

Année 2012

n° _____

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : CHERIF épouse ALLAIN Prénom : Dehbia**Date et Lieu de naissance : 7 Mars 1982 à Cormeilles en Parisis (95)**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Mars 2012

**Le médecin généraliste investigateur : le regard
des patients**

Président de thèse : Professeur Isabelle MAHE

Directeur de thèse : Docteur Isabelle AUBIN-AUGER

DES de médecine générale

Remerciements

A Madame le Professeur Isabelle Mahé, Professeur des Universités, chef de service de Médecine Interne à l'hôpital Louis Mourier. Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

A Madame le Professeur Agathe Raynaud-Simon, Professeur des Universités, chef de service de Gériatrie à l'hôpital Bichat. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Michel Nougairède, Professeur des Universités. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur Isabelle Aubin Auger, directrice de cette thèse. Merci pour ce travail, pour tes précieux conseils. Merci de m'avoir fait découvrir ce métier formidable qu'est médecin généraliste.

Aux médecins qui ont accepté de me transmettre les coordonnées de certains de leurs patients.

Aux patients qui ont si gentiment accepté de s'entretenir avec moi.

A Docteur Zéline et Docteur Lepoutre. Merci pour la confiance que vous m'accordez.

Aux médecins rencontrés pendant mes stages et les remplacements. Merci pour votre formation et vos conseils : Pr Mahé, Dr Aubin, Dr Affo, Dr Menn, Dr Brisseau, Dr Lepoutre, Dr Szidon...

A Audrey et Céline, pour votre sincère amitié.

A mes frères et sœur, Nadia, Malika, Saïd et Amar, pour votre soutien. Merci d'avoir toujours été là.

A toi papa. Merci pour tout. Pour tout ce que tu as sacrifié pour nous. C'est grâce à toi que j'ai pu en arriver là.

A Julie, pour tous ces bons et durs moments partagés depuis notre rencontre en P1.

A tous ceux rencontrés durant ces 10 années de médecine, pour tous ces moments passés : Elodie, Sophie, Eglantine, Fatiha, Sabrina, Rizlene, Estelle, Bruno, Lionel, Jonathan, Johan, Zyad, Zubair...

Enfin à toi Arnaud, pour ton amour sincère tous les jours, pour ta patience. Merci de me supporter et de rendre nos jours si heureux et légers.

Liste des abréviations :

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

DMG : *Département de Médecine Générale*

SFMG: *Société Française de Médecine Générale*

DIM : *Département d'Information médicale*

BAC: *Baccalauréat*

CAP: *Certificat d'Aptitude Professionnelle*

IUFM: *Institut Universitaire de Formations des Maîtres*

CREATIF: *Centre de Référence et d'Education des Anti Thrombotiques d'Ile de France*

GERES: *Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux*

BEP: *Brevet d'Etude Professionnelle*

AVK: *Anti-Vitamine K*

INR: *International Normalized Ratio*

CPAM: *Caisse Primaire d'Assurance Maladie*

IPSOS: *Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales*

IGAS: *Inspection Générale des Affaires Sociales*

FMC: *Formation Médicale Continue*

IDF: *Ile de France*

IRDES: *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé*

Sommaire :

I. Introduction.....	8
II. Matériel et méthode.....	12
A. Choix de la méthode de travail.....	13
1. Choix de la méthode de recherche.....	13
2. Choix de la méthode de recueil des données.....	13
B. Sélections des participants.....	14
1. Méthode de recrutement des patients.....	14
2. Critères d'inclusion.....	14
3. Détermination du nombre de patients à inclure.....	14
C. Méthode de recueil des récits.....	15
1. Planification des entretiens.....	15
2. Déroulement des entretiens.....	15
3. Le guide d'entretien.....	15
D. Méthode d'analyse des récits.....	16
III. Résultats.....	18
A. Caractéristiques générales de l'échantillon de médecins.....	19
1. Les médecins contactés.....	19
2. Caractéristiques démographiques des médecins.....	19

3. Caractéristiques socioprofessionnelles.....	19
B. Caractéristiques générales de l'échantillon de patients.....	21
1. Les patients contactés.....	21
2. Caractéristiques des patients interrogés.....	21
C. Données générales sur les entretiens.....	23
1. Nombre d'entretiens.....	23
2. Le lieu d'entretien.....	23
3. La durée des entretiens.....	23
D. Les études.....	23
E. Le médecin généraliste vu par les patients.....	24
1. Les qualités du médecin.....	24
2. Les défauts du médecin.....	26
3. La relation médecin/patient.....	27
a. motivations du choix du médecin traitant.....	27
b. caractéristiques de la relation médecin/patient.....	28
4. Les fonctions du médecin.....	29
F. La recherche en médecine générale vue par les patients.....	30
1. Connaissances des patients des études auxquelles ils ont participées...30	
2. L'avis des patients	31
3. Les attentes des patients	33
G. La participation aux études.....	34
1. Les motivations des patients.....	34
2. Le vécu des études.....	36
H. L'image du médecin chercheur.....	38

1. L'activité de recherche.....	38
a. Vision des patients de leur médecin chercheur.....	38
b. Les conséquences sur sa pratique.....	39
2. Les attentes des patients envers leur médecin chercheur.....	42
iv. Discussion.....	44
A. Limites et forces de l'étude.....	45
1. Les biais.....	45
2. Les forces de l'étude.....	46
B. Idées principales rapportées à la littérature.....	47
1. Relation médecin/patient.....	47
2. Les motivations de choix du médecin traitant.....	48
3. Les fonctions du médecin.....	49
4. La recherche en médecine générale vue par les patients.....	50
a. Les représentations des patients.....	50
b. Leurs attentes.....	52
c. Les obstacles à la recherche.....	52
d. Connaissances des patients des études auxquelles ils ont participé.....	54
5. La participation aux études.....	55
a. Les motivations.....	55
b. Le vécu des études.....	57
6. Image du médecin généraliste chercheur.....	58
a. Vision positive des patients.....	58
b. Effets positifs sur sa pratique.....	59

c. Effets négatifs.....	61
7. Les attentes des patients.....	62
v. Conclusion.....	64
vi. Annexes.....	68
VII.	
viii.Références bibliographiques	79

INTRODUCTION

Depuis la création du comité d'Interface avec l'INSERM en 2000 [1] coordonné par Gérard de Pourville [1] [2], la reconnaissance de la recherche en soins primaires ne cesse de s'accroître. [3] Sa mission première était de cerner ce que représentait en France, au début du 21^{ème} siècle la

recherche en médecine générale. Dans le sillage des pays anglo-saxons, la médecine générale en France connaît un essor important dans la réalisation de travaux de recherche. [4]

L'évidence même de cette recherche ne peut que s'imposer, d'une part du fait de la nécessité d'une médecine fondée sur les preuves, ou l' Evidence Based Medecine, et d'autre part du fait du nombre important de patients et de domaines de soins offerts à la population en soins primaires, qui ne bénéficie pas ou peu d'investigations scientifiques rigoureuses.[3] Comme l'écrivait Gérard de Pouvourville dans le rapport remis au Ministre de la Santé et au Ministre délégué à la recherche en 2006, « on ne peut demander aux médecins de ville, généraliste ou autres, de mettre en œuvre une médecine fondée sur les preuves sans développer la production de ces preuves. »[5]

Concernant le contenu de cette recherche, il écrivait : « c'est d'abord une recherche clinique et épidémiologique, portant sur des problèmes de santé rencontrés en première ligne. Elle vise à qualifier et à quantifier ces problèmes, à en analyser les facteurs déterminants, à en déduire des modalités d'intervention, à évaluer les prises en charge existantes (démarches diagnostiques et thérapeutiques) de façon rigoureuse, de façon à énoncer des recommandations de pratique adaptées au contexte de la médecine de première ligne. C'est aussi une recherche qui va emprunter aux méthodes des sciences humaines et sociales, dans le but d'analyser les comportements des médecins, des malades et leur action. C'est principalement une recherche finalisée vers l'amélioration des pratiques médicales. C'est également une recherche dont les résultats ont vocation à être opérationnels. » [5]

De nombreux travaux de recherche ont tenté de connaître la proportion de médecins généralistes participants à la recherche, leurs caractéristiques (âge, sexe, engagement dans l'enseignement...), leurs sujets d'intérêt, les déterminants de cette recherche (condition et obstacle à la participation), l'impact de la participation de la recherche sur la formation médicale. [6] Parmi ces travaux, celui réalisé par S. Nugues [7] en 2001 dans le cadre du comité d'interface INSERM/ médecine générale. L'objectif était de connaître la proportion de médecins

généralistes faisant de la recherche et leurs caractéristiques. Dans cette étude, 88% des médecins généralistes sondés pensaient que la recherche en médecine générale était nécessaire. Ce chiffre laisserait penser qu'un nombre important de médecins généralistes participe à la recherche. La réalité est différente. Dans cette étude, seulement 26% des médecins généralistes avaient participé à des travaux de recherche (dont plus de la moitié financée par l'industrie pharmaceutique). Cinquante trois pour cent des médecins généralistes sondés ne voulaient pas participer aux études, invoquant différentes raisons : le temps, les moyens, la formation, la rémunération.

L'étude DRIM (disposition des médecins généralistes à participer à la recherche en soins primaires), [8] réalisée en 2009 par I. Supper, auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes, retrouvait les mêmes chiffres. Vingt neuf pour cent des médecins sondés ont participé à de la recherche. Seulement un quart des médecins généralistes interrogés souhaitaient faire de la recherche et ce d'autant plus qu'ils étaient jeunes, qu'ils avaient déjà participés à des travaux de recherche, qu'ils étaient soit maîtres de stage, soit faisant partie d'un réseau de recherche. Tout comme le travail de S.Nugues, plus de la moitié des études étaient financées par l'industrie pharmaceutique.

L'ensemble des travaux réalisés autour de la recherche en médecine générale à ce jour ont tous été orientés vers les médecins généralistes. L'étude RepR, menée par JS. Cadwallader, avait pour objectif principal de décrire les représentations de la recherche en médecine générale chez les différents acteurs concernés (médecins généralistes sans activité de recherche, médecins généralistes avec activité de recherche, patients, chercheurs d'autres spécialités). De ce travail sortait une valorisation du médecin traitant à la participation à la recherche. [9]

On peut émettre l'hypothèse qu'en dehors des freins déjà évoqués dans les études de S. Nugues et I. Supper, la vision du patient de son médecin généraliste chercheur puisse influencer son investissement dans la recherche. Aucune étude ne s'est penchée sur le point de vue et l'image

que se font les patients de leur médecin généraliste chercheur, alors que pour faire cette recherche, les médecins généralistes incluent leur propre patients.

Que pensent les patients du fait que leur médecin généraliste fasse de la recherche ?

Au-delà de la représentation habituelle qu'ont les patients de leur médecin généraliste (celle de prescripteur, de confident...), ils lui découvrent une nouvelle facette, celle d'un médecin généraliste impliqué dans la recherche.

L'objectif principal de cette thèse est de connaître le ressenti des patients dont le médecin participe à des travaux de recherche.

Les objectifs secondaires sont de déterminer :

- les raisons ayant poussé les patients à participer à ces études
- leurs attentes concernant la recherche en médecine générale.

MATERIEL ET METHODES

A. Choix de la méthode de travail

1. Choix de la méthode de recherche

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude, étant la plus adaptée pour répondre à une question sur le ressenti des patients.

2. Choix de la méthode de recueil des données

Il existe dans la recherche qualitative plusieurs méthodes de recueil de données. Parmi les plus utilisées, nous citerons les méthodes de consensus (groupe nominal, méthode Delphi) et les entretiens. [10] Ces

derniers peuvent être individuels ou de groupe (focus groupe). Les entretiens individuels sont chronophages mais permettent d'analyser en profondeur des points délicats.

Les entretiens peuvent être :

-structurés : interrogatoire de l'interviewé au moyen d'un questionnaire fixe

-semi-dirigés : structure souple constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer desquels l'interviewer ou l'interviewé peuvent diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail

-en profondeur : moins structurés que les précédents. Il n'expose qu'un ou deux thèmes mais plus en détail.

Pour un entretien individuel comme pour un focus groupe, il existe un guide d'entretien, un canevas de questions qui précise les thèmes à aborder.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés pour cette étude.

B. Sélection des participants

1. Méthode de recrutement des patients

En recherche qualitative, la population à étudier est échantillonnée afin d'obtenir la plus grande diversité possible de participants. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.

Un travail d'échantillonnage a été fait afin d'obtenir un maximum de diversité en matière d'âge, de sexe, de niveau d'étude, de médecin traitant, d'études réalisées par les patients interviewés. Les patients ont été recrutés après contact de plusieurs médecins généralistes du département de médecine générale de Paris 7 et de médecins rencontrés lors de remplacements. Après avoir exposé l'objectif de ce travail, les médecins acceptant de coopérer ont fourni une liste de leurs patients ayant participé à une étude.

2. Critères d'inclusion :

Les patients ayant participé à une étude réalisée par leur médecin généraliste ont été inclus. Les études auxquelles les patients avaient participé s'intégraient dans le cadre de la recherche en médecine générale.

3. Détermination du nombre de patients à inclure :

Le nombre de patients à interroger n'était pas connu à l'initiation de la thèse.

La taille de l'échantillon est guidée par l'occurrence des critères analysés : si aucune idée nouvelle n'émerge de la retranscription d'une nouvelle interview, les données sont dites saturées.

C. Méthode de recueil des récits

1. Planification des entretiens

Un rendez-vous a été pris dès le premier contact téléphonique pour tous les patients joignables et ayant accepté de participer à l'étude. Le lieu, la date et l'heure de l'entretien ont été choisis par le

patient. Les entretiens ont été réalisés soit en face à face, soit par téléphone, selon la convenance des patients.

2. Déroulement des entretiens

Avant l'entretien, une présentation de l'interviewer et de l'objectif du travail était faite. Le patient était informé de l'enregistrement de l'entretien ainsi que de l'anonymisation de celui-ci.

Avant d'enclencher l'enregistreur, le consentement oral du patient a été de nouveau demandé.

Les entretiens ont été enregistrés, avec un enregistreur de marque Sony IC Recorder (ICD PX 820), posé entre le patient et l'interviewer.

A la fin de l'entretien, les informations concernant les caractéristiques des patients étaient recueillies. Les patients étaient remerciés d'avoir participé à l'étude.

La retranscription des interviews s'est faite de 0 à 10 jours maximum après l'entretien.

L'ensemble des entretiens ont été retranscrits dans des fichiers informatiques et anonymisés.

Ils ont été retranscrits dans leur intégralité, mots pour mots, sans chercher à gommer les fautes de langage, les hésitations.

