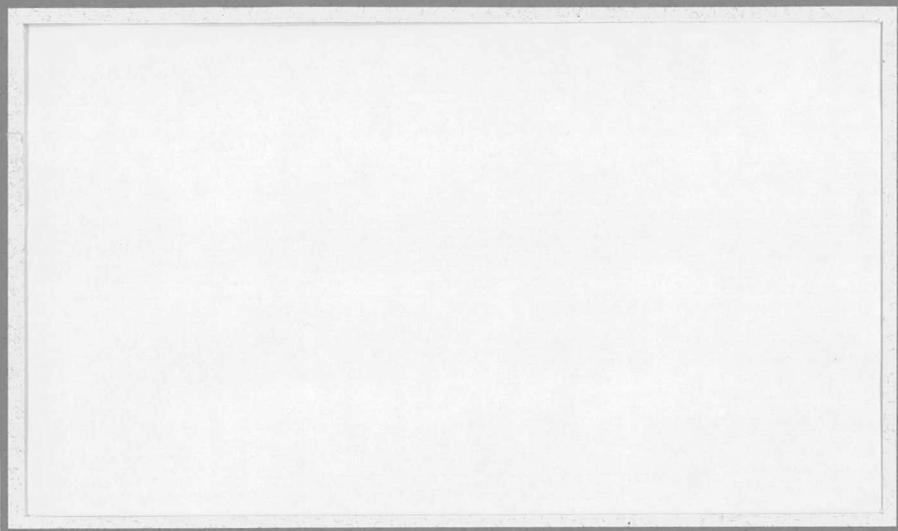


Centre de recherche
pour l'étude
et l'observation
des conditions
de vie



142, rue du Chevaleret
75013 PARIS
Tél. (1) 40 77 85 00
Fax (1) 40 77 85 09

Sou1993-832

1

CREDOC-DIRECTION
IMPORTANT

Ce rapport est actuellement soumis à embargo ou à diffusion restreinte par le commanditaire de l'étude dont il traite. Il vous est adressé au titre de vos responsabilités à l'égard du Centre.

Une consultation sans faille /
Marie-Odile Gilles et Michel
Legros. Décembre 1993.

VOUS DEMANDONS DE NE PAS
LE DIFFUSER

CREDOC•Bibliothèque



CREDOC

L'ENTREPRISE DE RECHERCHE

CREDOC

UNE CONSULTATION SANS FAILLE

*La qualité des consultations
vue par les clients des médecins libéraux*

Résultats d'une enquête réalisée par le CREDOC à la demande de l'Institut
National de la Consommation

Marie-Odile GILLES
Michel LEGROS

Département Evaluation
des Politiques Sociales

Décembre 1993

142, rue du Chevaleret
7 5 0 1 3 - P A R I S

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	9
Premier chapitre	
LA SATISFACTION DES PATIENTS	25
1. UNE SATISFACTION QUASIMENT UNANIME	27
2. SATISFACTION DES PATIENTS ET DEROULEMENT DE LA CONSULTATION	31
2-1. L'anamnèse	32
2-2. L'examen	34
2-3. Le diagnostic	35
2-4. Le traitement	36
3. LE PRIX DE LA CONSULTATION	41
Deuxième chapitre	
QUEL MEDECIN ET DANS QUELLES CIRCONSTANCES ?	45
1. L'ATTACHEMENT AU MEDECIN SIGNE DE QUALITE	47
2. LA SIMPLICITE DE L'APPROCHE DU MEDECIN	53
2-1. Un recours peu fréquent à la visite à domicile	53
2-2. La prise de rendez-vous	55
2-3. L'accès au spécialiste	55
3. LA TRANSPARENCE EN MATIERE D'INFORMATION MEDICALE : UN GAGE DE QUALITE	58
4. LE PRIX DE LA QUALITE, LE PRIX DE LA COMPETENCE	61
Troisième chapitre	
LES REPRESENTATIONS DU BON MEDECIN	65
1. LA REPRESENTATION DU BON MEDECIN	68
1-1. L'aspect proprement médical	68
1-1-1. Le bon médecin, c'est celui qui fait un diagnostic fiable	68
1-1-2. Le bon médecin, c'est celui qui donne le bon traitement	69
1-1-3. Un bon médecin, c'est celui qui guérit vite	69
1-1-4. Un bon médecin, c'est celui qui n'hésite pas à faire confirmer son diagnostic	70
1-2. L'aspect relationnel	70
1-2-1. Un bon médecin, c'est celui à qui on ose parler	70
1-2-2. Un bon médecin, c'est celui qui prend le temps de s'occuper de son patient	71
1-3. Le troisième aspect : le médecin de famille	71

2. LA VISION DU BON MEDECIN AU QUOTIDIEN	73
2-1. Le bon médecin est d'abord un bon praticien	73
2-2. Je me sens en confiance avec ce médecin	74
2-3. Le bon médecin reste le médecin de famille	74
2-4. L'émergence d'une clientèle captive	74
2-5. Le médecin pratique	75
3. UNE QUALITE ACQUISE : LES MODALITES PRATIQUES DE LA CONSULTATION	77
3-1. Un délai d'attente raisonnable	77
3-2. Des locaux bien entretenus	81
3-3. Peu de secrétaires accueillent les patients à leur arrivée au cabinet	84
3-4. Un dixième des patients se considère trop loin de son médecin traitant	85
Quatrième chapitre	
VERS UN INDICATEUR GLOBAL DE QUALITE	89
1. LOGIQUES ET MODALITES DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR	91
2. LES RAISONS QUI DETERMINENT LA SATISFACTION DES PATIENTS	105
CONCLUSION	111
ANNEXE	
TRIS A PLAT	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1	NOMBRE DE SEANCES DE MEDECINS PAR PERSONNE ET PAR MOIS SELON LE SEXE	12
Tableau n°2	NOMBRE DE SEANCES DE MEDECINS PAR PERSONNE ET PAR MOIS SELON L'AGE	12
Tableau n°3	COMPARAISON DES REPARTITIONS PAR AGE DE L'ECHANTILLON ET DE LA POPULATION DE REFERENCE	19
Tableau n°4	COMPARAISON DES REPARTITIONS PAR SEXE DE L'ECHANTILLON ET DE LA POPULATION DE REFERENCE	20
Tableau n°5	COMPARAISON DES REPARTITIONS PAR REGION DE L'ECHANTILLON ET DE LA POPULATION DE REFERENCE	21
Tableau n°6	COMPARAISON DES REPARTITIONS PAR PCS DE L'ECHANTILLON REDRESSE ET DE LA POPULATION DE REFERENCE	22
Tableau n°7	L'IMPRESSION GENERALE LAISSEE PAR LA CONSULTATION	27
Tableau n°8	POURQUOI AVOIR CONSULTE UN MEDECIN ?	30
Tableau n°9	COMMENT LES PATIENTS JUGENT-ILS LA LONGUEUR DE L'ORDONNANCE	37
Tableau n°10	NOMBRE DE MEDICAMENTS DIFFERENTS PRESCRITS PAR LE MEDECIN	37
Tableau n°11	INDICATIONS FOURNIES PAR LE MEDECIN SUR LE TRAITEMENT	38
Tableau n°12	A PROPOS DE L'ORDONNANCE	39
Tableau n°13	NOMBRE DE PERSONNES AYANT SUIVI LE TRAITEMENT PRESCRIT JUSQU'A SON TERME	39
Tableau n°14	NOMBRE DE PERSONNES AYANT SUIVI LES CONSEILS DU MEDECIN	40
Tableau n°15	NOMBRE DE PERSONNES CONNAISSANT A L'AVANCE LE PRIX DE LA CONSULTATION	42
Tableau n°16	QUAND CONSULTE-T-ON UN MEDECIN ,	49
Tableau n°17	POSSIBILITE DE CHOISIR LIBREMENT SON MEDECIN	52
Tableau n°18	QUAND LE MEDECIN DOIT-IL INFORMER CLAIREMENT SON PATIENT SUR SON ETAT DE SANTE ?	59
Tableau n°19	EST-CE IMPORTANT QUE LE MEDECIN INFORME SA CLIENTELE A L'AVANCE ?	63
Tableau n°20	DELAI D'ATTENTE ENTRE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS ET LE RENDEZ-VOUS LUI-MEME	78
Tableau n°21	DELAI D'ATTENTE ENTRE L'HEURE PREVUE POUR LE RENDEZ-VOUS ET LE RENDEZ-VOUS LUI-MEME	79
Tableau n°22	PROPRETE DE LA SALLE D'ATTENTE ET DU CABINET DU MEDECIN	81
Tableau n°23	CONFORT DE LA SALLE D'ATTENTE	82
Tableau n°24	ATMOSPHERE DES LOCAUX	83
Tableau n°25	ACCUEIL A L'ARRIVEE AU CABINET MEDICAL	84
Tableau n°26	PROXIMITE DU CABINET DU MEDECIN	85

Tableau n°27	IMPORTANCE DE LA PROXIMITE DU MEDECIN TRAITANT	86
Tableau n°28	LISTE DES PONDERATIONS UTILISEES POUR CONSTRUIRE L'INDICATEUR DE QUALITE	94
Tableau n°29	SEUILS DE PASSAGE D'UN ETAT DE SATISFACTION A UN AUTRE	104

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1	DUREE DE LA CONSULTATION	28
Graphique n°2	POURQUOI AVOIR CHOISI CE MEDECIN EN PARTICULIER ,	29
Graphique n°3	COMPARAISON DES POPULATIONS AYANT CONSULTE UN GENERALISTE OU UN SPECIALISTE	31
Graphique n°4	TAUX DE PATIENTS N'AYANT PAS OSE PARLER DE TOUT AVEC LEUR MEDECIN	33
Graphique n°5	TAUX DE PERSONNES N'AYANT PAS OSE TOUT DIRE A SON MEDECIN	34
Graphique n°6	TARIF DES CONSULTATIONS CHEZ LES GENERALISTES ANNONCE PAR LES PATIENTS	43
Graphique n°7	TARIF DE L'ENSEMBLE DES CONSULTATIONS ANNONCE PAR LES PATIENTS	43
Graphique n°8	TAUX DE MEME GENERALISTE PAR AGE	48
Graphique n°9	QUAND CONSULTEZ-VOUS UN MEDECIN ?	50
Graphique n°10	DANS QUEL CAS CONSULTEZ-VOUS UN MEDECIN	51
Graphique n°11	TAUX DE VISITES A DOMICILE PAR AGE	54
Graphique n°12	TAUX DE VISITES DIRECTES AU SPECIALISTE PAR AGE	56
Graphique n°13	CONSOMMATION DE SOINS DE SPECIALISTES PAR AGE	57
Graphique n°14	TAUX DE VISITES DIRECTES CHEZ LE SPECIALISTE	58
Graphique n°15	QUAND SOUHAITEZ-VOUS QUE VOTRE MEDECIN VOUS INFORME SUR VOTRE ETAT DE SANTE ?	60
Graphique n°16	QUAND SOUHAITEZ-VOUS QUE LE MEDECIN VOUS INFORME SUR VOTRE ETAT DE SANTE ?	61
Graphique n°17	L'ECART DE PRIX ENTRE GENERALISTES ET SPECIALISTES EST-IL ?	62
Graphique n°18	POUR VOUS, QU'EST-CE QU'UN BON MEDECIN ?	72
Graphique n°19	POURQUOI RETOURNERIEZ-VOUS CHEZ CE MEDECIN EN PARTICULIER	76
Graphique n°20	DELAI D'ATTENTE AVANT UN RENDEZ-VOUS CHEZ UN GENERALISTE SELON LES PATIENTS	80
Graphique n°21	DELAI D'ATTENTE POUR UN RENDEZ-VOUS CHEZ UN SPECIALISTE SELON LES PATIENTS	80
Graphique n°22	LES LOCAUX ETAIENT-ILS ?	82
Graphique n°23	LES LOCAUX ETAIENT-ILS ?	83
Graphique n°24	REPARTITION DE L'INDICATEUR SUR L'ECHANTILLON	103
Graphique n°25	VISUALISATION DES SEUILS SUR LE GRAPHIQUE DE REPARTITION	105
Graphique n°26	VARIATIONS COMPAREES DE L'INDICATEUR GLOBAL ET DE CELUI RELATIF A LA PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT	107
Graphique n°27	VARIATIONS COMPAREES DE L'INDICATEUR GLOBAL ET DE CELUI RELATIF AU CLIMAT DE LA CONSULTATION	108
Graphique n°28	VARIATIONS COMPAREES DE L'INDICATEUR GLOBAL ET DE CEUX RELATIFS A LA PERIODE PRECEDANT LA CONSULTATION ET AU DIAGNOSTIC	109
Graphique n°29	LES RAISONS DE LA SATISFACTION OU DE L'INSATISFACTION	110

INTRODUCTION

En 1992, la somme dépensée par les Français pour leurs consommations de soins et de biens médicaux a atteint 612 milliards de Francs. D'année en année, les dépenses de santé ne cessent d'augmenter. Même si ces dépenses ne sont que partiellement à l'origine des difficultés de la Sécurité Sociale, leur évolution est suffisamment préoccupante pour que la recherche des moyens de leur maîtrise soit au coeur des débats nationaux.

Le système de santé n'est pas une réalité homogène et les coûts se répartissent selon trois principaux postes : le plus coûteux, les soins hospitaliers, a représenté à lui seul près de 50% du total des dépenses, soit 5 024 Francs par habitant. Le second poste, par ordre d'importance, comprend les soins ambulatoires prodigués par la médecine de ville. Leur montant s'élevait en 1992 à 3074 Francs par habitant, soit au total, le tiers de la dépense de santé. Les dépenses pharmaceutiques représentent 16% de cette dépense globale. Il existe enfin deux postes dont le volume n'excède pas 5% du montant total des dépenses de santé : le transport des malades et les prothèses. Ce bref rappel d'économie de la santé n'a pour seul objectif que de situer l'enjeu financier des visites et des consultations en médecine de ville, d'en relativiser la hauteur par rapport à l'ensemble de la dépense de santé sans, toutefois, en négliger l'importance.

En restreignant le champ à la consultation en médecine de ville, il faut noter, qu'en moyenne, chaque Français a dépensé près de 1 500 Francs en consultations chez un médecin libéral en 1992.

26% des Français ont recours au moins une fois par mois à un généraliste, 14% à un spécialiste¹.

Ce sont plutôt des femmes qui consultent, comme en témoigne le nombre moyen de séances de médecins par personne et par mois selon le sexe.

¹ Les données qui sont utilisées dans ce paragraphe proviennent de l'enquête santé INSEE 1990

Tableau n° 1
NOMBRE DE SÉANCES DE MÉDECINS PAR PERSONNE ET PAR MOIS
SELON LE SEXE

Sexe	Visites généralistes	Consultations généralistes	Séances spécialistes	Total Séances médecins
Homme	0,06	0,22	0,16	0,44
Femme	0,09	0,31	0,25	0,65

Source : Enquête santé INSEE / CREDES - 1990

Le nombre de séances de médecins croît assez régulièrement avec l'âge. Les personnes âgées sont plus consommatrices de soins médicaux, surtout auprès des généralistes.

Tableau n° 2
NOMBRE DE SÉANCES DE MÉDECINS PAR PERSONNE ET PAR MOIS SELON L'ÂGE

Age	Visites généralistes	Consultations généralistes	Séances spécialistes	Total Séances médecins
16-39 ans	0,03	0,22	0,17	0,42
40-64 ans	0,06	0,32	0,26	0,64
65 ans et plus	0,24	0,40	0,26	0,90

Source : Enquête santé INSEE / CREDES - 1990

La multiplication des consommations médicales pourrait contribuer à en banaliser le déroulement. Il semble bien qu'il n'en soit pas ainsi.

La rencontre, dans le cas d'une consultation au cabinet ou d'une visite à domicile, d'un médecin et d'un client ne peut être renvoyée à une simple

relation de service dans laquelle une prestation ou un produit s'échangerait contre une somme d'argent. Chaque consultation présente pour le patient le risque d'une atteinte à son intégrité, que cette atteinte vienne des investigations auxquelles procède le praticien ou qu'elle provienne du dévoilement d'une quelconque maladie. Toute rencontre entre un médecin et un client confronte ce dernier à ses propres limites et le renvoie à l'image de sa propre disparition.

Les caractéristiques de cette relation ont fait l'objet de nombreuses recherches et de multiples discours, l'objectif de cette étude n'est pas de les recenser mais simplement d'en rappeler les axes pour, s'il en était besoin, renforcer l'idée de la complexité de la mesure de toute qualité de cette relation.

A côté d'un discours humaniste qui trouve sa source chez Hippocrate et son expression la plus achevée dans le célèbre aphorisme du professeur PORTE, ancien président du Conseil National de l'Ordre des Médecins : "la relation médecin-malade, c'est la rencontre d'une confiance et d'une conscience", ce sont surtout les analystes et les sociologues qui ont essayé de déchiffrer la complexité de la relation médecin-malade.

