densité médicale

Le critère le plus fréquemment cité chez les patients habitant en zone de très faible densité médicale était l'écoute (45,6%).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,0643
Cabinet de groupe	0,0519
Présence d'un secrétariat	0,0587
Possibilité de remplacement	0,1717
Ponctualité	0,1419
Sympathie	0,1184
Partage des décisions	0,0894

Tableau XXV– valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre très faible et autres densités médicales

## g. Les sources d'information médicale

### ➤ auprès du médecin

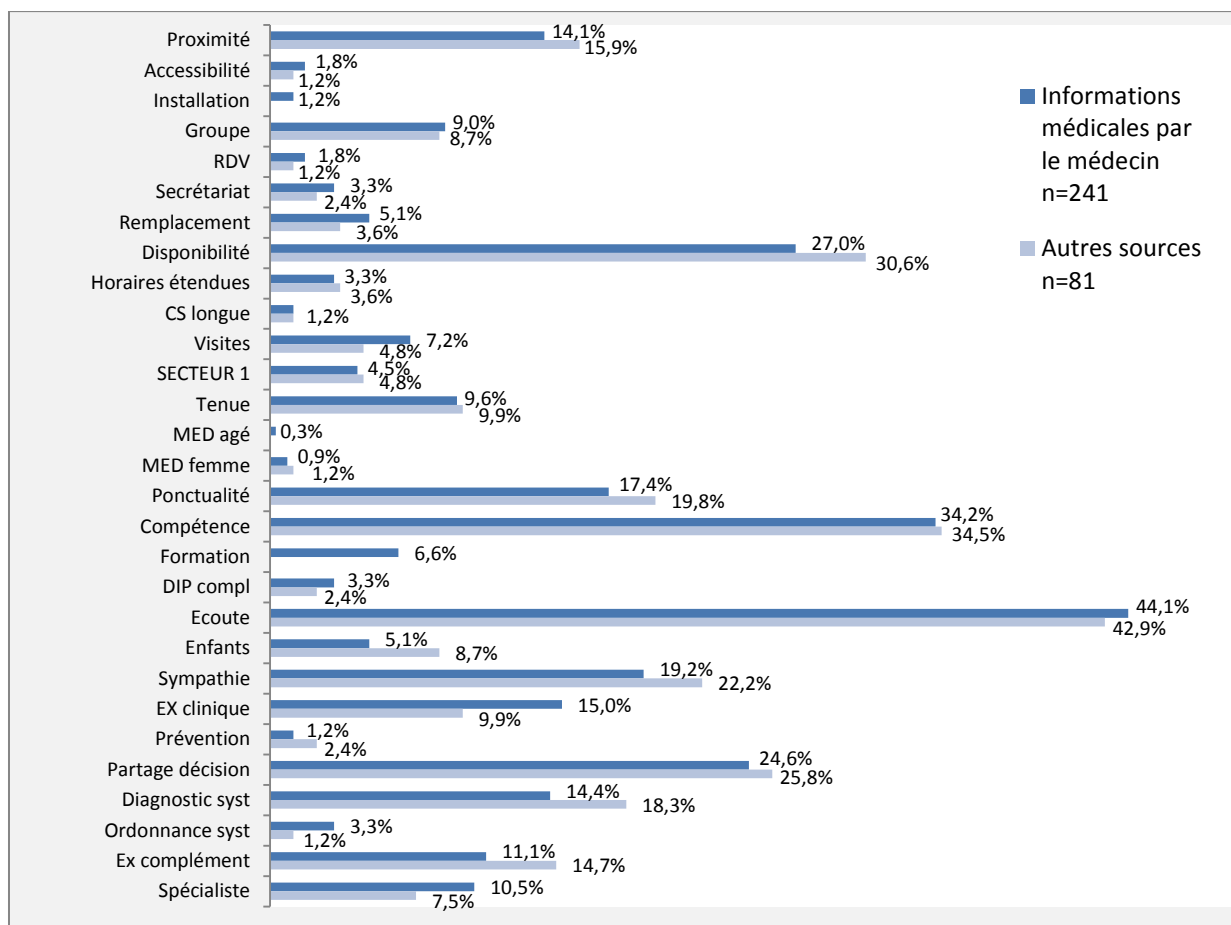


Figure 37 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients dont la première source d'information médicale est le médecin

Le critère le plus fréquemment cité, chez les patients dont la première source d'information médicale est le médecin, était l'écoute (44,1%). Dans cette population, la formation continue (6,6%) semblait plus importante pour choisir un médecin ( $p=0,0090$ ).

Critères principaux	p
Formation continue	0,0090
Enfants (contact avec les)	0,1698
Examen clinique approfondi	0,2587
Diagnostic (annonce systématique)	0,4181
Spécialiste (recours rapide au)	0,4418

Tableau XXVI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre médecin et autres sources d'informations médicales

➤ auprès du pharmacien

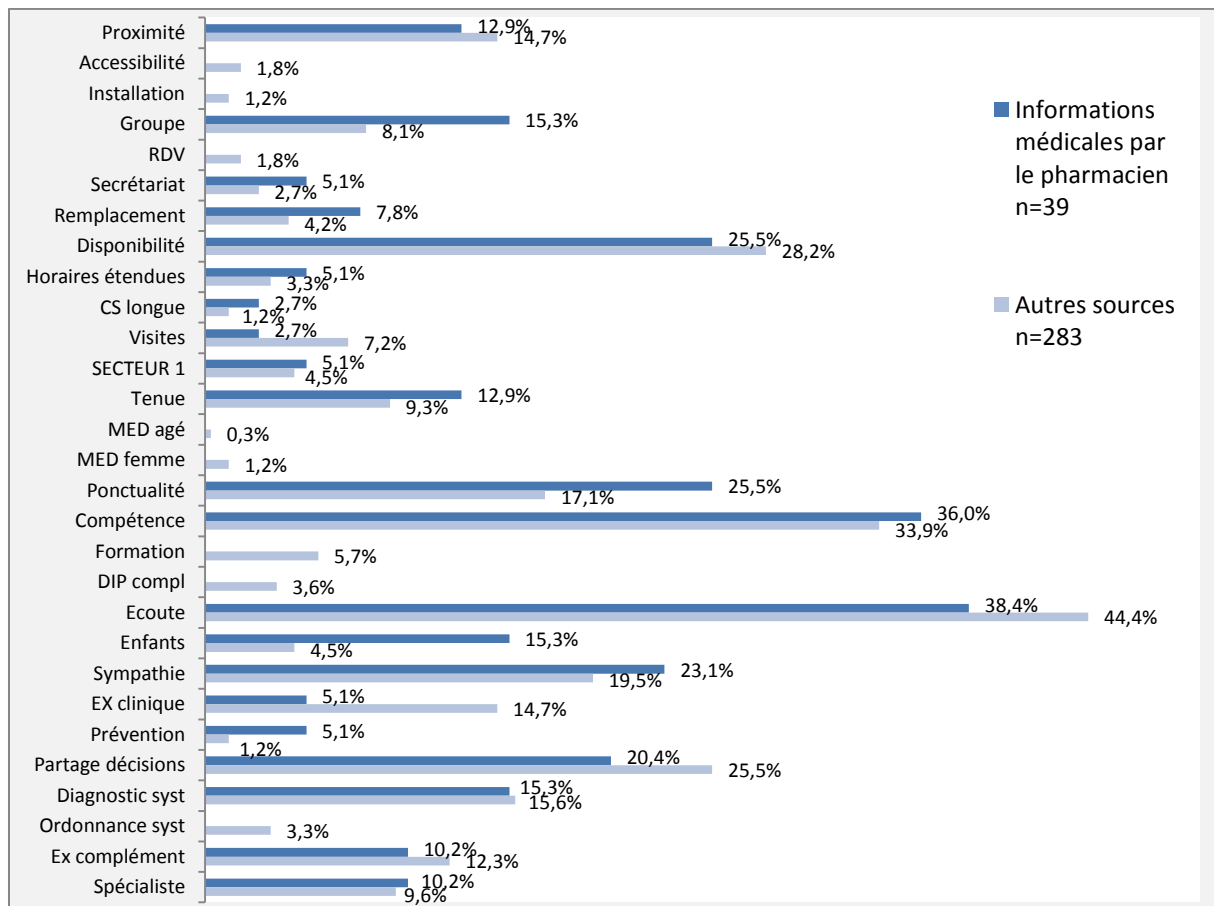


Figure 38 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients dont la première source d'information médicale est le pharmacien

Le critère le plus fréquemment cité, chez les patients dont la première source d'information médicale est le pharmacien, était l'écoute (38,4%). Dans cette population, le contact avec les enfants (15,3%) semblait plus important pour choisir un médecin ( $p=0,0199$ ).

Critères principaux	p
Cabinet de groupe	0,1175
Remplacement (possibilité de)	0,2594
Visites à domicile	0,2455
Ponctualité	0,2068
Formation continue	0,1145
Diplôme complémentaire	0,2632
Enfants (contact avec les)	0,0199

Tableau XXVII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre pharmacien et autres sources d'informations médicales

➤ auprès d'internet

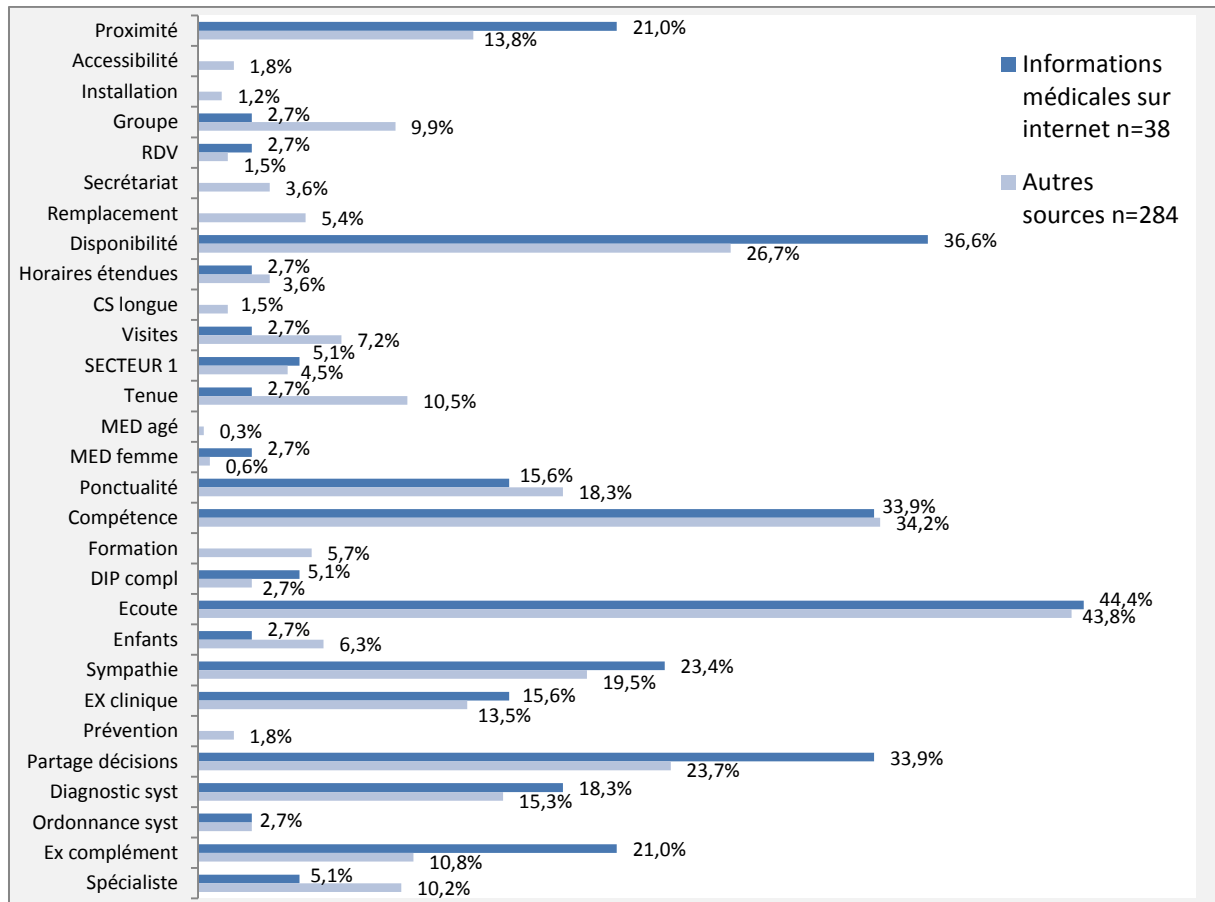


Figure 39 – Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients dont la première source d'information médicale est internet

Le critère le plus fréquemment cité, chez les patients dont la première source d'information médicale est internet, était l'écoute (44,4%).

Critères principaux	p
Proximité géographique	0,2567
Cabinet de groupe	0,1107
Disponibilité	0,2514
Visites à domicile	0,2547
Tenue correcte	0,0882
Formation continue	0,1193
Partage des décisions	0,1322
Examens complémentaires (recours rapide aux)	0,0711
Spécialiste (recours rapide au)	0,2563

Tableau XXVIII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre internet et autres sources d'informations médicales

### 2.3.2. Impact des caractéristiques sur le choix des critères décisifs

#### a. Les critères décisifs pratiques du cabinet

- La proximité géographique semblait plus importante pour les patients du milieu rural ( $p=0,0400$ ) et de faible densité médicale ( $p=0,0177$ ) alors qu'il ne l'était pas pour les patients en milieu urbain ( $p=0,0021$ ) et de forte densité ( $p=0,0018$ ).
- L'accessibilité semblait être un critère important pour les ouvriers ( $p=0,0052$ ).

#### b. Les critères décisifs organisationnels

- Le cabinet de groupe semblait être un critère de choix plus important pour les patients de milieux semi-ruraux ( $p=0,0085$ ) et de densité médicale moyenne ( $p=0,0031$ ).
- La disponibilité tendait à être plus importante pour les employés ( $p=0,0198$ ), contrairement aux ouvriers ( $p=0,0182$ ).
- Les horaires étendus semblaient plus importants dans les zones de moyenne densité médicale ( $p=0,0244$ ).
- Les consultations longues semblaient privilégiées par les agriculteurs ( $p=0,0043$ ) et les patients de zone de moyenne densité médicale ( $p=0,0412$ ).
- Les visites à domicile semblaient plus importantes pour les patients de plus de 80 ans ( $p=0,0061$ ).
- La ponctualité tendait à être plus importante pour les 26-39 ans ( $p=0,0055$ ).

#### c. Les critères décisifs technico-médicaux

- La compétence médicale semblait prioritaire pour les patients de milieu urbain ( $p=0,0307$ ), alors qu'elle importait peu en milieu semi-rural ( $p=0,0136$ ).
- La formation continue semblait plus importante pour les cadres ( $p=0,0197$ ), les patients du milieu urbain ( $p=0,0213$ ) et les patients dont la source d'information médicale est le médecin ( $p=0,0090$ ).
- Le(s) diplôme(s) complémentaire(s) (homéopathie, gynécologie...) semblaient être plus importants pour les patients de 16 à 25 ans ( $p=0,0018$ ), et de zone de moyenne densité médicale ( $p=0,0107$ ).
- L'examen clinique approfondi semblait plus important en zone de forte densité médicale ( $p=0,0359$ ), mais peu important pour les 26-39ans ( $p=0,0276$ ) et les employés ( $p=0,0302$ ).

- La prescription systématique d'ordonnance en fin de consultation semblait plus importante pour les patients de plus de 80 ans ( $p=0,0312$ ).
- Le recours rapide aux examens complémentaires paraissait être un critère de choix plus important pour les professions libérales ( $p=0,0103$ ).

#### d. Les critères décisifs relationnels

- L'écoute, la compréhension et l'empathie tendaient à être plus importantes pour les patients de 40-59 ans ( $p=0,0040$ ), et de zone de densité médicale forte ( $p=0,0342$ ) et moins importantes aux patients des milieux semi-ruraux ( $p=0,0382$ ).
- Le contact avec les enfants semblait être un critère plus important pour les femmes ( $p=0,0220$ ) pour les 26-39 ans ( $p=0,0000$ ) et les patients qui ont des enfants à charges ( $p=0,0005$ ). Les patients dont la source principale d'information médicale est le pharmacien privilégiaient également ce critère ( $p=0,0199$ ). En revanche, les patients de 40-59 ans et 60-80 ans ne considéraient pas ce critère comme critère de choix de leur médecin ( $p=0,0055$  et  $p=0,0118$ ).
- La tenue du médecin pouvait être un critère de choix plus important en milieu semi-rural ( $p=0,0088$ ) et pour les patients de 60 à 80 ans ( $p=0,0320$ ), mais ne semblait pas l'être dans le milieu urbain ( $p=0,0022$ ) et en zone de forte densité médicale ( $p=0,0024$ ).