3. Le guide d'entretien :

Les entretiens ont été menés à partir du guide d'entretien, élaboré par la directrice de thèse et la thésarde.

Le guide d'entretien était basé sur quatre questions courtes, ouvertes et compréhensibles par tout le monde. Des sous-questions ont également été élaborées afin de préciser certains thèmes ou en guise de relance.

La première question était une question brise-glace, permettant de rentrer facilement dans le sujet. L'objectif de ce travail étant de connaître le ressenti des patients sur leur médecin

généraliste chercheur, une question ouverte sur la description du médecin traitant a semblé pertinente.

Les trois premiers entretiens sont des entretiens pilotes qui devaient permettre si c'était nécessaire de reformuler certaines questions, voire d'en ajouter si les patients offraient des réponses auxquelles nous n'avions pas pensé.

Après les trois premiers entretiens, nous avons constaté que l'introduction et la présentation de l'étude étaient trop détaillées puisque la question brise-glace n'était pas posée, les patients entrant d'emblée dans le vif du sujet et décrivant l'étude à laquelle ils avaient participé.

Après discussion avec la directrice de thèse, nous avons décidé de raccourcir l'introduction et la présentation. Voir annexe B.

D. Méthode d'analyse des récits

Dès la retranscription des interviews a débuté l'analyse des données.

La méthode d'analyse a consisté en un codage manuel et ouvert permettant ensuite un regroupement thématique.

Le codage a permis de trouver des idées, de regrouper ces idées pour en faire des catégories puis en dégager des thèmes.

Les 3 premiers entretiens ont été codés par la directrice de thèse et la thésarde, chacune de leur côté. Après mise en commun des codes trouvés et devant leurs concordances, les entretiens suivants ont été codés par la thésarde.

RESULTATS

A. Caractéristiques générales de l'échantillon de médecins :

1. Les médecins contactés :

12 médecins du département de médecine générale de Paris 7 ont été contactés. 6 médecins ont répondu favorablement et nous ont communiqué une liste de patients. Les patients d'un des 6 médecins n'ont pas été retenus compte tenu de caractéristiques similaires à des patients déjà interrogés (âge, sexe, niveau d'étude, étude réalisée).

Des patients de 2 médecins généralistes non enseignant, rencontrés lors de remplacements ont également été recrutés.

Dans les résultats suivants, les caractéristiques des 7 médecins seulement seront analysées.

Afin de garantir leur anonymat, ils ont été désignés par une lettre alphabétique (de Dr Z à Dr T).

2. Caractéristiques démographiques des médecins :

2 médecins étaient des femmes, les 5 autres des hommes.

L'âge des médecins variait de 50 ans à 58 ans.

3. Caractéristiques socioprofessionnelles :

Le tableau suivant reprend les caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques des 7 médecins.

Tous les médecins exercent en milieu urbain. 4 sont en secteur I, 3 en secteur II.

Médecin	Sexe	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Qualifications
Dr Z	homme	53	24	Libéral, secteur 2, cabinet de groupe	Paris	Maître de stage, attaché d'enseignement au DMG Paris7
Dr Y	femme	50	22	Libéral, secteur 1, cabinet de groupe	Grande couronne, banlieue ouest	Maître de stage, maître de conférences au DMG Paris7
Dr X	homme	58	31	Mixte, secteur 1, cabinet de groupe	Grande couronne, banlieue ouest	Maître de stage, Professeur de médecine générale, DMG Paris7
Dr W	homme	54	25	Libéral, secteur 2, cabinet de groupe	Paris	Maître de stage, Professeur de médecine générale, DMG Paris7
Dr V	homme	53	21	Libéral, secteur 2, cabinet de groupe	Petite couronne, banlieue ouest	Maître de stage, maître de conférences de médecine générale au DMG Paris7
Dr U	homme	51	11	Libéral, secteur 1, cabinet de groupe	Grande couronne, banlieue ouest	Responsable du DIM à la SFMG
Dr T	femme	58	24	Libéral, secteur 1, cabinet de groupe	Grande couronne, banlieue ouest	Aucune

B. Caractéristiques générales de l'échantillon de patients :

1. Les patients contactés :

Le tableau suivant reprend le nombre de patients contactés par médecin.

Médecins	Nombre de patients contactés	Patients ayant accepté
Dr Z	6	3
Dr Y	2	2
Dr X	4	2
Dr W	11	4
Dr V	4	2
Dr U	1	1
Dr T	3	1

Les patients ont été contactés par appel téléphonique.

Sur les 31 appels émis, 14 patients n'ont pu être joints directement (absence de réponse ou numéro de téléphone non attribué).

2 personnes ont refusé d'être interrogées. Une invoquait un problème de santé, l'autre ne voulait plus participer à des études (mauvaise expérience de l'étude à laquelle il avait participé, d'après son épouse).

2. Caractéristiques des patients interrogés :

15 patients ont été interrogés : 8 hommes et 7 femmes

L'âge des patients variait de 33 ans à 83 ans. L'âge moyen était de 58,4 ans.

Concernant leur niveau d'études, 5 patients n'avaient pas le niveau BAC, 7 avaient fait des études supérieures, 1 avait fait des études de commerce en Yougoslavie et 1 était militaire puis avait fait un diplôme de sciences humaines et psychologie.

Le tableau suivant reprend leurs caractéristiques ainsi que les études auxquelles ils ont participé.

Afin de garantir leur anonymat, ils sont désignés par une lettre de l'alphabet (de A à O).

Patient	Sexe	Age	Profession	Niveau d'étude	Etude	Médecin
---------	------	-----	------------	----------------	-------	---------

A	homme	68	Chef d'entreprise d'import-export	Etude de commerce en Yougoslavie	ESCAPE	Dr Z
B	femme	73	Retraitée, ancienne traductrice	Licence d'allemand et de russe	ESCAPE	Dr Z
C	homme	77	Retraité, ancien ingénieur dans le milieu forestier	Etude supérieure d'agriculture	ESCAPE	Dr Z
D	homme	63	Retraité, ancien chef cuisinier	CAP	ESCAPE	Dr Y
E	homme	80	Retraité, ancien tourneur	CAP	ESCAPE	Dr Y
F	femme	34	Professeur des écoles	Maîtrise puis IUFM	STAPHMRG	Dr X
G	femme	45	Assistante de direction	Ecole de commerce	STAPHMRG	Dr X
H	femme	49	Contrôleur des impôts	Maîtrise	STAPHMRG	Dr W
I	femme	46	Aide en crèche	CAP	STAPHMRG	Dr W
J	homme	83	Retraité ancien militaire dans l'armée de terre puis militaire psychologue	Certificat d'étude puis militaire puis diplôme de sciences humaines	CREATIF	Dr W
K	homme	54	Chercheur au GERES	Faculté de biologie	COLIVILLE	Dr W
L	homme	72	Comptable	CAP	CREATIF	Dr V
M	homme	62	Electrotechnicien	BEP	CREATIF	Dr V
N	femme	37	Commerciale	Ecole de commerce international	APRES	Dr U
O	femme	33	Assistante dentaire	BAC Pro comptabilité, formation d'assistante dentaire	APRES	Dr T

C. Données générales sur les entretiens :

1. Nombre d'entretiens :

15 entretiens ont été réalisés pour cette étude. La saturation des données a été obtenue au bout de 11 entretiens.

Les entretiens se sont déroulés de Janvier 2011 à Janvier 2012

2. Le lieu d'entretien :

8 entretiens ont été réalisés en face à face : 6 au domicile des patients, 1 dans une brasserie, 1 sur le lieu de travail du patient. 7

entretiens ont été réalisés par téléphone.

3. La durée des entretiens :

Les entretiens ont duré entre 10 et 30 minutes. La moyenne étant de 17 minutes.

(Voir le CD ci-joint pour les entretiens.)

D. Les études :

Les patients interrogés sont issus de 5 études différentes : ESCAPE, STAPH MRG, COLIVILLE, CREATIF et APRES.

L'étude ESCAPE a pour objectif de mesurer l'impact d'une intervention sur les médecins généralistes sur la santé des patients hypertendus à haut risques cardio-vasculaire en prévention primaire. Elle consistait en l'inclusion de patients hypertendus à haut risque cardiovasculaire. Ces derniers devaient répondre à des questionnaires.

L'étude STAPHMRG a pour objectif d'évaluer l'émergence de la résistance à la méticilline au sein de la flore nasale staphylococcique chez les patients de médecine générale traités par antibiotiques. Des écouvillonnages nasaux ont été réalisés chez des patients nécessitant des antibiotiques pour une infection ORL. A la fin de l'étude, les patients se sont vu remettre un bon d'achat de 30euros.

L'étude COLIVILLE a pour objectif de différencier par une approche originale combinant la génomique comparative et la génétique des populations, des différences caractérisant les souches commensales de E.Coli et les souches invasives responsables de bactériémie. Un écouvillonnage de selles fraîchement émises a été réalisé auprès de patients de médecine générale.

L'étude CREATIF a pour objectif principal d'évaluer l'impact du CREATIF sur le suivi et la prise en charge des patients traité par AVK par rapport à un suivi de ville. Il s'agit d'une étude prospective, réalisée en cross-over. Le traitement anticoagulant de chaque patient est suivi 6 mois par le CREATIF puis par son médecin traitant ou vice-versa. Les patients inclus ont un traitement AVK par PREVISCAN® ou COUMADINE®.

L'étude APRES a pour objectif d'analyser l'antibiorésistance en ville dans 9 pays européens. Un écouvillonnage nasal a été réalisé auprès de patients de médecine générale.

Le descriptif détaillé des études est en annexe C.

E. Le médecin généraliste vu par les patients :

1. Les qualités du médecin :

L'ensemble des patients interrogés ont eu des propos très élogieux concernant leur médecin généraliste. Ils lui trouvaient de nombreuses qualités.

La compétence était la qualité la plus souvent retrouvée :

« *Je suis tombé sur un bon parce que, bon, je considère que c'est un très bon, un très bon médecin. Il détecte tout de suite les problèmes de santé qu'on a.* » (Entretien D).

« *Il est très bon médecin...Il se trompe jamais.* » (Entretien E)

« *Pour moi personne n'est parfait mais pour moi il est vraiment top.* » (Entretien I)

« *Mon médecin, il est formidable.* » (Entretien M)

Parfois- même, le médecin était décrit comme un guérisseur :

« *J'ai jamais de tension quand il me prend la tension. Alors je lui ai dit : vous êtes un guérisseur* » (Entretien B)

« *Même des fois je suis malade, dès que je le vois, je ne suis plus malade !* » (Entretien M)

L'importance de la connaissance du patient par son médecin généraliste, non seulement médicale, mais également de sa vie privée a également été rapportée :

« *Comme il me connaît très bien* » (Entretien A)

« *Il connaît mon dossier, il sait les médicaments que je prends, il connaît mes antécédents, mon histoire* ». (Entretien B)

Le médecin généraliste était décrit comme une personne à l'écoute des autres :

« *Elle est à l'écoute du patient* » (Entretien F)

« *Il est à l'écoute* ». (Entretien I)

« *Je trouve qu'il est très bien, très à l'écoute* » (Entretien N)

Mais également comme un médecin qui conseillait :

« *Il a toujours été de très bon conseil* ». (Entretien F)

Pour certain patients, le dialogue était toujours présent et le médecin généraliste respectait les décisions du patient :

« *Tout, je sais. Je lui explique les petites choses et de temps en temps il rigole* ». « *Je lui disais je ne voulais pas ça.* » (Entretien A).

« *C'est quelqu'un avec qui on peut discuter, qui répond bien à mes questions* ». (Entretien H)

L'implication du médecin dans son travail, pour ses patients, était vécue de manière très forte par les patients :

« *On sent qu'il aime son métier et ses patients* » (Entretien C)

« *Il prend son métier vraiment à cœur. Lui, il donne, il donne d'autres de ses compétences. A lui, ils les donnent.* » (Entretien D)

Enfin, le médecin généraliste était décrit comme une personne humaine :

« *Il est très humain* » (Entretien B), attentive : « *puis très attentif* » (Entretien J) ayant le sens du contact : « *contact et tout ça.* » (Entretien A)

2. Les défauts des médecins

Les patients voyaient leur médecin comme des êtres humains comme les autres, avec des qualités mais également des défauts. Lors de la description du médecin généraliste durant les entretiens, certains patients ont voulu pointer les défauts de leur médecin généraliste.

Les défauts cités concernaient tous la pratique quotidienne de la médecine.

Ainsi, selon un patient, les jeunes médecins généralistes avaient peur de prescrire :

« *Il avait un petit défaut comme tous les jeunes docteurs pour les dosages. Comme il avait peur et tout ça, il mettait des doses qui s'étaient trop basses et après il augmentait, euh tout doucement. Tous les jeunes docteurs, ils font ça.* » (Entretien A)

Le temps d'attente trop long malgré la prise de rendez-vous a été signalé :

« Alors y'a. Il a un défaut, qu'il doit connaître. C'est qu'avec lui on attend énormément. »

(Entretien J)

L'absence du médecin au cabinet, du fait des vacances ou bien d'activités extérieures, dérangeait certains patients. Notamment lorsque le médecin n'était pas remplacé, obligeant le patient à consulter un autre médecin que son médecin généraliste.

« Un peu,

un peu dur à coincer parce que comme elle enseigne, on n'a pas toujours des rendez-vous quand on veut. » (Entretien G)

« Il prend toutes

les vacances scolaires pour ses enfants donc ça je ne vais pas lui reprocher c'est familial, c'est tout à fait normal mais bon vous avez des médecins qui ne prennent pas de vacances ou qui ont du mal. Le problème c'est qu'il n'a pas de remplaçant, c'est ça. Mais j'ai téléphoné plusieurs fois, ça répondait pas donc j'ai été obligé, j'avais plus de médicaments, j'ai été voir un confrère rue Gallieni, une doctoresse que je ne connaissais pas. » (Entretien D)

Le manque d'investissement de certains médecins en dehors du cabinet a été soulevé par certains patients :

« C'est pas des médecins comme certains, ils sont au cabinet, ils font leur cabinet, ils font leurs visites, leurs consultations et puis point barre. Lui il donne d'autres de ses compétences. »

(Entretien D)

Une patiente se représentait la médecine générale comme une médecine routinière et comme étant la médecine de la « bobologie ».