A la suite des travaux de Michael BALINT¹, mais aussi de Jean-Paul VALABREGA² et de Lucien ISRAEL³, dans la direction ouverte en France par ALLENDY⁴ dans son "Journal d'un médecin malade", un courant de pensée a interprété le déroulement de la relation médecin-malade en utilisant un modèle analytique. Sans insister sur les caractéristiques de ce modèle, on peut en rappeler les principales composantes. Selon cette logique, la rencontre médecin-malade est une relation de transfert dans laquelle le malade qui intériorise une image dégradée de lui-même demande au médecin de lui confirmer, qu'en dépit de sa maladie, il reste une personne susceptible d'être reconnue et aimée. La demande faite au médecin est, dans ce cas, une demande de comblement de la faille causée chez le sujet par la découverte qu'il est malade, donc faillible. A cette demande, le médecin ne peut pas répondre. Sa formation ne lui permet pas toujours d'identifier la demande de son patient. mais, surtout, le médecin n'est pas psychothérapeute. Le savoir médical se situe dans un autre domaine et, pour proposer un traitement, le médecin doit passer par une reconstruction théorique de la maladie à partir de ce qu'il interprète, dans son propre discours scientifique, des signes que lui présente le malade. Selon cette approche analytique, il ne peut y avoir de rapport médical satisfaisant, mais seulement des tentatives de combler

¹ Michael BALINT, Le médecin, son malade et sa maladie, Paris, Payot, 1966

² Jean Paul VALABREGA, La relation thérapeutique, Paris, Flammarion, 1962

³ Lucien ISRAEL, Le médecin face au malade, Bruxelles, Dessart, 1968

⁴ R. ALLENDY, Journal d'un médecin malade, Paris, Denoël, 1944

plus ou moins maladroitement la béance qui sépare les deux positions. L'accord entre le malade et le médecin est nécessairement biaisé. L'ordonnance vient alors, pâle substitut, reconnaître le patient pour ce qu'il est, un malade, mais en même temps quelqu'un à qui on peut offrir un cadeau, quelqu'un d'aimable -que l'on peut aimer-.

Dans une démarche totalement différente de cette approche psychanalytique, les sociologues ont analysé la relation médecin-malade comme un exemple, particulier et très riche de sens, de relation sociale. Trois perspectives sensiblement dissemblables structurent l'ensemble de ces travaux sociologiques sur le thème de la relation médecin-malade.

La première a été développée par Talcott PARSONS¹, sociologue américain des années cinquante. Pour cet auteur, la maladie est une forme de déviance que toute société doit contrôler sous peine de se désagréger. Le contrôle s'opère en proposant aux personnes des systèmes de rôles. Le rôle du médecin est de réduire cette déviance, le rôle du malade intègre des éléments régressifs, par exemple l'atténuation des responsabilités, la possibilité d'être aidé, mais aussi des obligations telles que la reconnaissance du caractère désirable de la guérison et la coopération avec le médecin en vue de cette guérison. Nous sommes, avec PARSONS, dans le cadre d'un schéma explicatif de type fonctionnaliste où tout comportement est rationnel. Dans le cadre de ce modèle, il est évident que le malade ne peut être qu'un patient, le degré de vigilance qu'imposerait l'adoption, par exemple, d'un rôle de consommateur ferait glisser la personne malade du côté de la déviance, ce qui serait dangereux sur le plan social.

La seconde perspective sociologique concernant la relation médecin-malade est assez connue en France depuis les années soixante-dix. Elle part de l'hypothèse qu'il existe un véritable modèle de coercition que les médecins ont su imposer à l'ensemble de leurs patients. L'origine de la force de ce modèle peut tenir dans le poids des structures médicales que la profession a su mettre en oeuvre. Cette thèse est, par exemple, développée par Eliott FREIDSON². D'autres auteurs ont situé davantage la source de ce pouvoir du médecin dans sa capacité à peser par son savoir sur le cours des vies. Cette perspective a d'abord été fondée par Michel FOUCAULT³ puis a été reprise et amplifiée, souvent de façon polémique, par Ivan ILLICH⁴. On ne compte pas d'ailleurs, dans le milieu des années soixante-dix, le nombre de ces ouvrages et articles qui développèrent le

¹ Talcott PARSONS, éléments pour une sociologie de l'action, Paris, Plon, 1955

² Eliott FREIDSON, Profession médicale, Paris, Payot, 1982, présentation par Claudine HERZLICH.

³ Michel FOUCAULT, Naissance de la clinique, Paris, PUF, 1975.

⁴ Ivan ILLICH, la Némésis médicale, Paris, Seuil, 1975.

thème de la lutte contre le pouvoir médical et tentèrent de fonder un consumérisme médical.

La troisième perspective qui connut moins de succès, médiatique au moins, essaie de comprendre de manière plus fine, la construction des interactions entre les médecins et le patient au cours de l'acte médical mais elle a surtout été développée dans un contexte hospitalier¹.

Sociologiques ou analytiques, les approches théoriques de la relation médecin-malade mettent l'accent soit sur l'existence de relation de dépendance, soit à l'inverse sur la mise en évidence d'affrontements de pouvoir. Dans les deux cas, le patient ne peut être un consommateur capable d'établir une relation critique et négociée. Que devient alors cette parole critique portée par des clients mécontents de cette relation ? Elle peut être simplement échangée d'une personne à l'autre, sans aucune portée institutionnelle, et rejoindre les mille discours sur la santé, le beau temps et la pluie qui permettent aux individus de maintenir, sans trop s'engager, leurs échanges sociaux. Elle peut s'exprimer aussi auprès des lieux de recours que sont les institutions de consommateurs. L'utilisateur mécontent d'une prestation médicale vient alors témoigner auprès d'une association dont il espère qu'elle pourra lui servir de conseil, de recours ou de lieu d'accueil de son témoignage. Elle peut, enfin, être portée devant une juridiction pour servir de support à une demande de réparation. Les études montrent que ce chemin n'est pas le plus fréquemment suivi².

Si ces plaintes arrivent, force est de reconnaître que leur nombre et leur intensité ne sont pas très volumineux. Une autre hypothèse alors existe, qui postule la satisfaction des clients ou tout au moins l'absence de raison d'adopter un discours critique. En l'absence de toute faille, la consultation médicale ne laisserait pas de place à la critique du patient.

L'Institut National de la Consommation (INC) qui souhaitait aller plus loin dans la compréhension de cet état de fait, sans cependant s'engager dans une démarche de type contre-expertise visant à tester in-situ la qualité des soins délivrés lors de la consultation médicale, s'est engagé avec le CREDOC dans une

¹ Olgierd KUTY, Orientation culturelle et profession médicale, Revue française de sociologie, 1975.

² Christine LE CLAINCHE, Guy POQUET, Les accidents thérapeutiques, CREDOC, 1992. Rapport réalisé à la demande de l'Institut National de la Consommation.

démarche visant à décrire la perception qu'ont les consommateurs de la qualité des soins et plus généralement de la qualité de la consultation médicale.

Cette démarche n'est pas simple tant la qualité est une notion difficile à définir, surtout en matière de prestations de services. Dans un rapport publié récemment par le CREDOC intitulé "*comprendre et évaluer la qualité*"¹, Saadi LAHLOU montrait que chercher à comprendre ce qu'est la qualité en elle-même est quasiment une mission impossible. La notion de qualité varie selon ce que l'on cherche à qualifier : un four, un vêtement, la location d'une voiture, une consultation chez un dentiste.... Plus précisément, ce sont les critères qui entrent en jeu dans la définition d'un produit ou d'un service de qualité qui évoluent selon ce à quoi on s'intéresse.

Mais plus que du produit dont on parle, c'est surtout de l'utilisateur dont dépend la notion de qualité. En fait, la qualité, c'est d'abord l'aptitude du produit à satisfaire l'utilisateur. Elle renvoie à une référence, un produit idéal dont le produit existant se rapproche plus ou moins. Cette référence varie bien sûr selon les individus. Si l'on prend l'exemple du matelas, se décline toute une palette de préférences, entre ceux qui aiment les matelas très souples et ceux qui sont adeptes de la planche de bois...

Une question vient alors à l'esprit : y-a-t-il autant de perceptions de la qualité qu'il y a d'individus ? La réponse est négative. Les perceptions du monde ne se déclinent pas à l'infini et plusieurs personnes ont souvent les mêmes références. Il est ainsi possible de composer des regroupements au sein de la population. Mais il n'existe quand même pas un seul modèle. C'est pourquoi au lieu de parler de la qualité, il est préférable de parler d'un processus d'évaluation de la qualité dans un ensemble de représentations. La représentation de la qualité ne s'exprime que par l'intermédiaire de "signes" qui servent de repères pour l'utilisateur et qui lui permettent d'estimer la qualité du produit en question. Ces signes laissent supposer au consommateur au moment de l'achat que le produit correspondra à ses attentes : pour un fruit, ce sera l'odeur et la couleur, pour un vêtement ce sera la taille, la matière et la couleur, etc...

A ce stade de la réflexion, il faut faire une distinction entre les objets et les services. Pour les objets, le terrain a été considérablement déblayé, notamment par les associations de consommateurs qui ont su construire des référentiels de qualité. Les appareils électroménagers, les vêtements et même les vins font régulièrement l'objet de tests comparatifs. En revanche, les travaux sont moins avancés, mais le problème est sans doute plus ardu, dans le cas des services.

¹ Cahier de recherche n°39 CREDOC, Comprendre et évaluer la qualité, décembre 1992.

S'agissant des objets, les signes de qualité sont relativement faciles à déterminer et l'on sait même les hiérarchiser selon leur importance. Pour reprendre l'exemple du matelas, la matière qui va constituer le matelas (laine, latex, ressorts,...) sera un critère plus déterminant que la couleur du tissu qui l'entoure.

Dans le cas des services, la liste est plus délicate à établir. Quels sont les critères qui permettent de juger de la qualité d'un médecin ? Est-ce le fait de le quitter en sachant exactement de ce dont on souffre ? L'aspect sympathique ou non du médecin fonde-t-il le jugement du patient ou bien est-ce la durée de la consultation ? Comment faire le tri dans tous ces signes ? Comment savoir ceux qui ont de l'importance ? Ont-ils le même impact pour tout le monde ? Pour répondre à ces questions, le service des études de l'Institut National de la Consommation a demandé au CREDOC de réaliser une étude auprès d'un échantillon représentatif des clients des médecins libéraux.

Au cours de cette enquête, 825 personnes de plus de 20 ans, et ayant consulté un médecin, généraliste ou spécialiste, dans les trois mois précédant l'enquête, ont été interrogées. Le caractère très précis des questions imposait que le délai entre le moment de l'interrogation et la dernière consultation ne soit pas trop long. De plus, la constitution de l'échantillon nécessitait de recourir à des statistiques existantes fournissant les caractéristiques de la population ayant consulté un médecin au cours d'une période donnée. L'INSEE a réalisé en 1990 une enquête "santé" et publie les caractéristiques de la population ayant consulté un médecin pendant une période de trois mois.

Pour que la personne contactée puisse appartenir à l'échantillon enquêtée, il fallait, en outre, que sa dernière consultation ait eu lieu à son domicile ou au cabinet d'un médecin -éventuellement dans un cabinet de groupe-. Les consultations effectuées dans un hôpital ou dans un dispensaire ainsi que celles réalisées dans le cadre de la médecine du travail étaient exclues du champ de cette enquête.

L'échantillon a été construit en utilisant la méthode des quotas. Quatre variables ont été retenues : le sexe, l'âge, la région d'habitation et la taille d'unité urbaine. Les informations permettant de fixer les quotas sur le sexe et l'âge ont été obtenues dans l'enquête santé 1990 et correspondent aux caractéristiques de la population ayant consulté un médecin lors des trois mois avant l'enquête. En l'absence d'informations sur ce thème dans l'enquête "Santé", les répartitions par région et par taille d'unité urbaine proviennent du recensement de 1990 et s'appliquent à l'ensemble de la population française.

Les personnes ont été contactées par téléphone (système CATI), en semaine de 18H à 21H et le samedi de 9 H à 14H. En cas d'absence ou de refus, le numéro de téléphone était abandonné. Dans chaque foyer, la personne qui décrochait le combiné était interrogée lorsqu'elle correspondait à la population ciblée. Chaque entretien durait environ 20 minutes. L'enquête a eu lieu du 9 au 24 septembre 1993 et a été réalisée par le service d'enquêtes téléphoniques du CREDOC.

Le questionnaire comprenait deux parties. La première permettait de recueillir le point de vue de la personne interrogée sur le monde médical. La seconde était uniquement axée sur la dernière consultation de la personne interrogée : médecin consulté (spécialiste ou généraliste, médecin habituel ou médecin consulté pour la première fois), motifs de la consultation.... Le déroulement de cette dernière consultation était entièrement décrit. Enfin, cette seconde partie se terminait par un recueil de l'impression laissée par la consultation sur le patient .

L'échantillon a du être légèrement redressé par rapport aux variables d'âge et de région d'habitation (codée en huit postes) pour correspondre exactement aux quotas fixés. Les observations ont été pondérées en imposant que les poids varient entre 0,5 et 2, de manière à ce que le poids relatif d'une observation par rapport à une autre ne dépasse pas 4, ceci afin de ne pas trop accentuer l'influence d'une série d'observations.

La présentation de l'échantillon selon les principales variables d'âge de sexe, de profession et de région d'habitation permet de décrire les principales caractéristiques de la population qui consulte un médecin sur une période de 3 mois.

Dans notre échantillon, les classes d'âge jeunes étaient sur-représentées au détriment des classes très âgées. Il est très difficile de joindre des personnes de 80 ans et plus et d'arriver à les maintenir au téléphone pendant près de 20 minutes. Dans l'échantillon redressé, les personnes de 80 ans et plus sont affectées d'un poids égal à 2. Néanmoins, comme ces personnes ont toutes un comportement très semblable, cela n'a pas eu d'incidence sur les résultats.

Tableau n° 3
 COMPARAISON DES RÉPARTITIONS PAR ÂGE
 DE L'ÉCHANTILLON ET DE LA POPULATION DE REFERENCE

Age	Échantillon non redressé (a)	Population totale (b)	Population ayant consulté sur une période de trois mois (c)
de 20 à 29 ans	148 17,9%	20,6%	16%
de 30 à 39 ans	159 19,3%	20,4%	17,5%
de 40 à 49 ans	138 16,7%	17,6%	15,6%
de 50 à 59 ans	117 14,2%	14,2%	15,1%
de 60 à 69 ans	148 17,9%	13,6%	17%
de 70 à 79 ans	85 10,3%	7,8%	12,1%
80 ans et plus	29 3,5%	5,6%	6,7%
Total	825 100%	100%	100%

Sources: (a) Enquête CREDOC / INC - décembre 1993
 (b) Recensement INSEE - 1990
 (c) Enquête santé INSEE / CREDES - 1990

Tableau n° 4
COMPARAISON DES RÉPARTITIONS PAR SEXE
DE L'ÉCHANTILLON ET DE LA POPULATION DE REFERENCE

Sexe	Échantillon non redressé (a)	Échantillon redressé (a)	Population ayant consulté sur une période de trois mois (b)
Homme	336 40,7%	40,0%	40,0%
Femme	489 59,3%	60,0%	60,0%
Total	825 100%	100%	100,0%

Source : (a) Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

(b) Enquête santé INSEE / CREDES - 1990

La répartition par région de l'échantillon correspond à la répartition de la population nationale sur le territoire français, d'après le dernier recensement de l'INSEE en 1990. La région Nord était trop fortement représentée, l'échantillon a donc été redressé par rapport à la région d'habitation afin de gommer cet écart.

Tableau n° 5
COMPARAISON DES RÉPARTITIONS PAR RÉGION
DE L'ÉCHANTILLON ET DE LA POPULATION DE RÉFÉRENCE

Région	Échantillon non redressé (a)	Population Nationale (b)
Ile de France	141 17,1%	18,9%
Bassin Parisien	141 17,1%	18,1%
Nord	118 14,3%	7,2%
Est	79 9,6%	8,9%
Ouest	88 10,6%	14%
Sud Ouest	86 10,4%	13,4%
Centre Est	96 11,6%	11,8%
Sud Est	77 9,3%	7,9%
Total	825 100%	100%

Sources: (a) Enquête CREDOC / INC - décembre 1993
(b) Recensement INSEE - 1990

Dans l'enquête santé, l'INSEE publie aussi la répartition de la population ayant consulté un médecin en trois mois par PCS. Cette variable correspond à la PCS ou à l'ancienne PCS (en cas de chômage ou de retraite) de la personne interrogée si elle a déjà travaillé, sinon à la PCS ou à l'ancienne PCS du chef de

famille (les veuves sont aussi rapportées à la PCS ou à l'ancienne PCS de leur époux si elles n'ont exercé aucune activité professionnelle).

Si on la compare avec la répartition sur l'échantillon pondéré, on s'aperçoit que deux catégories principalement se distinguent : les ouvriers, sous-représentés dans l'échantillon à la faveur des employés dont les effectifs sont gonflés. C'est probablement dû à l'ambiguïté du terme employé, aussi utilisé pour désigner les salariés, qui amène les personnes interrogées à se déclarer employées alors qu'elles sont en fait ouvrières ou professions intermédiaires.

Tableau n° 6
COMPARAISON DES RÉPARTITIONS PAR PCS
DE L'ÉCHANTILLON REDRESSÉ ET DE LA POPULATION DE REFERENCE

PCS	Echantillon redressé (a)	Population ayant consulté sur une période de trois mois (b)
Agriculteur exploitant	51 6,2%	6,6%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	58 7%	8,7%
Cadre supérieur, profession libérale	105 12,8%	12,7%
Profession intermédiaire	154 18,7%	19,6%
Employé	272 33%	14,8%
Ouvrier	174 21,1%	36,1%
Inactif	10 1,2%	1,5%
Total	825 100%	100%

Source : (a) Enquête CREDOC / INC - décembre 1993
(b) Enquête santé INSEE - 1990

Au terme de cette enquête, il apparaît que l'augmentation forte du nombre de médecins libéraux au cours des vingt dernières années ne semble pas avoir détérioré le climat de confiance fondé sur l'assiduité et la fidélité entre le médecin et son patient.