## 2.4. Le choix initial du médecin traitant actuel

### 2.4.1. Répartition des modalités du choix du médecin traitant actuel

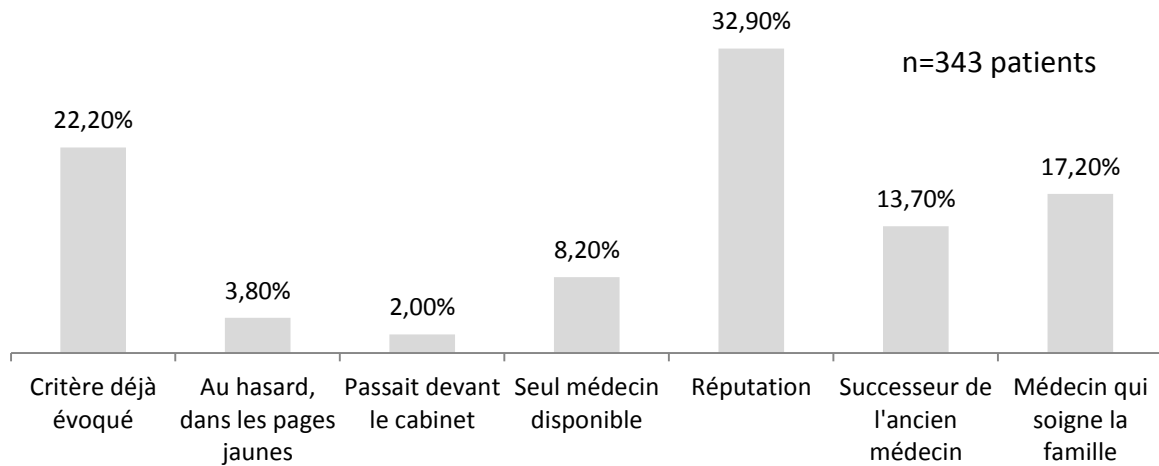


Figure 40 - Répartition des critères du choix initial du médecin traitant actuel

La majorité des patients (32,9%) avait choisi leur médecin traitant sur leur réputation, sur les conseils d'un proche ou un professionnel de santé. 22,2% des patients avaient choisi leur médecin selon un critère de choix particulier. 30,9% des patients avaient effectué un choix « naturel », soit parce qu'il s'agit du médecin successeur de l'ancien médecin (13,7%), soit parce qu'il s'agit du médecin de la famille (17,20%). Enfin, 3,8% des patients avaient choisi leur médecin au hasard, 2% en passant devant le cabinet, et parce 8,2% que c'était le seul médecin disponible.

### a. La réputation

La réputation était la modalité du choix du médecin traitant la plus fréquente (32,9% des patients)

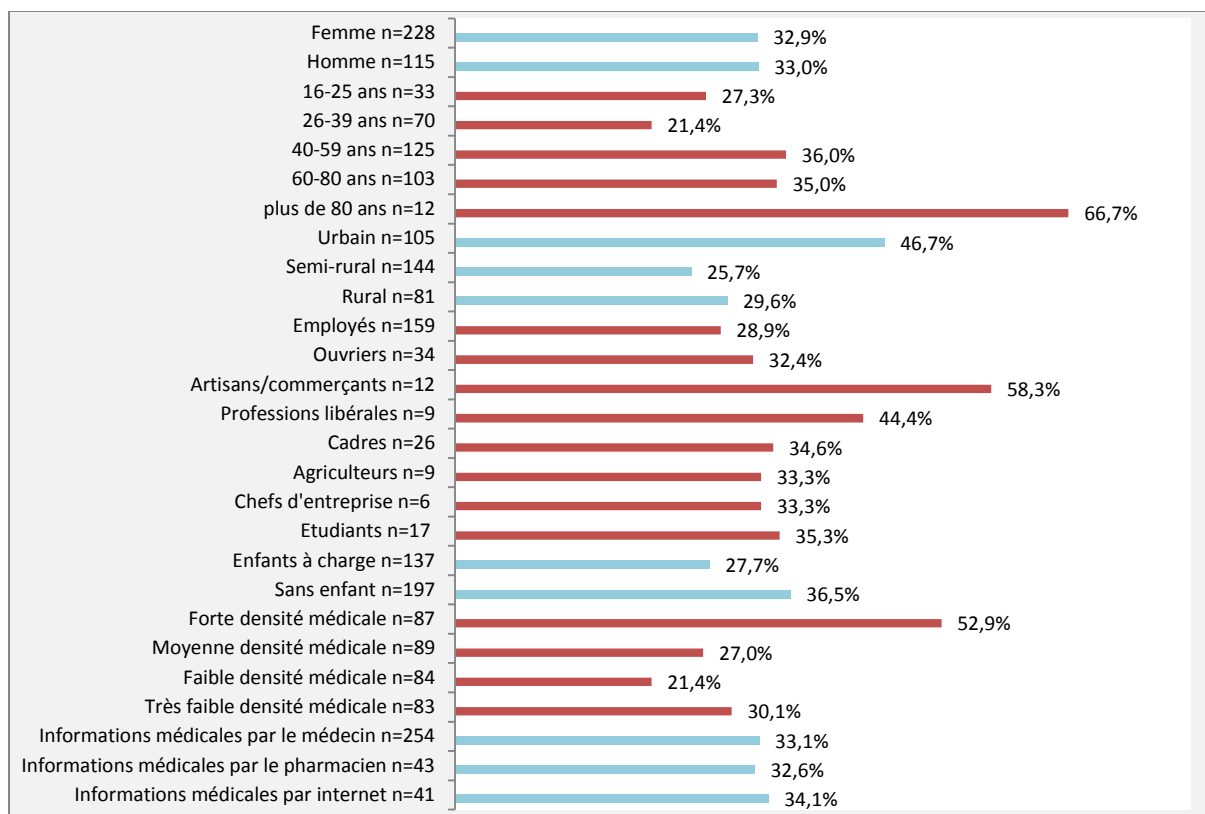


Figure 41 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin sur sa réputation

La réputation était largement plébiscitée par les patients vivant en milieu urbain et de forte densité médicale ( $p=0,0000$ ) et par les plus de 80 ans ( $p=0,0157$ ).

En revanche, le choix initial des patients des milieux semi-ruraux et de zone de faible densité médicale était moins basé sur la réputation (respectivement  $p=0,0150$  et  $p=0,0097$ ), comme chez les 26-39 ans ( $p=0,0021$ ).

Caractéristiques	p
26-39 ans	0,0021
Plus de 80 ans	0,0157
Urbain	0,0000
Semi-rural	0,0150
Employés	0,1415
Artisans/commerçants	0,0592
Enfants à charge	0,0919
Forte densité médicale	0,0000
Faible densité médicale	0,0097

Tableau XXIX – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour la réputation

b. Le choix initial selon des critères particuliers

22,2% des patients ont pu choisir leur médecin traitant selon l'un des critères de choix proposé en deuxième partie du questionnaire.

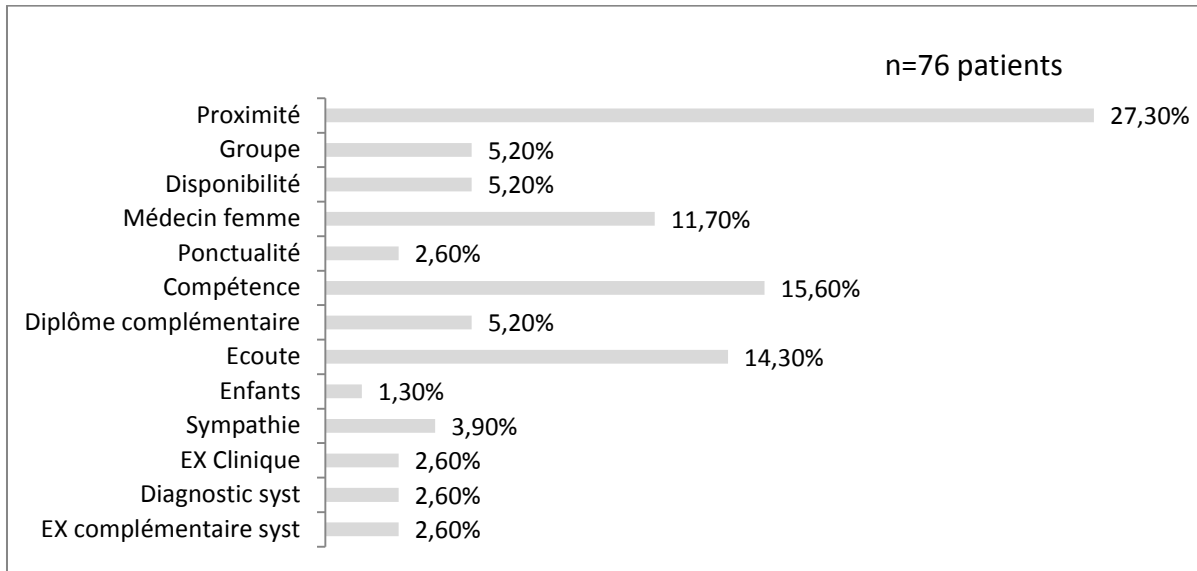


Figure 42 – Répartition des patients selon les critères déjà évoqués

La proximité géographique, la compétence, la qualité de l'écoute et le critère de choix initial « Médecin femme » ont été les plus plébiscités.

Les autres critères ne représentaient qu'une très faible et disparate proportion de la population, et n'ont pas été analysés.

## ➤ La proximité géographique

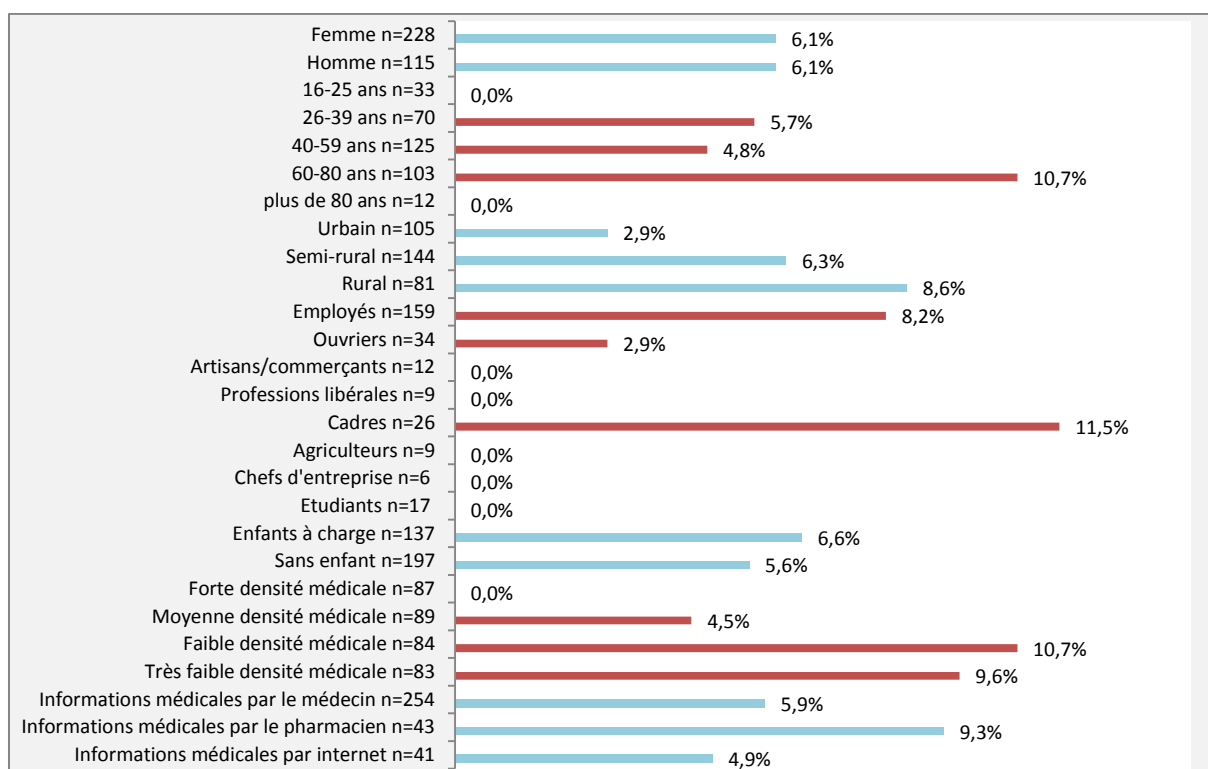


Figure 43 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin pour la proximité géographique

La proximité géographique était le critère le plus fréquemment représenté (27,3%) quand le choix du médecin actuel était basé sur un critère particulier, soit 6% de la population totale étudiée. La proximité était un critère principal de choix initial plus important pour les patients âgés de 60 à 80 ans ( $p=0,0210$ ), et les patients habitant en zone de faible densité médicale ( $p=0,0433$ ). Ce n'était pas un critère de choix pour les patients de zone de forte densité médicale ( $p=0,0058$ ).

Caractéristiques	p
60-80 ans	0,0210
Urbain	0,0938
Rural	0,2791
Employés	0,1402
Cadres	0,2059
Enfants à charge	0,0919
Forte densité médicale	0,0058
Faible densité médicale	0,0433
Informations médicales par le pharmacien	0,2614
Informations médicales par Internet	0,5295

Tableau XXX – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour la proximité géographique

➤ Médecin femme

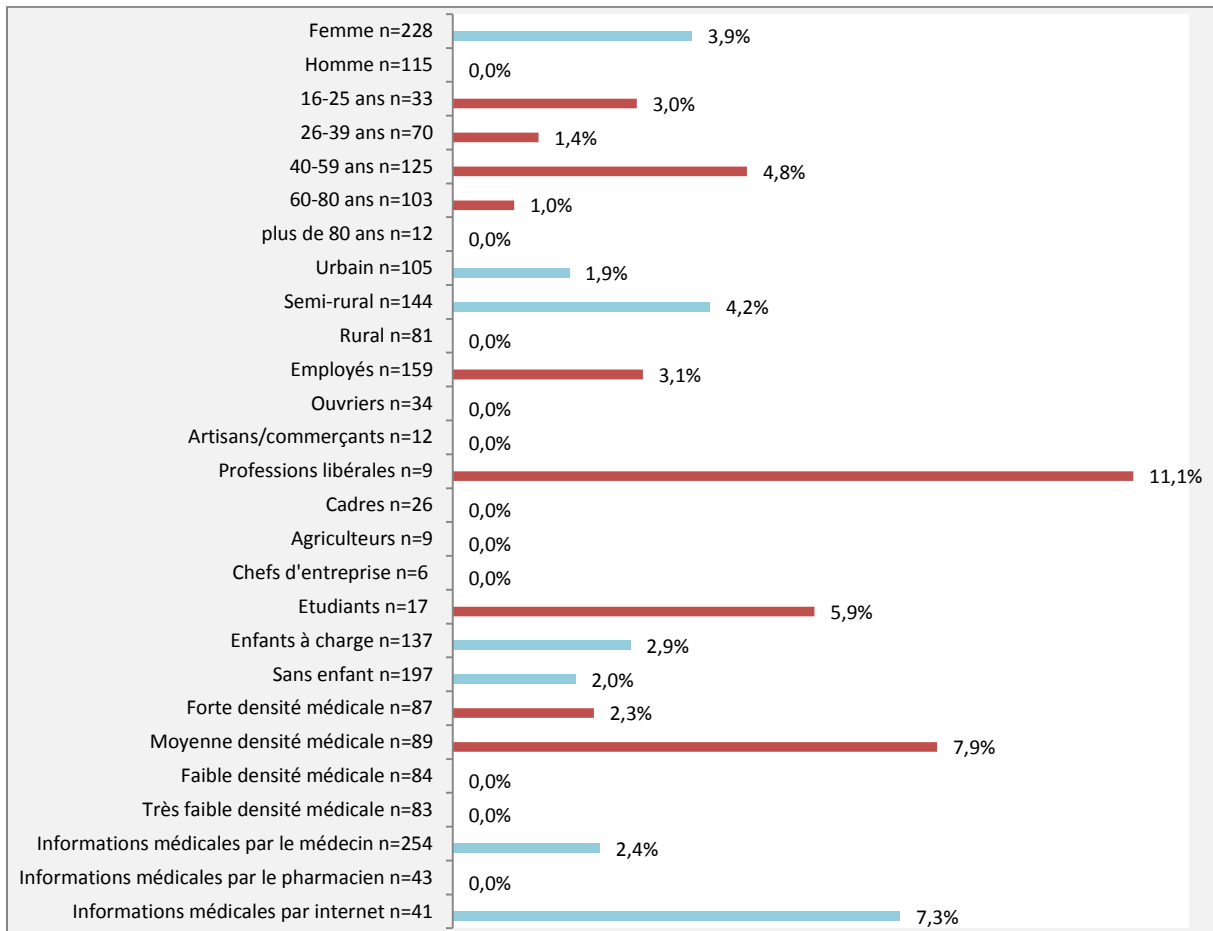


Figure 44 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin parce que c'est une femme