« Et bien parce que parfois, on a l'impression que, un, un, un généraliste a ses habitudes, que c'est une médecine routinière. En temps que patients, on a l'impression que c'est un peu la médecine des rhumes et des bobos. » (Entretien G)

3. La relation médecin/patient :

a. Les motivations du choix du médecin traitant

Les motivations du choix du médecin traitant étaient nombreuses. Le tableau suivant reprend l'ensemble des réponses fournies par les patients à la question : « pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi votre médecin traitant ? »

<u>Motivations du choix du médecin traitant</u>	<u>Citation</u>
Proximité	« <i>premièrement il était à côté</i> » (entretien A)
Succession d'un confrère	« <i>c'est-à-dire, il a pris la suite d'un médecin que j'avais</i> » (entretien B)
Conseil d'un proche, d'autre médecin, d'un paramédical	« <i>je le connais par l'intermédiaire d'une de mes cousines</i> » (entretien I), « <i>il m'a été conseillé par mon cardiologue</i> » (entretien L)
Retard	« <i>parce que le médecin généraliste précédent, qui était dans le même cabinet avait toujours beaucoup de retard</i> » (entretien F)
Connaissance personnelle du médecin dans le cadre d'une autre activité	« <i>que je connaissais parce qu'on travaillait au même endroit</i> » (entretien K)
Compétence	« <i>Peut-être si il y avait eu une erreur, un diagnostic qui aurait été mal posé. Là, j'ai pas à me plaindre, donc j'ai pas beaucoup de raisons d'aller voir ailleurs au fait !</i> » (Entretien G)
Obligation du choix d'un médecin traitant par la CPAM	« <i>Je n'avais pas de médecin référent. Il a fallu que j'en choisisse un, au plan SECU.</i> » (Entretien K)

Les raisons les plus fréquentes ayant poussé les patients à choisir leur médecin généraliste ont été : la proximité, le conseil d'un proche, d'un autre médecin ou d'un paramédical et la succession d'un confrère.

b. Caractéristiques de la relation médecin/patient

Lors de la description du médecin traitant, les patients ont souvent abordé le thème de la relation médecin/ patient.

Selon les patients, cette relation était basée :

- sur la durée : « *Ecoutez depuis des années mon généraliste c'est le Dr Z* » (Entretien A) ; « *ça fait plus de 30 ans qu'il me suit* » (Entretien D)

- sur la confiance : « *et vous savez, quand vous avez confiance en quelqu'un, hein, ça c'est la chose primordiale.* » (Entretien A) ; « *j'ai vraiment confiance en lui* » (Entretien H) ; « *bah c'est surtout pour la confiance* » (Entretien O)

-sur le respect du secret médical : « *avec lui, discret. Enfin il a le sens du secret médical...* » (Entretien B)

- sur une relation amicale : « *on a des relations amicales. On se connaît tellement bien. Il me connaît bien et je le connais* » (entretien A) ; « *on se parle beaucoup avec mon médecin. Et on parle de tout.* » (Entretien D)

Du fait même de cette relation, qui s'inscrit dans la confiance, dans la durée, les patients apparaissaient très attachés à leur médecin généraliste, comme l'illustrent les propos de cette patiente : « *mais souvent il est remplacé par une interne en médecine générale, qui sont très bien aussi, mais je préfère être suivie par lui.* » (Entretien B)

Cette relation, pourtant basée sur des liens solides, pouvait rompre à tout moment. En effet, le patient pouvait mettre un terme à cette relation si la prise en charge ne le satisfaisait pas ou bien en cas d'erreur.

« *S'il m'avait pas convenu, j'aurai changé.* » (Entretien H)

« *Si il a une perception négative, en gros il va en changer*» (Entretien K)

4. Les fonctions du médecin :

Lors de la description du médecin traitant, les patients avaient également mis l'accent sur ses différents rôles.

Parmi ses fonctions principales, celle de prescripteur bien sûr.

« *Vous savez mon médecin je le vois tous les trois mois pour renouveler l'ordonnance.* » (Entretien B)

Mais aussi celle de médecin de famille :

« C'est un vrai médecin de famille parce que elle me soigne moi, mes enfants, mes parents. »

(Entretien G)

Pour les patients interrogés, le médecin généraliste était également la personne qui supervise leur prise en charge. Etant le médecin référent, c'était lui qui centralisait l'ensemble des informations médicales, qui décidait de la nécessité d'un avis spécialisé.

« Les médecins généralistes, aujourd'hui, je les considère les tours de contrôle. Il doit être au courant de tout. Et de choisir le moment quand il faut envoyer le malade chez un spécialiste. »

(Entretien A)

« Je pense

que c'est un point de référence en terme de prise en charge médicale. C'est par lui que tout est initié le cas échéant. » (Entretien K)

Quelques patients considéraient leur médecin généraliste comme un spécialiste :

« Le médecin généraliste pour moi, c'est le médecin principaux. » (Entretien A),

« Parce que le généraliste, c'est comme un spécialiste. » (Entretien I)

La majorité des patients interrogés avaient comme médecin traitant un médecin participant à l'enseignement au sein du département de médecine générale de Paris 7. Certains patients ont donc évoqué la fonction d'enseignant, de formateur de leur médecin.

« Il m'avait dit qu'il donnait des cours à la faculté. Et je pense qu'il forme ces jeunes pour qu'ils puissent devenir comme lui éventuellement ; si ceux qui en ont la capacité et la volonté. »

(Entretien D)

F. La recherche en médecine générale vue par les patients :

1. Connaissances des patients des études auxquelles ils ont participées :

A la question « vous avez participé à une étude réalisée par votre médecin généraliste, pouvez-vous m'en parler ? », les constatations ont été les suivantes :

- tous les patients ont su rapporter ce qu'on attendait d'eux pour l'étude. Pour l'étude ESCAPE, il s'agissait de questionnaires à retourner à un centre. Pour l'étude STAPHMRG, il s'agissait de prélèvement nasal. L'étude COLIVILLE consistait en l'expédition d'un échantillon de selles. L'étude CREATIF consiste en une gestion de l'INR par un centre basé à Lariboisière pendant 6

mois puis par le médecin généraliste. Enfin l'étude APRES consistait en un écouvillonnage nasal.

« C'était que je remplissais le document que c'était des questionnaires. J'ai envoyé vous savez au centre qui se trouve là-bas. Je les remplissais ici et je les envoyais par courrier. » (Entretien A)

« Il m'a fait un prélèvement avant de commencer le traitement. Puis je suis repassée le voir après le traitement, il m'a fait un deuxième prélèvement et un mois après je crois, il m'a fait le troisième prélèvement. Voilà. C'était dans le nez avec un coton-tige. » (Entretien I) « Bah c'était juste un prélèvement au niveau de la bouche et du nez c'est tout » (Entretien N)

- 2 patients seulement se souvenaient du nom de l'étude

- très peu de patients se souvenaient de l'objectif de l'étude. Malgré les explications données par leur médecin lors de l'inclusion, de nombreux patients ont avoué avoir oublié l'objectif de l'étude.

« Il m'a expliqué mais non, je ne me souviens plus. Je suis désolée. » (Entretien H)

Parfois, lorsqu'ils s'en souvenaient, les patients avaient des interprétations très personnelles de l'objectif de l'étude. Par exemple concernant l'étude CREATIF : « Bah, j'ai compris, là. Bon bah ce que j'ai compris tout au moins, c'est de savoir ce qu'est l'INR par le sang, le fait pourquoi on m'a prescrit du PREVISCAN®. Alors dans l'étude, je ne suis pas dans le détail. J'ai bien eu tous les documents disant que c'est, c'est c'est au niveau de la France, c'est quelque chose de général. » (Entretien L)

- un patient avait évoqué le fait que son médecin généraliste lui avait demandé de participer de la même manière qu'on avait demandé au médecin de recruter des patients.

« Il nous avait dit parce que lui on lui avait demandé si il voulait, et » (Entretien E)

2. L'avis des patients :

La recherche en médecine générale était généralement inconnue des patients. Une des personnes entretenues a tenu à le souligner.

« On s'aperçoit qu'on entend des recherches sur les médicaments mais pas forcément par rapport à une spécialité de médecine. Je ne savais pas qu'il y avait de la recherche spécifique à la médecine générale. » (Entretien G)

Pour deux patients, il n'existait aucun rapport entre la recherche et la médecine générale :

« *Parce que si vous voulez, la médecine c'est une chose et puis ce qu'il fait en recherche, c'est autre chose, ça n'a plus rien à voir avec la médecine.* » (Entretien E)

« *Non, ça rien à voir. Pour moi c'est 2 choses différentes, y'a le médecin traitant et puis le reste, ce qu'il fait à côté.* » (Entretien N)

L'importance de la recherche en médecine générale a été soulevée par plusieurs patients.

« *Je trouve que c'est très important, les chercheurs et tout ; que ça risque d'apporter quelque-chose. Qui si on fait rien, oh !, on fera rien.* » (Entretien A)

Cette recherche permettait entre autres, d'évaluer les prises en charges existantes, tant préventive, diagnostique que thérapeutique.

« *Je trouve que c'est très bien que les médecins généralistes fassent des études et trouvent, essayent de voir quel est l'impact de leurs conseils ou de leurs soins ou leurs diagnostics sur un panel de patients. Je trouve que c'est très formateur, non seulement pour les formés mais pour les formateurs.* » (Entretien C)

Mais également de faire progresser la médecine :

« *Bah parce que, oui, ça permet de faire avancer un peu les choses.* » (Entretien H)

Cette recherche était le fruit d'un travail collectif, où l'expérience du médecin généraliste dans les soins primaires était un atout certain.

« *Si lui il arrive pas, bah avec les autres collègues, il va, qui se retrouvent une fois par semaine et qu'ils discutent vous savez entre les docteurs et les chercheurs.* » « *Mais avec toutes les connaissances qu'il a emmagasiné dans sa vie de médecin généraliste, quand-même, il a pas mal de connaissances et tout. Il peut apporter son expérience et ça peut apporter pas mal de choses.* » (Entretien A)

Un patient a tenu à souligner le retard de l'implication des médecins français dans la recherche. Il expliquait en partie ce fait par la fuite des jeunes médecins vers l'étranger où la rémunération serait, selon lui, plus importante.

« *Donc je pense que c'est très bien que les médecins se mettent à faire aussi de la recherche et je pense qu'on doit avoir aussi un manque de, euh comment on appelle ça, de docteur en recherche pour euh... Au niveau de la France, on est un peu en retard là-dessus, euh, dans les laboratoires. Y'a beaucoup d'étudiants comme vous qui partent aux Etats Unis faire des études. Bon, toujours pareil, c'est la rémunération qui prime et donc ils sont tentés les jeunes étudiants de partir, qui vont, qui font ça, à partir à l'étranger.* » (Entretien D)

A la fin de l'entretien avec le patient G, à la question : « avez-vous des choses à rajouter ? », il a conclu que la participation des médecins à la recherche était une chose positive. Mais aussi que le financement des études devait être compliqué. Il a mis l'accent sur la question de l'indépendance des réflexions lorsque les études sont financées par les industries pharmaceutiques, Ce qui est plus communément appelé conflit d'intérêt. *« Bah non, je pense que c'est très bien, quand on peut en faire. D'autant plus qu'il ne doit pas y avoir de gros financement. Et puis quand c'est parrainé par un laboratoire, est ce qu'on a vraiment la liberté d'esprit qu'on peut avoir ? »* (Entretien G)

Un patient avait abordé les difficultés de recrutement de patients dans les études : *« C'est pas toujours facile de recruter des gens pour une étude. »* (Entretien K)

Enfin, un patient, lui-même chercheur, mais dans le domaine des risques infectieux, a insisté sur le fait que la recherche améliorerait la prise en charge des patients. Il a insisté largement sur le fait que la recherche en soins primaires n'était pas la préoccupation des patients et qu'elle engendrait une perte de temps si elle n'était pas en rapport avec le soin. *« Bah écoutez, je ne pense pas si les patients s'occupent de savoir si un médecin généraliste fasse de la recherche. On va regarder si l'activité de recherche est en rapport avec l'activité de soigner ou pas. Parce que si elle est pas en rapport, c'est du temps perdu. »* (Entretien K)

3. Les attentes des patients :

A la question : « Sur quoi doit porter la recherche en médecine générale ? Quels sujets souhaitez-vous voir abordés ? », certains patients ont tout d'abord cité les grands sujets d'actualités médicales à savoir les cancers et la maladie d'Alzheimer. Ils ont signalé que de nombreux travaux étaient en cours sur ses pathologies. *« Peut-être la maladie d'Alzheimer mais bon ça c'est déjà en cours. »* (Entretien H)

« On parle surtout de recherche sur des maladies épouvantables comme le cancer. » (Entretien C)

Les attentes des patients concernant la recherche en médecine générale étaient :

- le maintien de la santé : *« j'aimerais que, des miracles je ne demande pas mais qu'on arrive le reste de la vie comme il me reste à vivre, que ça soit avec plus de plaisir, sans petit bobo ou des choses comme ça. »* (Entretien A)

- l'amélioration de la santé : « *qui elles ont besoin dans l'avenir, dans leur proche avenir, des résultats de ces recherches pour comme je vous ai dit, améliorer les médicaments, améliorer les traitements.* » (Entretien D)

- l'amélioration de la prise en charge des patients : « *on améliore la prise en charge des patients.* » (Entretien K)

- surtout des études sur leurs pathologies ou celles que leurs proches seraient susceptibles d'avoir :

« *ça m'intéresse que mon généraliste fasse de la recherche en particulier sur la nutrition puisqu'il faut que je surveille ma glycémie.* » (Entretien B)

« *Qu'il me trouve une solution sur ma thyroïdite !!! Ou s'assurer que mes enfants vont pas être embêtés avec ça. Ce genre de chose, plutôt centré sur sa maladie...C'est un peu, c'est vrai.* » (Entretien G)

Certains patients n'avaient aucune attente : « *bah non, je vois pas tellement.* » (Entretien E)

« *Non, je ne me suis pas trop posée la question j'avoue* » (Entretien N) « *Heu non, je, je ne sais, je ne sais pas* » (Entretien O)

G. La participation aux études :

1. Les motivations des patients :

Tous les patients avaient accepté facilement de participer aux études proposées par leur médecin traitant.

« *Il m'avait dit voilà vous faites ça et moi j'ai dit oui sans problème.* » (Entretien A)

« *La doctoresse m'a proposé tout simplement si je voulais participer. J'y voyais pas d'inconvénient.* » (Entretien F)

La confiance entre médecin et patient a joué un rôle important dans la décision.

« *Je suis en confiance avec lui, j'ai accepté.* » (Entretien C)

« *C'est le Dr V qui m'a conseillé de faire ça. Bah, écoutez comme c'est mon médecin, j'écoute toujours mon médecin.* » (Entretien M)

« *Et puis comme je vous l'ai dit comme je lui fais confiance y'a pas de problème, voilà* » (Entretien O)

Les raisons pour participer aux études étaient multiples.