Les discours sur la trop forte technicisation de la médecine, sur les accidents thérapeutiques ne semblent pas avoir d'effets sur la perception de la qualité de la consultation par les patients : près des trois quarts des personnes interrogées ont été très satisfaites de leur dernière consultation. Lors de ces consultations, aucun point particulier n'a vraiment posé problème, que ce soit avant la visite (prise de rendez-vous, accueil, attente, état des locaux), ou pendant les quatre phases principales de la consultation (anamnèse, examen, diagnostic et traitement).

Néanmoins, il existe quelques points d'ombre : seulement la moitié des patients ayant eu une ordonnance ont reçu des recommandations particulières à propos des éventuels effets secondaires des médicaments. La durée de la visite a été jugée trop courte pour 7% des personnes interrogées, elle est de 20 minutes en moyenne, et surtout près du quart des patients n'ont pas osé aborder tous les sujets de santé qui les préoccupaient pendant la consultation.

Cette satisfaction quasi-unanime ne s'appuie pas toujours sur les mêmes critères et les raisons de contentement varient d'un patient à un autre. Une majorité des patients met l'accent sur l'efficacité médicale. Un bon médecin, c'est celui qui fait un bon diagnostic, qui guérit vite et qui envoie consulter un autre confrère s'il ne se sent pas sûr de ses conclusions. Pour d'autres, la communication entre le médecin et le patient prime. Pour eux, un bon médecin doit prendre le temps d'écouter son patient, faciliter la parole et la confiance. Enfin pour certains patients, beaucoup moins nombreux, ce sont les modalités pratiques de la consultation (proximité et accessibilité du médecin, état du cabinet,...) qui sont décisives. Il est vrai que la phase précédant la consultation se déroule plutôt bien et donc ne détermine pas le choix d'un médecin.

Lorsque les personnes sont très satisfaites de leur consultation, elles mettent plutôt l'accent sur la phase de prescription. Elles sont contentes du traitement fourni (pas trop de médicaments, traitement bien adapté...), et elles estiment que le médecin leur a donné des informations suffisantes sur l'intérêt du traitement et sur la prise des médicaments.

En revanche, lorsque la consultation s'est plutôt mal déroulée, cela tient surtout à une mauvaise perception du climat global : le médecin était peu

sympathique, la visite trop courte, en outre, ils n'ont pas constaté d'amélioration rapide de leur état de santé.

Alors qu'ils le considèrent comme un des aspects essentiels de la consultation, le diagnostic, bon ou mauvais, n'est pas un argument repris par les patients pour apprécier la qualité du médecin qu'ils ont consulté. Absence de connaissances médicales, refus de pénétrer dans le domaine réservé du médecin, le discours sur la qualité de la relation médecin-patient occulte le jugement sur la compétence du médecin.

Le premier chapitre de ce rapport précise et nuance le constat initial de satisfaction exprimé par les personnes interrogées. L'analyse des résultats aux différentes questions permet, dans un second chapitre, de décrire les premiers critères de qualité de la relation patient-médecin. L'élaboration d'une typologie des représentations du bon médecin fait l'objet du troisième chapitre, le dernier étant réservé à la présentation d'un indicateur de qualité susceptible d'être utilisé comme référentiel par l'Institut National de la Consommation.

PREMIER CHAPITRE

LA SATISFACTION DES PATIENTS

Les personnes interrogées au cours de cette enquête se sont estimées, dans leur très grande majorité, globalement satisfaites de leur dernière consultation. Ce premier résultat paraît sans appel tant il est massif, voire excessif en regard de ce que l'on peut saisir des conversations de la vie quotidienne lorsqu'elles abordent ce thème. Cette unanimité est trop forte pour être modifiée en fonction du cadre de ces consultations : chez quels médecins ont-elles eu lieu ? Pour quelles raisons le patient est-il venu en consultation ? Une analyse des résultats de l'enquête détaillée selon les principales étapes de la consultation, sans pouvoir modifier ce résultat d'ensemble, permet toutefois d'y apporter certaines inflexions et de faire apparaître quelques points d'ombre.

1 - UNE SATISFACTION QUASIMENT UNANIME

66 % des personnes interrogées se considèrent très satisfaites de leur consultation, 30% se déclarent assez satisfaites et seulement 4 % ont une impression partiellement ou totalement négative. Au total, 96 % des personnes, soit la quasi-totalité, sont donc satisfaites de leur dernière visite chez le médecin. Un tel plébiscite est d'autant plus impressionnant que d'autres indicateurs, comme on le verra plus loin, corroborent ce résultat.

Tableau n° 7

L'IMPRESSION GÉNÉRALE LAISSÉE PAR LA CONSULTATION

Impression générale	Très	Assez	Peu	Pas du tout
Patient satisfait	66%	30%	2%	1%
Médecin sympathique	75%	23%	1,5%	0,5%

Source : enquête CREDOC / INC - novembre 93

Seulement 2% des personnes interrogées ont trouvé le médecin distant ou froid. Cela contribue, sans doute, à expliquer que la quasi-totalité des patients, 96%, pense retourner chez ce médecin qu'ils viennent de consulter. Parmi les 29 personnes qui n'envisagent pas cette continuité, seulement 11 remettent en

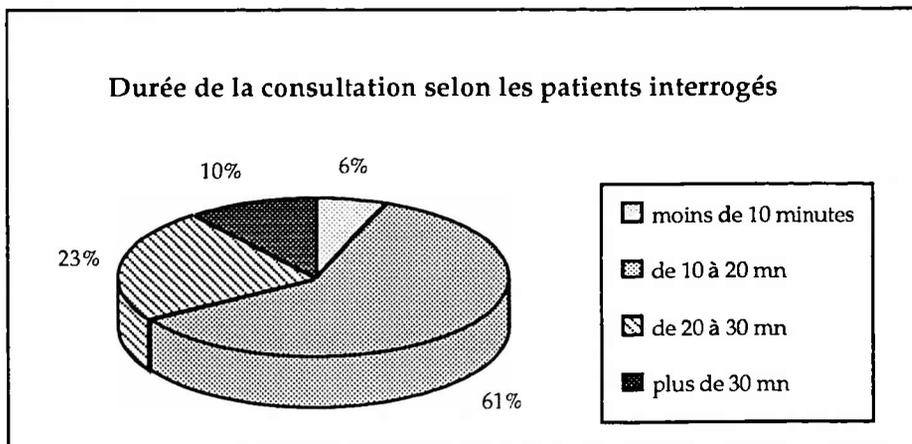
cause le déroulement même de la consultation, le médecin étant apparu peu disponible en raison d'un fort usage du téléphone, d'une salle d'attente trop pleine. Quelques personnes ont trouvé le médecin antipathique.

Les autres cas concernent des patients qui, ayant consulté un médecin sur leur lieu de vacances estiment, qu'en raison de ces circonstances particulières, ils n'auront plus à le rencontrer.

Enfin, à la question "Envisagez-vous de reconsulter un autre médecin pour le même problème ? " 9% des personnes interrogées répondent par l'affirmative. Ce taux pourrait sembler assez élevé comparé à celui des personnes se déclarant satisfaites de leur visite mais il faut noter qu'il correspond à peu près à la proportion de patients envoyés par leur médecin consulter un confrère (8 %). De plus, si l'on demande aux personnes concernées d'explicitier leur réponse, la plupart déclarent vouloir une confirmation du diagnostic fait par le premier médecin, non par manque de confiance mais parce qu'elles sont surprises de la nouvelle pathologie découverte.

Parmi les autres indicateurs qui pourraient indiquer une certaine insatisfaction, on note que 7% des personnes interrogées ont trouvé la durée de la visite trop courte. La durée prise en compte ici est celle perçue par le patient. Ce dernier peut avoir tendance à sous-estimer le temps effectivement passé dans le cabinet du médecin, surtout s'il a le sentiment d'avoir été congédié un peu vite. La répartition de cette durée de l'ensemble des consultations, selon les patients est présentée dans le graphique suivant.

Graphique n° 1



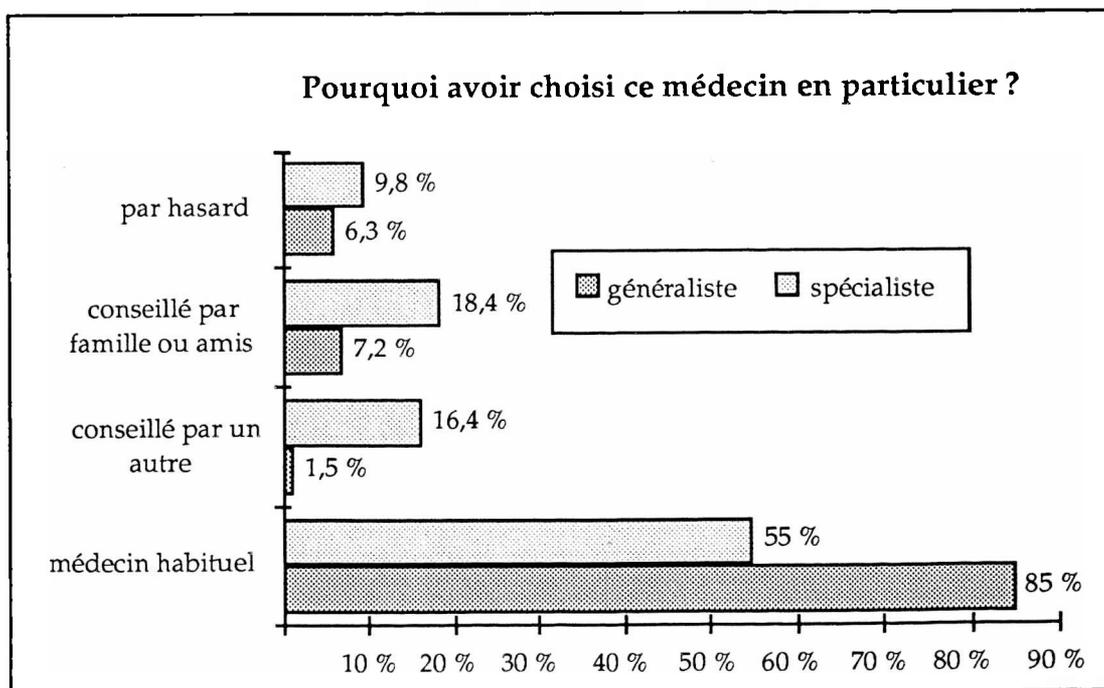
Source : enquête CREDOC / INC - novembre 93

On constate que 6% des consultations ont duré moins de 10 minutes et cela correspond à peu près au taux de patients insatisfaits de la durée de la consultation.

A l'exception de ces quelques signes traduisant une insatisfaction sur la durée de la consultation d'une petite partie des personnes interrogées ou portant sur le recours à un autre praticien, l'impression globale laissée par la consultation sur le patient semble aussi unanime que dépourvue de nuance. Une première explication à cette perception élogieuse pour les médecins du déroulement de la consultation peut être trouvée dans le fait que les patients interrogés sont des clients fidèles. En effet, lors de leur dernière consultation, 80 % des personnes interrogées ont vu leur médecin habituel. Ce résultat est d'autant plus marquant que les trois mois sur lesquels portait l'enquête étaient des mois d'été, une partie des consultations a donc dû se dérouler sur le lieu de vacances.

Seules, 7% des personnes enquêtées ont choisi leur médecin par hasard, dans l'annuaire ou en appelant le médecin de garde. Les autres ont suivi le conseil d'amis ou de médecins. Les proportions ne sont pas identiques selon que l'on s'intéresse aux généralistes ou aux spécialistes, comme en témoigne le graphique suivant.

Graphique n° 2



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Si l'on s'intéresse aux raisons qui ont incité les patients à consulter un médecin, plus de 40% des personnes interrogées sont venues parce qu'elles avaient un traitement en cours. Le contact régulier avec un médecin est souvent lié à la présence d'un traitement (renouvellement de l'ordonnance, constatation de l'amélioration de l'état de santé général, vérification que le traitement est bien toléré par l'organisme,...).

Tableau n° 8
POURQUOI AVOIR CONSULTÉ UN MÉDECIN ?

Raisons de la consultation	Effectifs	%
Une simple visite de contrôle	273	33,1
Le suivi d'un traitement en cours	339	41,1
Quelque chose qui n'allait pas	349	42,3
Autres (demande d'un certificat, ...)	99	12,0
Total	825	(1)

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

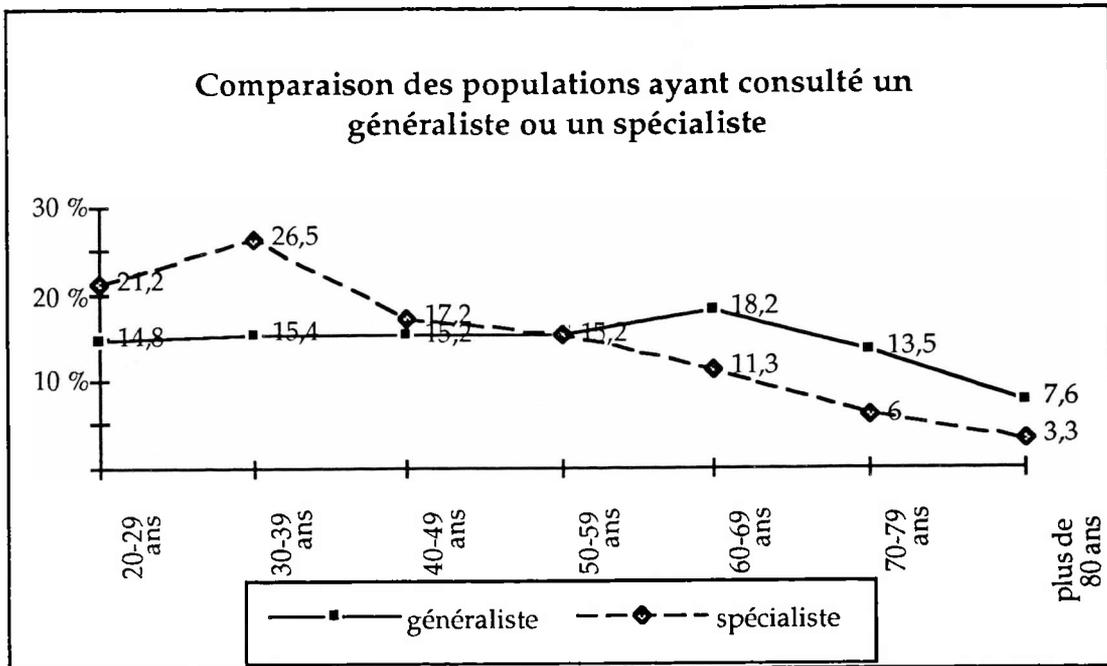
(1) Le total est supérieur à 100%, les personnes interrogées ayant pu donner plusieurs réponses.

Pour leur dernière consultation, 18% des personnes interrogées ont consulté un spécialiste (toutes spécialités confondues, y compris homéopathie mais excepté radiologie)¹.

La répartition de la population est quasiment semblable que la consultation ait eu lieu chez un spécialiste ou chez un généraliste. On note, toutefois, une plus forte représentation des classes d'âges intermédiaires chez les spécialistes. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans l'enquête santé 1990 INSEE qui justifie principalement ce phénomène par l'importance des consultations gynécologiques des femmes en période d'activité génitale.

¹ ce pourcentage peut paraître faible comparé au volume que représente les consultations chez les spécialistes par rapport à celles chez les généralistes (1 sur 3 selon l'enquête santé de 1990). Il faut rappeler que ne sont pas prises en compte les consultations à l'hôpital, qui sont essentiellement des consultations de spécialistes.

Graphique n° 3



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

2 - SATISFACTION DES PATIENTS ET DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

Le déroulement d'une consultation n'est pas un tout parfaitement homogène et peut être découpé en différentes phases qui correspondent chacune à un moment de la pratique médicale. En suivant le découpage proposé par Lucien ISRAEL¹, quatre phases peuvent être distinguées : l'anamnèse, l'examen, le diagnostic et le traitement. Dans cette étude, une phase supplémentaire a été intégrée. Elle englobe les activités développées par le patient antérieurement à la rencontre avec le médecin : prise de rendez-vous, accueil à l'arrivée au cabinet médical, attente, état des locaux,... Ceci constitue la phase avant la consultation dont le contenu, essentiellement constitué par des aspects matériels, sera examiné dans le troisième chapitre de ce rapport.

¹ Lucien ISRAEL, Le médecin face au malade, op.cité.

2-1. L'anamnèse

Au cours de cette phase, située au tout début de la consultation, le médecin interroge le patient. Cette étape est primordiale pour le praticien puisqu'elle va lui permettre d'orienter son diagnostic en fonction de l'histoire médicale de la personne. Pour le patient, cette phase est aussi importante, elle permet d'instaurer un dialogue, d'apaiser son inquiétude éventuelle et de retrouver, le cas échéant, une certaine confiance.

Deux moments d'égale importance se succèdent au cours de cette phase. Le médecin commence par interroger le patient sur son état de santé général, puis sur la raison de la consultation. Le patient peut alors exposer les troubles qu'il ressent et décrire les symptômes sources de ses inquiétudes. Après cela, le médecin constitue ou met à jour le dossier médical ou la fiche de santé du patient.

82 % des personnes interrogées ont déclaré que le médecin qu'elles sont allées consulter possédait un dossier médical ou une fiche sur leur état de santé général. Parmi les personnes s'étant rendues chez leur médecin habituel, la plupart (89%) avaient déjà un dossier médical.

Parmi les personnes pour lesquelles le médecin ne possédait pas de fiche ou de dossier médical, les trois quarts ont dû répondre à des questions sur leur état de santé général : allergies éventuelles, antécédents familiaux, maladies antérieures,... Au total donc, il y a eu constitution d'une fiche ou il existait déjà un dossier médical dans 96% des cas.