Le critère « médecin femme » était le critère de choix initial pour 3,9% des femmes ( $p=0,0240$ ), âgées le plus souvent de 40 à 59 ans ( $p=0,0622$ ). Dans cette étude, il s'agissait principalement des patientes de zone de moyenne densité médicale ( $p=0,0014$ )

Caractéristiques	p
Femme	0,0240
40-59 ans	0,0622
Semi-rural	0,1200
Professions libérales	0,2150
Moyenne densité médicale	0,0014
Informations médicales par internet	0,0798

Tableau XXXI – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour le critère « médecin femme »

En analysant la patientèle des médecins femmes et la patientèle des médecins hommes de l'étude, les femmes consultaient plus fréquemment une femme, et les hommes plus fréquemment les hommes ( $p=0,0151$ )

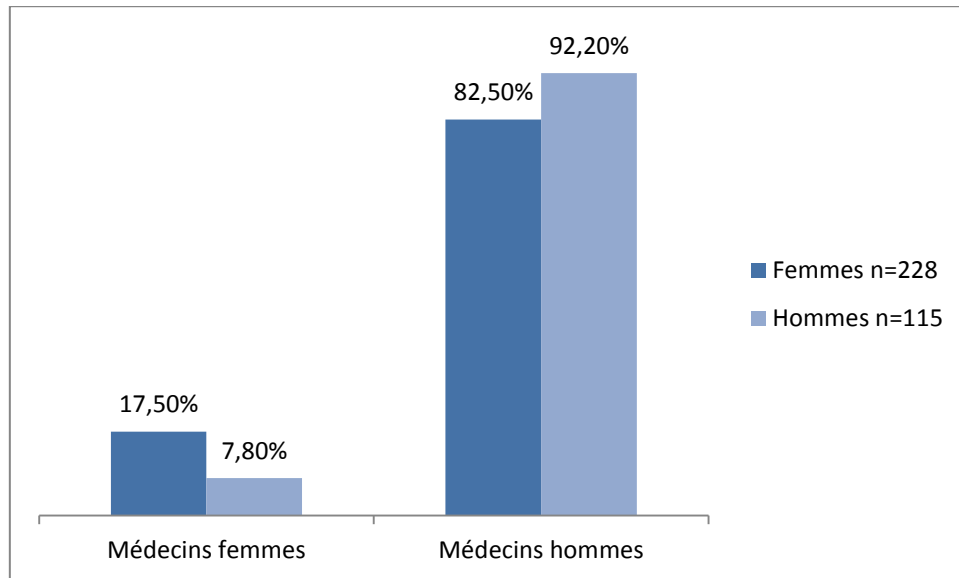


Figure 45 – Répartition des femmes et des hommes selon le sexe des médecins

## ➤ La compétence

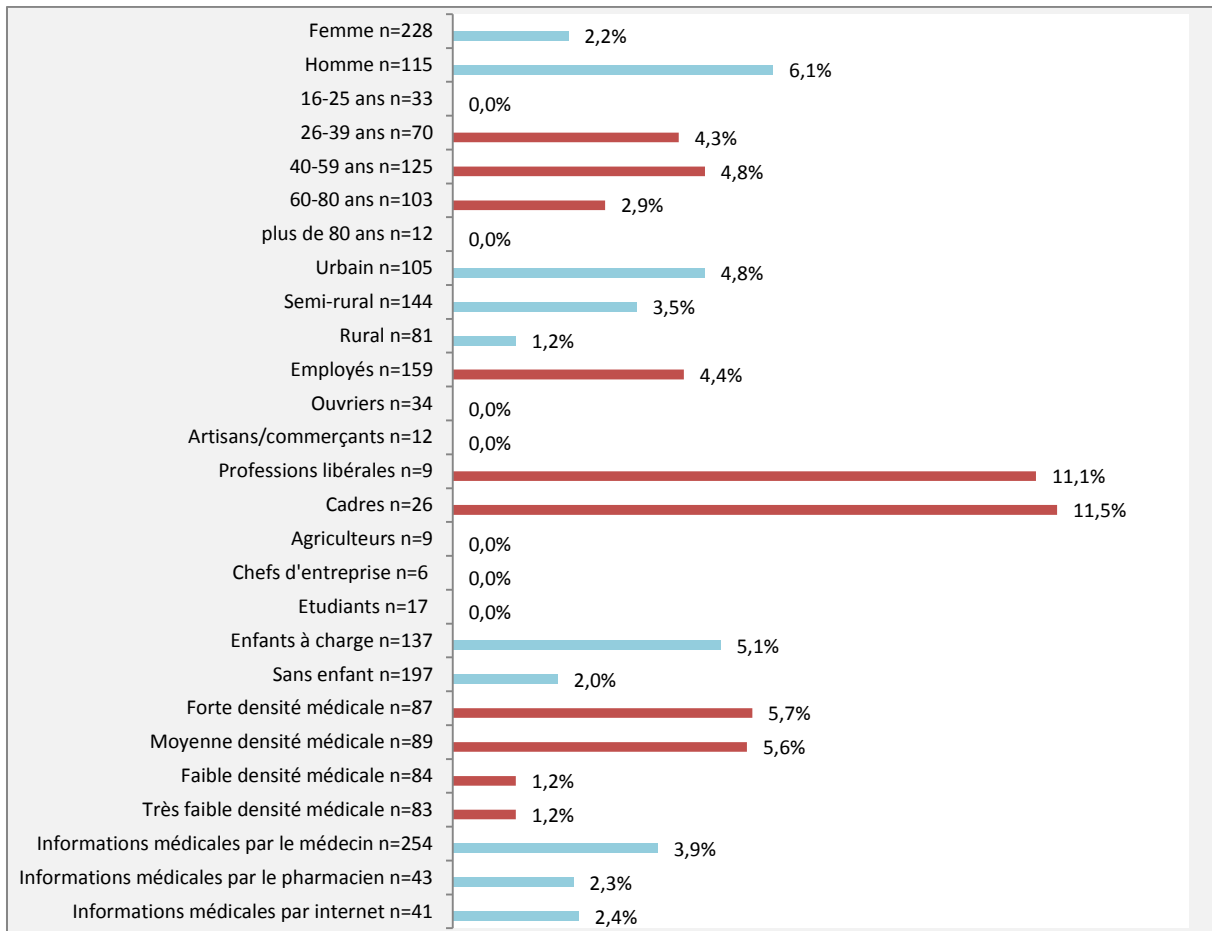


Figure 46 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin sur sa compétence

Seulement 15,6% des patients avaient pu choisir leur médecin traitant sur le critère « compétence », soit 3,4% de la population totale étudiée.

Caractéristiques	p
Homme	0,0649
Urbain	0,2901
Rural	0,1089
Professions libérales	0,2770
Cadres	0,0538
Enfants à charge	0,1085
Forte densité médicale	0,1614
Moyenne densité médicale	0,1740

Tableau XXXII – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour le critère « compétence »

➤ L'écoute, la compréhension et l'empathie

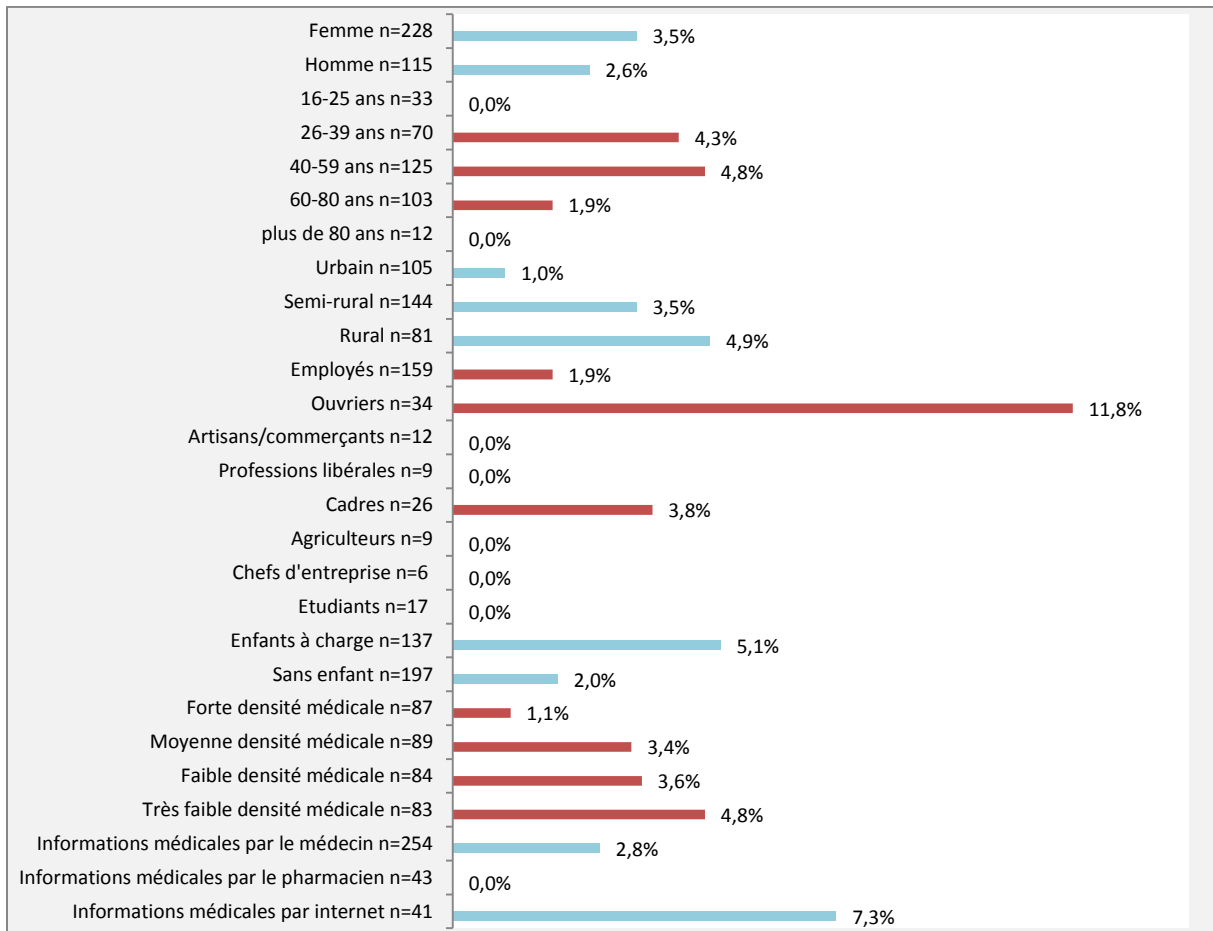


Figure 47 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin sur sa qualité d'écoute

Seulement 14,3% des patients avaient pu choisir leur médecin traitant pour leur qualité d'écoute, soit 3,2% de la population totale étudiée. Ce critère de choix initial semblait plus « assouvi » par les ouvriers ( $p=0,0161$ ).

Caractéristiques	p
16-25 ans	0,3229
40-59 ans	0,1704
Urbain	0,1012
Rural	0,2468
Ouvriers	0,0161
Enfants à charge	0,1085
Forte densité médicale	0,1851
Informations médicales par internet	0,1323

Tableau XXXIII – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour le critère « écoute »

### c. Au hasard et en passant devant le cabinet

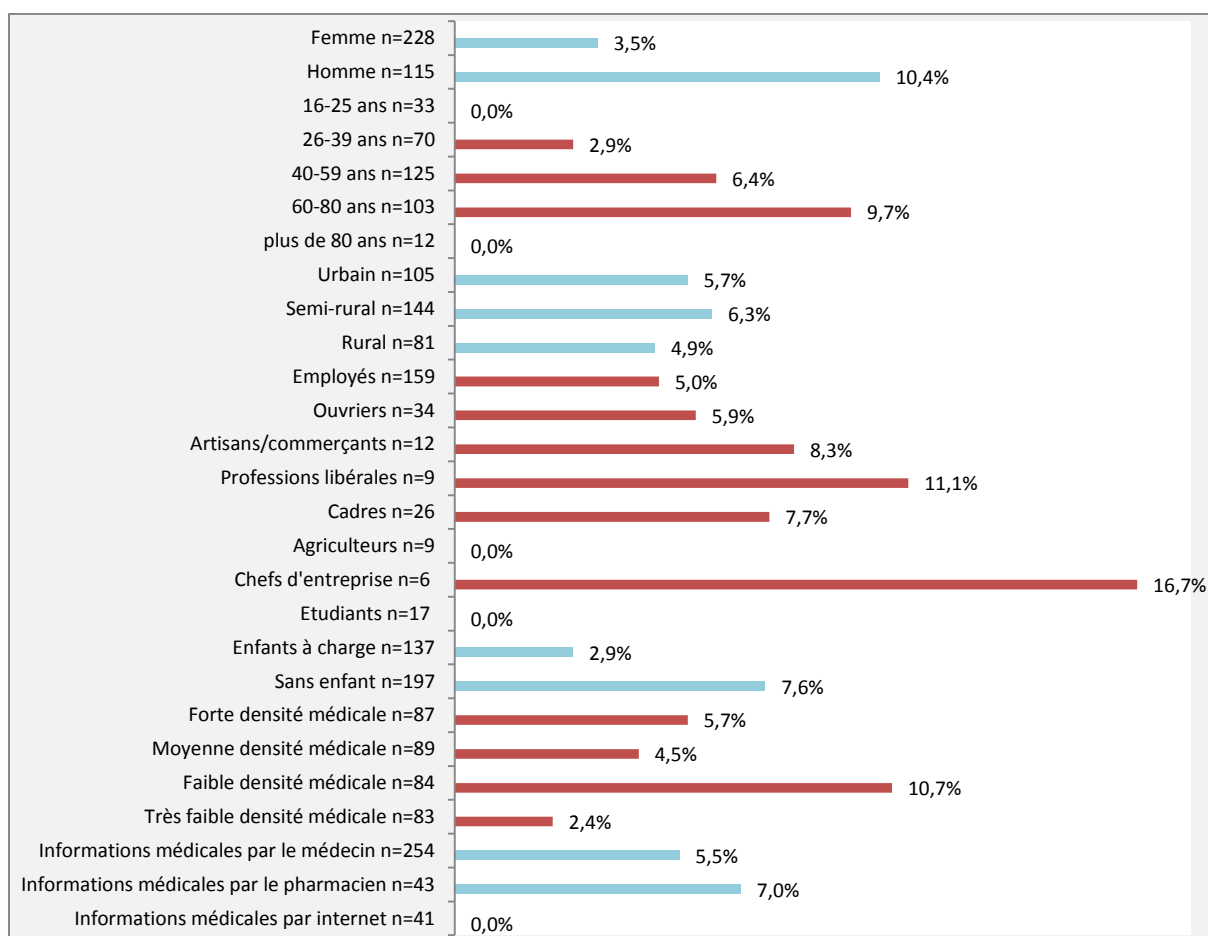


Figure 48 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin au hasard ou en passant devant le cabinet

5,8% des patients avaient choisi leur médecin traitant au hasard ou parce qu’il passait devant le cabinet. Les hommes et les patients de 60-80 ans étaient significativement plus nombreux à avoir choisi leur médecin au hasard ou parce qu’ils passaient devant le cabinet ( $p=0,0097$ ).