Altruisme / Entraide
Simplicité de l'étude
Sujet
Développement de la recherche
Intérêt du médecin
Faire plaisir au médecin
Remercier le médecin
Solidarité recherche

L'altruisme était une des motivations pour participer : « *En pensant si je peux aider à quelqu'un d'autre. Euh vous savez parce que c'est tout. Vous savez, je vais vous dire une chose, quand-même on est des êtres humains vous savez, il faut penser à son prochain.* » (Entretien A)

La simplicité de l'étude, le peu de contraintes engendrées par l'étude étaient également un motif : « *c'était sur la modalité, le prélèvement nasal, ça allait.* » (Entretien F) « *Bah, ce n'était pas trop contraignant.* » (Entretien H)

Pour certains le sujet avait compté dans la décision : « *sur les antibiotiques, moi qui suis allergique à la pénicilline, oui !!!* » (Entretien G)

Pour d'autres non : « *euh, oui, enfin je ne sais pas. Non.* » (Entretien H)

Pour la majorité des patients, le fait de participer au développement de la recherche a été la raison principale. « *Pour faire avancer la médecine à ce niveau-là. C'est surtout dans ce but-là.* » (Entretien D)

« *j'ai dit à aider la recherche et voilà quoi.* » (Entretien I)

Certains avaient accepté dans l'intérêt du médecin, parce que ça lui était utile à lui.

« *Comme ça lui rendait service.* » (Entretien J)

« *C'est que c'est certainement utile. C'est au moins utile pour les médecins.* » (Entretien K)

Moins de la moitié des patients avaient accepté pour faire plaisir à leur généraliste. D'autres, n'auraient pas hésité à refuser.

« *J'ai fait ça gentiment pour lui faire plaisir.* » (Entretien B)

« *Voilà, j'allais pas dire pour lui faire plaisir mais bon voilà.* » (Entretien H)

« *Oh non, pas du tout. J'aurai pas hésité à dire non si le sujet m'avait indisposé ou si ça m'avait paru un peu étrange.* » (Entretien G)

Un patient avait accepté pour remercier son médecin traitant de ses soins : « *Parce que je le trouve très bien. Voilà, il m'a très bien suivi donc je voudrais lui rendre la pareille quand il me demande quelque chose.* » (Entretien J)

Enfin 2 patients avaient accepté, entre autres, par solidarité recherche. L'une d'elles parce que son conjoint est chercheur en littérature, l'autre a été lui-même chercheur.

« *Mon mari, qui tout de même est chercheur lui-même, mais en littérature.* » (Entretien F)

« *Je suis certainement sensibilisé aux aspects de recherche parce que j'ai été chercheur en labo y'a pas mal d'années.* » (Entretien K)

Aucun des patients n'avait accepté pour des raisons financières, en sachant que toutes les études n'étaient pas rémunérées.

« *J'ai pas fait ça pour l'argent.* » (Entretien C)

« *Euh non,*

« *Euh non. Je*

« *pense qu'on en n'avait même pas parlé au départ. Et je pense que c'était la bonne surprise de la fin mais enfin c'était pas du tout la raison de ma participation.* » (Entretien G)

2. Le vécu des études :

Certains patients s'étaient investis dans l'étude, voulant transmettre des données exactes.

D'autres s'étaient moins investis.

« *J'ai rempli honnêtement tous les documents.* » (Entretien A)

« *Il m'avait demandé pour que je fasse le nécessaire, j'ai fait le nécessaire.* » (Entretien E)

« *Je suis très content de participer mais je ne me donne pas corps et âme à cette étude.* » (Entretien C)

Une patiente avait vécu l'étude à laquelle elle avait participé comme ayant peu d'intérêt :

« *Enfin, ça ne m'a pas laissé grand impression.* » (Entretien B)

Deux patients, faisant partie des patients les plus âgés de l'échantillon, avaient vécu leur participation aux études comme des cobayes. (L'étude ESCAPE pour le patient C et CREATIF pour le patient J)

« *Je me*

« *sens un peu comme cobaye.* » (Entretien C)

« *Bon bah peu importe, je suis un cobaye.* » (Entretien J)

D'ailleurs ces 2 patients ne se considéraient pas comme acteur de l'étude. L'un d'entre eux était même persuadé de n'avoir eu aucune utilité dans l'étude.

« *Je me sens pas comme participant à l'étude. Je me sens simplement, euh, euh, de bonne volonté pour dire ce que je ressens.* » « *Je suis très content que, si je peux quelque chose, mais là je suis très conscient de ne pas avoir fait grand-chose.* » (Entretien C)

« *Moi je participe pas vraiment à l'étude, je suis un cobaye.* » (Entretien J)

Pour le patient C, l'étude ESCAPE à laquelle il avait participé n'était pas une étude mais un groupe d'échange entre patients sur le vécu de leur diabète.

« *C'est pas une étude ! J'ai fait parte de ce groupe pendant 2 ans. J'ai répondu à des questionnaires, c'est tout ce que j'ai fait.* »

La majorité des patients n'avait tiré aucun bénéfice direct à participer. De même le retour des résultats ne les intéressait pas. Pour étayer ce fait, certains patients ont déclaré que les études concernaient seulement les médecins et avaient peu d'intérêt pour eux.

« *Ca ne m'a rien coûté, ça ne m'a rien apporté donc ça ne m'a pas apporté grand-chose.* » (Entretien C)

« *Ca le regarde, c'est son travail.* » (Entretien B) « *Si vous voulez, moi ça ne me concerne pas, c'est lui qui voit.* » (Entretien E)

« *Les résultats c'est moi comment je me sens.* » (Entretien A)

Seulement 3 patients en avaient tiré un effet positif. Soit par modification de l'hygiène de vie, soit par équilibration d'une pathologie, soit par un sentiment de gratification.

« *A moi, je peux vous dire une chose, j'ai changé des petites choses dans le système de la vie et tout ça.* » (Entretien A)

« *Quand je suis revenue de la visite médicale, je me suis dit : « bon bah c'est bien, j'ai fait quelque chose de bien aujourd'hui, voilà !! » »* (Entretien F)

« *Oui, oui, oui, c'est que je me mélange pas dans les doses. Parce que maintenant, je suis très bien dosé.* » (Entretien M)

Enfin, certains patients ont insisté sur le fait que le médecin leur avait demandé de participer parce qu'il était certain qu'ils accepteraient. Ils avaient pour idée que les médecins choisissaient les patients qu'ils incluait dans les études.

« *Je pense que quand il demande quelque chose à quelqu'un, il sait où il met les pieds. Il doit demander ça aux personnes qu'il connaît très bien.* » (Entretien D)

« *Je pense aussi que le médecin me l'avait proposé parce qu'elle avait aussi quand même 80% de chance que j'allais répondre oui aussi.* » (Entretien G)

H. L'image du médecin chercheur :

1. L'activité de recherche :

a. Vision des patients de leur médecin généraliste chercheur :

A la question : « que pensez-vous du fait que votre médecin généraliste fasse de la recherche ? », l'ensemble des patients avait eu des réponses favorables.

Tous avaient une vision extrêmement positive de leur médecin généraliste chercheur.

« Bah, je pense très bien. » (Entretien A)

« Bah c'est intéressant. Je suis contente que mon médecin approfondisse un sujet, qu'il s'y intéresse vraiment. » (Entretien B)

« C'est très positif » (Entretien L)

« Moi je trouve que c'est impeccable. » (Entretien M)

« Bah c'est bien je trouve » (Entretien N)

Pour certains, l'activité de recherche du médecin faisait partie de ses qualités. Pour d'autres, elle augmentait la valeur du médecin.

« Moi je trouve que c'est une de ses qualités de faire de la recherche. C'est de faire de l'enseignement, de la recherche. » (Entretien C)

« Ah bah moi, je trouve que ça augmente sa valeur à mes yeux. » (Entretien J)

Les patients appréciaient le fait que leur médecin trouvait le temps de participer à la recherche.

« Bah je trouve ça très bien...Bah oui, je trouve ça très intéressant d'avoir un médecin généraliste qui soit encore dans de la recherche et qui trouve encore le temps pour ça. » (Entretien F)

L'une des raisons à cette vision positive était que l'investissement du médecin rassurait le patient.

« Ça me rassure au fait, je crois que ça me rassure. Parce que je me dis qu'elle reste active dans son domaine. » (Entretien F)

« Je ne sais pas moi, je trouve qu'il me rassure. » (Entretien M)

C'était une preuve de dynamisme du généraliste : *« Mais oui, je pense que c'est vraiment un point positif, de dynamisme du praticien, oui. »* (Entretien G)

Les patients étaient d'autant plus satisfaits de l'implication de leur médecin traitant dans la recherche que tous les généralistes ne le font pas. Certains patients ont pointé du doigt le manque d'investissement des médecins en dehors de leur cabinet.

« C'est pas des généralistes comme certains, ils sont au cabinet, ils font leur cabinet, ils font leurs visites, leurs consultations et puis point barre. » (Entretien D) *« Voilà, qu'elle est participative par rapport à un médecin généraliste qui resterait, qui se renfermerait dans son bureau. »* (Entretien F)

b. Les conséquences sur sa pratique :

b.1 : positives :

L'implication du médecin dans la recherche avait de nombreux retentissements positifs selon les patients.

Plus de la moitié d'entre eux avaient plus confiance en leur généraliste parce qu'il faisait de la recherche.

« C'est pour ça que j'ai confiance en lui, c'est en partie pour ça que j'ai confiance en lui. » (Entretien C)

« Ça me donne encore plus confiance en lui parce qu'il cherche à faire p... Enfin plus encore. » (Entretien I)

« Oui, le fait qu'il fasse de la recherche, ça augmente la confiance. Enfin moi, c'est ce que je ressens. Je pense que c'est un sentiment normal. Qu'est ce qui pourrait m'empêcher, me faire dire que ça diminue, euh, sa valeur. » (Entretien J)

Pour d'autres non : *« Bah je pense pas que dans sa clientèle ça joue un rôle à un point. Non je ne pense pas. »* (Entretien D) *« Non je*

ne pense pas parce que la confiance, je pense qu'elle est acquise ou elle l'est pas. C'est pas le fait de faire une recherche qui va faire que la confiance va être acquise en plus. Non je ne pense pas » (Entretien N) *« Bah parce que,*

Avoir plus confiance en elle parce que elle fait de la recherche. Non, non, je ne sais pas pourquoi je ne vois pas le... » (Entretien O)

Les patients ont semblé avoir plus confiance en leur médecin lorsqu'il fait de la recherche pour différentes raisons :

Amélioration des connaissances
Spécialisation dans un domaine
Esprit critique
Esprit d'ouverture

Pour certains patients, la recherche permettait au médecin d'améliorer ses connaissances et donc la prise en charge :

« *C'est parfait, il veut améliorer ses connaissances, pour moi.* » (Entretien I)

« *Il doit mieux soigner, mieux conseiller parce qu'il est plus au courant.* » (Entretien J) « *Alors ça peut améliorer ses connaissances, ça peut améliorer la prévention...Alors y'a deux écoles : c'est une garantie d'acquisition, de connaissances qui vont servir à la prise en charge du patient.* » (Entretien K)

Le médecin était au fait des avancées de la médecine. Il gardait un esprit d'ouverture, il s'informait des faits nouveaux :

« *Bah je pense qu'elle peut être plus avertie lors de phénomènes nouveaux. Euh, en tout cas, elle aura cette prise de recul lié à cette activité de recherche. Ou bien prise de recul ou bien s'intéresser d'avantage.* » (Entretien F)

« *Et puis, il faut aussi qu'elle se tienne au courant des nouveautés et des choses comme ça, même si ça s'applique pas à nous.* » (Entretien G)

« *Ce côté, ce que je pensais de lui, un esprit d'ouverture. Euh, qui évolue. C'est très positif de voir quelqu'un comme ça, qui ne reste pas sur des acquis mais qui avance quoi.* » (Entretien L)

« *Parce que comme ça il est au courant de ce qu'il ce fait de nouveau. Et puis non c'est bien* » (Entretien N)

Il avait un esprit critique, ce qui permettait une remise en question de ses pratiques.

« *On voit quand on est en consultation qu'il cherche dans la documentation récente tout ce qui peut affirmer ou infirmer ses thèses et ses diagnostics et ses remèdes et ses prescriptions.* » (Entretien C)

« Et puis ça prouve aussi que, je pense aussi qu'à partir du moment où on a fait de la recherche, on peut aussi se remettre en question. On peut avoir, on peut partir d'une hypothèse qui va s'avérer fausse. Ça veut dire aussi si on est capable d'accepter, de ne pas trouver ce qu'on pensait trouver. » (Entretien G)

Pour une patiente, cela permettait au médecin de se spécialiser dans le domaine de recherche :
« Il peut être plus spécialisé pour la nutrition. Bah c'est bien, c'est une bonne chose. » (Entretien B)

Pour le patient K, même si la recherche permettait d'améliorer les connaissances du médecin généraliste, la formation médicale continue apportait bien plus au médecin que la recherche.
« En plus je pense qu'un praticien fait une recherche dans son champ d'activité mais des fois c'est un peu plus dispersé que ça. Mais bon enfin je ne pense pas qu'actuellement le patient considère que ça soit important ou obligatoire qu'un praticien de médecine générale fasse de la recherche. Je pense qu'il peut le juger performant en dehors de ça, ne serait-ce que par des aspects de formation médicale continue. Oui mais comme je vous disais tout à l'heure, on peut être au fait de la connaissance avec de la formation médicale continue, avec des cours, sans faire de la recherche. »

b.2 : négatives :

L'implication du médecin dans la recherche n'avait pas que des conséquences positives.

Pour certains patients, elle jouait sur la disponibilité du médecin au cabinet : le temps consacré à la recherche n'était pas consacré au patient.

« Soit au contraire c'est un facteur qui va diminuer le temps disponible pour le patient. C'est ce qui se passe en recherche clinique. » (Entretien K) « Euh oui peut être parce que. Parce qu'elle aura entre guillemet une autre activité » (Entretien O)

Cette constatation a été la première réponse d'une patiente à la question : « que pensez-vous du fait que votre médecin généraliste fasse de la recherche ? » « Bah c'est-à-dire dans un sens je vois qu'il ne vient plus le matin, il consulte plus le matin. »
(Entretien B)

Pour l'un d'entre eux, la participation des médecins jouait sur la disponibilité mais il fallait l'accepter :

« Bah, évidemment, mais bon, enfin on ne peut pas tout avoir. Donc, oui, à partir du moment où il y a des heures consacrées à la recherche, elles sont pas passées en consult et bon. » (Entretien G)

Pour la majorité des patients, la recherche n'avait pas d'effet sur la disponibilité de leur médecin traitant :

« Bah je ne pense pas parce que il le fait le soir, je crois beaucoup. » (Entretien D)

« Alors on pourrait dire mais oui, ça lui prend du temps et donc il s'intéresse moins au patients. Ca n'est pas ce que je ressens. » (Entretien J)

2. Les attentes des patients de leur médecin généraliste chercheur :

A la question : « avez-vous des attentes particulières de votre médecin généraliste du fait qu'il fasse de la recherche ? », les patients avaient tous eu la même réponse : l'absence d'attente ou d'exigence particulière.