Ce résultat apporte un éclairage aux nombreux débats qui existent autour de la nécessité d'imposer un dossier médical complet pour chaque individu, où seraient répertoriées toutes ses maladies, les différents traitements qu'il a subis, ses antécédents familiaux,... Ce dossier, qui devrait suivre l'individu d'un prestataire de soins à un autre, aurait pour vocation d'améliorer la qualité des soins fournis au patient, mais aussi d'éviter les abus de prescriptions d'analyses et de médicaments. Si le résultat de cette enquête montre bien qu'il existe chez les médecins une pratique du dossier médical, il est certain que la définition utilisée ne recoupe que très imparfaitement le concept de dossier médical personnalisé. Nous avons regroupé sous le terme fiche ou dossier médical les quelques renseignements que le médecin rassemble sur son patient et stocke dans ses archives, dans le but d'assurer un meilleur suivi de celui-ci.

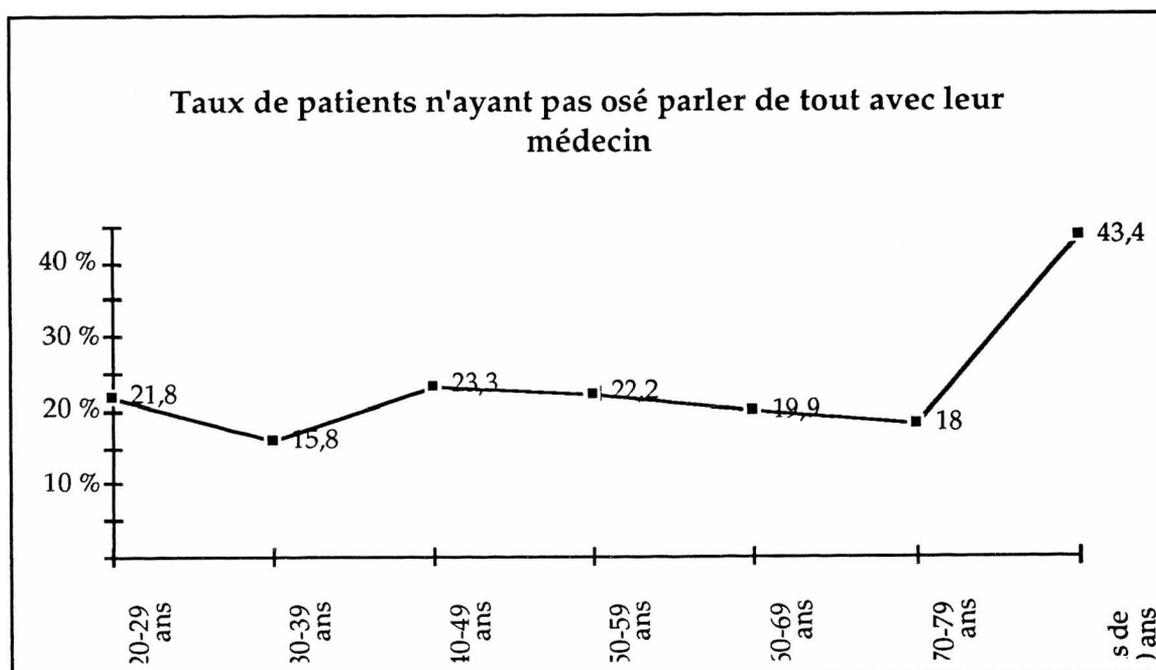
Dans cette phase de l'anamnèse, 4% des patients (soit 37 personnes) n'ont donc pas du tout été interrogés sur leur état de santé général. Parmi ces quelques

personnes, les deux tiers venaient voir leur médecin habituel, les autres consultaient un médecin choisi au hasard. La moitié venait consulter parce que quelque chose n'allait pas. La quasi-totalité de ces cas se sont produits chez des généralistes.

Après un premier exposé par le patient des raisons de sa visite, le généraliste a posé des questions pour préciser certains points dans 63 % des cas. Ce pourcentage s'élève à 71 % chez le spécialiste. Ces questions, le patient les a jugées nombreuses dans 53 % et claires dans 98 % des cas. Ce pourcentage massif est à nuancer par le fait que les personnes interrogées n'ont pas forcément osé avouer qu'elles n'ont pas toujours bien compris les questions que le médecin leur posait.

Il faut souligner que 22 % des personnes interrogées n'ont pas osé aborder tous les sujets de santé qui les préoccupaient avec leur médecin. Cette propension à la retenue est surtout forte chez les personnes âgées.

Graphique n° 4



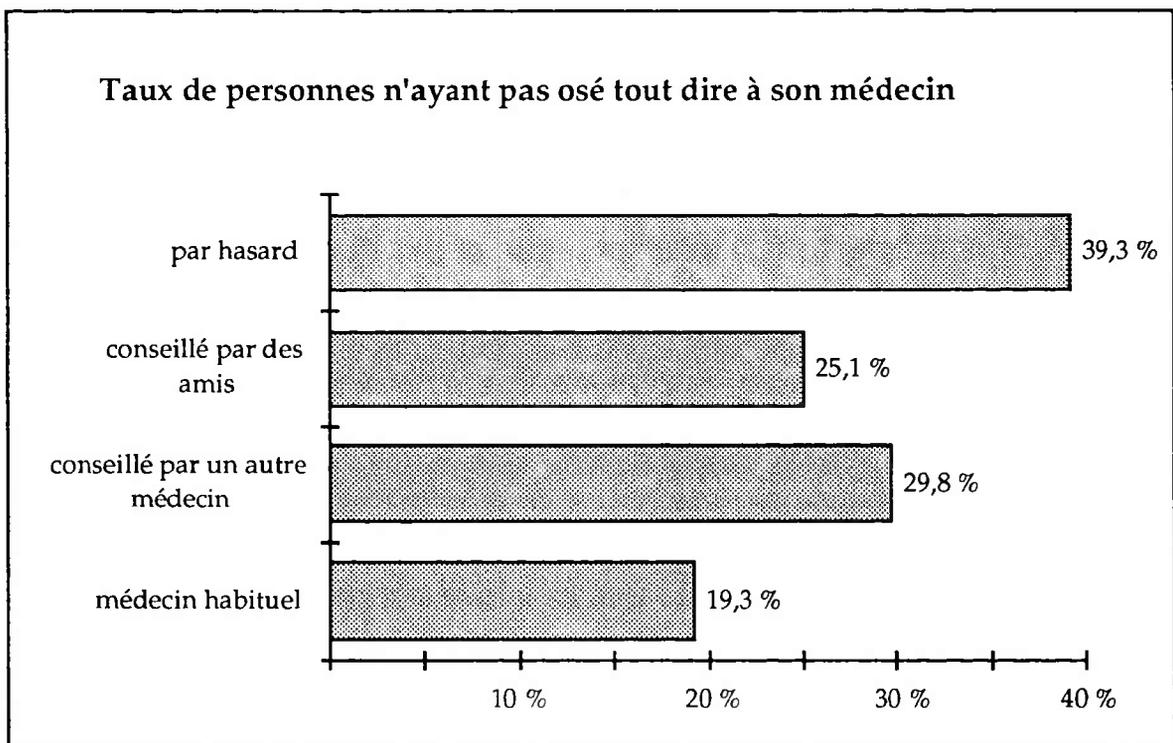
Source : enquête CREDOC / INC - novembre 93

Les personnes de la génération des 30-39 ans se montrent les plus à l'aise avec les médecins. On peut interpréter cela par la combinaison de deux effets. D'une part, ces personnes appartiennent à des générations qui osent évoquer des questions intimes devant des personnes étrangères et, d'autre part, elles

atteignent un âge où le médecin, qui peut avoir leur âge, n'est plus considéré comme une autorité aussi forte, elles le craignent moins et sont donc prêtes à aborder tous les thèmes avec lui.

On constate que même chez leur médecin habituel, près de 20% des personnes interrogées n'osent pas parler de tous les sujets de santé qui les préoccupent. On aurait pu penser que les patients se sentiraient davantage en confiance avec le médecin qu'ils connaissent et qu'ils ont choisi. Néanmoins, même dans ce cas, ils sont nombreux à conserver une certaine distance. Ce sentiment est encore plus répandu chez les patients qui rencontrent le médecin pour la première fois ou lorsque le médecin a été choisi par hasard.

Graphique n° 5



Source : enquête CREDOC / INC - novembre 93

2-2. L'examen

L'anamnèse est généralement suivie d'une phase d'examen au cours de laquelle le patient est ausculté. Cette phase permet au médecin de corroborer les informations obtenues dans la phase précédente et d'élaborer un diagnostic à

partir d'une lecture sur le patient des différents signes de la maladie. Lorsqu'un traitement est en cours, cette phase permet de contrôler les effets des prescriptions et l'absence d'effets secondaires. Dans le cas d'une simple visite de contrôle, elle permet de vérifier qu'aucune pathologie n'est latente. C'est à l'issue de cette phase que le médecin peut prescrire des examens complémentaires s'il le juge nécessaire. Cette étape de la consultation diffère selon les spécialités médicales, alors que les autres phases restent sensiblement identiques.

93 % des patients ont été examinés, la proportion étant identique chez les généralistes et chez les spécialistes. Le médecin a prescrit des examens complémentaires pour 36% des patients. Les prescriptions sont plus nombreuses parmi les personnes ayant consulté des spécialistes (41%). Le questionnaire ne permettait pas de dénombrer de façon détaillée les différents examens. Dans les examens sont donc regroupés les prises de sang, les analyses d'urine, les radios, etc.

Le médecin a quasi-systématiquement (90%) expliqué l'intérêt de ces examens complémentaires. Il reste toutefois 10% des cas pour lesquels des explications détaillées n'ont pas été fournies. Néanmoins, pour certaines personnes faisant à intervalle régulier les mêmes examens complémentaires, (en cas de prise de sang pour les personnes surveillant leur cholestérol ou pour les femmes sous pilule par exemple) on peut penser qu'il n'est pas utile d'en préciser à chaque fois l'intérêt.

2-3. Le diagnostic

Les deux premières phases de la consultation peuvent être analysées comme des actes de prise d'information du médecin sur son patient. Le diagnostic et, surtout, sa communication au patient, constituent la première restitution d'une information du médecin vers le patient. Il peut alors expliquer à son patient les raisons de ses douleurs, les évolutions probables et les conséquences éventuelles.

Seulement 7% des patients ont considéré, qu'à ce moment de la consultation, le médecin leur livrait une information nouvelle sur leur état de santé. Ce chiffre est d'autant plus surprenant que près de la moitié des personnes interrogées indiquent être venues consulter sur la base d'un symptôme particulier.

Lorsque le médecin a découvert quelque chose de nouveau, il a clairement expliqué son diagnostic neuf fois sur dix. Il a donné des détails sur les conséquences ou sur les évolutions possibles pour 65% des personnes ayant une pathologie nouvelle. On constate toutefois que 20% des personnes se trouvant dans cette situation auraient souhaité obtenir plus de précisions.

Les médecins conseillent peu à leur patient de consulter un confrère. Cette situation s'est rencontrée dans 9% des cas, et, la plupart du temps, il s'agissait d'un renvoi vers un spécialiste (96%). Ce phénomène n'est pas particulier aux généralistes, les spécialistes orientent leurs patients vers un confrère spécialiste dans les mêmes proportions.

2-4. Le traitement

La phase dite du traitement qui se résume le plus souvent à la remise d'une ordonnance constitue la quatrième phase de la consultation. Si le patient ne comprend pas toujours le sens des questions de l'anamnèse, si le déroulement de l'examen lui échappe parfois, si le médecin prend souvent quelques précautions dans l'énoncé du diagnostic, en revanche, la phase de traitement est probablement celle qui permet le meilleur accord entre le médecin et son client.

La rationalité de la remise de l'ordonnance n'échappe a priori à aucun patient. Lorsqu'une pathologie a été découverte, il convient de la traiter. Si le traitement précédent n'a pas complètement résolu le problème, il faut le renouveler ou le modifier. Au cours de cette phase, le médecin rédige une ordonnance, il explique l'intérêt des médicaments prescrits et donne des consignes pour la prise des médicaments : horaires, quantités, effets secondaires et contre-indications éventuelles.

Le médecin a prescrit des médicaments dans près de 80% des cas. Les spécialistes en prescrivent moins souvent, seulement pour les deux tiers des patients (65%). 10% des personnes qui n'ont pas eu de traitement s'attendaient toutefois à ce qu'on leur prescrive des médicaments.

Très peu de personnes interrogées critiquent la longueur de l'ordonnance, que ce soit dans un sens ou dans un autre. Le faible pourcentage de personnes trouvant que la liste est trop courte s'explique probablement par le fait que le nombre de médicaments effectivement prescrits par les médecins est la plupart du temps relativement élevé. Le traitement de la moitié des patients contenait au

moins 3 médicaments. La longueur des ordonnances ne varie pas entre spécialistes et généralistes.

Tableau n° 9

COMMENT LES PATIENTS JUGENT-ILS LA LONGUEUR DE L'ORDONNANCE ?

Considérez-vous qu'il en a prescrit :	Effectifs	%
Pas assez	8	1,3
Suffisamment	624	95,5
Un peu trop	20	3,1
Vraiment trop	1	0,1
Total	653	100

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Tableau n° 10

NOMBRE DE MÉDICAMENTS DIFFÉRENTS PRESCRITS PAR LE MÉDECIN

Combien de médicaments différents a-t-il prescrits:	Effectifs	%
Moins de 3 médicaments	329	50,3%
De 3 à 5 médicaments	283	43,3%
Plus de 5 médicaments	37	5,6%
Ne sait pas	5	0,8%
Total	653	100%

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Si les indications concernant les horaires et les quantités de médicaments à prendre sont quasi systématiques les médecins n'informent leurs patients quant aux éventuels effets secondaires qu'une fois sur deux. Il faut cependant nuancer ce résultat, certains patients venant pour des renouvellements de traitements, il n'est pas toujours nécessaire de réitérer les mises en garde. Sur ce point, le comportement des spécialistes diffère de celui des généralistes. Les spécialistes font un peu plus de mises en garde que les généralistes. Dans cette enquête, 59% des spécialistes ont donné des précisions sur les effets secondaires des médicaments qu'ils prescrivaient. Cela tient probablement au fait, d'une part, que les spécialistes prescrivent des médicaments souvent plus actifs que les généralistes, et d'autre part, parce qu'ils prescrivent plus rarement des traitements renouvelés régulièrement.

Tableau n° 11

INDICATIONS FOURNIES PAR LE MÉDECIN SUR LE TRAITEMENT

Indications sur le traitement	Oui	Non
Horaire de prise des médicaments	624 95,5%	28 4,5%
Quantité de médicaments à prendre	625 95,7%	27 4,3%
Précisions sur les éventuels effets secondaires	330 50,5%	320 49,5%
Autres conseils	130 19,9%	520 80,1%

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Une ordonnance sur quatre est illisible. Les médecins restent fidèles à leur réputation... Néanmoins, comme cette ordonnance est généralement lue à haute voix, tous les patients estiment l'avoir bien comprise. Un tel plébiscite doit être nuancé. Les personnes interrogées ont probablement quelques difficultés à avouer avoir quitté le médecin en ayant l'impression de ne pas avoir assimilé ce qui leur était dit.

Tableau n° 12
A PROPOS DE L'ORDONNANCE

L'ordonnance	Oui	Non
L'a-t-il lue à haute voix ?	467 71,5%	173 26,6%
L'avez-vous bien comprise ?	465 99,6%	2 0,4%
Etait-elle lisible ?	480 73,5%	167 25,6%

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

La qualité de la consultation doit aussi s'apprécier aux modalités de suivi de la prescription médicale. La plupart des patients (99%) déclarent effectivement avoir suivi les prescriptions de leur médecin ou le suivre encore au moment de l'enquête.

Tableau n° 13
NOMBRE DE PERSONNES
AYANT SUIVI LE TRAITEMENT PRESCRIT JUSQU'À SON TERME

Etes-vous allé jusqu'au bout du traitement ?	Effectifs	%
Oui	396	61,3%
Non	32	5,0%
En cours	218	33,7%
Total	646	100%

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Les médecins ont donné relativement peu de conseils afin de modifier les comportements des patients en matière de régime alimentaire, d'exercices physiques, d'arrêt du tabac ou de la boisson. Cependant, 35% des personnes

interrogées ont déclaré avoir abordé ce sujet avec leur médecin. Comme pour le traitement médicamenteux, il est intéressant de savoir si les patients ont tenu compte des conseils.

Tableau n° 14
NOMBRE DE PERSONNES AYANT SUIVI LES CONSEILS DU MÉDECIN

Avez-vous suivi les conseils du médecin ?	Effectifs	%
Oui, entièrement	100	34,6%
Oui, presque entièrement	92	31,7%
Oui, un peu	66	23,0%
Non	25	8,8%
Total	289	100%

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

La plupart des personnes interrogées (91%) ont totalement ou partiellement tenu compte des conseils de leur médecin. L'avis du médecin, sa parole est donc encore respectée et considérée comme étant avisée.

Conformément à ce que laissent supposer les quelques indicateurs globaux contenus dans la questionnaire, aucun point particulier de la consultation n'a vraiment posé de problème aux patients. Quelques points d'ombre apparaissent toutefois même si leur fréquence reste limitée : près d'un patient sur 10 trouve que le médecin ne lui a pas accordé assez de temps, 1 patient sur 5 n'a pas osé aborder avec lui tous les sujets de santé qui le préoccupaient, près d'1 patient sur 2 parmi ceux qui ont reçu un traitement n'a pas été averti des éventuels effets secondaires que les médicaments pouvaient susciter.