Caractéristiques	p
Homme	0,0097
60-80 ans	0,0446
Chef d’entreprise	0,3045
Sans enfant à charge	0,0634
Faible densité médicale	0,0279

Tableau XXXIV – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour le choix au hasard ou en passant devant le cabinet

#### d. Seul disponible

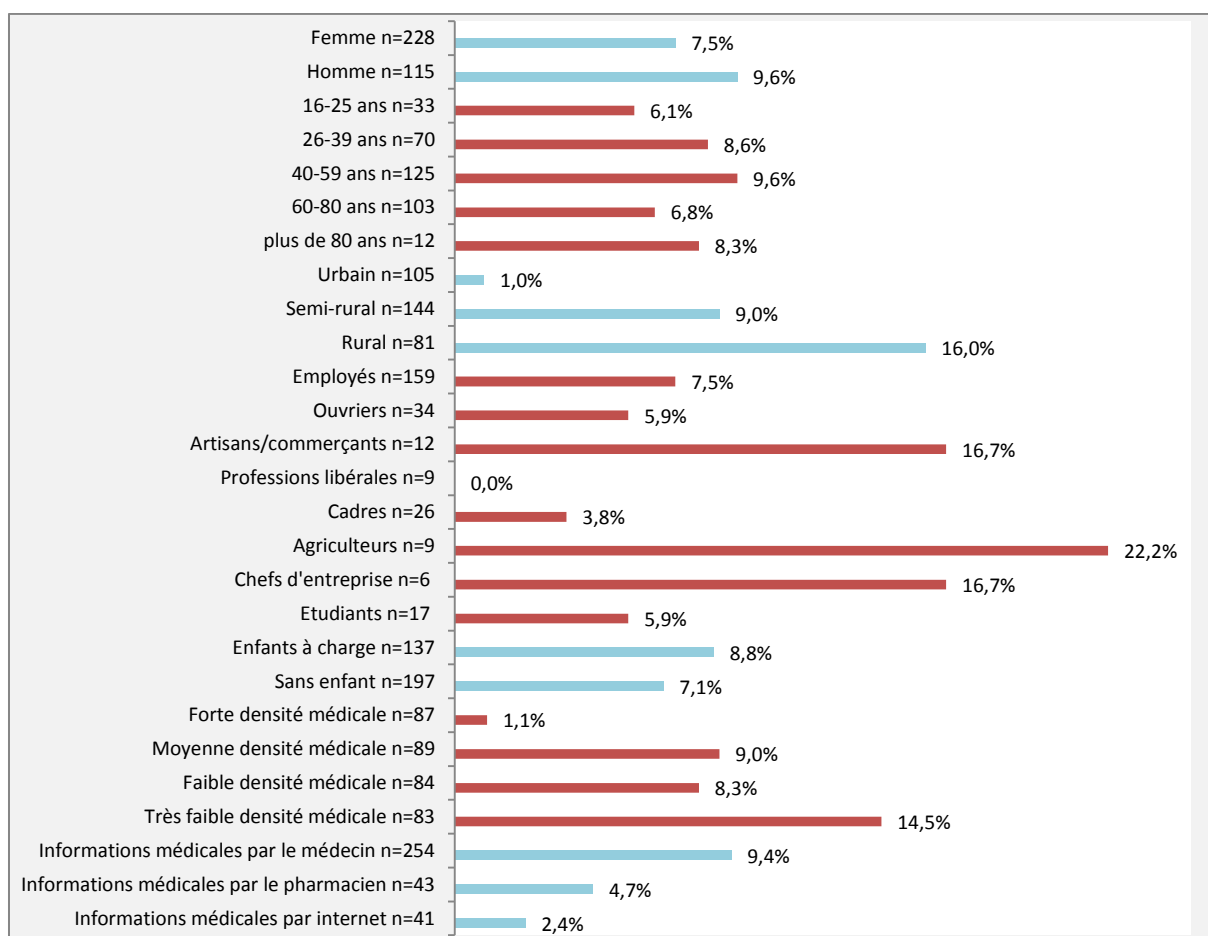


Figure 49 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin car c'était le seul disponible

8,20% des patients n'avaient choisi leur médecin que parce que c'était le seul disponible. Ce phénomène s'observait particulièrement en milieu rural et à très faible densité médicale ( $p=0,0030$  et  $p=0,0161$ ) et quasi inexistant en milieu urbain et de forte densité médicale ( $p=0,0011$  et  $p=0,0056$ )

Caractéristiques	p
Urbain	0,0011
Rural	0,0030
Agriculteurs	0,1618
Densité médicale forte	0,0056
Densité médicale très faible	0,0161
Informations médicales par le médecin	0,1418

Tableau XXXV – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour la modalité « seul disponible »

## e. Médecin successeur

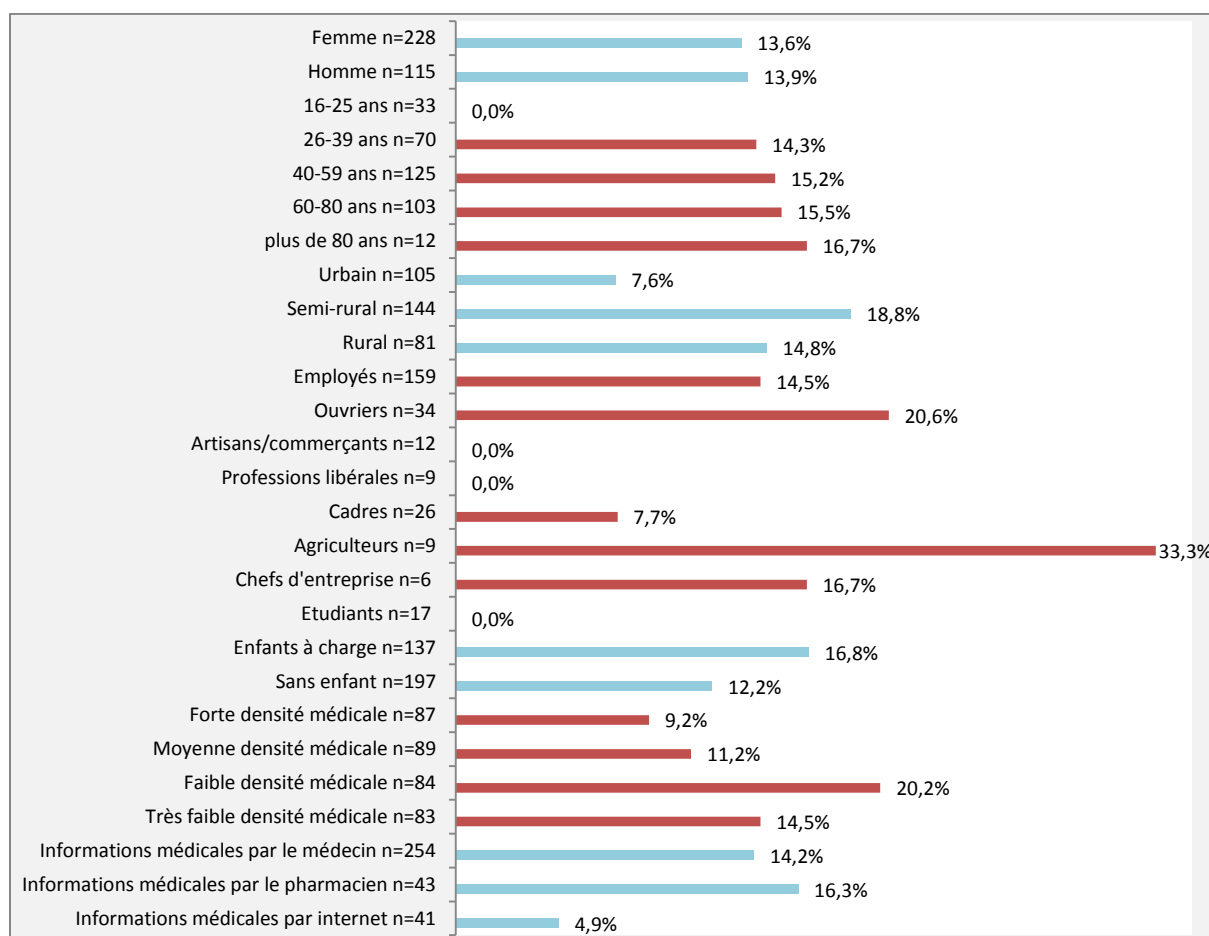


Figure 50 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi le médecin successeur de l'ancien médecin

13,70% des patients avaient choisi le successeur de leur ancien médecin, surtout en milieu semi-rural ( $p=0,0207$ ) et zone de densité médicale faible ( $p=0,0450$ ). Les 16-25 ans et les patients de milieu urbain semblaient moins concernés ( $p=0,0059$  et  $p=0,0295$ ).

Caractéristiques	p
16-25 ans	0,0059
Urbain	0,0295
Semi-rural	0,0207
Agriculteurs	0,1116
Densité médicale forte	0,1570
Densité médicale faible	0,0450
Informations médicales par internet	0,0799

Tableau XXXVI – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour la modalité « médecin successeur »

## f. Médecin de famille

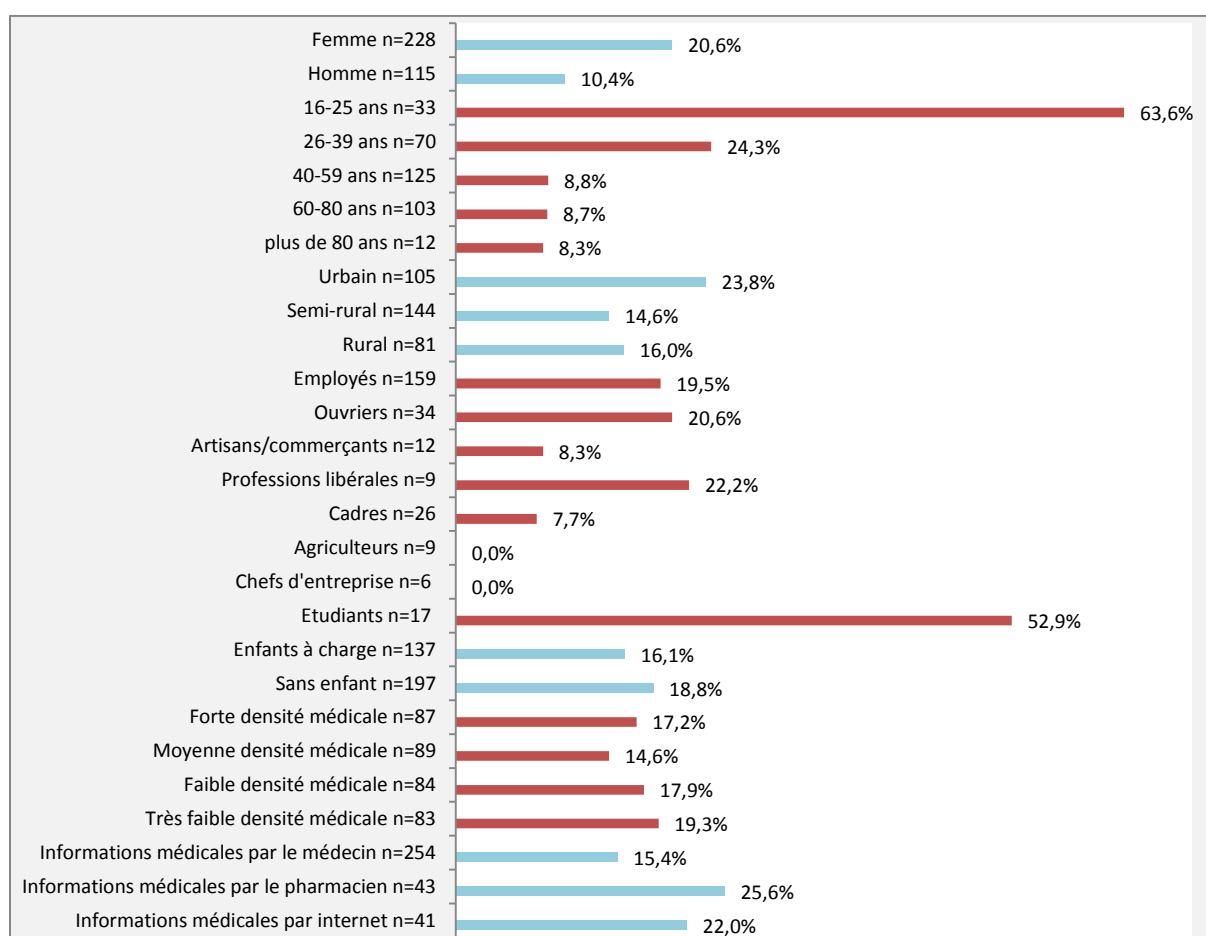


Figure 51 – Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi ou gardé leur médecin de famille

17,2% des patients avaient gardé leur médecin de famille. Il s'agit principalement des étudiants et des sujets de 16-25 ans ( $p=0,0000$ ). Les femmes semblaient plus concernées que les hommes ( $p=0,0183$ ), comme les patients de milieu urbain ( $p=0,0312$ ).

Caractéristiques	p
Femme	0,0183
16-25 ans	0,0000
26-39 ans	0,0783
Urbain	0,0312
Etudiants	0,0000
Agriculteurs	0,1788
Informations médicales par le pharmacien	0,1194

Tableau XXXVII – valeur du p par caractéristique lorsqu'une différence importante est observée pour la modalité « médecin de famille »

➤ Analyse de l'âge des patients en fonction de l'âge des médecins choisis

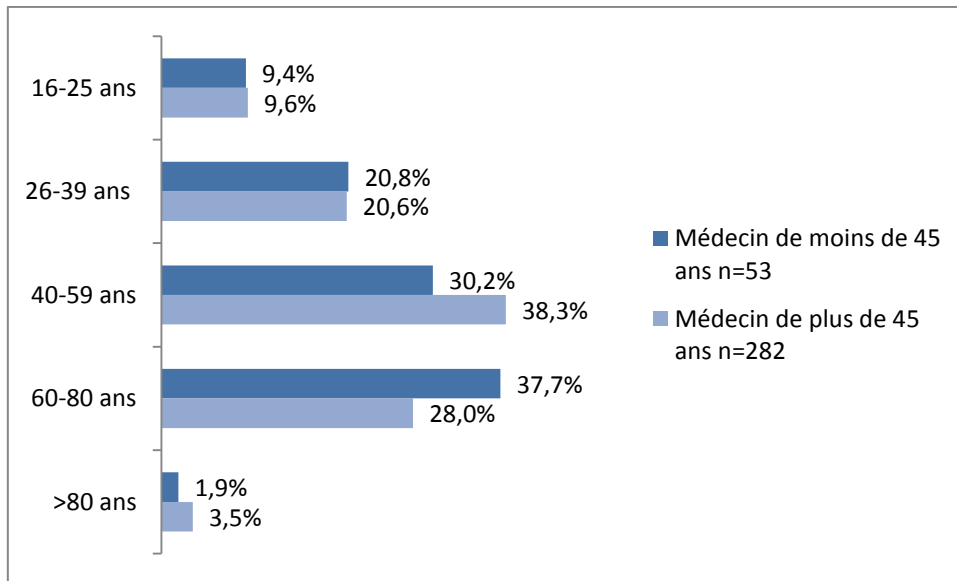


Figure 52 – Répartition des âges des patients selon l'âge de leur médecin

Il n'y a pas de différence ou de lien statistiquement significatif entre l'âge des patients et celui du médecin consulté.

Caractéristiques	p
16-25 ans	0,9745
26-39 ans	0,9753
40-59 ans	0,2619
60-80 ans	0,1546
> 80 ans	0,4580

Tableau XXXVIII – valeur du p par âge lorsqu'une différence est observée selon l'âge du médecin

## 2.5. Etude de la satisfaction du choix du médecin traitant actuel

La plupart des patients étaient satisfaits de leur choix (94,9%). 5,10% des patients interrogés se disaient non satisfaits, ce qui correspondait à 17 personnes seulement.

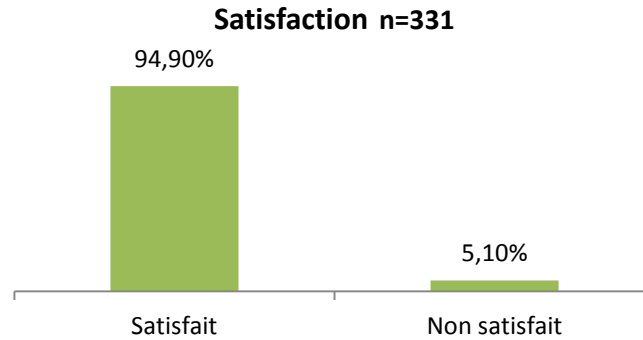


Figure 53 – Répartition des patients selon leur satisfaction

L'insatisfaction semblait liée aux modalités de choix initial du médecin traitant. Ainsi, plus d'un tiers des patients non satisfaits avait choisi leur médecin car c'était le seul disponible.