« Non, ça suffit vous savez. Jusqu'à maintenant, qu'est ce qu'il a donné, c'est assez suffisant. »

(Entretien A)

« Ah

non... » (Entretien H)

« Non, non, ça ne change rien. » (Entretien I)

Nombreux ont répondu qu'ils attendaient seulement de leur médecin qu'il les soigne. Lorsqu'ils consultaient pour un problème donné, qu'il ait assez de connaissances pour résoudre ce problème.

« Du moment que quand je vais le soir, quand je vais le voir pour un problème, je demande à ce qu'il y est une solution pour ce problème-là. Y'a pas besoin que je demande plus. » (Entretien I)

« Moi j'attends de lui qu'il me suive, me conseille et me soigne. » (Entretien J)

« Parce

que de toute façon, déjà à la base, je pense que c'est un métier qui demande beaucoup de connaissances et après c'est pas parce qu'il va savoir plus de choses que je vais forcément lui poser plus de questions. On vient pour un problème bien précis donc voilà (rires). En général on vient pour une problématique bien précise déjà. » (Entretien N)

Les patients souhaitaient que les connaissances que le médecin acquérait lors de ses recherches puissent servir à leur prise en charge.

« J'attends pas mais au fond de moi même, on souhaite toujours justement qu'il puisse sans que moi-même, que lui ait suffisamment de connaissances par rapport à mon cas, par rapport aux traitements, par rapport aux nouveaux médicaments, par rapport, des choses comme ça. Son

évolution à lui, j'espère toujours qu'il y est que, par rapport à mon traitement, il puisse y avoir un traitement pour l'améliorer. » (Entretien L)

Un patient avait fait part du fait qu'il espérait que l'investissement de son médecin dans la recherche puisse lui apporter une satisfaction et un épanouissement personnel.

« Non ça suffit vous savez. Jusqu'à maintenant qu'est ce qu'il a donné, c'est assez suffisant. Mais vous savez, mais j'espère qu'il arrivera de faire quelque-chose pour lui-même, pour avoir une satisfaction. » (Entretien A)

DISCUSSION

A. Limites et forces de l'étude :

1. Les biais :

a. Les biais de sélection :

Compte tenu de la faible portion de généralistes participant à la recherche en médecine générale, il nous a semblé inopportun de contacter des médecins généralistes franciliens au hasard. Nous avons donc contacté principalement des patients ayant pour médecin traitant un médecin enseignant du département de médecine générale de Paris 7. Cela engendre un biais de sélection, les patients étant sensibilisés à l'absence de leur médecin pour accomplir d'autres missions (d'acquisitions de compétences, de transmission de savoir). Les réponses des patients auraient peut-être été différentes si nous avions interrogé d'avantage de patients de médecin non enseignant. Nous sommes d'ailleurs forcés de constater que les deux patients interrogés ayant pour médecin généraliste un médecin non enseignant pensaient que la participation de leur médecin à la recherche jouait sur ses connaissances mais n'avait aucune relation sur la confiance.

La liste des patients à contacter nous a été fournie par les médecins traitants. Les critères de choix de ces patients, par les médecins, ont été le fait qu'ils aient participé à une étude mais aussi le fait qu'ils accepteraient de s'entretenir avec la thésarde. Cela constitue donc un biais de sélection supplémentaire.

Le vécu des patients de l'étude à laquelle ils ont participé a également été un frein à la participation de notre étude. Un patient ayant participé à l'étude ESCAPE a refusé de participer à notre étude, gardant une mauvaise expérience de cette étude, sans plus de précision.

Afin d'obtenir la plus grande diversité possible de patients, un travail d'échantillonnage a été réalisé. Si nous avons pu interroger des patients d'âge, de sexe différent, ayant des médecins traitants différents et ayant participé à des études différentes, il nous a été difficile de recruter des patients femmes de bas niveau scolaire. Effectivement hormis une patiente qui avait un CAP petit enfance (mais qui avait fait des études d'informatique en Afrique), les autres femmes avaient toutes un niveau d'études supérieur au BAC. Cela peut interroger sur le recrutement des patients pour les études. Concernant l'échantillon d'hommes, la diversité était obtenue.

Par ailleurs, les patients interrogés résident tous en zone urbaine (Paris, petite et grande couronne ouest). Les résultats pourraient être différents si nous avions interrogé une population rurale.

b. Le biais déclaratif :

Ce travail ayant pour objectif principal de connaître l'avis des patients sur leur médecin généraliste chercheur et l'interviewer étant lui-même médecin, nous pouvons supposer que les patients ont voulu dépeindre positivement leur médecin. Cependant lors des entretiens, les propos des patients ont été sincères, n'hésitant pas à faire part de leur ressenti et des défauts de leur médecin.

c. Les biais méthodologiques :

- lié aux entretiens :

Le fait même d'utiliser un guide d'entretien, avec des questions directrices, des relances, influence obligatoirement les réponses des patients, les thèmes à aborder étant prédéfinis. Durant les entretiens, nous avons tenté d'être le moins intrusif possible, de laisser les patients parler librement.

- lié à l'interprétation :

Ce travail étant basé sur une étude qualitative, l'analyse des données correspond à un codage et classement d'idées émergentes de chaque entretien. Il existe alors un biais d'interprétation : un thème peut être relevé par une personne et passé inaperçu par une autre. Afin de limiter ce biais, les premiers entretiens ont été codés par deux personnes différentes puis mis en commun afin d'établir leur concordance.

2. Les forces de l'étude :

Très rare sont les études qui se sont penchées sur l'opinion des patients concernant leur médecin généraliste investigateur. Ce travail est original dans les thèmes qu'il aborde. Premièrement, c'est l'une des seules études ayant pour objectif de connaître la vision des patients de leur

médecin généraliste investigateur. Savoir ce qu'ils pensent de cet investissement, connaître qu'elles peuvent être les conséquences de cette implication dans les pratiques quotidiennes de leur médecin. Mais également quelle(s) conséquence(s) sur la relation médecin/patient. A notre connaissance, c'est la seule étude qui cherche à déterminer les motivations des patients à participer aux études. C'est enfin la seule étude qui cherche à connaître les attentes des patients quant à la recherche en médecine générale.

B. Idées principales rapportées à la littérature :

1. La relation médecin patient

Dans sa pratique, tout médecin est impliqué dans une relation avec ses patients. Cette relation nécessite des compétences scientifiques (le savoir et le savoir-faire) et humaines (le savoir être). Cette relation naît d'une demande dont le patient a l'initiative. [11] Elle est le fruit d'une rencontre entre deux personnes que le contexte de soins a mis en rapport. Cette relation est basée sur deux liens solides : la confiance et la durée. La confiance représentait l'élément primordial dans la relation médecin/patient pour le patient A. Concernant la durée de la relation, excepté le patient K, tous les patients connaissaient leur médecin traitant depuis de nombreuses années.

Ainsi, selon le sondage IPSOS commandé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 85% des français avaient confiance à leur médecin généraliste en 2010. [12] Dans ce même sondage, 80% des assurés sociaux avaient le même médecin généraliste depuis plus de 5ans.

Cette confiance ne naît pas lors du premier contact. Elle s'acquière au fur et à mesure des consultations, des prises en charges, des échanges.

La satisfaction des patients en leur médecin traitant contribue à cette confiance. Dediane, dans son travail de thèse sur la relation médecin-malade, a mis en avant les critères de satisfaction des patients par-rapport à leur médecin généraliste, dans une enquête qualitative. Les critères majeurs sont : la compétence, critère principal, mais aussi l'écoute, l'expérience, la disponibilité et le partenariat. [13] Delage et Buchon, dans leur enquête auprès de patients de médecine générale, retrouvent les mêmes critères. La compétence et la capacité d'écoute sont les qualités principales attendues puis viennent la gentillesse, la faculté de rassurer et la ponctualité. [14] L'ensemble des patients interrogés ont cité ces termes, correspondant aux qualités du médecin. Aux critères précédents s'ajoutent le dialogue, le conseil, la connaissance du patient dans sa globalité.

L'importance de la communication avec le médecin a été soulevée par différents patients. Le médecin ne décide pas seul des thérapeutiques et de la prise en charge du patient. Un dialogue existe entre les deux parties. Et c'est au patient que revient la décision finale. Dans une société qui prône de plus en plus l'autonomie et l'indépendance, la relation médecin/patient évolue également : du paternalisme vers un partenariat et une autonomie des patients.

Mais cette relation, bien que basée sur des principes solides, peut rompre à tout moment. Le patient étant l'initiateur de cette relation, il en est également le défaiseur. Les raisons pouvant le pousser à quitter le médecin sont nombreuses. Les principales étant l'erreur médicale et le manque d'explications. Les autres motifs étant l'indisponibilité, le temps d'attente trop long, l'absence d'ordonnance et à l'inverse, l'excès de prescriptions. [13]

Ces données ont également été retrouvées lors des entretiens avec certains patients. Comme le soulignait la patiente G lors de son entretien, tant que les diagnostics sont bons, il n'y a aucune raison de changer de médecin.

Pour les patients interrogés, la peur de la prescription, le temps d'attente trop long, l'indisponibilité étaient décrits comme des défauts de leur médecin généraliste, plus que comme des raisons pouvant les pousser à le quitter.

A notre grande surprise, des patients ont évoqué le manque d'investissement de certains médecins en dehors de leur cabinet. Le fait que le médecin gère uniquement le cabinet, les consultations et les visites était perçu comme un défaut du médecin. L'implication du médecin en dehors du cabinet était vécue de manière positive. Elle permettait de briser l'image d'une médecine générale perçue bien souvent par la population et certains confrères spécialistes comme routinière. La littérature est très pauvre concernant ce sujet. En 2000, dans le travail réalisé par Magali Delage, 67.4% des patients appréciaient que leur médecin participe à la vie socioculturelle et aucun ne trouvait cela gênant. [14]

2. Les motivations du choix du médecin traitant

Les patients choisissent leur médecin pour différentes raisons. Dans notre travail, les deux principales motivations ont été la proximité pour cinq patients et les conseils d'une tierce personne (proche, confrère, paramédical) pour quatre autres patients. Ces résultats étayent bien ceux retrouvés lors de l'étude réalisée par Magali Delage. Dans son travail, 39,5% des patients avaient choisi leur médecin pour la proximité, 22,5% sur conseils de l'entourage. [12]

D'autres raisons ont également été invoquées par les patients : la succession d'un confrère

médecin, le temps d'attente trop long, la connaissance personnelle du médecin. Un patient avait choisi son médecin généraliste par obligation suite à la réforme de l'assurance maladie de 2004.

3. Les fonctions du médecin généraliste :

Les fonctions exercées par le médecin traitant sont nombreuses, différentes les unes des autres mais complémentaires. Elles ont pour principal objectif de garantir aux patients une prise en charge optimale et font du médecin traitant le protagoniste indispensable du système de soins.

Médecin de famille pour la majorité des patients, avec toute la dimension relationnelle et affective que cela comporte. Regardons comment les patients investissent la relation avec leur médecin, parlant de « mon docteur ». Ou bien forcés de constater que 92% des Français ont choisi leur médecin de famille comme médecin traitant. [15] Cette fonction, pourtant chère à nos aînés, tend à diminuer. Dans une société de surconsommation et de non tolérance du moindre faux pas, le médecin devient également un produit de consommation. Il est délaissé en cas d'insatisfaction. Nous avons pu faire cette constatation lors des entretiens, en notant une différence entre les interviews des personnes âgées et celles de personnes plus jeunes.

Les fonctions de prescripteur et de coordonnateur des soins ont été les autres fonctions citées par les patients interrogés. Le médecin généraliste est le médecin qui supervise la prise en charge. C'est celui qui centralise l'ensemble des informations et qui décide de la nécessité d'un avis spécialisé. Rappelons que plus de 80% des problèmes sont pris en compte immédiatement et directement lors d'une consultation de médecine générale. Cinq pour cent ont recours aux autres spécialistes et seulement 1% nécessitent une hospitalisation. [16]

Le rôle primordial du médecin traitant, tant dans sa position dans le système de santé que dans ses connaissances, en fait un spécialiste pour certains patients interrogés. Rappelons que depuis 2004, la médecine générale est reconnue légalement comme spécialité médicale. [17] Mais cette information n'est que très peu connue du grand public. Il n'y a qu'à voir la réaction d'étonnement des patients lorsqu'ils apprennent l'information. Pour la majorité des patients, la spécialité en médecine correspond à une spécialité d'organe, telle la cardiologie ou la pneumologie. Lorsque ces patients décrivaient leur médecin comme un spécialiste, ils faisaient référence non pas à une spécialité dans un domaine précis, mais à la quantité et la qualité des connaissances. Le médecin généraliste est un médecin spécialisé formé à l'approche globale du patient.

La vision des patients des rôles du médecin généraliste est celle de l'iceberg : la partie invisible est la plus importante. Les missions de santé publique (dépistage, suivi des nourrissons, vaccination...), d'accompagnement, de prévention, d'enseignement, de recherche sont toutes autant importante et constituent la partie immergée de l'iceberg. [18]

4. La recherche en médecine générale vue par les patients

a. Les représentations des patients :

La majorité des travaux réalisés à ce jour sur le thème de la recherche en médecine générale ont été concentré sur les médecins. Ces travaux visaient à déterminer les représentations des médecins sur la recherche en soins primaires, à décrire les caractéristiques des médecins y participant (âge, sexe, mode d'exercice, le rôle dans l'enseignement), et les barrières qu'ils rencontraient. Les études réalisées par S.Nugues en 2000 [7], I.Supper en 2009 [8], JS.Cadwallader en 2009 [9] ainsi que les travaux réalisés dans d'autres pays où la recherche est plus développée (Canada, Suisse, Angleterre) relatent tous les mêmes freins à la participation à la recherche en médecine générale : le temps, la motivation, les moyens financiers, la formation à la recherche, la pression des patients.

La littérature scientifique française et étrangère est pauvre de travaux sur la représentation des patients de la recherche en médecine générale et sur leurs attentes.

La recherche en médecine générale est bien souvent inconnue des patients. La majorité de la population (y compris au sein du corps médical) a une vision réductrice de la recherche : une recherche cantonnée dans les laboratoires. Une patiente avait ainsi fait remarquer son ignorance quant à l'existence d'une recherche en médecine générale. Pour elle ainsi que pour d'autres patients, la recherche médicale se limitait aux études sur les médicaments ou bien les maladies du siècle : les cancers et maladie d'Alzheimer, ou les maladies rares.