Face à ces résultats, on peut estimer que résident précisément dans ces quelques insatisfactions exprimées par les patients les sources d'une possible amélioration de la qualité de la consultation. On pourrait aussi penser qu'il s'agit là des scories difficilement incompressibles d'un taux de satisfaction particulièrement élevé et penser qu'en matière médicale, le " zéro défaut " relève d'un inaccessible rêve.

Le fait que seulement 7 % des personnes interrogées estiment que la consultation a permis au médecin de découvrir quelque chose de nouveau concernant leur état de santé suggère une nouvelle hypothèse pour expliquer ce fort taux de satisfaction. On peut se demander si une très grande partie des consultations médicales ne fonctionne pas sur un modèle routinier dans lequel la demande des patients se situe à un niveau peu élevé d'exigences parce qu'ils consultent pour des problèmes de santé relativement bénins. La réponse des médecins, elle même peu élaborée, serait alors bien ajustée à cette demande et la consultation serait un processus à faible densité d'échanges entre le patient et son médecin. Cette hypothèse affaiblirait le poids des discours sur les grands problèmes liés à la médecine : l'Éthique, la Vérité au malade, la Souffrance et la Mort. Force est de reconnaître que dans la pratique quotidienne des consultations, ces problèmes, pour réels et importants qu'ils soient, ne sont pas à l'esprit des patients.

Reste un domaine qui n'a pas encore été abordé : la tarification des consultations. Le prix est en matière d'évaluation de la qualité un des principaux critères. Il n'agit pas toujours dans le même sens puisque si certaines personnes ont tendance à penser que plus un article est cher, meilleur il est, d'autres raisonnent plutôt en rapport qualité/prix. Mais cette attitude, si elle est valable en matière de consommation courante, même pour des prestations de service (hôtellerie, restauration, ...), s'applique-t-elle dans le domaine médical ? L'impact que peut avoir le prix sur la perception de la qualité est faussé puisqu'une partie voire l'intégralité des honoraires est prise en charge.

3 - LE PRIX DE LA CONSULTATION

Une grande majorité des personnes interrogées (83%) connaissait à l'avance le prix qu'elle allait payer à la fin de la consultation, le taux est encore plus fort pour les généralistes. Il est vrai que près de 80% des patients enquêtés sont allés consulter leur médecin habituel et donc connaissaient ses tarifs. Les autres devaient probablement connaître les tarifs indiqués par la Sécurité Sociale.

Tableau n° 15
NOMBRE DE PERSONNES
CONNAISSANT À L'AVANCE LE PRIX DE LA CONSULTATION

Connaissiez-vous à l'avance le prix de la consultation?	Consultation chez un généraliste	Consultation chez un spécialiste
Oui	592 88%	98 65%
Non	74 11%	51 35%
Total	674 100%	151 100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

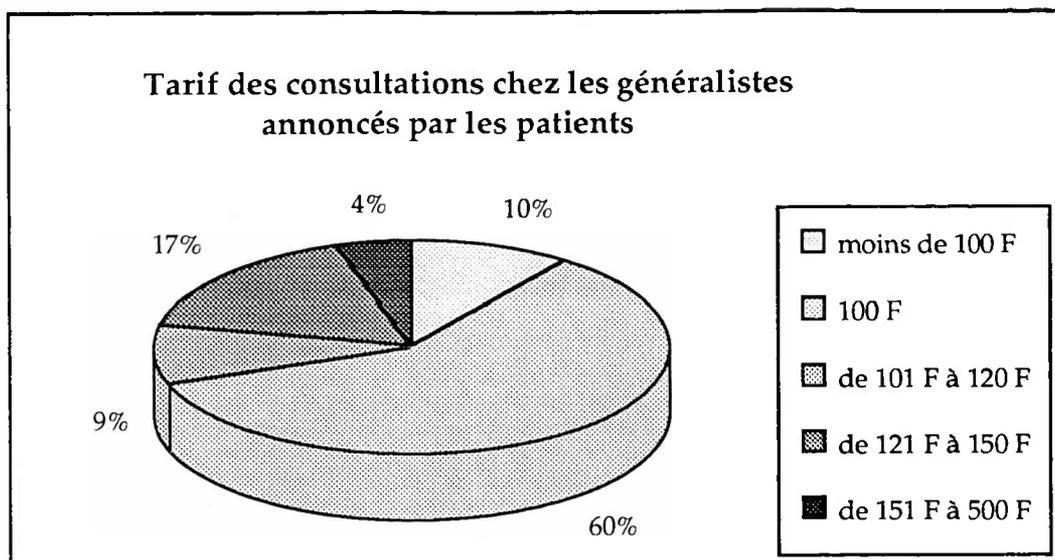
Interrogés sur le fait de savoir si le médecin consulté avait appliqué ou bien dépassé le tarif de la Sécurité Sociale, 78% des personnes affirment qu'il l'a appliqué, 11% considèrent qu'il l'a dépassé et 11% ne se prononcent pas. Ce taux de non réponses est assez conséquent et prouve qu'une partie non négligeable des Français ne connaît pas vraiment le fonctionnement de la tarification de la Sécurité Sociale.

Parmi les personnes s'étant prononcées, certaines croient connaître le principe mais se trompent. Le constat est aisé dans le cas des généralistes, il est plus difficile pour les spécialistes en raison de l'existence de nombreuses autorisations de dépassements de tarifs. En réponse à la question portant sur le montant effectivement payé de la dernière consultation, 30% des répondants ayant consulté un généraliste déclarent avoir payé plus de 100 Francs alors que 83% considèrent qu'il a appliqué le tarif : il y a donc au moins 13% des personnes interrogées qui ont payé plus en pensant avoir payé le tarif normal... Il faut toutefois nuancer ce chiffre. Certaines personnes ont payées à la fois la consultation et d'autres prestations. Elles ne s'en sont pas toutes rappelées lorsque la question leur a été posé et ont donc parfois annoncé un prix supérieur à celui de la consultation.

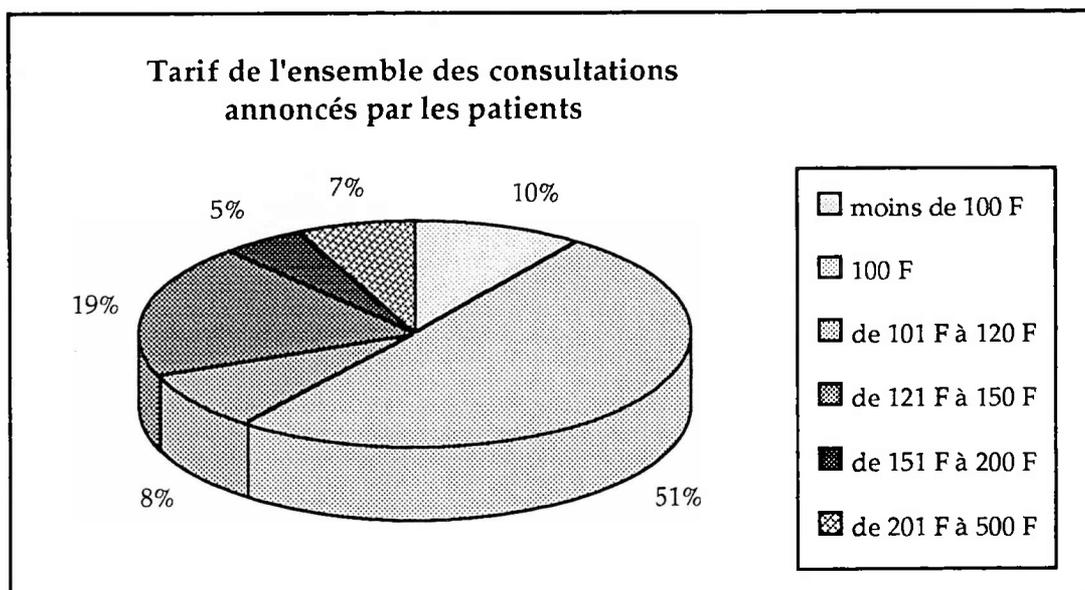
Il y a donc effectivement une partie des patients qui pense avoir payé le prix alors que leur consultation leur a été facturée à un niveau plus élevé. C'est peut-être encore un signe de leur totale satisfaction : on a moins tendance à

trouver que l'on a payé cher lorsque l'on est content de la prestation fournie pour le prix....

Graphique n° 6



Graphique n° 7



Si peu de patients remettent en cause la qualité de la prestation du médecin consulté, tous n'affichent pas le même degré de satisfaction. Dans l'ensemble, les personnes interrogées ont donc eu le sentiment d'avoir consulté ce que l'on pourrait appeler 'un bon médecin'. Mais qu'est ce qui pour le patient fait qu'un médecin lui semble meilleur qu'un autre ? Les deux chapitres suivants répondent à ces questions.

DEUXIEME CHAPITRE

QUEL MÉDECIN ET DANS QUELLES CIRCONSTANCES ?

Au delà du constat de forte satisfaction enregistré dans le chapitre précédent, l'examen de la première partie du questionnaire, consacrée à la représentation du monde médical par les patients a permis de mettre en évidence quatre thèmes principaux :

- * La fidélité des patients à leur médecin ;
- * La facilité de l'entrée en relation ;
- * La volonté d'information ;
- * La grande souplesse vis à vis des honoraires.

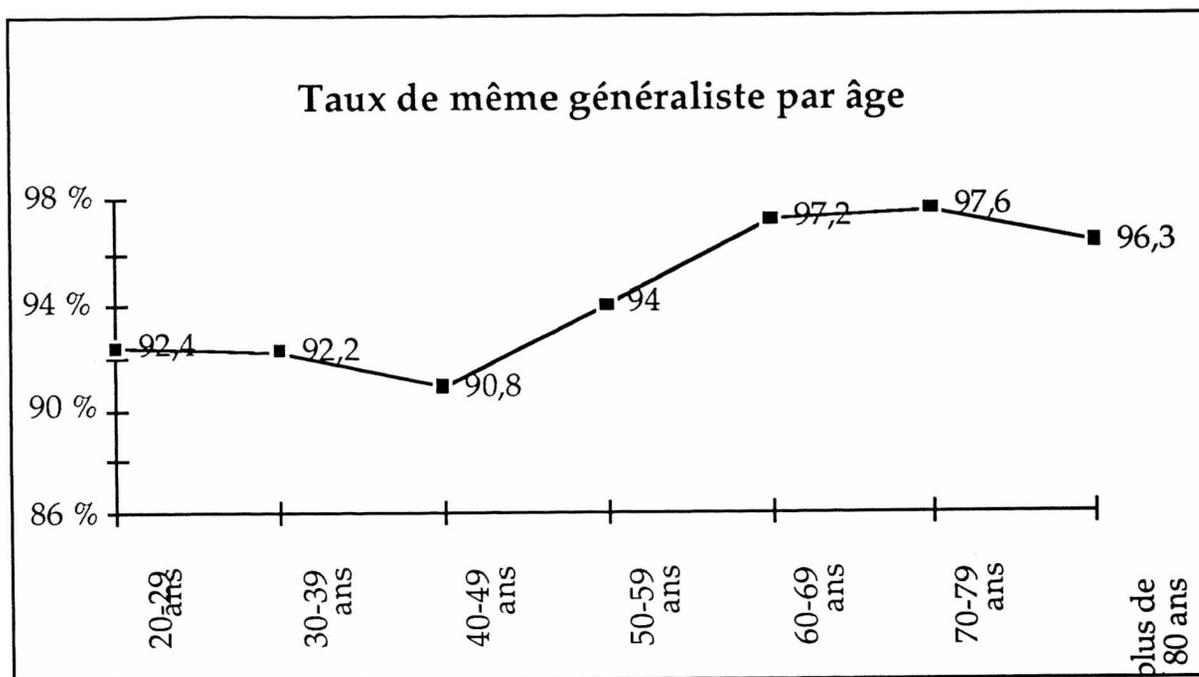
Ces quatre thèmes permettent de proposer une première approche du problème de la qualité de la consultation perçue par les patients.

1 - L'ATTACHEMENT AU MÉDECIN, SIGNE DE QUALITÉ.

La presque totalité des personnes interrogées (94%) consulte toujours le même médecin généraliste. L'attachement à un même médecin est un phénomène encore fortement ancré dans les mentalités. Mais du fait de l'éclatement des familles, des déplacements et des déménagements plus fréquents, ce médecin n'est plus forcément le médecin de l'ensemble de la famille mais devient le médecin attitré d'un individu. Même parmi les personnes vivant seules, le taux de patients ayant un médecin attitré atteint 92%. Parmi les familles de plus de trois enfants, il est proche de 100%.

Les personnes âgées sont un peu plus attachées à leur médecin que les autres : 97% des 60 ans et plus ont un médecin généraliste attitré.

Graphique n° 8



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Cette fidélité s'accompagne, chez les personnes interrogées d'une réelle assiduité. Près de la moitié des personnes interrogées (43%) consulte régulièrement un médecin, sans avoir de symptômes particuliers. Cette indication renforce l'hypothèse formulée dans le premier chapitre de ce rapport d'un faible niveau d'exigences exprimées par les patients lors de la consultation et confirme le caractère routinier d'une large part de ces rencontres.

On note toutefois que plus d'un quart des personnes interrogées (26%), attend d'être sous l'emprise de fortes fièvres ou de douleurs vraiment persistantes pour consulter un médecin.

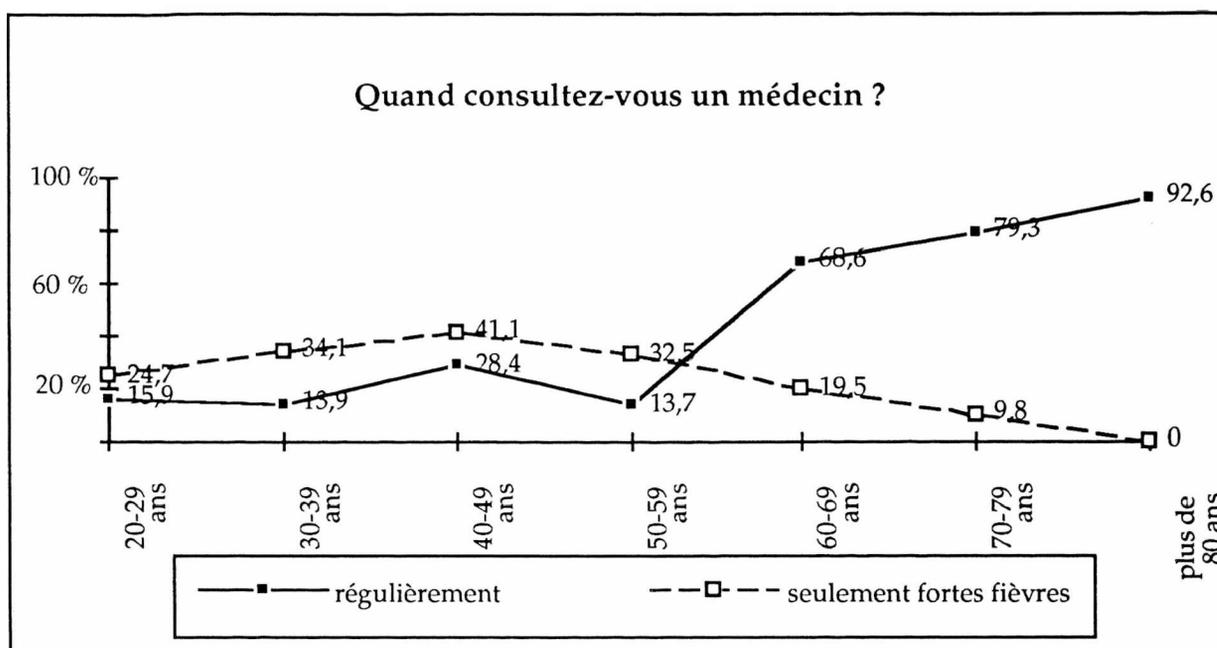
Tableau n° 16
QUAND CONSULTE-T-ON UN MÉDECIN ?

Dans quel cas consultez-vous un médecin ?	Effectifs	%
Régulièrement, même sans avoir de symptômes particuliers	352	42,7%
Dès qu'une douleur anormale ou la fièvre apparaît	109	13,2%
En cas de douleur ou de température persistant plus de 2 ou 3 jours	151	18,3%
Seulement en cas de forte fièvre ou de douleur aiguë vraiment persistante	212	25,8%
Total	825	100%

Source : enquête CREDOC / INC -décembre 1993

Les hommes affirment avoir plus tendance à faire des visites régulières à leur médecin que les femmes (48% contre seulement 39% chez les femmes). De même, 27% des femmes attendent la persistance de fortes fièvres pour seulement 23,9% des hommes. Ce résultat est particulièrement surprenant et en désaccord avec ce que l'on sait de la consommation médicale, beaucoup plus élevée chez les femmes, y compris chez les généralistes. Cette contradiction s'explique peut être par une perception différente selon les sexes de la douleur et, par conséquent, des facteurs déclenchants du recours au médecin. Il peut s'agir aussi d'un effet déclaratif.