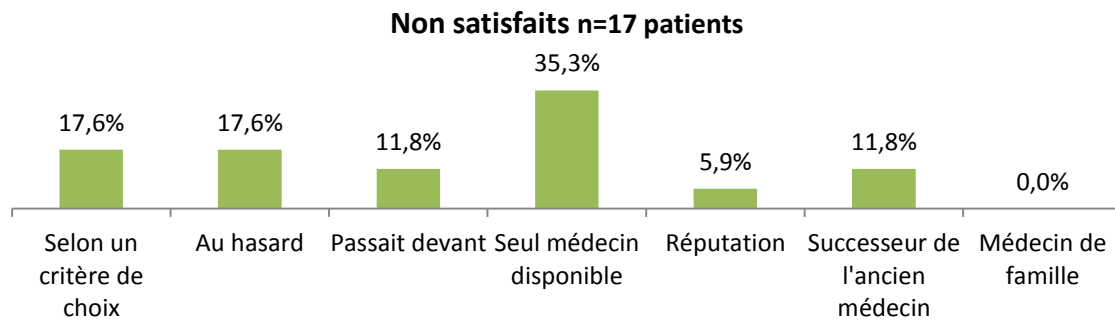


Figure 54 – Répartition des patients insatisfaits selon le critère de choix initial de leur médecin

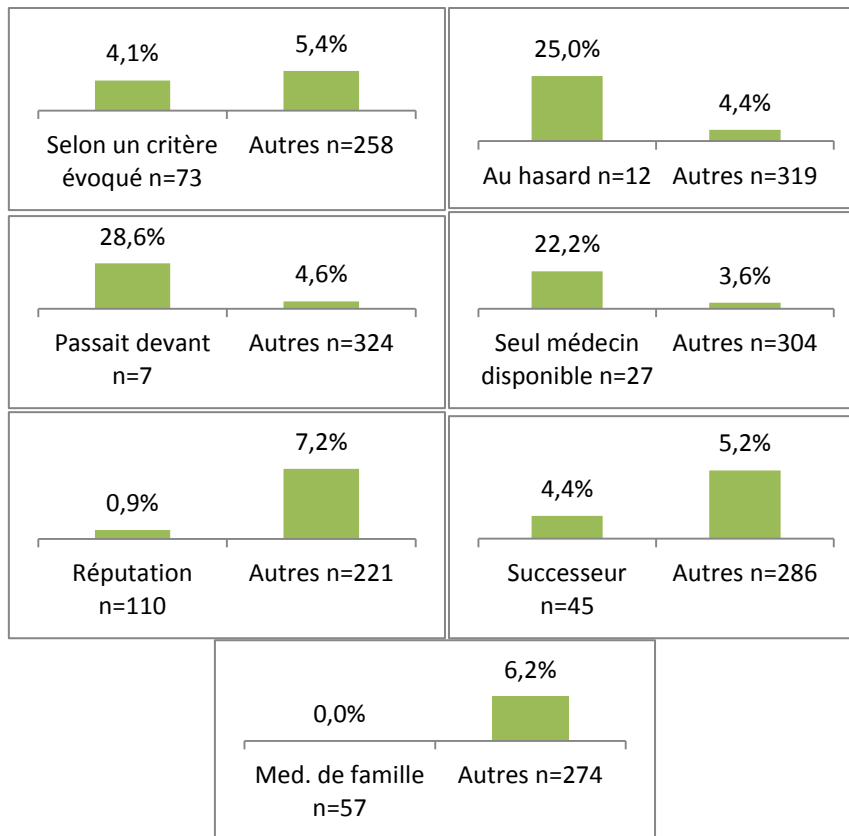


Figure 55 – Comparaison des taux de patients insatisfaits selon la modalité de choix initial

Les patients ayant choisi leur médecin au hasard, en passant devant le cabinet, ou parce qu'il s'agissait du seul médecin disponible semblaient plus souvent insatisfaits que les autres patients. En revanche, les patients qui ont choisi leur médecin traitant sur sa réputation étaient globalement plus satisfaits, et ceux qui ont choisi ou gardé leur médecin de famille étaient tous satisfaits. Il n'y avait pas de différence de satisfaction significative entre les patients ayant choisi leur médecin sur un critère de choix proposé en deuxième partie et les autres patients. Il en était de même pour ceux qui ont choisi le successeur de leur ancien médecin.

Caractéristiques	p
Selon un critère évoqué	0,4612
Au hasard	0,0186
Passait devant	0,0448
Seul médecin disponible	0,0000
Réputation	0,0139
Successeur	0,5859
Med. de famille	0,0368

Tableau XXXIX – valeur du p par critère de choix initial lorsqu'une différence est observée pour l'insatisfaction

## **2.6. Sondage sur l'utilité d'un site internet d'informations sur les médecins**

La plupart des patients (71,9%) ne considéraient pas utile l'existence d'un site internet d'informations pour choisir un médecin en connaissance de cause. 43,3% des 16-25 ans avaient reconnu l'utilité d'un tel site contre 26,3% des autres tranches d'âge ( $p=0,0491$ ). En revanche, il n'y avait pas de lien statistique entre la reconnaissance de l'utilité de ce type d'outil et l'insatisfaction, ou lorsque la source d'information principale était internet (respectivement  $p=0,4154$  et  $p=0,0935$ ).

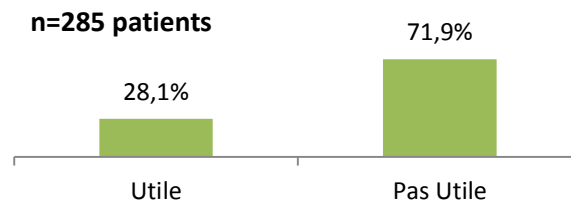


Figure 56 – Répartition de l'avis des patients sur l'utilité d'outil internet d'information sur les médecins

### **3. Discussion**

#### **3.1. Principaux résultats**

##### 3.1.1. Les critères de choix les plus importants

- Au terme de notre étude, nous pouvons dire que les critères de choix les plus importants sont principalement liés à la qualité de la relation médecin-malade et de la communication.

« La qualité de l'écoute, la compréhension et l'empathie » du médecin est de loin le critère le plus important. Il est essentiel pour plus de 76% des patients étudiés et c'est le critère de choix décisif le plus plébiscité (43,8% des patients étudiés). C'est le critère le plus fréquemment cité pour 20 caractéristiques sur 25. Par ailleurs, le manque d'écoute était le principal motif d'insatisfaction causant un changement de médecin.

C'est donc principalement la dimension humaine qui influe sur le choix du médecin traitant. Cela peut se comprendre car l'écoute du patient par le médecin est la base d'un interrogatoire bien mené, duquel découlera l'organisation de la consultation permettant d'aboutir au diagnostic et aux décisions thérapeutiques. Par ailleurs, dans notre société de plus en plus individualiste, où matérialisme et notion de performance prime sur les relations humaines, le cabinet du médecin généraliste peut être considéré comme un refuge, l'un des seuls lieux où l'on peut encore se confier, être écouté de manière sincère, et obtenir des réponses justes et désintéressées.

- Il y a une discordance entre les critères jugés essentiels dans le tableau et les critères de choix les plus importants ou décisifs.

En effet, les critères essentiels pour la plus grande majorité des patients sont principalement liés à la relation médecin-malade et la communication (dans l'ordre « l'écoute », la « sympathie », « l'annonce systématique de diagnostic », « la disponibilité », « le partage des décisions » puis le « contact avec les enfants »). Cependant, lorsqu'on demande au patient de sélectionner les 3 critères décisifs pour faire leur choix, la compétence médicale puis la disponibilité bouleversent ce classement en arrivant respectivement en deuxième position (34%) et troisième position (27,9%) derrière l'écoute, supplantant les autres critères

relationnels (« le partage des décisions », « la sympathie », et « le contact avec les enfants » qui n'est plus cité qu'à 6%). Ainsi, après l'« écoute », ce sont des critères technico-médicaux et organisationnels qui priment au moment d'effectuer ce choix pouvant refléter une certaine exigence de qualité des soins avant de faire le choix. Cette discordance s'explique par le défaut de compréhension déjà évoqué, les patients répondant ce qui est essentiel pour un médecin de manière générale, sans tenir compte de leur propre choix. Cela est intéressant car cela permet de distinguer les critères essentiels « du médecin idéal », et les critères les plus importants de choix qui sont plus pragmatiques.

On peut toutefois retenir que trois critères « relationnels » sont toujours cités plus fréquemment quel que soit le type de question : l'« écoute », la « sympathie » et le « partage des décisions ».

- Certains critères de choix sont plus importants selon les caractéristiques des patients.

L'étude des patients selon leurs caractéristiques a permis de montrer la diversité des attentes d'un patient à l'autre.

- ✓ Une exigence technico-médicale en milieu urbain et zone de forte densité médicale.

Les critères « compétence médicale » et « formation continue » sont plus importants en milieu urbain et l'examen clinique approfondi est plus important en zone de forte densité médicale. L'écoute y semble plus importante encore que dans les autres milieux. La tenue du médecin et la proximité géographique y importe peu. Par rapport aux autres milieux, ces priorités peuvent être le reflet d'une volonté de qualité des soins plus « acérée » quand il est plus facile de trouver un médecin.

- ✓ Une nécessité organisationnelle en milieu semi-rural et de densité médicale moyenne, et pour les jeunes.

Les critères « cabinet de groupe » en milieu semi-rural, et « horaires étendus », « consultations longues » en zone de moyenne densité médicale semblent plus importants. La ponctualité est un critère de choix plus important pour les 26-39 ans alors que l'examen approfondi leur importe peu. Cela peut s'expliquer par une gestion particulière du temps, par ces patients souvent actifs, à distance de leur lieu de travail ou de loisir, avec enfants à charge, et donc contraints d'effectuer plus de trajets et d'assumer le planning de leurs proches. Aussi,

on comprend que ces critères permettent un aménagement à la carte pour ces patients qui ont peu de temps pour consulter et qui souvent regroupent souvent les motifs de consultation pour une même personne ou pour plusieurs membres de la famille. Le critère « diplôme complémentaire » est également plus important pour cette catégorie, peut-être pour les mêmes raisons et la distance pour voir certains spécialistes.

- ✓ La dimension pratique du cabinet en milieu rural et zone de faible densité médicale.

La proximité géographique est plus importante en milieu rural et de faible densité médicale, certainement du fait du moindre choix de médecin et de la distance à parcourir pour consulter un autre confrère.

- ✓ Les critères de choix importants évoluent avec le temps et les époques.

Les patients de 26-39 ans, le plus souvent des femmes, et les patients avec enfants à charge, considèrent que le « contact avec les enfants » est un critère important de choix du médecin traitant. A l'inverse, ce n'est pas un critère de choix pour les patients de 40 à 80 ans. Les seniors de plus de 60 ans privilégient quant à eux des critères pratiques et techniques en lien avec leur âge, ou des critères relationnels que l'on retrouvait dans les études plus anciennes (10, 14) : la « possibilité de visite à domicile », la « prescription systématique d'une ordonnance », la « tenue vestimentaire correcte », la « sympathie ».

- ✓ Les critères de choix: une déformation professionnelle ?

Il est assez intrigant de constater un lien statistiquement significatif entre l'importance considérée pour un critère et la catégorie socioprofessionnelle. Par exemple, les cadres privilégient la « formation continue », les ouvriers accordent plus d'importance à l'« accessibilité », et les employés considèrent la « disponibilité » plus importante. De manière moins évidente, les agriculteurs semblent considérer avec plus d'importance les « consultations longues », pouvant refléter la qualité de leur travail lié au temps consacré aux animaux ou aux cultures. Le « recours rapide aux examens complémentaires » serait un critère plus important pour les professions libérales, chez qui les références, les expertises ou parfois les preuves sont essentielles pour exercer leurs responsabilités.

- ✓ Les sources d'informations médicales influent peu sur les critères de choix.

De nombreux sites Internet, officiels ou non, apportent à présent aux patients, de plus en plus demandeurs, des informations souvent précises sur les pathologies, les traitements, et même les examens cliniques et paracliniques. La référence reste toutefois le médecin pour 74,3% des patients, avant le pharmacien (12,6%) puis Internet (12%). Dans notre étude, la « formation médicale continue » peut être un critère de choix plus important pour les patients dont la source d'information médicale est le médecin, ce qui semble logique. Mais le contact avec les enfants serait statistiquement un critère de choix jugé plus important lorsque la source est le pharmacien. Il est difficile de conclure à une telle association dans la réalité.

### 3.1.2. Les modalités de choix du médecin traitant actuel

- Pour le choix de leur médecin actuel, les critères de choix jugés les plus importants n'ont pourtant été explicitement pris en compte que par moins d'un quart des patients.

Il y a une marge entre identifier ses critères de choix les plus importants et effectuer son choix. Seulement 22,2% des patients ont explicitement fait leur choix sur un critère de choix décisif. Dans cette population, la proximité géographique est le premier critère de choix réel du médecin traitant, prioritaire pour les 60-80 ans et en zone de très faible densité médicale, devant la compétence puis la qualité de l'écoute. C'est donc en réalité la praticité du cabinet qui prime sur les paramètres technico-médicaux, organisationnels et relationnels du médecin. Par ailleurs, une petite proportion de femmes avait choisi le médecin traitant parce qu'il s'agissait d'une femme.

- Le choix du médecin traitant implicitement éclairé pour la grande majorité des patients de l'étude.

La modalité principale de choix réel du médecin est la réputation sur conseil d'un proche ou d'un professionnel de santé (32,9%). Plus de 30% des patients ont choisi ou gardé leur médecin parce que c'est le successeur de l'ancien médecin ou le médecin de famille. D'une certaine manière, il s'agit de choix éclairés soit par constat soit par informations rapportées. Dans ces populations, le taux de patients insatisfaits est très bas voire nul. On peut donc

penser que les critères de choix les plus importants sont implicitement « présents » chez le médecin actuel. Ainsi, en associant les critères évoqués, 86% des patients ont fait un choix éclairé et sont majoritairement satisfaits.

- ✓ Le choix sur la réputation nettement plus fréquent en milieu urbain et en zone de forte densité médicale.

Pouvoir choisir sur la réputation est plus souvent un luxe des patients du milieu urbain où le nombre de médecin est pléthorique. La réputation est également le seul critère principal de choix des plus de 80 ans dans cette étude. En revanche, il est moins fréquent en milieu semi-rural, en zone de faible densité médicale et chez les jeunes de 26-39 ans.

- ✓ Le choix du médecin successeur est plus fréquent en milieu semi-rural et en zone de faible densité médicale.

Il est difficile de savoir si on peut parler de choix dans ce cas-là. Le taux de satisfaction étant dans une bonne moyenne, on peut penser que les critères les plus importants étaient présents chez le médecin successeur.

- ✓ Le médecin de famille reste le médecin des jeunes de 16-25 ans et des étudiants.

Ce résultat semble logique lorsqu'ils ont moins de 18 ans, mais aussi avant d'être totalement émancipés et d'avoir construit leur vie. Garder son médecin est un point de repère à un moment où des modifications de vie surviennent (adolescence, statut social, changement de lieu de vie, indépendance en cours d'acquisition...).

- Le choix du médecin traitant: des critères importants inconscients ou sous-évalués dans les réponses des patients.

- ✓ La proximité géographique est un critère très important mais peu explicité par les patients.

Si 50% des patients jugent essentiel la proximité géographique, seulement 14,7% en font un critère de choix décisif, et seulement 6% de la population totale étudiée ont choisi réellement leur médecin selon ce critère. Toutefois, la distance est la cause principale de changement du médecin traitant pour près 32% de la population de cette étude. Ce critère a donc forcément

participé au choix de leur nouveau médecin traitant et devient un critère principal de choix pour quasiment un tiers de la totalité des patients, au coude à coude avec la réputation.

- ✓ Sans être explicité dans cette étude, le sexe du médecin est important dans la réalité du choix du médecin traitant.

Le sexe est jugé « pas important » pour le choix du médecin traitant pour près de 65% des patients, et il n'est un critère de choix décisif que pour 0,9% des patients. Selon les réponses obtenues, le choix réel du médecin traitant parce qu'il s'agissait d'une femme ne concernait que 2,5% de la population totale, et 3,9% des femmes. Mais, si seulement 2 femmes avaient quitté leur médecin parce que c'était un homme, l'analyse des patientèles selon le sexe du médecin montre significativement que les femmes choisissent le plus souvent des médecins femmes, et les hommes le plus souvent des médecins hommes.

- ✓ La ponctualité est plus importante qu'elle en a l'air dans le choix du médecin traitant.