La recherche en médecine générale et la pratique quotidienne de la médecine générale étaient deux choses totalement distinctes pour deux des patients interrogés. Selon eux la recherche

n'avait plus aucun rapport avec les activités de soins quotidiens de leur généraliste. Un autre patient interviewé, chercheur dans le domaine du risque infectieux, avait largement insisté sur le fait que si le médecin généraliste faisait de la recherche, elle devait concerner les domaines de soins. Dans le cas contraire, cette recherche était préjudiciable pour le patient. Dans la littérature, aucune donnée n'a été retrouvée pour étayer les dires de ces patients. Cependant ces propos renforcent les motifs évoqués par certains médecins pour ne pas participer à la recherche en médecine générale : l'incompatibilité de la recherche avec des soins centrés sur la personne. [8]

[19] La recherche en médecine générale était perçue très positivement par l'ensemble des patients. Elle était non seulement perçue comme positive mais également comme nécessaire. Mc Call, en 2004, retrouvait des données similaires. Les patients interrogés dans son étude étaient tous favorable à la recherche en médecine générale. [20] Un patient avait signalé l'importance de la recherche en médecine générale, comme étant une recherche visant à connaître les déterminants et les impacts des attitudes préventives, diagnostiques, et thérapeutiques des médecins.

La différence entre la recherche menée en médecine générale et la recherche hospitalière n'a pas été retrouvée dans notre travail. Elle a pourtant été décrite par certains patients dans l'étude de Mc Call. Dans son travail, les patients considéraient la recherche hospitalière comme une recherche en situation artificielle. Les études conduites en structure hospitalière sont menées sur une infime partie de la population, non représentative de la population générale. Les études réalisées en soins primaires étaient considérées comme avantageuses pour les patients car la globalité du patient était prise en compte. [20] Les constatations de ces patients illustrent bien le fait que les découvertes scientifiques faites dans une population donnée ne sont pas transposables à une autre population et ne peuvent être généralisées. [21]

b. Les attentes des patients :

Dans une société de plus en plus individualiste, où l'intérêt personnel prévaut sur le collectif, pouvons-nous être étonnés que les attentes de certains patients sur la recherche en médecine générale soient centrées sur eux ou leurs proches ?

Dans ce travail, les patients interrogés attendaient de la recherche en médecine générale un maintien ou une amélioration de leur la santé. Concernant les études que pourrait réaliser leur généraliste, les patients souhaitaient des études sur leur propre pathologie ou bien celles de leur proches ou bien des pathologies que leurs proches seraient susceptible d'avoir. Aucun travail de recherche n'a été retrouvé dans la littérature pour confirmer ou infirmer ces dires.

c. Les obstacles à la recherche en médecine générale décrits par les patients :

Nombreuses sont les barrières à la participation des médecins à la recherche en médecine générale. Trois patients interrogés ont mis l'accent sur ce qu'ils considéraient comme des obstacles à la recherche en médecine générale.

Le temps constitue l'obstacle majeur à la participation des médecins à la recherche. La charge de travail des médecins généralistes est si importante, entre les consultations, les visites, les obligations de comptabilité, de formations, comment trouver le temps de s'investir dans un protocole de recherche, et de recruter des patients ?

Le recrutement des patients constitue justement un autre obstacle à la participation des médecins. Il est souvent difficile de trouver le nombre de patients suffisants remplissant les critères d'inclusion et acceptant de participer. [20]

Un patient a tenu à signaler le retard d'implication des médecins français dans la recherche. Ces propos ne font qu'appuyer le triste constat du manque de participation des médecins généralistes

français dans la recherche. Seulement 29,2% des médecins généralistes interrogés dans l'étude DRIM avaient participé à un travail de recherche en 2009. [8]

Ce patient expliquait ce fait par la fuite des médecins vers l'étranger (notamment vers les Etats Unis) où la rémunération lui semblait largement supérieure. Encore une fois, ce patient a pointé du doigt un des freins majeurs à la participation des médecins à la recherche, à savoir la rémunération. [7][8][9]

Le deuxième patient avait lui soulevé d'autres obstacles déjà retrouvés dans la littérature, à savoir le financement des travaux de recherche et l'indépendance des réflexions lorsque l'industrie pharmaceutique finance ces travaux.

Premièrement les problèmes de financement des projets de recherche représenteraient une barrière à la réalisation de travaux. [8] [9] Représenter est conjugué au conditionnel car des études démontrent le contraire. En Australie [20], ainsi qu'en Suisse [22], les gouvernements ainsi que les académies ont augmenté les fonds alloués aux médecins généralistes pour augmenter leur implication dans la recherche et la production de publication. Ces incitations n'ont pas eu l'effet escompté.

Deuxièmement les conflits d'intérêt, mis en avant depuis l'affaire du MEDIATOR® [23] représentent également un frein à la participation de certains médecins. Lorsque les études sont financées par l'industrie pharmaceutique, lorsque les enjeux financiers sont importants, le jugement est-il impartial, objectif, ou bien dicté par les lobbies pharmaceutiques ? Dans le travail de JS Cadwallader, certains médecins interrogés avaient fait part de leur méfiance quant à l'industrie pharmaceutique. Ils craignaient que l'industrie ne les influence dans leur pratique. [9] Paradoxalement, malgré cette méfiance, dans l'étude DRIM, 63% des études auxquelles avaient participé les médecins généralistes étaient financés par l'industrie pharmaceutique. [8]

d. Connaissances des patients des études auxquelles ils ont participé :

L'ensemble des patients a su décrire dans les grandes lignes ce qu'on attendait de leur participation aux études. Bien souvent, les patients ne se souvenaient pas du déroulement exact de l'étude. Seulement trois d'entre eux ont su l'énoncer correctement.

Deux patients se remémoraient le nom de l'étude.

Peu de patients se souvenaient de l'objectif de l'étude. Lorsque la question leur était posée, rares sont ceux qui ont répondu correctement. Pour les autres, l'interprétation de l'objectif de l'étude était très personnelle. Un patient inclus récemment dans l'étude CREATIF lors de son entretien, a décrit cette étude comme étant une étude sur : qu'est que l'INR dans le sang ? La description de l'objectif faite par les patients était si éloignée de l'objectif réel, poussant à se questionner sur la compréhension des patients du discours tenu par les médecins. L'écart retrouvé ici n'est pas dû à un défaut d'information du médecin généraliste puisque les patients ont admis avoir eu les explications (orales et écrites). Il peut s'expliquer de différentes raisons. Premièrement, il est désormais bien établi que lors d'une consultation médicale, plus de la moitié des informations transmises par le médecin ne sont pas enregistrées par le patient. [24] Deuxièmement, les principes de la communication entre individus expliquent également ces constatations. Lors d'un processus de communication, il existe des filtres déformants. Dans la relation médecin/malade, ces filtres correspondent aux représentations cognitives, aux images mentales que nous nous faisons par rapport à la consultation. Le médecin arrive avec toute sa formation médicale. Le patient lui, vient avec toute son expérience vécue et son état émotionnel. Ces filtres entraînent une distorsion entre l'intention de l'émetteur et l'effet sur le récepteur. [25]

5. La participation aux études :

a. Les motivations :

Tous les patients interrogés avaient accédé facilement à la demande de leur médecin généraliste de participer aux études.

La confiance du patient en son médecin généraliste a été le vecteur principal de cette participation. Les patients ont accepté car la demande émanait de leur médecin. D'ailleurs, une patiente a signalé qu'elle aurait refusé de participer si un médecin autre que son généraliste lui avait fait la proposition. Dans le travail de JS Cadwallader, certains patients et médecins généralistes ont évoqué le fait que la relation entre le médecin et son patient était une condition facilitante à l'inclusion des patients dans un protocole de recherche. [9]

Les motivations pour participer aux études ont été nombreuses.

L'altruisme, le fait de participer à la recherche pour améliorer les connaissances médicales. Ces avancées serviront aux patients eux-mêmes mais permettront également une meilleure prise en charge des autres patients et des générations futures.

La simplicité, le caractère non contraignant de l'étude ont été cités comme raison pour participer aux études. Répondre à des questionnaires, effectuer un écouvillonnage nasal, un recueil de selles, aller au laboratoire pour un dosage INR étaient considérés comme accessibles et sans risque pour les patients. Des patients ont souligné le fait qu'ils auraient été plus réticents à participer à un essai clinique. Mc Call soulignait dans son travail que les patients étaient moins enclins à participer à des travaux de recherche lorsque des médicaments étaient testés. [20] A contrario, Carer, dans son étude portant sur la motivation des patients à participer à un essai clinique en médecine générale, 69% des patients sondés n'ayant jamais participé à un essai, accepteraient de participer à un essai proposer par leur généraliste pour traiter l'un de leur problème de santé. Ce chiffre passait à 92% pour des patients ayant déjà participé à un essai clinique. [26]

Le sujet de l'étude a compté dans la décision pour certains patients, car en lien avec leur pathologie. Pour d'autres, le sujet n'avait pas d'importance. Dans le travail de Mc Call, le sujet de l'étude pouvait être un frein à la participation, notamment lorsque l'étude portait sur des questions d'ordre personnel. [20]

Dans notre étude, pour un patient, le fait de participer représentait une forme de remerciement envers son médecin pour les soins qu'il lui avait prodigués.

Moins de la moitié des patients avaient accepté pour faire plaisir à leur généraliste. Certains ne se voyaient pas refuser cette demande de leur médecin, au risque de le décevoir. D'autres n'auraient pas hésité à refuser si le sujet ne leur avait pas plu, ou bien si l'étude avait été trop contraignante. Le sentiment de culpabilité que pourrait ressentir des patients en cas de refus de participation a été décrit par des médecins comme frein à l'inclusion des patients. [20]

L'éventuelle rémunération de l'étude n'a jamais été citée comme motivation. Dans ce travail, seuls les participants de l'étude STAPHMRG s'étaient vus remettre un bon d'achat de 30 euros à la fin de l'étude. Les quatre patients ayant participé à cette étude n'avaient pas eu connaissance de l'existence de ce bon à l'inclusion et ont été agréablement surpris. Bien souvent les patients ont été étonnés par cette question. Beaucoup ont répondu que la rémunération n'était en aucun cas une motivation, et certains auraient même refusé une éventuelle rémunération. Ces résultats rejoignent donc les résultats de Coleman. Dans son étude, les patients étaient contre une récompense financière, pensant que les personnes participant aux études pour l'argent le faisaient pour une mauvaise raison. [27]

Enfin deux patients avaient accepté entre autres, par solidarité recherche. L'un étant lui-même chercheur dans le domaine du risque infectieux au GERES, l'autre ayant un conjoint chercheur en littérature.

b. Le vécu des études :

Aucune étude à ce jour ne s'est penchée sur le vécu des patients ayant participé à une étude sur demande de leur médecin généraliste.

La participation aux études a été vécue différemment selon les patients. Certains se sont investis dans l'étude, voulant par exemple, transmettre des données exactes dans l'étude ESCAPE.

D'autres avaient fait le strict nécessaire, bien souvent pour satisfaire le médecin traitant. Pour certains, l'étude ne leur avait pas laissé grande impression, considérant l'étude à laquelle ils avaient participé avec peu d'intérêt.

Pour la majorité des patients, aucun bénéfice n'avait été tiré de leur participation aux études. Ils avaient accompli en quelques sortes un « devoir », participé aux études pour développer la recherche, améliorer les connaissances médicales et les prises en charges.

Force est de constater d'ailleurs que le retour de résultats n'intéressait qu'une infime proportion. Une patiente a évoqué lors de son entretien avoir failli à son devoir, en ne cherchant pas à connaître les résultats. La participation aux études peut-elle donc être assimilée à un devoir du patient envers le système de soins ?

Le peu d'intérêt des patients pour les résultats trouve sa source en partie dans la représentation des patients de la recherche : la recherche ne concerne que les médecins. Pourtant, l'objectif principal de la recherche en médecine générale est l'amélioration de la prise en charge des patients, tant préventive, diagnostique que thérapeutique. Et cela a été souligné par des patients, mettant en avant l'ambivalence de leurs pensées. Ils pensent que le développement de la recherche en médecine générale permettra une meilleure prise en charge de leur maladie ou celles de leur proche mais paradoxalement, la recherche ne concerne que les médecins. Or, c'est le patient qui est au centre de cette recherche. Ne pouvons-nous voir ici un défaut de communication et d'information médecin/patient ? N'est-ce pas à nous médecins d'informer plus amplement les patients ?

Ce sentiment de non-participation à la recherche, de n'être pas acteur de la recherche est-il accentué par le fait que certains patients se considéraient comme cobayes ? Deux patients, parmi les plus âgés de l'échantillon, se sont décrits non pas comme acteurs mais comme cobayes. Dans le dictionnaire Larousse, un cobaye correspond à un sujet d'expérience. Etymologiquement ces patients avaient raison d'employer ce terme. Dans notre société, le mot cobaye a une connotation très fortement péjorative, faisant souvent référence à une personne sur qui sont expérimentés un nouveau médicament, une nouvelle technique. Pourtant dans les travaux réalisés par Mc Call [20] et Carer [26], les patients étaient contre l'idée de cobayes humains lorsqu'ils participaient à des études et des essais cliniques.

Les patients ne sont pas choisis au hasard pour participer aux études. Il existe certes des critères d'inclusion, mais les patients sont également sélectionnés par les médecins. Dans ce travail, quelques patients ont intelligemment fait remarquer que leur médecin leur avait demandé à eux de participer, sachant que la probabilité qu'ils acceptent serait très élevée. Les médecins choisissent donc les patients. Les difficultés de recrutement des patients peuvent-elles expliquer ces constatations ? Les médecins choisiraient leur patient afin de limiter un nombre de refus important. D'autant plus que les difficultés de trouver des patients répondant aux critères d'inclusion ont souvent été citées comme frein à la participation des médecins à la recherche. [20] Ou bien ne pouvons-nous expliquer cette constatation par la relation médecin/patient et la confiance qui les lie ? Les médecins incluent les patients dont la relation de confiance est bien établie.

6. Image positive du médecin chercheur

a. Vision des patients de leur médecin généraliste investigateur

Haller et Al, dans un article publié en Mai 2011 dans la revue médicale suisse, émettaient l'hypothèse que l'implication des médecins dans la recherche pouvait influencer de manière positive son image de marque, en particulier lorsque les projets étaient réalisés en collaboration avec une structure académique reconnue. [28]

Cette hypothèse est confirmée par notre travail. Tous les patients interrogés dans notre étude avaient une vision extrêmement positive de l'implication de leur médecin dans la recherche en médecine générale. Elle est également confirmée par le travail de JS Cadwallader dans lequel les patients avaient une large image positive de leur médecin investigateur. [9]

Cet investissement était considéré comme rassurant. Rassurant car faisant du médecin non pas un médecin qui se terre dans la médecine et ses habitudes de prescription mais un médecin qui s'investit et cherche à s'améliorer, à évoluer. C'est une preuve de dynamisme du médecin.