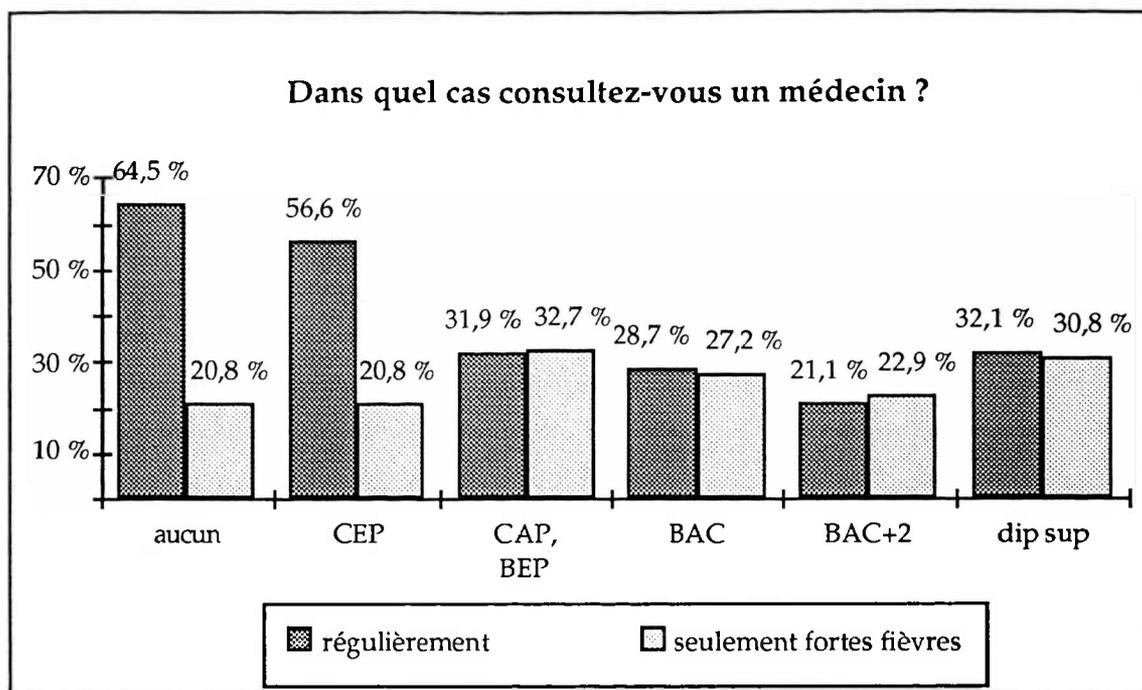
Graphique n° 9



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

La fréquentation régulière d'un médecin est un phénomène beaucoup plus étendu parmi les 60 ans et plus, du fait de l'existence de nombreux traitements nécessitant un suivi et un contrôle réguliers (suivi de la tension, du cholestérol par exemple). Parmi les 80 ans et plus, la presque totalité des personnes enquêtées (93%) consulte son médecin régulièrement. En revanche, parmi les plus jeunes, moins d'un quart des personnes interrogées consulte de manière régulière, parmi les 50-59 ans, le taux reste assez bas (14%). Ce sont surtout les tranches d'âge intermédiaires (entre 30 et 60 ans, plus de 35% des personnes interrogées) qui consultent seulement en cas de fortes fièvres ou de douleurs persistantes.

Graphique n° 10



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Les personnes faiblement diplômées (sans diplôme ou possédant un CEP) vont dans une large majorité régulièrement chez le médecin, mais ceci s'explique notamment par le fait que les personnes âgées sont en nombre important dans ces classes. Ce sont, enfin, les plus diplômés qui ont le plus fort taux de personnes ne consultant qu'en cas de fortes fièvres.

Entre le médecin et son patient existe donc un climat de confiance fondé, à la fois, sur l'assiduité et la fidélité du patient. Malgré l'élévation très forte du nombre des médecins, aussi bien généralistes que spécialistes, les patients préfèrent n'entretenir de rapports qu'avec un seul médecin généraliste. Pour ce qui est des spécialistes, on peut supposer qu'à partir du moment où le patient doit être suivi d'une manière assez régulière pour un problème particulier, le même phénomène a lieu.

Si les patients bénéficient du libre choix du médecin, on constate donc, qu'ils utilisent peu cette opportunité et restent fidèles à leur médecin. On peut

même penser, comme en témoignent certaines réponses obtenues aux questions ouvertes, que le choix d'un médecin ne résulte pas d'une sélection méthodique qui aboutirait à retenir un médecin après en avoir essayé plusieurs. Comme le disent quelques patients interrogés dans cette enquête, "*quand on est bien chez un médecin, ce n'est pas la peine d'aller chez un autre*" ; ou encore "*je n'ai pas à m'en plaindre*" ; ou enfin "*parce que je suis habituée à ce médecin et je n'aime pas changer*".

Pourtant, la possibilité de choisir librement son médecin est un droit auquel les patients sont très attachés, puisque 88% considèrent que pouvoir choisir librement son médecin est très important. C'est un droit qu'ils utilisent peu mais qu'ils revendiquent. Apparaît ici un premier décalage entre la perception de ce que doit être le médecin et probablement la médecine pour les personnes interrogées et l'usage réel qu'ils en font. Si la liberté de choix leur semble être un principe d'importance, l'usage que les malades font de cette liberté reste très restreint. Entre le médecin que l'on idéalise et le médecin que l'on pratique réellement un premier écart apparaît, écart que nous retrouverons plus loin, à propos d'autres thèmes.

Tableau n° 17

POSSIBILITÉ DE CHOISIR LIBREMENT SON MÉDECIN

Pouvoir choisir librement son médecin, est ce :	Effectifs	%
Très important	725	87,9
Assez important	87	10,6
Peu important	10	1,3
Pas important du tout	1	0,2
Total	825	100

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Néanmoins, comme nous l'avons indiqué précédemment, si les personnes interrogées semblent consulter peu de médecins différents, elles ne vont pas chez n'importe quel praticien. Les amis, les membres de la famille ou

même d'autres médecins servent de guide dans ce processus de sélection. Le choix du médecin n'est que rarement laissé au hasard. Les risques de mécontentement s'en trouvent limités et la fidélité s'accroît.

2 - LA SIMPLICITE DE L'APPROCHE DU MÉDECIN

Trois aspects différents de cette enquête laissent penser que l'accès au médecin tend à se simplifier. Le recours à la visite à domicile est faiblement utilisé par les personnes interrogées, l'absence de rendez-vous se banalise et, enfin, l'accès au spécialiste se fait plus aisé. Il est probable que chacun de ces changements trouve sa traduction en terme de qualité.

2-1. Un recours peu fréquent à la visite à domicile

Le taux des personnes interrogées déclarant recourir à la visite à domicile alors qu'elles reconnaissent pouvoir se déplacer s'élève à 7,5%.

Pour les patients, la visite à domicile n'est pas considérée comme un droit dû au patient par le médecin, mais au contraire comme un service que ce dernier lui rend. Il ne faut donc, selon ces personnes, déranger le médecin qu'en cas de malaises graves, de forte fièvre ou d'enfants malades. Le premier argument qui justifie le choix du cabinet médical par rapport à la visite à domicile vise d'abord à protéger le médecin des abus de ses clients.

L'argument pratique vient en second. Pour les patients, le cabinet médical est mieux adapté au diagnostic et aux soins éventuels car le médecin a tout son matériel sur place. Enfin, les patients recourent à un argument purement pécunier : une visite à domicile coûte plus cher. Les patients considèrent inutile d'entraîner des frais supplémentaires, pour eux comme pour la Sécurité Sociale.

Même s'il attache une importance quasi pédagogique à la visite au domicile du patient, Jean-Paul ESCANDE montre bien que la plupart des pathologies ne sont pas aggravées par le fait de sortir de son domicile pour aller au cabinet du médecin ¹. Le recours à la visite à domicile est donc davantage un luxe qu'une nécessité imposée par des raisons médicales. Certes, il est vrai que certaines personnes habitent loin du cabinet du médecin et ne peuvent s'y

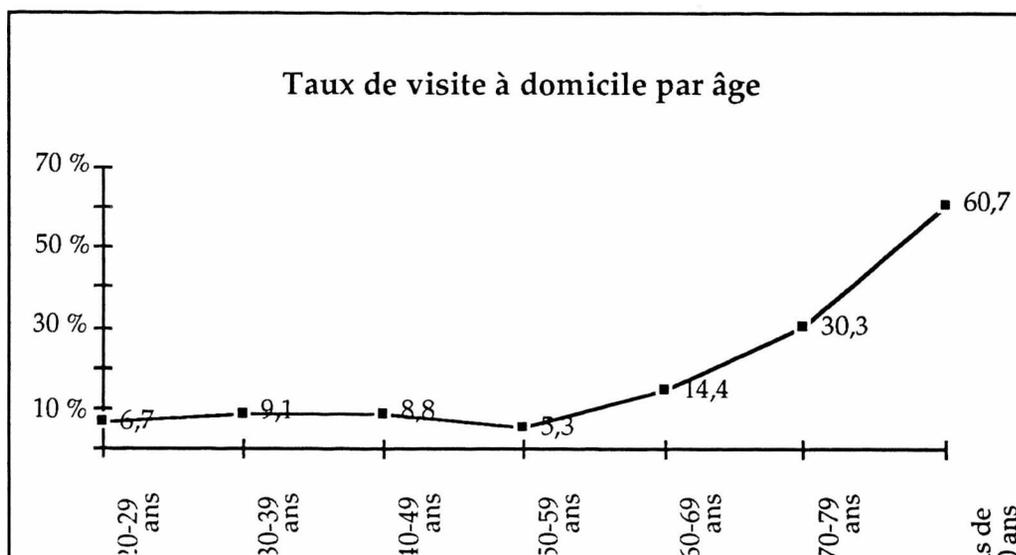
¹Jean - Paul ESCANDE, les malades, Paris, Grasset, 1977.

rendre, que les personnes âgées éprouvant des difficultés à se déplacer ne peuvent pas toujours aller jusqu'à leur médecin, mais si la visite à domicile n'est donc pas totalement inutile, mais il est probablement inexact d'affirmer qu'elle est de meilleure qualité que la consultation au cabinet. Les aspects pratiques qui sont simplifiés (ne pas avoir à attendre, ne pas avoir à se déplacer, ne pas perdre de temps) sont largement compensés par l'apparition d'autres contraintes qui tiennent aux conditions d'exercice du médecin.

Parmi les 92,5% des personnes interrogées qui éliminent l'éventualité d'une consultation à domicile lorsqu'elles peuvent se déplacer, seulement 1% envisage de consulter un médecin à l'hôpital ou dans un dispensaire, les autres préférant consulter directement au cabinet. Ce taux infime en faveur de la consultation à l'hôpital s'explique par le fait que la question concernait l'éventuelle consultation d'un généraliste, alors que les consultations à l'hôpital concernent surtout les spécialistes. De plus, la structure de l'échantillon écartait les personnes utilisatrices exclusives des consultations hospitalières.

Lors de leur dernière consultation, 15% des personnes interrogées ont effectivement fait venir le médecin à leur domicile. Ce taux est un peu plus élevé chez les femmes pour lesquelles il atteint 17% (13% chez les hommes). L'âge influe bien sûr sur le lieu de la consultation, le recours à la visite à domicile augmentant fortement à partir de 60 ans, les difficultés à se déplacer sont plus fréquentes parmi les personnes plus âgées.

Graphique n° 11



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

La légère hausse que l'on observe parmi les 30-49 ans peut s'expliquer par les femmes ayant des enfants à surveiller qui font venir le médecin à domicile en l'absence de mode de garde. L'âge n'est pas le seul facteur, le lieu d'habitation a aussi une influence sur le rapport visite/consultation au cabinet. Ainsi, seulement 6% des habitants de Paris intra-muros ont fait venir le médecin à domicile, alors que parmi les personnes logeant dans des communes rurales ou dans des unités urbaines de moins de 20 000 habitants, ce taux atteint 18%. Dans les unités urbaines de taille intermédiaire, il est de l'ordre de 14%.

Une étude faite par le CREDES en 1991¹, à partir du fichier des communes françaises, montre que, dans les communes les plus rurales, la commune la plus proche dans laquelle officie un médecin généraliste est en moyenne à 4 km. On comprend que les habitants de telles communes aient plus systématiquement recours à la visite à domicile.

2-2. La prise de rendez-vous

Parmi les personnes s'étant rendu au cabinet du médecin (701 personnes au total), seulement une petite moitié, 56%, a pris rendez-vous. Si l'on ne considère que les patients ayant consulté un généraliste pour cette dernière consultation, le taux est encore plus faible : 47%. Les patients ont donc une démarche assez spontanée lorsqu'ils se rendent au cabinet du médecin.

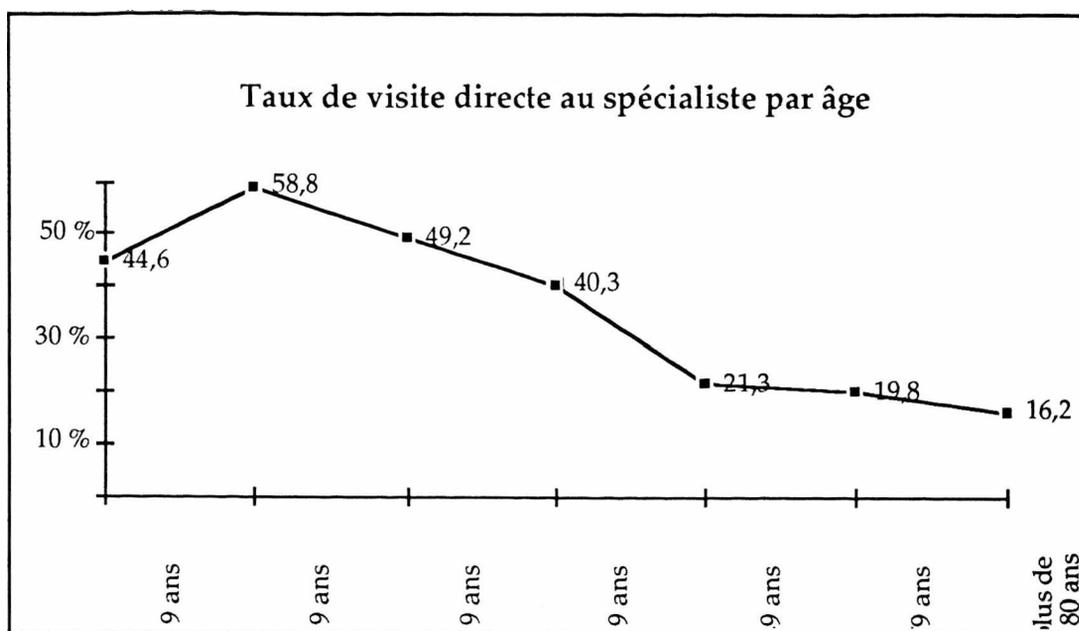
Il est difficile d'interpréter ce phénomène directement comme une amélioration ou au contraire comme une dégradation de la qualité des relations avec le médecin. En effet, s'il est vrai que le fait de ne pas avoir à prendre rendez-vous donne de la liberté au patient, il s'expose à des temps d'attente plus importants que si le rendez-vous est effectivement prévu.

2-3. L'accès au spécialiste

38% des personnes interrogées consultent parfois un spécialiste sans passer par un généraliste. Pour les femmes, ce taux atteint même 44% alors qu'il n'est que de 30,% chez les hommes. Ce taux plus élevé chez les femmes s'explique par les consultations chez les gynécologues qui ont lieu à intervalle régulier, surtout entre 20 et 50 ans, et sans passer par l'intermédiaire d'un généraliste.

¹ H. Faure et F. Tonnellier, Espace, classes sociales et santé, CREDES, 1991

Graphique n° 12



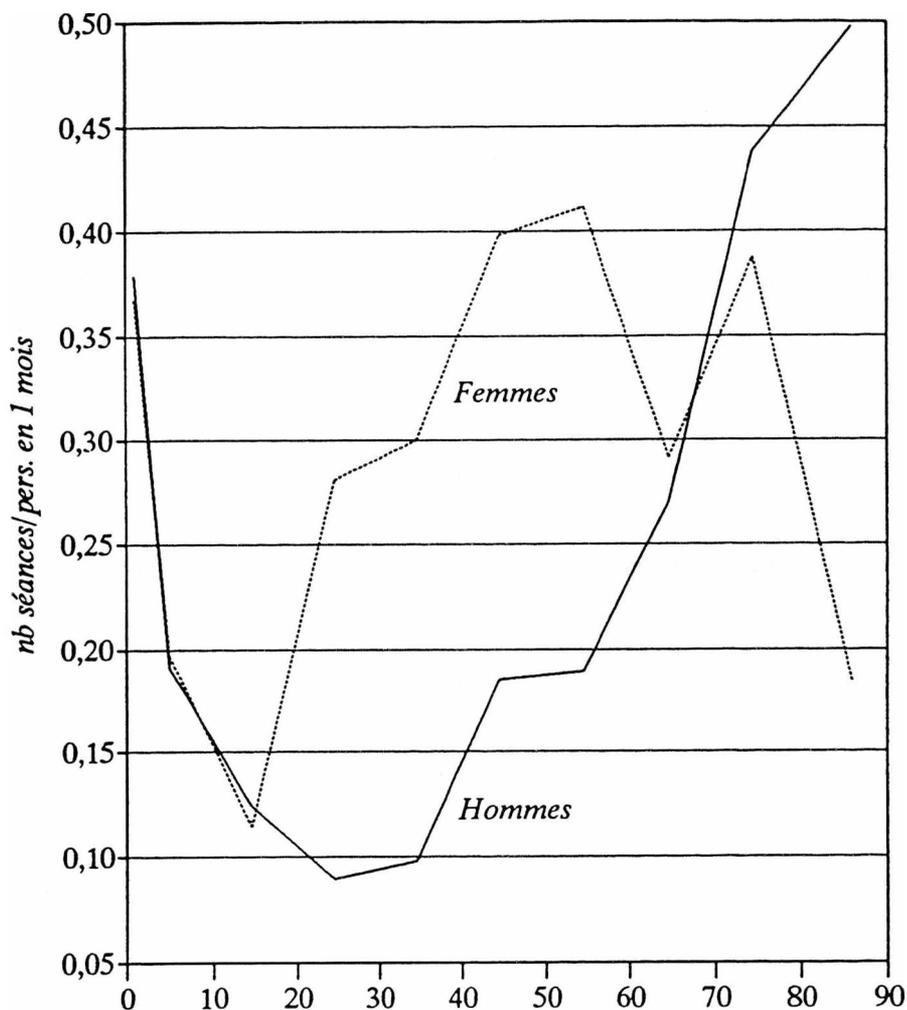
Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Consulter un spécialiste sans le conseil d'un généraliste est une attitude beaucoup plus développée chez les moins de 60 ans, et particulièrement chez les 30-49 ans (59% chez les 30-39 ans et 49% chez les 40-49 ans). Du fait de la "vulgarisation" de la médecine, les patients s'estiment probablement plus capables de décider de quelle spécialité leur problème dépend. L'évolution des attitudes à l'égard de la médecine fait que les personnes les plus jeunes ne sollicitent plus de manière systématique le conseil du médecin généraliste. De plus, certaines des spécialités qui ne nécessitent pas toujours l'avis d'un généraliste (gynécologie, dermatologie,...) ont tendance à se développer. Enfin, pour ces tranches d'âge actives, consulter un spécialiste sans passer par un généraliste peut constituer un gain de temps.