29,8% des patients considéraient la ponctualité comme essentielle et 58,1% « assez importante » seulement, alors que c'est le 6<sup>e</sup> critère le plus important au moment du choix (18%). Surtout, le manque de ponctualité est le deuxième motif d'insatisfaction responsable d'un changement de médecin traitant.

➤ Le choix initial non éclairé ou par défaut

Certains patients ont choisi leur médecin au hasard dans les pages jaunes, en passant devant le cabinet, ou parce que c'était le seul disponible. Représentant 14% des patients de l'étude, ils n'ont donc pas pris en considération leurs critères de choix les plus importants. On comprend que le taux de patients insatisfaits est significativement plus élevé dans ces populations.

- ✓ Le choix du seul médecin disponible (8,2%) est plus fréquent en milieu rural et de très faible densité médicale.
- ✓ Le choix au hasard ou en passant devant le cabinet (5,8%) concerne principalement les hommes et les seniors de 60 à 80 ans qui semblent donc moins sélectifs.

### 3.1.3. Utilité d'un outil internet d'information sur les médecins

Au Royaume-Uni, un site web du National Health Service (NHS), le NHS choice (22) met à disposition de nombreuses données, de statistiques et notations concernant les médecins généralistes ou les centres médicaux anglais permettant de choisir un médecin de manière éclairée et le plus objectivement possible. Des sites de notation « grand-public » des médecins sont proposés à la population des pays anglo-saxons (23). En France, hormis la publication d'un livre (13) avec grilles de notation, ou de conseils issus de revues grand public, il n'existe pas d'outil à disposition du patient pour choisir son médecin traitant. Dans notre étude, la majorité des patients (72%) de cette étude ne voit pas l'utilité d'un site d'information en ligne ou de notation des médecins afin d'effectuer leur choix de manière éclairée. Cela semble confirmer que le choix de leur médecin était éclairé. Si 28% des patients en voient l'utilité, il n'y a pourtant pas de lien avec le degré d'insatisfaction ou lorsque la source d'information médicale est internet. En revanche, ce sont les jeunes de 16-25 ans qui trouveraient utile ce type d'outil. En miroir avec les propos de Valérie Brouchoud, présidente de Doctissimo, rapportés dans le Quotidien du médecin d'octobre 2014 (ANNEXE 9), on peut donc légitimement se demander si ce genre de site est l'avenir des modalités de choix du médecin en France.

### **3.2. Analyse critique des méthodes et des biais**

Outre la taille de l'échantillon, et un taux de réponse assez fort (343 sur 400 questionnaires soit 85,75%), la force de notre étude est la diversité de la population étudiée. En ciblant des cabinets de milieux et densités médicales différentes, nous avons obtenu un grand nombre de caractéristiques des patients étudiés.

La deuxième partie du questionnaire a d'abord permis aux patients de classer les critères, procédé déjà été utilisé dans une étude anglaise (10) et dans la thèse de Carole GRUNY en 2011. Le questionnaire sous forme de tableau avec échelle à 4 positions pouvait permettre au patient de répondre le plus simplement et spontanément possible. Cette échelle était également intéressante car elle présentait l'avantage d'être plus discriminante qu'une échelle à deux positions (Important-Pas important) et plus polarisante qu'une échelle à 3 positions (Important-Peu important-Pas Important) (20).

Grâce au test du questionnaire, nous avons vu que cette classification montrait que les critères jugés essentiels ne correspondaient pas toujours aux critères de choix. C'est en désignant les 3 critères de choix décisifs que les patients ont identifié les critères les plus importants. Une étude internationale avait utilisé ce type de stratégie pour définir les priorités de 3540 patients européens dans leurs attentes vis-à-vis de la médecine générale : il s'agissait de classer 40 critères, regroupés en plusieurs sections, de « pas important du tout » à « le plus important » afin de préciser leurs principales attentes dans un premier temps, puis dans un deuxième temps de sélectionner les 4 plus importants de chaque section. Dans un troisième temps, les patients devaient sélectionner leurs 3 critères prioritaires toutes sections confondues (21). Pour notre étude, cette dernière étape a été la clé pour identifier avec certitude les critères de choix les plus importants. Elle a permis également de dégager des priorités selon les caractéristiques des patients.

Un système de notation de chaque critère aurait pu être choisi et permis de quantifier directement l'importance de chaque critère par une note moyenne et non pas par le pourcentage de patient, et probablement simplifier l'analyse statistique. Mais cela implique un processus de réflexion qui peut être compliqué pour certains patients en salle d'attente du fait de leur âge ou capacité intellectuelle (20). En outre, la dérive possible de cette notation pour le patient aurait été l'impression voire la tentation naturelle de noter son médecin. Par ailleurs, cela n'aurait pas permis de lever le problème d'une bonne notation d'un critère sans pour autant qu'il participe réellement au choix.

Notre étude a permis d'étudier un grand nombre de données et une grande diversité de caractéristiques de patients afin de déterminer les critères principaux du choix de médecin traitant. Pourtant, il existe indéniablement plusieurs biais :

- Biais de sélection : il existe un biais de recrutement

Pour faciliter la distribution et le recueil des questionnaires, nous avons choisi de réaliser cette étude auprès des patients en salle d'attente. Nous avons donc exclu une partie de la population qui ne peut pas se déplacer, en particulier les patients âgés et les patients des maisons de retraite. Ce biais a limité nombre de patients de plus de 80 ans.

- Biais de classement : il existe un biais de prévarication

Le risque de ce type de questionnaire est qu'il soit compris comme une évaluation ou une notation du médecin traitant. Bien que l'anonymat et la confidentialité étaient certifiés, il était

d'une part difficile de connaître la sincérité des réponses, et d'autre part difficile de savoir si les patients qui ont refusé de répondre aux questionnaires craignaient de révéler ce qu'il pense de leur médecin.

Concernant les objectifs secondaires, qui ont permis de dégager des tendances, les résultats sont à considérer avec mesure. Malgré la taille de l'échantillon, certaines caractéristiques des patients étaient peu nombreuses dans l'étude (les plus de 80 ans, artisans/commerçants, professions libérales, agriculteurs et chefs d'entreprise). Il nous a semblé important de dégager des tendances sans regrouper des caractéristiques qui n'ont rien à voir entre elles. Il serait intéressant d'effectuer le même type d'étude avec un échantillon encore plus grand pour confirmer ces tendances.

### **3.3. Comparaison avec les autres travaux**

Les critères les plus importants diffèrent d'une étude à l'autre. Cela est probablement lié à des différences de méthodologie et d'époque de réalisation de l'étude. L'intérêt de cette thèse est d'avoir en partie repris les méthodologies de Christopher J. Salisbury (10), de la thèse d'Anne-Carole GRUNY (2011), et de l'étude de Richard Grol *et al.* (21), pouvant permettre une comparaison plus aisée.

Ainsi, sur une liste de 12 à 29 critères, la sympathie, l'organisation du cabinet et la disponibilité étaient plus importants que la compétence en 1989 (10) en Angleterre ; les trois critères les plus importants étaient le temps d'écoute, la disponibilité et la confidentialité en Angleterre en 1999 (21), alors qu'il s'agissait de la compétence suivie de l'écoute et l'examen clinique approfondi dans la thèse d'AC. GRUNY en 2011. Le résultat de notre étude rappelle plutôt celui d'une autre étude de 2005 (24) incluant un focus group et puis une phase quantitative avec questionnaire. Elle a montré que les 3 critères les plus importants étaient dans l'ordre la qualité d'écoute, de compréhension puis l'empathie avant le partage des décisions.

Concernant les critères ou modalités de choix initial du médecin traitant actuel, des études anglaises avaient montré que le choix du médecin traitant se faisait principalement sur la proximité géographique bien devant la réputation (10,11). Selon un abstract d'une étude anglo-saxonne parue en juin 2014 (25), la compétence et l'écoute sont des critères jugés importants, mais pour choisir leur médecin les patients privilégiaient la proximité

géographique. La thèse d'Anne-Carole GRUNY a montré en 2011 que le choix du médecin traitant s'était fondé sur « sa réputation par le biais du bouche à oreille », devant « la proximité géographique ». Cependant, les populations étudiées, ne concernaient qu'un cabinet en milieu urbain de cinq médecins et ne comprenaient pas d'agriculteur. Notre étude confirme que la réputation était le premier critère du choix du médecin actuel, mais le médecin de famille ou successeur de l'ancien médecin précède la proximité.

Notre étude rejoint la thèse d'AC. GRUNY et l'étude anglaise de Salisbury C.J. (10) qui montraient que les femmes préfèrent plus souvent un médecin femme, et les hommes préfèrent un médecin homme. En revanche, il n'y a pas dans notre étude de lien entre l'âge des patients et celui des médecins, certainement parce que les cabinets de l'étude comprenaient quasiment tous des médecins de plus de 45 ans. Les patients jeunes et étudiants gardent leur médecin de famille dans toutes les études précitées.

Dans un article de 2005, A. Coulter (14) cite une revue de littérature britannique de Wensing et al, qui montrait une évolution notable de l'attente vis-à-vis du médecin généraliste puisque le critère le plus important pour les anglais entre 1966 et 1995 était la sympathie et l'humanité, alors qu'en 2008 la priorité se portait sur la qualité de l'examen clinique et la coordination des soins (9). De manière générale, on constate une évolution des priorités dès l'aube du 21<sup>e</sup> siècle parallèlement à l'évolution du statut du patient. En effet, le modèle paternaliste de nos aînés plaçait le médecin comme un détenteur unilatéral des connaissances, notamment de savoir ce qui était bon pour le patient : c'était le principe de bienfaisance. Le médecin était donc naturellement considéré comme compétent et seule la sympathie ou des critères organisationnels faisaient la différence. Dans les années 90, la modification des droits du patient, la notion de consentement, et le principe d'autonomie qui en découle impliquent une volonté croissante par les patients de participer activement dans les décisions médicales. Autrement dit, la confiance « aveugle » fait place à la confiance « justifiée ». Cela sous-entend la nécessité de disponibilité du médecin, puis de qualité d'écoute, de compréhension, d'explications avec partage des décisions en 2005 (14). Cela passe par une volonté de compétence médicale et des examens cliniques approfondis en 2008 (9). Le critère de choix « compétence médicale » émerge chez les patients à partir du moment où ils ont le droit de décider pour leur santé à condition qu'on leur ait apporté les bonnes informations. Dès lors, tant du point de vue des médecins que des patients, on se rapproche d'une volonté de médecine prestataire d'un service de qualité fondée sur les preuves scientifiques (EBM). En parallèle, la médecine générale est confrontée d'une part à la constante évolution de la

médecine qui est de plus en plus pointue, faisant appel à la haute technologie, des examens complémentaires plus performants, des traitements plus complexes, et d'autre part à l'évolution de la société qui est devenue de plus en plus informée, de plus en plus exigeante, de plus en plus consumériste. La médecine peut ainsi devenir technique et un service de consommation comme un autre, malmenant parfois la relation médecin-patient et la confiance envers les médecins. Dans ce contexte, c'est pourtant toujours la dimension humaine qui prime pour faire le choix du médecin traitant: l'écoute et la compréhension du médecin sont la nécessaire première étape d'un processus qui permettra au patient de participer à la décision à la fin de la consultation. On peut aussi dans ce sens comprendre que c'est le critère de choix le plus important dans notre étude, bien avant la compétence et la disponibilité.

## **CONCLUSION**

Le choix du médecin traitant peut être complexe pour les patients. Il est en effet le fruit de plusieurs modalités : d'abord d'un idéal, de priorités, puis finalement d'une réalité qui s'impose, parfois de manière inconsciente ou naturelle. Nous avons montré que l'importance des principaux critères de choix évolue selon chacune de ces modalités.

Ainsi, si les principales attentes des patients sont liées à la qualité de la relation médecin-malade, la compétence et la disponibilité sont les plus importantes au moment du choix après la qualité de l'écoute. Ces conclusions sont semblables à des études antérieures. Par ailleurs notre étude a montré une grande diversité des attentes d'un patient à l'autre en mettant en évidence des différences selon les caractéristiques des patients, notamment le milieu de vie, ce qui est inédit. Devant cette diversité, il serait intéressant de savoir comment les patients, selon leurs caractéristiques, définissent la qualité de l'écoute et la compétence.

D'autre part, le choix du médecin actuel est le plus souvent éclairé, principalement sur la réputation, ce qui contribue à une forte satisfaction et sous-entend que les critères les plus importants, l'écoute, la compréhension et l'empathie, font partie des qualités de médecin. S'il a été fait au hasard ou lorsqu'il s'agissait du seul médecin disponible, plutôt en milieu rural, le taux d'insatisfaction était plus élevé. Nous avons aussi déterminé des critères importants, mais non explicités, comme la proximité géographique et le sexe du médecin traitant qui influencent le choix de manière évidente.

Nous pouvons retenir qu'en plaçant l'écoute, la compréhension et l'empathie sur la première marche du podium, c'est la dimension humaine qui est la plus importante et prioritaire. C'est sur cette base essentielle, éjectant en touche la bienfaisance de nos aînés, que peut s'instaurer la confiance et la maîtrise de leurs problématiques par le médecin, puis par les patients qui peuvent alors devenir acteurs de leur prise en charge. Sans oublier l'importance des compétences technico-médicales, propres à toute discipline médicale, les patients nous rappellent que l'écoute est le fondement de la médecine générale, ce qui rend cette dernière si particulière et en fait une spécialité à part entière et irremplaçable.

Or, si l'acquisition des compétences médicales et techniques sont le quotidien du cursus des étudiants en médecine, si la recherche devient une priorité pour les facultés de médecine en réponse à l'exigence sociétale de certitudes scientifiques faisant du médecin un ingénieur de

la santé, y compris en médecine générale, qu'en est-il de l'apprentissage de l'écoute d'abord, puis de l'interprétation des paroles, des gestes, des attitudes des patients dans un contexte particulier permettant une bonne compréhension des problèmes qu'ils soient médicaux ou psychologiques, et finalement de l'empathie ? On parle facilement de « vocation » pour expliquer la présence de ces qualités chez une personne. Mais la vocation est-elle innée ou peut-on l'acquérir ou l'améliorer ? Les bases de psychologie enseignées à la faculté de médecine, parfois utiles en consultation, sont souvent éloignées des problématiques complexes médico-psycho-sociales individuelles qu'on rencontre en médecine générale. De même, les sciences humaines uniquement enseignées dans les premières années de médecine sont indispensables, mais oubliées ou peu applicables en consultation. Il semble pour l'instant que ce soit sur le terrain que la qualité de l'écoute et la compréhension peuvent être développées, car ce sont bien les patients qui nous l'enseignent. Il pourrait donc être intéressant de faire une étude qualitative auprès des patients pour savoir quels paramètres (physiques, organisationnels, anticipation, compréhension, conclusions...) du médecin influent sur le sentiment d'être écouté ou compris selon les caractéristiques des patients, afin de les améliorer (temps, attitudes...) voire de repenser complètement la consultation en terme de temps et de rémunération.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française n°190 publiée le 17 août 2004
2. SFMG Le patient et son généraliste « médecin traitant » Plaquette d'Information aux patients - Septembre 2010.
3. Améli.fr Le dispositif du médecin traitant. [En ligne] disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant.php> - site consulté en mars 2014
4. Moreau A, Boussageon R, Girier P et al. Efficacité thérapeutique de «l'effet médecin» en soins primaires. Presse Med 2006 ; 35 (6) : 967-73.
5. Bachelot R. Réponses au défi de la démographie médicale : discours de Roselyne Bachelot du 08 février 2008. [En ligne] disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours\\_demographie\\_medicale\\_080208.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_demographie_medicale_080208.pdf) - site consulté le 7 juin 2014
6. Bonnefoy Vincent et Gicquaud Nicole. Vendée : 240 000 habitants supplémentaires d'ici 2040. [En ligne] disponible sur [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=16922](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=16922) - site consulté le 7 juin 2014
7. Williams S, Weinman J, Dale J and Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Family Practice 1995; 12: 193-201.
8. Javid Hamid Farooqi - M.B.B.S, DFM, MFM - Monash Department of Primary Health Care, Middle East Journal of Family Medicine, 2005; Vol. 3 (3) Patient Expectations of General Practitioner Care, Focus Group Discussion and Questionnaire Survey in an Urban Primary Health Centre, Abu Dhabi - UAE.
9. Sudeh Cheraghi-Sohi, Arne Risa Hole, Nicola Mead, Ruth McDonald, Diane Whalley, Peter Bower, Martin Roland. What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. Annals of family medicine; VOL. 6, NO. 2; p107-115 March/April 2008
10. Christopher J. Salisbury. How Do People Choose Their Doctor? BMJ: British Medical Journal - Vol. 299, No. 6699 (Sep. 2, 1989), pp. 608-610
11. Billingham, B and Whitfield, M "Why do Patients Change their General Practitioner? A Postal Questionnaire Study of Patients in Avon", British Journal of General Practice, August 1993