Cette vision positive du médecin investigateur est renforcée par le fait que peu de médecins généralistes s'investissent dans la recherche. Dans de nombreux travaux, dont celui réalisé par S. Nugues en 2000, 26% seulement des médecins sondés à l'échelle nationale avaient participé à un travail de recherche. [7] Le manque d'implication des médecins généralistes dans la recherche est connu des médecins mais nous ne nous attendions pas à ce que ce fait soit abordé spontanément par des patients, sans que la question leur soit posée. Cet investissement est donc un plus pour le médecin, une qualité supplémentaire. D'ailleurs certains patients interrogés dans le travail de JS Cadwallader émettaient l'idée d'inscrire cette fonction sur la plaque du médecin. [9] Tout comme le sont le fait d'être titulaire de tel ou tel diplôme universitaire, d'être attaché à un hôpital.

b. Les effets positifs sur la pratique des médecins :

L'investissement des médecins généralistes dans la recherche a de nombreux effets positifs.

JS Cadwallader, notait une valorisation du médecin généraliste dans sa pratique. [9]

Pour Mc Call, cet investissement avait pour conséquence une hausse de la confiance des patients en leur médecin. [20] Hausse de confiance à la fois dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Différentes explications ont été retrouvées à cette hausse de confiance.

L'implication des médecins généralistes dans la recherche permet une amélioration de leurs connaissances et de leurs compétences. La recherche rend le médecin plus compétent en soins.

[9] Comme le signalait une patiente dans notre étude, cela rend le médecin plus spécialisé dans un domaine.

La recherche en médecine générale n'a pas pour seule vocation de découvrir et tester des choses nouvelles, elle permet aussi d'augmenter les connaissances du médecin. Elle est considérée comme élément important dans la formation du médecin. [20]

D. Huas et P. Wallace émettaient l'hypothèse que l'investissement des médecins dans la recherche constituait une formation médicale continue.[6] Le rapport de l'IGAS de 2008 sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, notait : les situations professionnelles reconnues comme formatrices comprennent la réalisation de travaux de recherche et de publications, appuyant cette hypothèse. [29]

Dans notre travail, un patient a mis en avant le fait que les médecins pouvaient améliorer leurs connaissances en participant à des actions de FMC, plus qu'en participant à des travaux de recherche. Il considérait les cours magistraux comme de bons moyens pour se former. Dans le rapport de l'IGAS, il est mis en avant le fait que les formations didactiques classiques (cours magistraux, présentation suivie de questions réponses) sont moins efficaces que les formations interactives (groupe de discussion, études de cas). [29]

Le fait de participer à la recherche permet au médecin d'avoir un esprit d'ouverture, de se tenir au fait des avancées de la science. Il met à jour ses connaissances pour garantir une prise en charge optimale des patients, basée sur l'Evidence Based Medicine.

Le fait de participer à la recherche permet également au médecin d'avoir un esprit critique.

Esprit critique sur son travail, en cherchant à savoir si ses prises en charge sont bien conformes aux données actuelles de la science. Le médecin généraliste investigateur remet en cause ses connaissances et ses pratiques. Les patients appréciaient le fait que leur médecin cherchait dans la littérature ce qui pouvait infirmer ou confirmer ses hypothèses.

c. Les effets négatifs sur la pratique des médecins :

c1. La disponibilité

Un effet négatif a été rapporté par les patients : la disponibilité au cabinet de leur médecin. Pour certains patients, l'implication de leur médecin dans la recherche le rendait moins disponible, il accordait moins de temps à ses patients. D'ailleurs ce fût la première constatation et réponse d'une patiente à la question : « que pensez-vous du fait que votre médecin généraliste fasse de la recherche ? »

Pour d'autres patients, même si la participation de leur médecin le rendait moins disponible, il fallait l'accepter. Et ce parce que cet investissement améliorait les connaissances et compétences des médecins et donc la prise en charge des patients.

La majorité des patients pensait que l'implication de leur médecin dans la recherche n'avait aucun effet sur sa disponibilité. Pour bon nombre d'entre eux, leur médecin participait à des travaux de recherche en dehors de ses heures d'exercice.

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature pour infirmer ou confirmer ces dires.

c2. Eloignement du terrain

JS Cadwallader notait des craintes quant au développement de la recherche en médecine générale et à la structuration universitaire. Certains médecins et patients craignaient une scientification de la médecine générale. Ils craignaient que le développement d'une telle recherche puisse nuire à la notion de singulier et de la prise en compte de l'originalité de chaque situation de soins en ville. Des médecins généralistes universitaires interrogés avaient fait part de leurs inquiétudes concernant les chefs de cliniques en médecine générale, craignant de créer un corps disciplinaire éloigné du terrain, formés uniquement aux connaissances scientifiques. [9]

Devons-nous réellement craindre cette scientification ? La structuration universitaire de la médecine générale va-t-elle suivre le sillage de la structuration universitaire hospitalière, et donner naissance à des médecins avides de reconnaissances et de titres ?

7. Les attentes des patients :

Mc Call mettait en avant dans son travail le fait que les patients espéraient, attendaient, du fait de leur participation, une meilleure attention, et compréhension de la part de leur médecin. Certains se considéraient comme des patients spéciaux. [20] Le fait d'avoir participé à une étude sur demande de leur médecin généraliste rendait le médecin redevable.

JS Cadwallader notait lui, que la recherche en médecine générale était un moyen pour certains médecins de valoriser leurs patients. [9]

Notre travail n'étaye pas ces constations. Bien au contraire, il suggère plutôt l'inverse. Aucun patient interrogé n'espérait une plus grande attention de la part de son médecin généraliste. Ils n'attendaient aucune reconnaissance de sa part. Aucun patient ne se considérait comme patient spécial. Une patiente avait d'ailleurs insisté sur le fait que sa participation à l'étude ne la rendait pas plus importante.

Les patients interrogés n'exigeaient pas plus de leur médecin traitant. Une réponse à un problème donné, un traitement adapté, voilà ce qu'ils attendaient de lui lors des consultations. En somme, les compétences médicales attendues par n'importe quel patient d'un médecin. Bien-sûr, sans attendre d'avantage de leur médecin traitant, les patients espéraient que les recherches engagées par leur médecin, puissent servir pour leur prise en charge. La recherche en médecine générale a pour vocation l'amélioration des prises en charge en soins primaires.

Un épanouissement, une satisfaction personnelle, voilà ce qu'espérait un patient pour son médecin.

CONCLUSION

La légitimité de la recherche en médecine générale n'est plus à démontrer. Elle est indispensable.

Indispensable pour étudier la diversité des pathologies et des situations en soins primaires.

Indispensable pour permettre aux médecins de pratiquer à une médecine fondée sur des preuves.

Indispensable pour offrir aux patients des soins de qualité.

Malgré cette nécessité, peu de médecins participent à la recherche. Les obstacles sont nombreux (temps, formation, rémunération, manque de revalorisation...)

Les barrières à la participation sont majoritairement du fait des médecins. Les patients de notre étude ont accepté aisément de participer aux études, et ce d'autant plus que la demande émanait de leur médecin généraliste. Le fondement principal de la relation médecin patient, la confiance, est la clé de cette participation.

Les patients ont une image extrêmement positive de l'implication de leur généraliste dans la recherche. Cette implication le valorise. Elle augmente la confiance des patients en leur médecin. L'amélioration des connaissances, l'esprit critique et d'ouverture expliquent cette hausse de confiance.

Compte tenu de la faible proportion de médecins généralistes participant à la recherche, nous ne sommes pas surpris de l'ignorance des patients quant à la recherche en médecine générale.

Malgré cette ignorance, les patients étaient tous convaincus de la nécessité de cette recherche et appréciaient l'implication de leur médecin. La recherche a pour objectif d'améliorer les connaissances médicales et les prises en charge des patients. Pour les patients, cette recherche doit porter sur leurs pathologies.

C'est à nous médecin, de démocratiser la recherche auprès des patients et de leur faire prendre conscience de leur rôle majeur dans cette recherche. Les patients sont au centre de la recherche, l'objectif final étant l'amélioration de leur prise en charge.

Les patients n'exigent pas plus de leur médecin généraliste investigateur que d'un autre médecin généraliste. Ils attendent seulement de lui qu'il soit compétent en soins.

Notre travail ayant démontré l'influence positive de l'implication des médecins généralistes dans la recherche et la grande acceptation des patients à participer à des études, il peut être un argument de poids pour promouvoir la recherche auprès des médecins généralistes français.

Des travaux complémentaires sur un échantillon de patients plus importants, n'ayant pas pour médecin généraliste un médecin enseignant et sur des patients ayant refusé de participer seraient utiles.

ANNEXES

A. Fiche de thèse

B. Guide d'entretien

1. Première version

2. Deuxième version

C. Descriptif des études

1. ESCAPE

2. STAPHMRG

3. COLIVILLE

4. CREATIF

5. APRES

A. Fiche de thèse :

Thème : Médecin généraliste investigateur : le regard des patient

Justification :

La

médecine générale connaît depuis quelques années un essor important dans la réalisation de travaux de recherche.

Les médecins généralistes participants à ces travaux incluent leur propre patientèle.

Au delà de la représentation habituelle qu'ont les patients de leur médecin généraliste (celle de prescripteur, celle de confident..), ils lui découvrent une nouvelle facette : celle d'un médecin investigateur, participant à des travaux de recherche.

Des études réalisées auprès de médecins généralistes investigateurs ont montré que le fait de participer à des travaux de recherche améliorerait leur formation médicale.

Aucune étude à ce jour ne s'est penchée sur le point de vue et l'image que se font les patients de leur Médecin généraliste investigateur.

Objectif :

Evaluer le ressenti des patients sur le Médecin généraliste participant à des travaux de recherche.

Hypothèse :

Le

fait de participer à des travaux de recherche valorise l'image qu'ont les patients de leur Médecin Généraliste

Question :

Quel est le ressenti des patients dont le Médecin généraliste participe à des travaux de recherche ?

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative qui repose sur l'élaboration d'un guide d'entretien puis la réalisation d'entretiens individuels en face à face ou par téléphone.

Les patients recrutés seront des patients dont le Médecin généraliste a participé à des travaux de recherche (médecins du DMG de Paris 7 ou d'autres réseaux de recherche), avec échantillonnage des patients pour avoir une diversité en terme d'âge, de sexe, de lieu d'habitation (donc de population de niveau socio-économique différent), de niveau d'éducation différent, de médecin généraliste différent et d'études différentes. Les entretiens seront arrêtés quand la saturation sera atteinte.

Bibliographie:

- Is participation in research as an investigator an effective form of continuing medical education ? D Huas, P Wallace, British Journal of General Practice, 2000, 50,982-983
- Textes législatifs relatifs à la recherche, Code de santé Publique

B. Guide d'entretien :

1. Première version :

1^{ère} partie : Présentation de l'enquêteur, de l'enquête, de l'enquêté

(Phase d'établissement de la relation interviewé/interviewer)

3 temps : → Présentation de l'enquêteur

(Nom, prénom, position actuelle dans le cursus des études médicales)

→ Présentation de l'enquête :

L'étude s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine.

L'étude :

-**thème** : cette étude s'intéresse au regard des patients dont le médecin généraliste participe à des travaux de recherche.

- **méthode** : afin d'évaluer le regard des patients sur leur médecins généralistes investigateurs, je réalise des entretiens auprès de plusieurs patients qui ont participé à des études réalisées par leur médecin généraliste. Il s'agit d'entretiens semi directif qui sont enregistrés puis retranscrits secondairement sur ordinateur. Les données collectées sont strictement anonymes.

→ Présentation de l'enquêté :

Age, sexe, lieu d'habitation, profession, niveau d'étude, étude à laquelle ou lesquelles ils ont participé.

2^{ème} partie : mise en place du cadre

L'idée est de débiter la 2^{ème} phase de l'entretien par une question générale puis d'affiner les thèmes progressivement afin d'aborder progressivement le sujet de la thèse.

Les questions numérotées constituent la trame de l'entretien. Les questions intermédiaires servent à relancer les échanges si nécessaires.

1- Relation médecin/patient :

Objectif : connaître les attentes du patient concernant la relation médecin/patient

A-Est-ce que vous pourriez me décrire votre médecin généraliste ?

B- Pourquoi l'avez-vous choisi ?

- est-ce pour sa compétence ? Le type de relation ?

2-Représentation du patient de la recherche en médecine générale

Objectif : connaître les représentations qu'ont les patients de la recherche en médecine générale, connaître leurs attentes.

A-« Vous avez participé à une étude réalisée par votre médecin généraliste, pourriez-vous m'en parler ? »

- thème de l'étude : « sur quoi portait-elle ? »

- compréhension des patients de l'étude : « qu'en avez-vous compris ? »

- l'intérêt de l'étude : « cela servait à quoi ? »

B-Attentes

«Sur quoi doit porter la recherche en médecine générale ? Quels sujets souhaitez-vous voir abordés ?

3-Raisons ayant poussées le patients à participer à ou aux études :

A- « Est ce que vous pouvez me parler de la ou les raisons pour laquelle ou lesquelles vous avez participé à ou aux études ? »

- thème de l'étude : « est ce que le sujet vous a intéressé ? »

- aider au développement de la recherche : « était-ce le fait de participer au développement de la recherche »

- éventuels bénéfices en-tirés : « en avez-vous tiré un bénéfice ? Si oui, de quel type ? »

- « Crainte » de décevoir son médecin généraliste : « avez-vous accepté pour faire plaisir à votre médecin généraliste ? »

- l'éventuelle rémunération : « est-ce que le fait que l'étude soit rémunérée a compté dans la décision ? »

4- Ressenti du patient :

A- « Nous avons discuté tout à l'heure de la recherche en médecine générale, que pensez-vous du fait que votre médecin généraliste fasse de la recherche ? »

- connaissances du médecin : « pensez-vous que cela a un effet sur ses connaissances ? »
- compétences du médecin : « et sur ses compétences ? »
- confiance des patients vis-à-vis de leur médecin : « pensez-vous que cela puisse jouer sur la confiance des patients ? Dans quel sens ? »
- disponibilité : « craignez-vous que son activité de recherche influe sur sa disponibilité ? »
- attentes du patient : « par la suite, aurez-vous des attentes particulières vis-à-vis de votre médecin généraliste ? Si oui, de quel type ? Si non, pourquoi ? »

3^{ème} partie : conclusion de l'entretien :

Remerciements : « l'entretien touche à sa fin, je vous remercie du temps et de la confiance que vous m'avez accordés. Je vous tiendrai informé des conclusions de mon travail »

2. Deuxième version :

La présentation de l'enquête a été écourtée.