En revanche, la tendance s'inverse chez les 20-29 ans pour qui le recours au spécialiste, s'il se fait tout de même sans l'avis du généraliste pour près de 45%, est moins systématique que pour les deux tranches d'âges supérieures : mais ils ont, d'une manière générale, moins recours aux spécialistes, comme en témoigne le graphique de la page suivante. Ces patients ont moins de problèmes de santé et préfèrent sans doute consulter un généraliste qui leur revient moins cher. Leurs connaissances du système de santé peut-être aussi moins grande et ils ont donc moins souvent que leurs aînés de s'adresser directement aux spécialistes.

Graphique n° 13

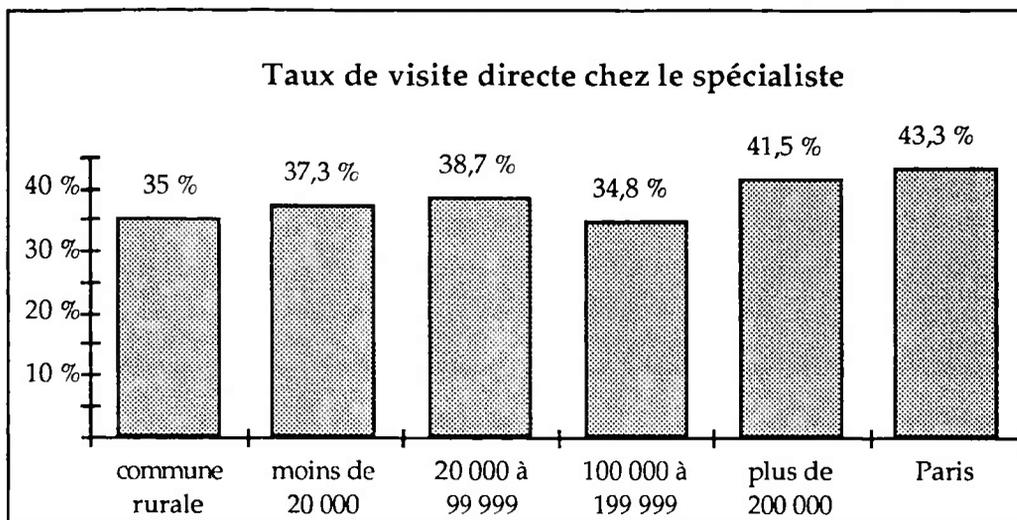
Consommation de soins de spécialistes par âge



Source : Enquête santé - INSEE - 1993

Le lieu d'habitation a aussi une incidence, surtout pour les très grosses agglomérations où les habitants ont plus tendance à s'adresser directement aux spécialistes. L'accès au spécialiste est facilité du fait de leur forte concentration dans les grandes villes. De plus, le changement de mentalité dû à la "vulgarisation" de la médecine évoquée plus haut est plus avancé dans les grandes villes, du fait de la multiplication des sources d'informations médicales.

Graphique n° 14



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

3 - LA TRANSPARENCE EN MATIÈRE D'INFORMATION MÉDICALE : UN GAGE DE QUALITE.

Parmi les thèmes souvent présents dans les débats sur l'éthique médicale, l'information du malade apparaît très fréquemment. A la question de savoir si le médecin doit informer son patient en cas de découverte d'une pathologie grave, deux grands courants s'opposent. Certains praticiens pensent qu'il vaut mieux cacher la vérité au malade pour ne pas gâcher le peu de temps qu'il lui reste à vivre. En vertu du secret médical, ils refusent d'avertir le malade lui-même, mais préparent ses proches à l'éventualité d'un drame. D'autres considèrent qu'il vaut mieux informer le patient, au nom de la Vérité qui lui est dû, et aussi parce que le médecin se refuse à considérer un malade comme totalement incurable.

Le débat n'est pas simple, et chaque médecin opte pour l'une ou l'autre solution en son âme et conscience, sans toujours appliquer une règle systématique. Ils sont fortement influencés par la personnalité du patient, et jugent certains plus aptes à affronter la vérité que d'autres.

Mais qu'en est-il du patient lui-même ? Près de 75% des personnes interrogées souhaitent que les médecins les informent sur leur état de santé,

quelles que soient les circonstances. Dans leurs relations avec les médecins, les malades optent en large majorité pour la transparence. La plupart des patients affirme être prêt à affronter la réalité et attendent de leur médecin la plus grande sincérité.

Tableau n° 18
**QUAND LE MÉDECIN DOIT-IL INFORMER CLAIREMENT SON PATIENT
 SUR SON ÉTAT DE SANTÉ ?**

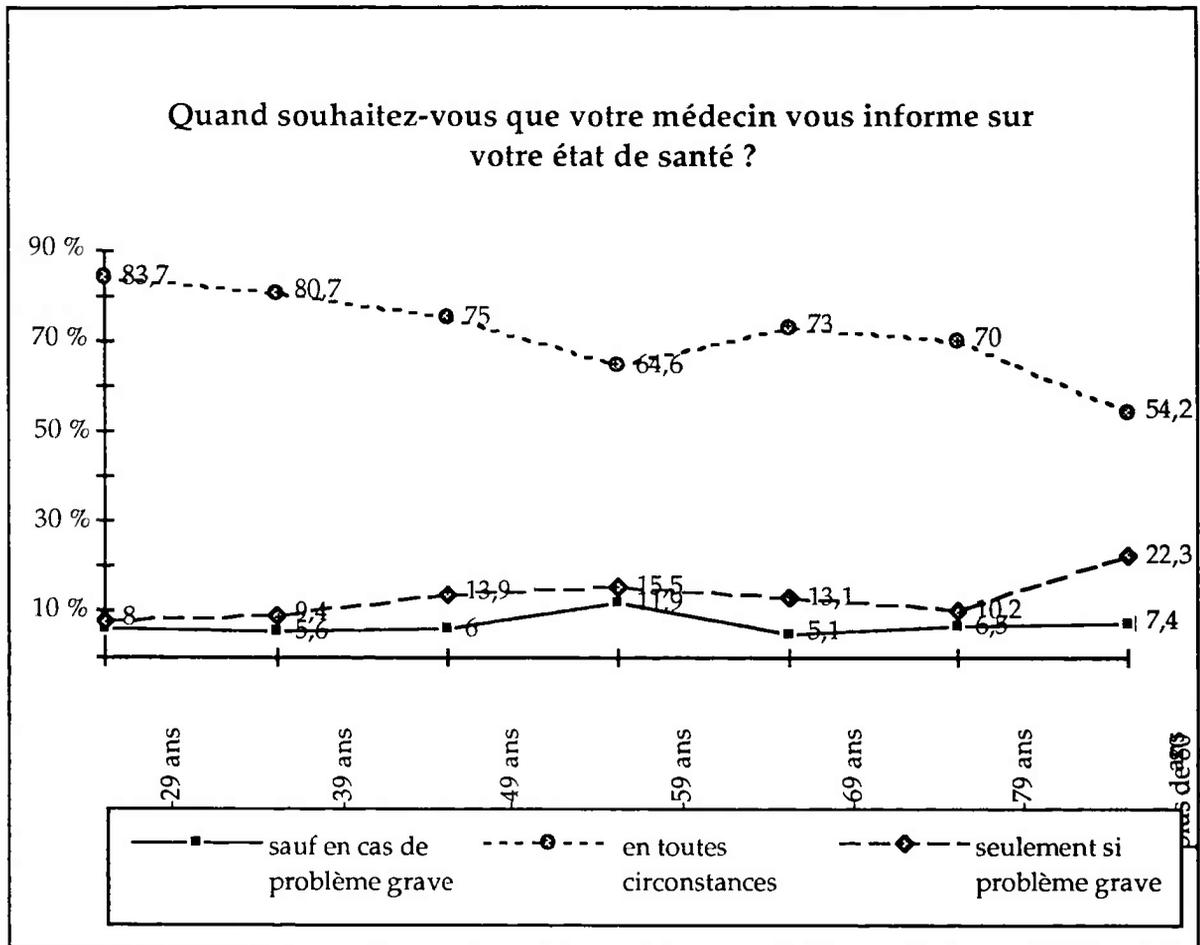
Quand le médecin doit-il informer son patient sur son état de santé ?	Ensemble de la population	Hommes	Femmes
En toutes circonstances	606 73,5%	250 72,3%	356 74,5%
Sauf en cas de maladie grave	56 6,8%	18 5,2%	38 8%
Seulement en cas de problème grave	102 12,4%	55 15,9%	47 9,8%
Jamais	8 1%	2 0,7%	6 1,2%
Ne sait pas	52 6,3%	21 6%	31 6,5%
Total	825 100%	345 100%	480 100%

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Seulement 7% ne veulent pas être confrontés à la vérité en cas de maladie grave. Le taux est un peu plus élevé chez les femmes (8% contre 5% chez les hommes). Quant aux hommes, s'ils sont plus prêts à entendre la vérité dans les cas graves, ils ont aussi plus tendance à ne souhaiter avoir de l'information que dans ces cas (16% pour 10% chez les femmes).

Le comportement du patient devant la maladie varie selon plusieurs paramètres, en premier lieu l'âge.

Graphique n° 15

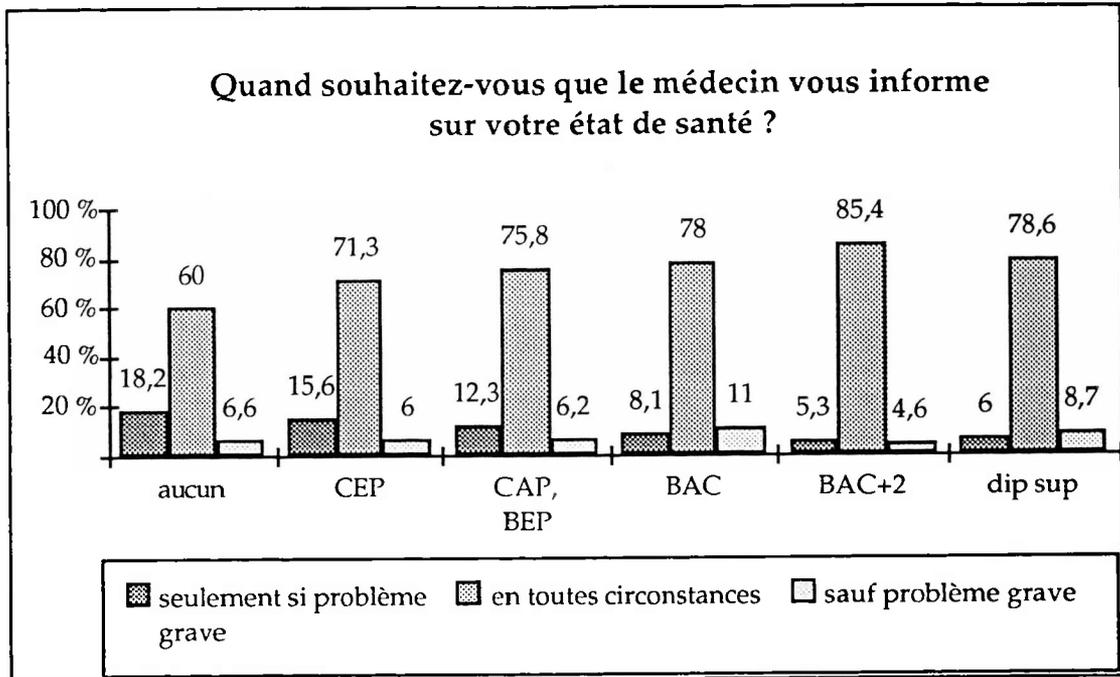


Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Le souci d'être systématiquement informé diminue régulièrement avec l'âge, pour progressivement être remplacé par le simple besoin d'être informé dans les cas graves.

Quant au taux de personnes ne souhaitant pas connaître la vérité si elles sont gravement malades, il est quasiment constant sur l'ensemble des autres générations. Le diplôme permet aussi de repérer des différences de comportements. Plus les patients sont fortement diplômés et plus ils souhaitent être informés en toutes circonstances et pas seulement dans les cas graves. Possédant plus de connaissances médicales, les plus diplômés se sentent capables de comprendre ce que le médecin pourra leur apprendre sur leurs pathologies. Les moins diplômés se contentent plus d'un simple résumé : la maladie est-elle grave ou non et quel est le traitement adéquat ?

Graphique n° 16



4 - LE PRIX DE LA QUALITE, LE PRIX DE LA COMPÉTENCE

Pour tout ce qui concerne la consommation courante, le prix est un des principaux critères de sélection. Est-ce que le même phénomène existe lorsque l'on parle de médecins ? Les honoraires sont différents d'un médecin à un autre et peuvent varier dans une fourchette assez large, surtout si l'on compare les prix appliqués par les généralistes à ceux des spécialistes. Comment les patients jugent-ils ces écarts ? Y attachent-ils de l'importance ou le fait qu'ils soient en partie pris en charge par la Sécurité Sociale minimise-t-il leur impact ?

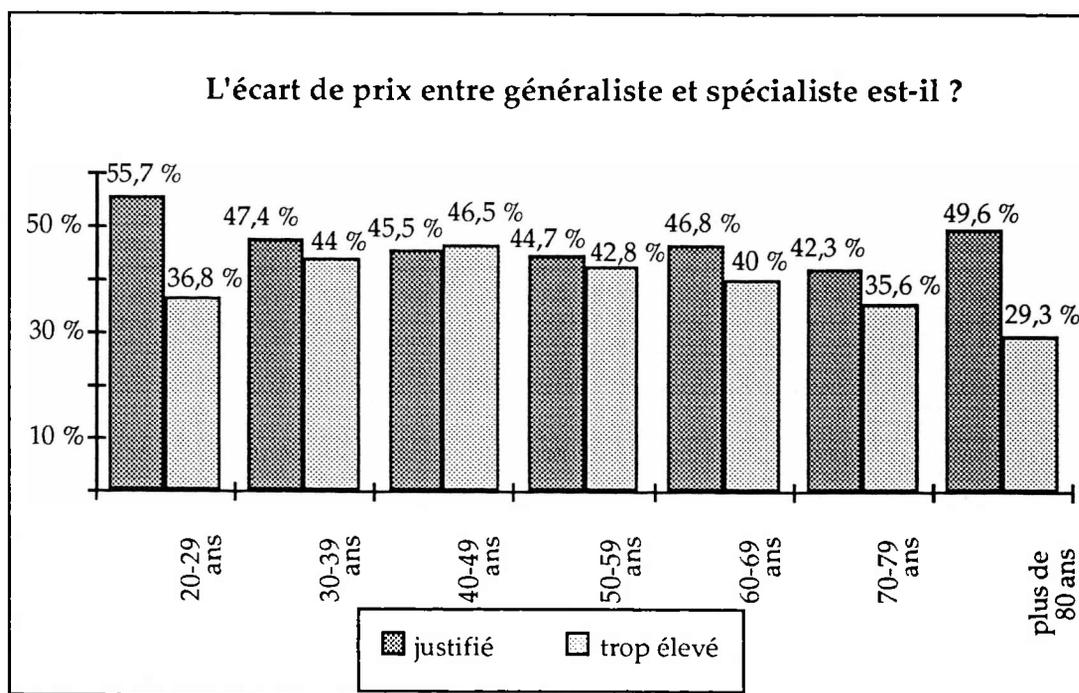
La différence de prix entre une consultation chez un spécialiste et chez un généraliste est en moyenne de 90 Francs. Les avis sont assez partagés sur la validité de cet écart, près de la moitié (47,4%) le considère justifié, en raison de la différence de compétence. 40,2% trouvent la différence de prix trop élevée. 12,4% n'ont pas d'avis sur la question. On constate l'absence d'esprit critique sur la tarification des consultations médicales pour une part non négligeable des personnes interrogées. Dans un système où ils considèrent les prix plus ou moins imposés, où ils sont entièrement remboursés s'ils ont une mutuelle, tout ce qui

concerne la tarification des soins apparaît en marge de la relation médecin-patient.

Pour chaque classe d'âge, la proportion de personnes prêtes à accepter cet écart de prix est toujours supérieure à celle de ceux qui le considèrent inacceptable, sauf pour les 40-49 ans où les proportions sont quasiment identiques. Parmi les classes d'âge extrêmes (à la fois les moins de 30 ans et les 80 ans et plus), l'écart est creusé et les personnes pour qui la différence de prix est justifiée sont en plus grand nombre.