12. Moreau A., Dedianne MC., Sarrassat L., Hauzanneau P., Labarère J., Terra JL. - Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients -Étude qualitative par la méthode du focus group - LA revue du praticien – Médecine générale. Tome 18. N° 674/675 du 20 décembre 2004.
13. Doubovetzky Jean. Comment choisir son médecin ? Paris, Balland, 2000. 1 vol in-8, 415 pp
14. Coulter A. What do patients and the public want from primary care? BMJ. 2005 Nov 19;331(7526):1199-201.Review
15. <http://www.insee.fr/fr> -site consulté le 14 juin 2014
16. INSEE. Le Zonage en Aire Urbaines. [En ligne] disponible sur [http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/processus\\_actualisation\\_au.htm#revision](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/processus_actualisation_au.htm#revision) –site consulté le 14 juin 2014
17. INSEE Pays de la Loire - Le zonage en aires urbaines 2010 : en Pays de la Loire, les villes tissent leur toile toujours plus loin - Octobre 2011. [En ligne] disponible sur [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes98/etudes98](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes98/etudes98) - site consulté le 14 juin 2014
18. INSEE Pays de la Loire - Bassins de vie 2012 en Pays de la Loire : la difficile course à l'équipement du périurbain – Décembre 2012. [En ligne] disponible sur [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes112/etudes112](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes112/etudes112) - site consulté le 15 juin 2014
19. Rault JF, Le Breton-Lerouillois G, La démographie médicale en région Pays de la Loire- Situation en 2013 [En ligne] Disponible sur le site du CNOM [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays\\_de\\_la\\_loire\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013.pdf) - site consulté le 18 juin 2014
20. Maisonneuve Hubert, Fournier Jean-Pascal. Construire une enquête et un questionnaire. e-respect(2) Oct-Nov 2012 : 15-21.
21. Richard Grol, Michel Wensing, Jan Mainza, Pedro Ferreirab, Hilary Hearnshawc, Per Hjortdahld, Frede Olesena, Mats Ribackee, Tomi Spenserf, Joachim Szécsényig and Paper prepared by the European Task Force on Patient Evaluations of General Practice. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Family Practice (1999) 16 (1): 4-11.
22. [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) –site consulté en mars 2014

23. [www.ratemds.com](http://www.ratemds.com) – site consulté en mars 2014
24. Javid Hamid Farooqi, Patient Expectations of General Practitioner Care Focus Group Discussion and Questionnaire Survey in an Urban Primary Health Centre, Abu Dhabi - UAE. (A pilot study) - Middle East Journal of Family Medicine, 2005; Vol. 3 (3)
25. Smith M, O'Donoghue K. PA.20 What do patients want in their Doctor? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014 Jun;99 Suppl (Abstract)

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la population selon le sexe

Figure 2 : Répartition de la population selon l'âge

Figure 3 : Répartition de la population selon les catégories socioprofessionnelles

Figure 4 : Répartition de la population selon le milieu de vie

Figure 5 : Répartition de la population selon la densité médicale

Figure 6 : Répartition de la population selon les sources à d'information médicale

Figure 7 : Répartition de la population selon la présence d'enfants à charge

Figure 8 : Répartition de la population selon la durée de suivi

Figure 9 : Répartition de la population selon le sexe des médecins

Figure 10 : Répartition de la population selon l'âge des médecins

Figure 11 : Répartition de la population selon les raisons du dernier changement de médecin

Figure 12 : Causes d'insatisfaction

Figure 13 : Répartition des critères jugés essentiels (en pourcentage de patients)

Figure 14 : Répartition des critères de choix les plus importants (en pourcentage de patients)

Figure 15 : Répartition des critères de choix les plus importants selon le sexe des patients

Figure 16 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les 16-25 ans

Figure 17 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les 26-39 ans

Figure 18 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les 40-59 ans

Figure 19 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les 60-80 ans

Figure 20 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les plus de 80 ans

Figure 21 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients en milieu urbain

Figure 22 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients en milieu semi-rural

Figure 23 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients en milieu rural

Figure 24 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les employés

Figure 25 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les ouvriers

Figure 26 : Répartition des critères de choix les plus importants selon artisans/commerçants

Figure 27 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients exerçant une profession libérale

Figure 28 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les cadres

Figure 29 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les agriculteurs

Figure 30 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les chefs d'entreprise

Figure 31 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les étudiants

Figure 32 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients avec enfants à charge

Figure 33 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de forte densité médicale

Figure 34 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de moyenne densité médicale

Figure 35 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de faible densité médicale

Figure 36 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients de zone de très faible densité médicale

Figure 37 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients dont la première source d'information médicale est le médecin

Figure 38 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients dont la première source d'information médicale est le pharmacien

Figure 39 : Répartition des critères de choix les plus importants selon les patients dont la première source d'information médicale est internet

Figure 40 : Répartition des critères du choix initial du médecin traitant actuel

Figure 41 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin sur sa réputation

Figure 42 : Répartition des patients selon les critères déjà évoqués

Figure 43 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin pour la proximité géographique

Figure 44 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin parce que c'est une femme

Figure 45 : Répartition des femmes et des hommes selon le sexe des médecins

Figure 46 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin sur sa compétence

Figure 47 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin sur sa qualité d'écoute

Figure 48 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin au hasard ou en passant devant le cabinet

Figure 49 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi leur médecin car c'était le seul disponible

Figure 50 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi le médecin successeur de l'ancien médecin

Figure 51 : Répartition des caractéristiques des patients qui ont choisi ou gardé leur médecin de famille

Figure 52 : Répartition des âges des patients selon l'âge de leur médecin

Figure 53 : Répartition des patients selon leur satisfaction

Figure 54 : Répartition des patients insatisfaits selon le critère de choix initial de leur médecin

Figure 55 : Comparaison des taux de patients insatisfaits selon la modalité de choix initial

Figure 56 : Répartition de l'avis des patients sur l'utilité d'outil internet d'information sur les médecins

## Liste des tableaux

Tableau I –Taux de Participation par cabinet

Tableau II –Taux de questionnaires analysés par cabinet

Tableau III – Evaluation de l'importance de chaque critère par les patients (en pourcentage de patients)

Tableau IV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre femme et homme

Tableau V – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 16-25 ans et les autres générations

Tableau VI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 26-39 ans et les autres générations

Tableau VII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 40-59 ans et les autres générations

Tableau VIII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les 60-80 ans et les autres générations

Tableau IX – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les plus de 80 ans et les autres générations

Tableau X – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre le milieu urbain et les autres milieux

Tableau XI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre le milieu semi-rural et les autres milieux

Tableau XII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre le milieu rural et les autres milieux

Tableau XIII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les employés et les autres catégories

Tableau XIV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les ouvriers et les autres catégories

Tableau XV – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les artisans/commerçants et les autres catégories

Tableau XVI – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les professions libérales et les autres catégories

Tableau XVII – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les cadres et les autres catégories

Tableau XVIII– valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les agriculteurs et les autres catégories

Tableau XIX – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les chefs d'entreprises et les autres catégories

Tableau XX – valeur du p par critère lorsqu'une différence importante est observée entre les étudiants et les autres catégories

Tableau XXI – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre les patients avec enfants à charge et les autres

Tableau XXII – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre forte et autres densités médicales

Tableau XXIII – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre moyenne et autres densités médicales

Tableau XXIV – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre faible et autres densités médicales

Tableau XXV – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre très faible et autres densités médicales

Tableau XXVI – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre médecin et autres sources d’informations médicales

Tableau XXVII – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre pharmacien et autres sources d’informations médicales

Tableau XXVIII – valeur du p par critère lorsqu’une différence importante est observée entre internet et autres sources d’informations médicales

Tableau XXIX – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour la réputation

Tableau XXX – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour la proximité géographique

Tableau XXXI – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour le critère « médecin femme »

Tableau XXXII – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour le critère « compétence »

Tableau XXXIII – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour le critère « écoute »

Tableau XXXIV – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour le choix au hasard ou en passant devant le cabinet

Tableau XXXV – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour la modalité « seul disponible »

Tableau XXXVI – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour la modalité « médecin successeur »

Tableau XXXVII – valeur du p par caractéristique lorsqu’une différence importante est observée pour la modalité « médecin de famille »

Tableau XXXVIII – valeur du p par âge lorsqu’une différence est observée selon l’âge du médecin

Tableau XXXIX – valeur du p par critère de choix initial lorsqu’une différence est observée pour l’insatisfaction

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Matériel et méthodes .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Population étudiée .....</b>	<b>12</b>
1.1.1. Sélection des lieux de l'étude .....	12
a. Milieux urbains, semi-ruraux et ruraux .....	12
b. La démographie des médecins généralistes en Vendée.....	14
c. Sélection des villes et cabinets de l'étude .....	15
1.1.2. Sélection des patients étudiés .....	16
<b>1.2. Le questionnaire .....</b>	<b>17</b>
1.2.1. Elaboration .....	17
a. Première partie .....	17
b. Deuxième partie .....	17
c. Troisième partie.....	18
d. Quatrième partie.....	18
1.2.2. Distribution et recueil des questionnaires.....	18
<b>1.3. Analyse statistique.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Résultats.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1. Caractéristiques de la population étudiée .....</b>	<b>21</b>
2.1.1. Sexes.....	21
2.1.2. Ages.....	21
2.1.3. Catégories socioprofessionnelles.....	22
2.1.4. Milieux de vie des patients .....	22
2.1.5. Densités médicales du lieu des cabinets .....	23
2.1.6. Source d'informations médicales .....	23
2.1.7. Enfants à charge .....	24
2.1.8. Durée de suivi.....	24
2.1.9. Sexe des médecins.....	24
2.1.10. Age des médecins .....	25
2.1.11. Raisons du dernier changement de médecin traitant .....	25
<b>2.2. Critère de jugement principal : détermination des critères de choix les plus importants selon les patients .....</b>	<b>27</b>
2.2.1. Première étape : évaluation de l'importance de chaque critère proposé.....	27
2.2.2. Deuxième étape : sélection des critères de choix les plus importants .....	30

<b>2.3. Etudes selon les caractéristiques des patients</b> .....	<b>31</b>
2.3.1. Répartition des critères de choix les plus importants selon les caractéristiques des patients .....	31
a. Le sexe .....	31
b. Les âges.....	32
c. Les milieux de vies.....	37
d. Les catégories socioprofessionnelles.....	40
e. Les patients avec enfants à charge .....	48
f. Les densités médicales .....	49
g. Les sources d'information médicale.....	53
2.3.2. Impact des caractéristiques sur le choix des critères décisifs .....	56
a. Les critères décisifs pratiques du cabinet .....	56
b. Les critères décisifs organisationnels .....	56
c. Les critères décisifs technico-médicaux.....	56
d. Les critères décisifs relationnels .....	57
<b>2.4. Le choix initial du médecin traitant actuel</b> .....	<b>58</b>
2.4.1. Répartition des modalités du choix du médecin traitant actuel .....	58
a. La réputation .....	59
b. Le choix initial selon des critères particuliers .....	60
c. Au hasard et en passant devant le cabinet .....	66
d. Seul disponible .....	67
e. Médecin successeur.....	68
f. Médecin de famille.....	69
<b>2.5. Etude de la satisfaction du choix du médecin traitant actuel</b> .....	<b>71</b>
<b>2.6. Sondage sur l'utilité d'un site internet d'informations sur les médecins</b> .....	<b>73</b>
<b>3. Discussion</b> .....	<b>74</b>
<b>3.1. Principaux résultats</b> .....	<b>74</b>
3.1.1. Les critères les plus importants .....	74
3.1.2. Les modalités de choix du médecin traitant actuel.....	77
3.1.3. Utilité d'un outil internet d'information sur les médecins.....	80
<b>3.2. Analyse critique des méthodes et des biais</b> .....	<b>80</b>
<b>3.3. Comparaison avec les autres travaux</b> .....	<b>82</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>87</b>

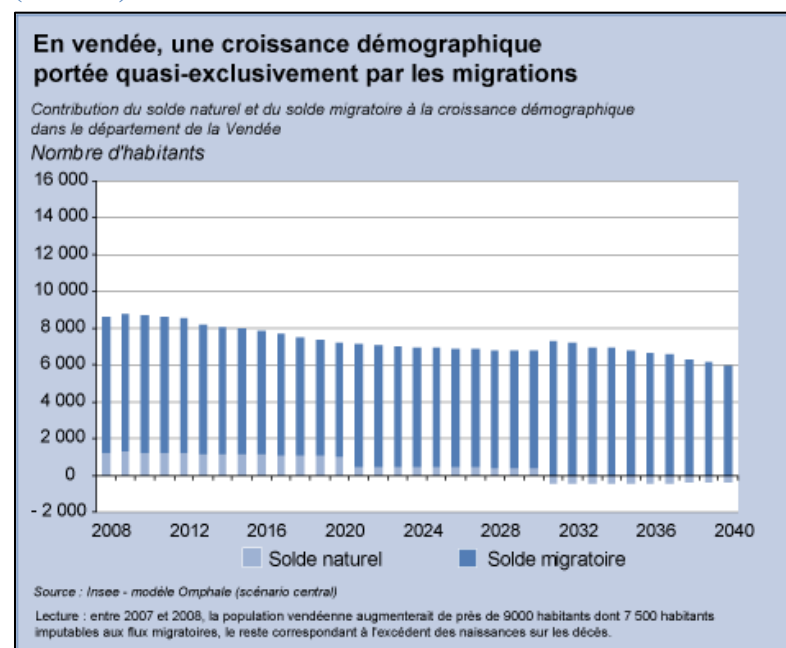
<b>Liste des figures .....</b>	<b>90</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>93</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>98</b>
ANNEXE 1 – Le département de la Vendée (85) .....	98
ANNEXE 2 - La croissance démographique vendéenne est lié au flux migratoire .....	99
ANNEXE 3 – Les flux migratoires entre la Vendée et les autres départements entre 2007 et 2012 .....	100
ANNEXE 4 - Le zonage en aires urbaines (ZAU) de la Vendée .....	101
ANNEXE 5 - Les 3 catégories d'équipements des bassins de vie .....	102
ANNEXE 6 - Les bassins de vie de Vendée en 2012.....	103
ANNEXE 7 - La démographie des médecins généraliste par bassin de vie des lieux sélectionnés	104
ANNEXE 8 - Le questionnaire.....	106
ANNEXE 9 - Article paru le 02/10/2014 dans le Quotidien du Médecin .....	111

## ANNEXES

### ANNEXE 1 – Le département de la Vendée (85) (carte issue du site <http://lesourcierduweb.xyz/85-la-vendee-en-ligne,138>)



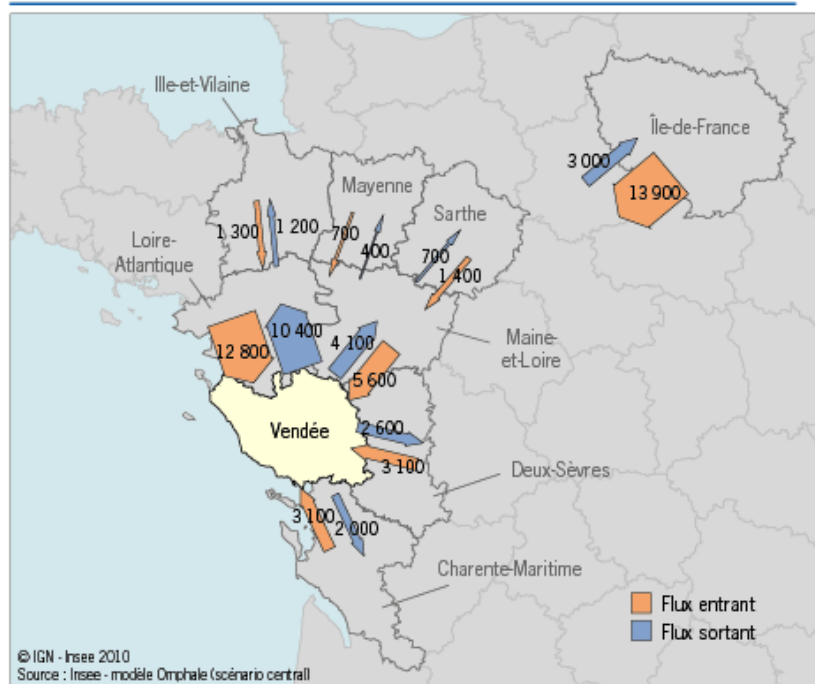
## ANNEXE 2 - La croissance démographique vendéenne est liée au flux migratoire (INSEE)