1^{ère} partie : Présentation de l'enquêteur, de l'enquête, de l'enquêté

(Phase d'établissement de la relation interviewé/interviewer)

3 temps : → Présentation de l'enquêteur

(Nom, prénom, position actuelle dans le cursus des études médicales)

→ Présentation de l'enquête :

L'objectif de mon travail est d'interroger des patients qui ont participé à des études réalisées par leur médecin généraliste.

→ Présentation de l'enquêté :

Age, sexe, lieu d'habitation, profession, niveau d'étude, étude à laquelle ou lesquelles ils ont participé.

Les 2^{èmes} et 3^{ème} partie n'ont pas été modifiées.

C. Descriptif des études :

1. Etude ESCAPE (Effets d'une série de consultations approfondies de prévention sur l'évolution des facteurs de risques des patients hypertendus à haut risque en prévention primaire)

Escape est un projet de recherche national conçu et conduit par le CNGE.

L'objectif était de mesurer l'impact d'une intervention sur les médecins généralistes sur la santé des patients hypertendus à haut risques cardio-vasculaire en prévention primaire.

Elle a eu lieu de Novembre 2006 à Novembre 2009.

C'est un essai randomisé en clusters (grappes) régionaux, qui a enrôlé 12 collèges régionaux de généralistes enseignants, comprenant 128 investigateurs (groupe intervention-GI) et 11 collèges comprenant 131 investigateurs (groupe témoin-GT). Au total, 1832 patients hypertendus ayant au moins 2 facteurs de risques cardiovasculaires, dont 1047 diabétiques, ont été inclus, puis suivi pendant 2 ans.

Dans le groupe intervention, les médecins recrutés ont été formés pendant une journée sur les objectifs thérapeutiques et les stratégies pour les atteindre selon les recommandations de la HAS et de l'Afssaps. Un document résumant les recommandations ainsi qu'un tensiomètre électroniques leur ont été remis. L'intervention a consisté en 4 consultations spécifiques de prévention en 2 ans.

Pendant ces consultations, le médecin devait négocier une modification de traitement si le patient n'avait pas atteint les objectifs cliniques et aborder systématiquement le champ de l'observance, de l'alimentation, de l'exercice physique et de l'arrêt du tabac pour les fumeurs. Enfin les médecins du GI ont reçu un feedback des résultats de leurs patients à l'inclusion et à 1 an.

Le critère principal de jugement était le nombre de patients atteignant tous les objectifs figurant dans les recommandations.

Dans le groupe témoin, les médecins ont participé à une réunion de mise en place technique et logistique.

Ils recueillent des données cliniques et biologiques des patients tous les 6 mois.

2. Etude STAPHMRG

Cette étude traite de l'émergence de la résistance à la méticilline au sein de la flore nasale staphylococcique chez les patients de médecine générale traités par antibiotique.

L'objectif est de déterminer si les traitements anti staphylococciques utilisés en médecine générale sont équivalents ou non en terme de l'impact sur la résistance dans la flore nasale, notamment vis-à-vis de la méticilline.

Les patients inclus dans StaphMRG sont vus en consultation de médecine générale par 50 praticiens rattachés au DMG de Paris 7.

Critères d'inclusion : patients de plus de 18ans, n'ayant pas eu de prescription d'antibiotiques dans les 3 mois précédents, nécessitant une prise d'antibiotique pour une infection ORL.

Pour chaque patient inclus, 3 prélèvements sont réalisés. Un avant l'initiation de l'antibiothérapie, le deuxième à 7 jours d'antibiothérapie, le troisième 1 mois après l'arrêt des antibiotiques. Le prélèvement est sous forme d'écouvillonnage nasal, réalisé par le médecin généraliste. Les écouvillons sont envoyés au laboratoire de l'hôpital Bichat par une enveloppe préaffranchie. Lors du dernier écouvillonnage, le patient se voit remettre un bon d'achat de 30euro)

3. Etude CREATIF : (centre de référence et d'éducation des anti-thrombotiques d'Ile de France)

Il s'agit de l'évaluation du bénéfice apporté au patient par la prise en charge de son traitement anticoagulant par une clinique des anticoagulants.

L'objectif principal est d'évaluer l'impact du CREATIF sur le suivi et la prise en charge des patients traités par AVK par rapport à un suivi en ville.

Les objectifs secondaires étant : - l'évaluation des accidents iatrogènes (hémorragique et thrombotique)

- l'évaluation de l'impact des séances d'éducation sur la qualité de l'anticoagulation

- l'évaluation d'une prise en charge sur 6 mois des patients par le CREATIF sur la prise en charge ultérieure par le médecin traitant.

C'est une étude rétrospective et prospective ouverte, multicentrique avec bénéfice individuel direct. L'étude prospective est réalisée en cross-over. Le traitement anticoagulant de chaque patient sera suivi pendant 6 mois par le CREATIF puis par son médecin traitant ou vice versa

Les critères d'inclusion étant : patient âgé de plus de 18 ans, dont la pathologie nécessite un traitement AVK par PREVISCAN® ou COUMADINE® avec une zone cible INR suivante : 2 à 3 (cible 2,5), 2,5 à 3,5 (cible à 3) ou 3 à 4,5 (cible à 3,75). L'instauration du traitement AVK doit être supérieure à 6 mois.

Le critère d'évaluation principal est le temps passé par le patient anticoagulé par AVK dans la zone cible de l'INR.

4. Etude COLIVILLE :

E.Coli commensal du tube digestif est considéré comme le principal réservoir de souches pathogènes responsable de bactériémie, soit par translocation intestinale, soit par invasion de l'appareil urinaire.

L'objectif principal est de différencier par une approche originale combinant la génomique comparative et la génétique des populations, des différences caractérisant les souches commensales d'E. Coli et les souches invasives responsables de bactériémie.

L'objectif secondaire étant que cette comparaison permettra d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse d'une différence des souches virulentes par rapport aux souches commensales et d'identifier les souches invasives chez des personnes à risque, conduisant ainsi à des stratégies prophylactiques et de définir les déterminants bactériens conservés chez les souches bactériémiques, non retrouvés chez les souches commensales, amenant à des stratégies vaccinales.

Il s'agit d'une étude cas témoins, prospective de recueil de souches d' E. Coli commensales du tube digestif chez les patients témoins. Les souches pathogènes d' E. Coli ont été isolées au cours du projet COLIBAFI, chez 360 patients cas bactériémiques hospitalisés en IDF.

Les 360 patients inclus dans COLIVILLE sont vus en consultation de médecine générale par les praticiens rattachées au DMG de Paris 7. Ils seront appariés aux cas sur l'âge (+/- 65ans) et le sexe.

Les critères d'inclusion sont : patients âgés de plus de 18ans, vivant en IDF.

Pour chaque patient inclus, un seul prélèvement de selles fraîchement émises sera effectué par le patient lui-même et recueilli par écouvillonnage des selles à l'aide d'un kit de prélèvement proposé. L'écouvillon est envoyé par le patient au laboratoire de bactériologie-virologie, hygiène de l'hôpital Avicenne, par enveloppe préaffranchie.

5. Etude APRES :

Cette étude est en partenariat avec 9 pays européens.

L'objectif de cette étude est d'analyser l'antibiorésistance en ville en croisant 4 sources de données :

- 1) Le résultat des antibiogrammes réalisés sur des souches de *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus pneumoniae*, retrouvés sur 4000 écouvillonnages nasaux réalisés au sein de 20 cabinets de médecine générale pour chaque pays participants.

- 2) Les prescriptions d'antibiotiques réalisées au cours des 5 années précédant la période de l'étude et au cours de l'étude
- 3) Une bibliographie internationale et nationale recherchant et synthétisant les données sur l'antibiorésistance en Europe et dans les pays participants
- 4) Une bibliographie recensant dans chaque pays/région d'étude les recommandations concernant la prescription des antibiotiques.

Les médecins participants à cette étude doivent posséder la base de données de toutes leurs prescriptions d'antibiotiques faites depuis 5 ans, ainsi que les diagnostics les ayant motivé.

Les patients inclus sont vus en consultation de médecine générale.

Les critères d'inclusion sont : patient âgé de plus de 4ans, connu du cabinet depuis plus d'un an.

Pour chaque patient inclus, un seul prélèvement nasal a été réalisé par écouvillonnage, à l'aide d'un kit de prélèvement proposé. L'écouvillon est envoyé par le médecin dans le laboratoire aux Pays Bas.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] CHEVALIER P. Le comité d'interface INSERM/médecine générale, qu'elles sont les évolutions prévisibles pour la médecine générale. Colloque sur la recherche en médecine générale. Avril 2004. Site Web de l'université de Rennes 1.

[2] GRISCELLI C. L'INSERM et la recherche en médecine générale. Revue du praticien médecine générale 2000 ; 14 :1396-1398

[3] DE POUVOURVILLE G. Développer la recherche en médecine générale. La revue du praticien 2007 ; 11 : 1181-1185 1200-1202

[4] Avenir de la recherche en médecine générale en France. L'éclairage d'expériences européennes. Colloque INSERM 2006. Site Web de l'INSERM. www.inserm.fr

[5] DE POUVOURVILLE G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France: Propositions par Gérard de Pouvourville, Directeur de Recherche au CNRS, Coordonnateur du Comité d'Interface INSERM/Médecine Générale.

Rapport remis à Monsieur le Ministre de la Santé, Monsieur le Ministre Délégué à la Recherche, mai 2006

- [6] HUAS D., WALLACE P. Is participation in research as an investigator an effective form of continuing medical education? *British Journal of General Practice* 2000 ; 50 : 982-983
- [7] NUGUES S, Etat de la recherche en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris : Université de Paris 7, 2004
- [8] SUPPER I, Disposition des médecins généralistes à participer à la recherche en soins primaires : étude DRIM. Thèse d'exercice de médecine générale. Lyon : Université de Lyon, 2009
- [9] CADWALLADER JS, Représentation de la recherche en médecine générale, l'étude RepR. Mémoire de Master 2. Lyon : Université de Lyon 1, 2010
- [10] AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, et Al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84 :142-145
- [11] MOLEY-MASSOL I. La relation médecin-malade, enjeux, pièges et opportunités. Paris : Le Praticien, Edition DoTe Be, 2007
- [12] Sondage IPSOS commandé par le conseil de l'ordre des médecins, 2010
- [13] DEDIANNE MC, HAUZANNEAU P, LABARERE J, et Al. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? *La revue du praticien médecine générale* 2003 ; 17 : 653-656
- [14] DELAGE M, BUCHON D. Notre médecin devrait être tout ça est bien plus encore. *Exercer* 2002 ; 65 : 9-12
- [15] DOURGNON P, GUILLAUME S. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Bulletin d'information en économie de la santé*. Site Web de l'IRDES. 2007

[16] BUDOWSKI M, GAY B. Comment former les futurs généralistes? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. Exercer 2005 ; 75 : 142-144

[17] Article 60 de la loi n°2002-72 de modernisation sociale du 17 Janvier 2002

[18] Le patient et son généraliste médecin traitant. Editorial de la SFMG. Site Web de la SFMG. Avril 2011. www.sfm.org

[19] GRAFFY J. Engaging family practitioners in research: are we getting in right ? Family Practice 2008 ; 25 : 69-70

[20] Mc CALL L, COCKRAM A, JUDD F, et Al. Research in general practice: why the barriers? A study of doctors and patients' perceptions. Asia pacific family medicine 2003; 2: 32-37

[21] ROSEMANN T. La recherche en médecine générale, de bonnes raisons épidémiologiques. Primary care 2008 ; 12 : 226-227

[22] STALDER H, Soutien financier pour la recherche en médecine générale. Médecine et hygiène 2004 ; 2497 :1844-1846

[23] Site Web : www.affairemediator.com

[24] COUET JM. Que reste-t-il de l'information donnée au patient ? Thèse pour le doctorat en médecine. Anger 2000

[25]REYNAERT C, LIBERT Y, ZDANOWICZ N. Je t'écoute moi non plus, à propos de la communication médecin-patient. Louvain médical 2004 ; 9 : 290-299

[26] CARER M, GIACOMINO A, JAILLON P. Motivations des patients à participer à un essai clinique en médecine générale. La lettre du pharmacologue 2006 ; 20 :43-48

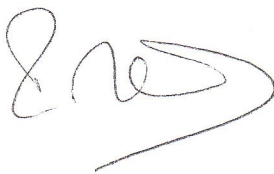
[27] COLEMAN K, MURRAY E. Patient's view en feelings on the community based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. Family practice 2002; 19: 183-188

[28] HALLER D., JOTTERAND S., DURRER D, et Al. Recherche scientifique en médecine de famille : expériences, barrières et besoins des praticiens. Revue médicale suisse 2011 ; 295 : 1089-1092

[29] Formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

Rapport de l'IGAS 2008. Site Web de l'IGAS. www.igas.gouv.fr

PERMIS D'IMPRIMER

VU: 

VU:

Le Président de thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

UniversitéParis 7.....

Université Paris Diderot - Paris 7

Le Professeur 

Professeur Benoît Schlemmer



Date 24/02/2012

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7

et par délégation

Le Doyen



RESUME :

Pré requis : la médecine générale connaît un essor important dans la réalisation de travaux de recherche. La recherche est nécessaire à la pratique d'une médecine fondée sur les preuves.

Bien que la majorité des médecins généralistes soient favorables à la recherche en médecine générale, seul un quart y participe. Les barrières sont nombreuses : temps, formation, rémunération. L'ensemble des travaux menés à ce jour ont tous été orientés vers les médecins généralistes.

Objectif : l'objectif de ce travail est de connaître le ressenti des patients dont le médecin généraliste participe à des travaux de recherche. Les objectifs secondaires sont de déterminer les raisons ayant poussé les patients à participer aux études et leurs attentes quant à la recherche.

Méthode : une étude qualitative a été réalisée auprès de patients ayant participé à des études dont leur médecin généraliste était investigateur. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de quinze patients.

Résultats : les patients ont tous une vision positive de leur médecin généraliste investigateur. Ils ont plus confiance en lui.

Conclusion : la participation du médecin généraliste à la recherche valorise son image. La relation médecin/patient est le moteur principal à la participation des patients. Ce travail pourrait servir d'argument pour favoriser la participation des médecins à la recherche.

Mots clés : recherche, médecine générale, patients, médecin généraliste, recherche qualitative