### ANNEXE 3 – Les flux migratoires entre la Vendée et les autres départements entre 2007 et 2012 (INSEE - 2010)

#### La Vendée : un département attractif pour les Franciliens

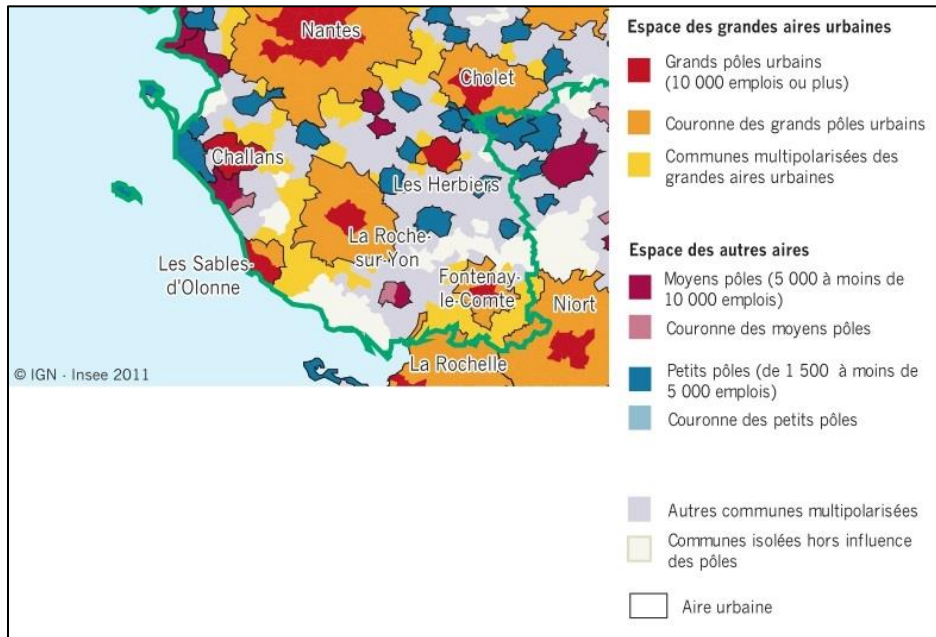
Flux migratoires entre la Vendée et ses principaux départements d'échanges entre 2007 et 2012



© IGN - Insee 2010  
Source : Insee - modèle Omphale (scénario central)

Lecture : Pour des raisons de lisibilité, les échanges migratoires avec les départements de l'Île-de-France ont été regroupés.

## ANNEXE 4 - Le zonage en aires urbaines (ZAU) de la Vendée (INSEE - 2011)



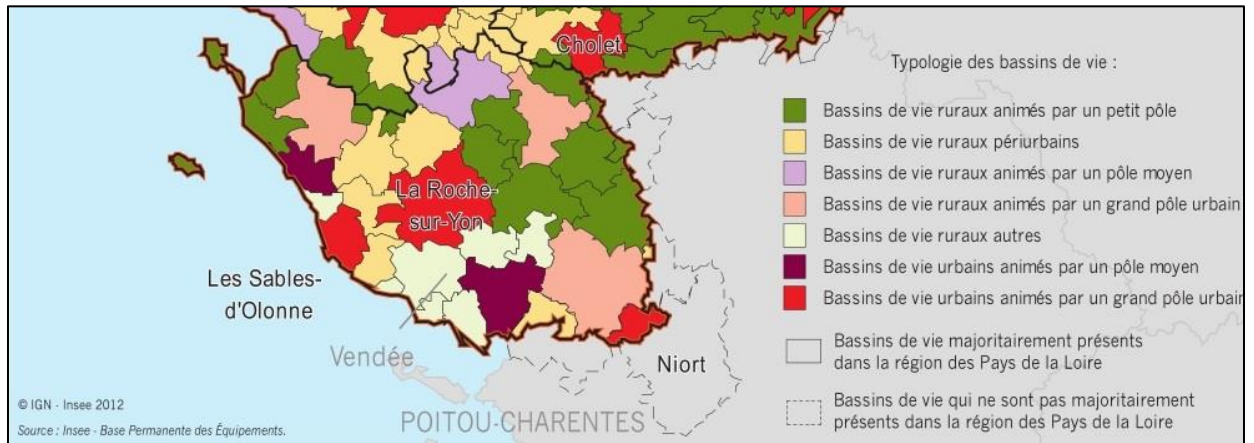
### **ANNEXE 5 - Les 3 catégories d'équipements des bassins de vie (INSEE)**

La gamme de proximité comporte 29 équipements : poste, banque- caisse d'épargne, épicerie-supérette, boulangerie, boucherie, école ou RPI, médecin généraliste, pharmacie, taxi...

La gamme intermédiaire comporte 31 équipements : police-gendarmerie, supermarché, librairie, collège, laboratoire d'analyses médicales, ambulance, bassin de natation...

La gamme supérieure comporte 35 équipements : Pôle emploi, hypermarché, lycée, urgences, maternité, médecins spécialistes, cinéma...

## ANNEXE 6 - Les bassins de vie de Vendée en 2012 (INSEE - 2012)



**ANNEXE 7 - La démographie des médecins généraliste par bassin de vie des lieux sélectionnés** (données issues de l'INSEE et des pages jaunes)

<b>Communes du bassin de vie 2012 des Sables-d'Olonne (INSEE)</b>	<b>Populations légales en 2014 en nombre d'habitants (INSEE)</b>	<b>Nombre de médecins généralistes libéraux en 2014</b>
<b>Château-d'Olonne</b>	13934	10
<b>L'Île-d'Olonne</b>	2805	2
<b>Olonne-sur-Mer</b>	14565	4
<b>Les Sables-d'Olonne</b>	14434	25
<b>Sainte-Foy</b>	1889	0
<b>Saint-Mathurin</b>	2038	1
<b>Vairé</b>	1560	1
TOTAL	51225	43

<b>Communes du bassin de vie 2012 d'Aizenay (INSEE)</b>	<b>Populations légales en 2014 en nombre d'habitants (INSEE)</b>	<b>Nombre de médecins généralistes libéraux en 2014</b>
<b>Aizenay</b>	8452	7
<b>Apremont</b>	1673	1
<b>Beaulieu-sous-la-Roche</b>	2115	4
<b>La Chapelle-Palluau</b>	952	0
<b>Coëx</b>	3102	4
<b>Grand'Landes</b>	552	0
<b>Maché</b>	1350	0
<b>Palluau</b>	1085	0
<b>Saint-Paul-Mont-Penit</b>	731	0
TOTAL	20012	16

<b>Communes du bassin de vie 2012 de Talmont-Saint-Hilaire (INSEE)</b>	<b>Populations légales en 2014 en nombre d'habitants (INSEE)</b>	<b>Nombre de médecins généralistes libéraux en 2014</b>
<b>Grosbreuil</b>	2127	2
<b>Talmont-Saint-Hilaire</b>	7305	4
TOTAL	9432	6

<b>Communes du bassin de vie 2012 de Moutiers-les-Mauxfaits (INSEE)</b>	<b>Populations légales en 2014 en nombre d'habitants (INSEE)</b>	<b>Nombre de médecins généralistes libéraux en 2014</b>
<b>Avrillé</b>	1265	1
<b>Le Bernard</b>	1132	0
<b>Le Champ-Saint-Père</b>	1748	1
<b>Le Givre</b>	447	0
<b>La Jonchère</b>	398	0
<b>Longeville-sur-Mer</b>	2479	2
<b>Moutiers-les-Mauxfaits</b>	1944	2
<b>Poiroux</b>	939	0
<b>Saint-Avaugourd-des-Landes</b>	965	0
<b>Saint-Benoist-sur-Mer</b>	383	0
<b>Saint-Cyr-en-Talmondais</b>	361	0
<b>Saint-Hilaire-la-Forêt</b>	700	0
<b>Saint-Vincent-sur-Graon</b>	1369	0
TOTAL	14230	6

## **ANNEXE 8 - Le questionnaire**

Madame, Monsieur

Actuellement médecin remplaçant en Vendée, je mène une étude dans le cadre de ma thèse dont le sujet est :

**«Les principaux critères de choix du médecin traitant en 2014: une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée»**

Elle a pour but d'évaluer les attentes principales des patients envers leur médecin traitant et de déterminer comment s'est effectué le choix initial du médecin traitant en Vendée, en 2014.

Avec l'accord des médecins du cabinet, je vous propose de remplir le questionnaire ci-joint, ce qui ne prendra que quelques minutes.

Ce questionnaire est ANONYME et CONFIDENTIEL.

Il ne s'adresse qu'aux personnes ayant déclaré un des médecins de ce cabinet.

Pour être validé, il doit être rempli complètement. En cas de doute, vous pouvez demander de l'aide aux secrétaires.

Une fois rempli, merci de le déposer dans l'une des urnes prévues à cet effet dans la salle d'attente ou au secrétariat.

Je vous remercie vivement de votre participation.

Cordialement

Brice MERIT

**«Les principaux critères de choix du médecin traitant: une étude transversale descriptive auprès de patients de médecine générale en Vendée en 2014»**

**1. Informations personnelles**

**Vous êtes**  une femme  un homme

**Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

16-25 ans  26-39 ans  40-59ans  60-80ans  plus de 80 ans

**Dans quelle ville habitez-vous ?**

**Quelle est votre catégorie professionnelle actuelle (ou dernière activité si vous êtes retraité(e)) ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> employé             | <input type="checkbox"/> agriculteur       |
| <input type="checkbox"/> ouvrier             | <input type="checkbox"/> chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> artisan, commerçant | <input type="checkbox"/> étudiant          |
| <input type="checkbox"/> profession libérale | <input type="checkbox"/> cadre             |
| <input type="checkbox"/> autre, précisez     |  |

**Avez-vous des enfants à charge ?**  oui  non

**Lorsque vous avez besoin d'une information médicale ou concernant votre santé, quel est votre premier recours ?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin               | <input type="checkbox"/> Votre pharmacien | <input type="checkbox"/> Votre infirmière |
| <input type="checkbox"/> La littérature/encyclopédie | <input type="checkbox"/> Internet         |   |

**Votre médecin est**  une femme  un homme

**Votre médecin a**  moins de 45 ans  plus de 45 ans

**Depuis quand le consultez- vous ?**

Moins de 2 ans  Entre 2 et 5 ans  Entre 5 et 10 ans  Plus de 10 ans

**Pour quelle raison avez-vous quitté votre ancien médecin ?**

- Vous n'en avez jamais changé
- Il est trop loin de votre domicile
- Il n'exerce plus
- Vous n'étiez pas satisfait. Pourquoi ?

**2. D'une manière générale, pour choisir un médecin, quelle importance attribuez-vous aux critères suivants ?**

		Essentiel	Assez important	Peu important	Pas important
1	Proximité géographique				
2	Accessibilité : parking, adapté aux normes « handicapés »				
3	Installations modernes : Informatique, locaux, matériel, carte vitale				
4	Cabinet de groupe : possibilité de consulter un médecin associé				
5	Consultation uniquement sur Rendez-Vous				
6	Présence d'un secrétariat				
7	Possibilité de remplacement				
8	Disponibilité (obtention rapide d'un rendez-vous)				
9	Les horaires de consultations étendus (avant 9h, entre 12 et 14H, après 19h, le samedi)				
10	Durée des consultations	Courte			
		Longue			
11	Possibilité de visites à domicile				
12	Etre conventionné en secteur 1 (consultation à 23 euros)				

		Essentiel	Assez important	Peu important	Pas important
13	Hygiène et présentation du médecin	Tenue correcte			
		Rasé de près ou bien maquillée			
		Belle voiture			
14	L'âge du médecin	Moins de 45 ans			
		Plus de 45 ans			
15	Son sexe	Femme			
		Homme			
16	Ponctualité, temps d'attente				
17	Compétences médicales				
18	Formation continue				
19	Diplôme complémentaire (gynécologie, pédiatrie, homéopathie...)				
20	Qualité de l'écoute et compréhension, empathie				
21	Contact avec les enfants				
22	Sympathie				
23	Examens cliniques approfondis				
24	Fait de la prévention (parle de l'alimentation, consommation de tabac, alcool, risque sexuel...)				
25	Explication et partage des décisions prises				
26	Annonce d'un diagnostic à la fin de chaque consultation				
27	Prescription d'une ordonnance à chaque consultation				
28	Le recours rapide aux examens complémentaires				
29	Le recours rapide aux spécialistes				

A présent, parmi les critères « essentiels » des 2 tableaux précédents, **ENTOUREZ LES 3 CRITERES** les plus importants selon vous, voire décisifs pour faire votre choix.

**3. Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez choisi votre médecin actuel? (ne cocher qu'une seule case)**

Critère déjà évoqué dans les tableaux précédents, lequel (numéro) ?

ou

Au hasard, dans les pages jaunes

Vous passiez devant le cabinet médical

C'était le seul médecin disponible

Sa réputation : il vous a été conseillé par un ami, la famille, ou un autre professionnel de santé

C'est le successeur de votre ancien médecin

C'est le médecin qui soigne votre famille

**4. Enfin, répondez en un mot :**

Etes-vous satisfait de votre choix ?

Trouvez-vous utile l'existence d'un site internet de renseignement sur les médecins, permettant d'en choisir un selon vos critères préférentiels ?

**FIN du questionnaire : je vous remercie vivement de votre participation !**

## **ANNEXE 9 - Article paru le 02/10/2014 dans le Quotidien du Médecin**

*« Sites et internautes militent pour l'évaluation en ligne : Faut-il noter les médecins ?*

*Les Français n'ont pas (encore) l'habitude d'évaluer leurs médecins en ligne - PHANIE*

*Choisir un « bon » praticien repose souvent sur le bouche-à-oreille. Des sites poussent pour développer la notation en ligne, la profession est plus réticente.*

*Aux États-Unis, noter le corps médical est monnaie courante. Au Royaume-Uni aussi. En France, des sites Internet ont fleuri (note2bib.com, demedica.com), puis ont disparu. Notetondoc.com enregistre 4 000 avis par an, c'est très peu. Même les commentaires postés sur des sites généralistes comme Google ne permettent guère de faire un choix éclairé. La mayonnaise n'a pas pris, du moins pas encore.*

*Pour Valérie Brouchoud, présidente de Doctissimo, « le mouvement de la société civile est en route » pour ce service direct aux patients. Des start-up servent d'aiguillon. Le site mondocteur.fr (racheté par Doctissimo) met en ligne, de façon actualisée, des rendez-vous médicaux annulés la veille ou le matin même par les patients, permettant à d'autres de prendre leur place. Pour Valérie Brouchoud, il faut passer à l'étape suivante, la notation en ligne de tel ou tel praticien, sans que mondocteur.fr soit taxé de publicité. « Pourquoi un patient, sur des critères objectifs, ne pourrait-il pas dire que le médecin l'a pris en retard, que l'accueil est très désagréable, que la salle d'attente est sale, ou que le médecin ne s'est pas lavé les mains ? Le patient le dit déjà à son collègue. Internet, c'est le bouche-à-oreille multiplié par mille ».*

### *Ressenti*

*Le propos a fait réagir le Pr Yves de Prost, dermatologue, ancien PU-PH à l'AP-HP, lors d'un débat organisé à Chamonix, à l'occasion de la 6e édition de CHAM. Attention à ne pas confondre le ressenti du patient et les résultats cliniques, a-t-il mis en garde : « Le plus important pour un chirurgien, ce sont les suites opératoires et les infections nosocomiales, pas le sourire ». À ses yeux, l'évaluation des médecins doit impérativement rester aux mains des médecins. D'autres verrous résistent : l'Ordre des médecins est hostile aux sites de notation, la loi Informatique et Libertés apporte une garantie au praticien, en cas de commentaires défavorables.*

*Marianne Binst, directrice générale de Santéclair (plateforme spécialisée dans la gestion du risque qui travaille avec les complémentaires santé), considère que « la solution, c'est l'open data ». Les données cliniques, si elles étaient publiques, permettraient à chacun de choisir son médecin, assure-t-elle. « Sauf qu'avec le projet de loi santé, aucune information ne sera disponible sur les professionnels de santé. La boîte noire reste fermée ».*

*Delphine Chardon »*