La proportion de personnes sans avis augmente régulièrement avec l'âge (7,5% pour les moins de 30 ans jusqu'à 22% pour les 70 ans et plus).

Graphique n° 17



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Les considérations tarifaires ne semblent pas préoccuper énormément les patients, probablement parce que la quasi-totalité est affiliée à un régime de Sécurité Sociale (99%) et la plupart est soit prise en charge à 100% (26,1% de l'échantillon), soit possède une mutuelle, une assurance, une caisse de prévoyance (90,1%). L'argent versé au médecin n'est donc qu'une avance et leur sera remboursé en grande partie, ils se sentent donc moins concernés et ne font pas du prix de la consultation un critère décisif de choix d'un médecin.

A la question '*Considérez-vous que cela soit important que le médecin vous informe à l'avance de ses honoraires ?*', une majorité des personnes interrogées répond par la négative. Face à un médecin, le jeu de la concurrence en matière de tarifs ne s'exerce pas comme pour un autre type de service.

Tableau n° 19

EST-CE IMPORTANT QUE LE MÉDECIN INFORME SA CLIENTÈLE À L'AVANCE ?

Le fait qu'un médecin informe son patient de ses honoraires à l'avance est-il :	Effectifs	%
Très important	107	13
Assez important	224	28
Peu important	308	38
Pas important du tout	166	21
Total	825	100

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Les questions générales posées au début du questionnaire, ont permis de commencer à cerner quelques éléments susceptibles d'être des signes de qualité d'un bon médecin : c'est un médecin qui met son patient en confiance, qui se montre franc et honnête, qui explique clairement les maladies dont souffre le malade, c'est aussi un médecin qui est facilement disponible,.. Si certaines personnes interrogées considèrent comme nécessaire que le médecin les informe clairement, qu'ils souffrent d'un rhume ou un cancer, d'autres au contraire ne veulent rien savoir et juste être soigné. Les différentes représentations du médecin commencent à se dessiner, et particulièrement les différentes représentations du bon médecin.

On a aussi découvert que le prix n'a pas d'incidence sur la relation, alors qu'en matière de qualité, c'est en général un des éléments déterminants.

Pour aller plus avant dans la construction de ces représentations nous avons analysé dans le chapitre suivant les réponses des personnes interrogées aux différentes questions ouvertes.

TROISIÈME CHAPITRE

LES REPRÉSENTATIONS DU BON MÉDECIN

Au-delà de cette satisfaction massive décrite dans le premier chapitre et des critères globalisateurs utilisés dans le second chapitre pour en rendre compte, nous avons essayé à l'aide de deux questions ouvertes ¹ de mieux comprendre les éléments qui déterminent le fait qu'un patient soit satisfait ou non de sa consultation. La première, posée en tout début de questionnaire, faisait référence à la perception globale du médecin par le patient : '*Pour vous, qu'est-ce qu'un bon médecin ?*'.

La deuxième était posée en fin de questionnaire. Elle était précédée d'une question fermée '*Envisagez-vous de reconsulter ce même médecin ?*'. Les personnes interrogées ont répondu qu'elles envisageaient effectivement de reconsulter ce médecin. A ces personnes, soit à presque tout l'échantillon, on a ensuite posé la question : '*Pourquoi reconsulteriez-vous ce médecin en particulier?*' (c'est-à-dire pourquoi celui-là et pas un autre, qu'est-ce qui vous convient chez ce médecin, pourquoi vous a-t-il plu ?). Cette question aborde la relation médecin-patient d'une manière plus pratique.

Ces deux questions, outre qu'elles permettent d'isoler les critères qui constituent la représentation du bon médecin, permettent aussi de confronter deux visions du médecin : le médecin idéal et le médecin que l'on rencontre dans la réalité. Cette confrontation permet de mettre en avant le faible impact de l'aspect pratique dans la relation médecin-patient (proximité du médecin, attente avant le rendez-vous). Mais ces modalités pratiques se sont bien déroulées et n'ont pas suscité de désagréments suffisants pour influencer sur la satisfaction des patients.

L'exploitation des réponses à ces questions ouvertes a été possible grâce à l'utilisation de méthodes d'analyse lexicale² des données. Elles ont permis de

¹ question dont la réponse est laissée libre à l'enquêté, sans qu'il soit guidé par des items proposés par l'enquêteur

² L'analyse des données textuelles est une méthode statistique basée sur des techniques lexicométriques, c'est-à-dire reposant sur des comptages de mots, de formes lexicales diverses ou des cooccurrences des formes. Après la constitution d'un dictionnaire de toutes les formes contenues dans le texte étudié (sans tenir compte des mots-outils, c'est à-dire des mots n'ayant pas un sens qui leur est propre), les réponses des individus sont rapprochées en fonction des similitudes de vocabulaire et sont regroupées dans différentes classes.

regrouper les individus en différentes classes, suivant les critères mis en avant pour qualifier le bon médecin.

Les deux typologies obtenues sont présentées successivement avec pour chaque classe plusieurs exemples de réponses caractéristiques.

1 - LA REPRÉSENTATION DU BON MÉDECIN

L'étude de la question '*Pour vous, qu'est-ce qu'un bon médecin ?*' a mis en exergue deux principaux aspects dans la relation patients-médecins : l'aspect proprement médical et l'aspect relationnel.

1-1. L'aspect proprement médical

Ce premier aspect est prépondérant puisqu'il concerne près de 50% des réponses. Chez un médecin, c'est surtout le praticien que l'on recherche. Sa fonction première est de soigner le corps humain. En fait, l'ensemble des réponses privilégiant l'aspect purement médical est dû au regroupement de quatre grands types de réponses :

1-1-1. Le bon médecin, c'est celui qui fait un diagnostic fiable

Cette classe comporte 75 personnes et comprend 9,5% de l'ensemble des réponses. Selon ces patients, il importe pour bien soigner une maladie de savoir, la reconnaître à partir des symptômes décrits par le patient. De cette étape dépend toute autre élément de la pratique médicale. Il s'agit là de la part la plus difficile du travail du praticien et pour ces patients, le bon médecin, c'est "*celui qui a un bon diagnostic, c'est à dire qu'il trouve ce que j'ai et me soigne bien*", c'est celui qui "*me soigne bien, bon diagnostic exact, pas d'erreur*", c'est aussi "*un médecin qui sache vous guérir et qui fasse un bon diagnostic*".

Cette classe est plutôt constituée de personnes de moins de 50 ans, assez diplômées, possédant le baccalauréat ou un diplôme supérieur.

1-1-2. Le bon médecin, c'est celui qui donne le bon traitement

Cette classe regroupe 99 individus et représente 13% des réponses. Pour ces patients, il faut que le traitement soit adapté, efficace sans que l'ordonnance soit trop longue. Le traitement est le moyen indirect de savoir si le médecin est de qualité. La plupart des patients n'ont pas les connaissances nécessaires pour s'assurer de la justesse du diagnostic, en revanche, ils peuvent juger l'ordonnance. D'abord sur des critères assez simples, la longueur, puis sur le résultat même du traitement.

Pour eux, le médecin de qualité, c'est "*quelqu'un qui sait donner les bons traitements, c'est à dire les médicaments appropriés*". Dans ce cas, on demande au médecin "*qu'il soit efficace dans le diagnostic, qu'il donne les médicaments adéquats*" et surtout "*quelqu'un qui sait trouver le traitement approprié à son malade, qui ne prescrit pas trop de médicaments*".

Cette classe comprend plutôt des personnes d'âge intermédiaire, de 40 à 49 ans, moyennement diplômés (CAP, BEP).

1-1-3. Un bon médecin, c'est celui qui guérit vite

Ce troisième groupe rassemble 158 patients, soit 19% des réponses. Pour ces patients, quel que soit le mal dont ils souffrent, un bon médecin doit les remettre sur pied et soulager la douleur le plus rapidement possible. Pour ce groupe de patients, le médecin a une obligation de résultats. Derrière cette vision du bon médecin, il y a encore la compétence du praticien : pour guérir vite, il faut que le diagnostic ait été bon et que le traitement soit adapté. Mais alors que dans les deux classes précédentes, les causes de la guérison étaient mises en avant, ici c'est la guérison en elle-même qui est l'objectif valorisé. Peu importe la pratique du médecin, ce qui compte pour ce type de patient, c'est qu'en huit jours, leurs problèmes soient terminés ou que les désagréments de la maladie, la souffrance, aient disparus.

Pour ces patients, le médecin de qualité, c'est "*une personne qui soigne bien, qui trouve tout de suite ce que j'ai*", "*qui ne laisse pas traîner la maladie*", "*celui qui me soigne, qui me passe le mal*", "*qui diagnostique vite, qui active la guérison*" le médecin de qualité, c'est aussi "*quelqu'un qui sache diagnostiquer rapidement avec le moins de médicaments possibles pour soigner*".

1-1-4. Un bon médecin, c'est celui qui n'hésite pas à faire confirmer son diagnostic

Avec 56 patients ayant mentionnés cette forme de réponse, soit 7% des personnes interrogées, cette classe est la moins importante de ce premier groupe de représentations. Pour ces patients, en cas de doute sur le diagnostic ou s'il pense avoir déceler une pathologie grave, le médecin ne doit pas hésiter à faire faire des examens complémentaires ou à envoyer consulter un confrère, le plus souvent un spécialiste, afin de vérifier ses conclusions. Il ne doit pas craindre de se remettre en cause en prenant d'autres avis. A la différence des trois représentations précédentes, la relation est analysée du point de vue de l'échec : un bon médecin a droit à l'erreur, mais il faut qu'il mette tous les atouts de son côté pour les éviter. Le praticien a le droit de ne pas savoir, mais il faut qu'il l'admette en envoyant consulter un confrère. Il faut qu'il "*détecte ce que l'on a, nous envoie faire des tests, nous envoie à un spécialiste, prend des décisions vite, que l'on sache ce que l'on a*", "*qui l'essaie de prévenir des maladies souvent mortelles en faisant passer des examens et en faisant faire des analyses pour s'assurer que son patient ne couve rien de grave*", "*un médecin qui n'a pas peur d'envoyer à un spécialiste s'il a un doute*", "*qui oriente vers un spécialiste s'il pense que c'est nécessaire*".

Cette classe est plutôt constituée par des personnes relativement jeunes de 30 à 39 ans.

1-2. L'aspect relationnel

Le deuxième aspect important, l'aspect relationnel, est privilégié par un peu plus de 30% des personnes enquêtées. Ce n'est plus uniquement le praticien qui est recherché, mais un psychologue, un confident, un être humain. Ce second thème est issu du regroupement de deux représentations.

1-2-1. Un bon médecin, c'est celui à qui on ose parler

Pour ces 139 répondants qui constituent 17% des réponses, le bon médecin, c'est celui en qui on a confiance, à qui on ose parler, avec lequel on peut aborder tous les sujets. Ce médecin privilégie les contacts humains et manifeste gentillesse et sympathie.

Les témoignages abondent pour caractériser le comportement de ce médecin : *"c'est celui face à qui je peux parler librement, à qui je peux faire confiance", "j'ai confiance, je peux lui parler librement, c'est un confident", "une personne avec qui on est à l'aise pour parler de son problème, en qui on a confiance,, "il doit être scientifique, humain, psychologue", "qui écoute et qui est psychologue, qui sait donner du réconfort sur le plan moral et en qui on a confiance"*.

Cette classe est plutôt constituée par des femmes, d'un niveau scolaire assez élevé.

1-2-2. Un bon médecin, c'est celui qui prend le temps de s'occuper de son patient

Pour ces 109 patients, soit 14% des réponses, le médecin doit prendre le temps d'ausculter son patient, mais surtout de l'écouter et de dialoguer avec lui. Il ne suffit pas d'avoir envie de se confier, faut-il aussi que le médecin soit prêt à écouter...

Le bon médecin, c'est alors *"celui qui prend son temps pour vous ausculter, qui n'est pas là pour empocher l'argent", "qui écoute et qui accorde suffisamment de temps, il doit expliquer et dialoguer", "c'est un homme qui sait écouter son patient, ne réduit pas la visite à cinq minutes" , "qui passe une heure avec son patient, l'examine de la tête aux pieds"*.

Cette classe comprend des personnes d'âge intermédiaire, faiblement diplômées.

1-3. Le troisième aspect : le médecin de famille

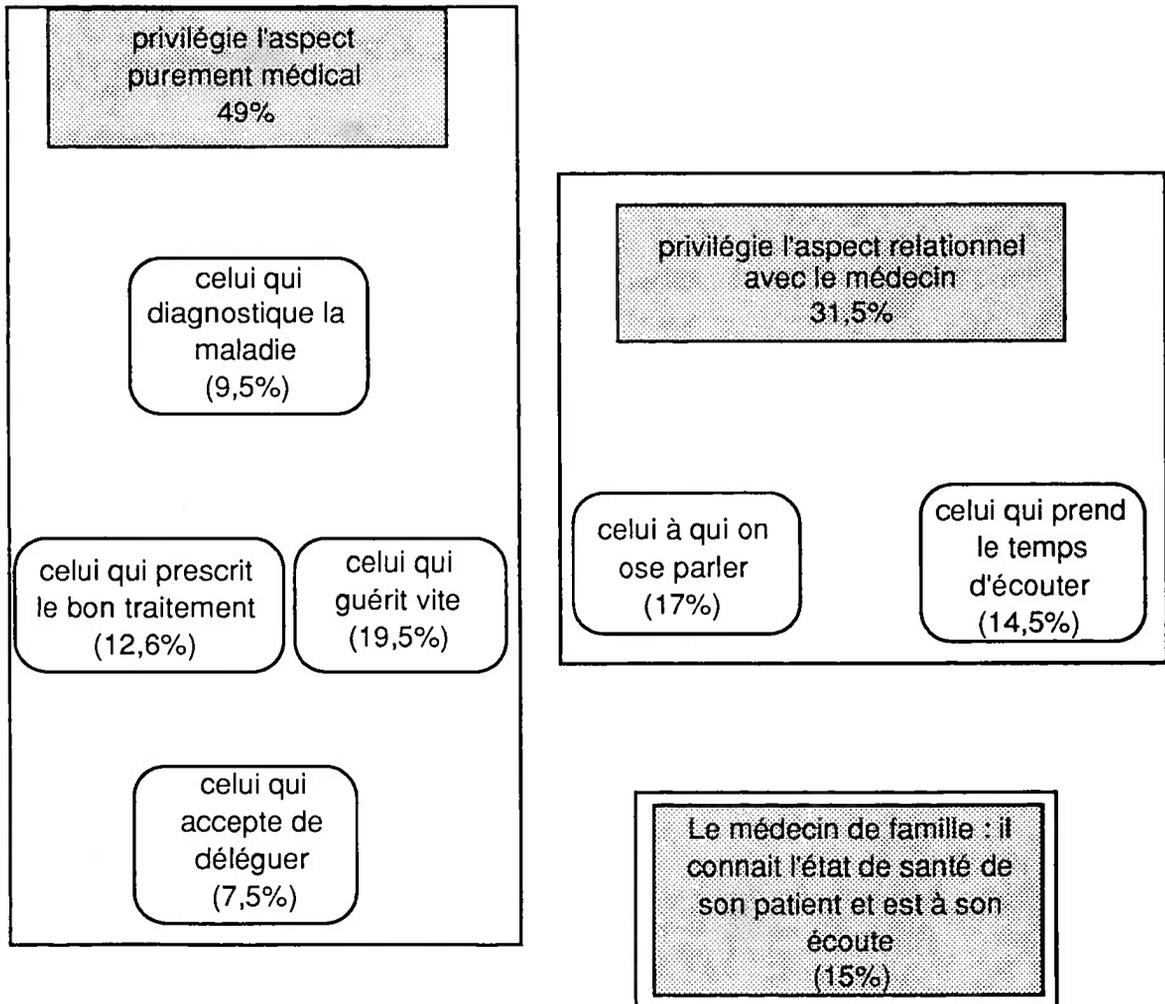
Enfin, un troisième pôle se détache , il comprend des personnes pour qui la référence reste le médecin de famille. Pour ces 110 patients, soit 14% des réponses, le bon médecin connaît ses malades, il possède un dossier médical sur ses patients afin de les soigner plus efficacement et reste à leur écoute. Il n'est pas toujours très performant sur le plan médical, mais on lui accorde le droit de s'estimer incompétent et de renvoyer chez un confrère. Il joue un rôle important pour la prévention. Il doit savoir dépister les pathologies graves dès qu'elles apparaissent.

Pour ces patients, le bon médecin, "c'est le médecin de famille, celui qui nous suit depuis 15 ou 20 ans, qui a des fiches", "c'est un médecin de famille gentil, qui écoute le malade, qui le suit régulièrement", "un médecin qui soit effectivement proche de la famille, qui soit disponible, qui demande des nouvelles des personnes qu'il n'a pas en face de lui".

Cette classe contient beaucoup d'hommes, relativement âgés.

Le graphique qui suit résume les différentes représentations du médecin idéal.

Graphique n° 18
POUR VOUS, QU'EST CE QU'UN BON MÉDECIN ?



2 - LA VISION DU BON MÉDECIN AU QUOTIDIEN

Le médecin que l'on idéalise ou que l'on souhaiterait avoir comme praticien n'est pas forcément celui que l'on fréquente et pourtant cela n'empêche pas les patients de maintenir des relations avec ces médecins du quotidien. Les raisons d'idéaliser le médecin ne sont peut-être pas les mêmes que celles qui font que l'on consulte un médecin.

Les résultats de l'exploitation de la deuxième question ouverte : *'pourquoi retourneriez-vous consulter ce médecin en particulier?'* permettent de comprendre ce qui oppose le médecin idéal à celui que l'on rencontre au quotidien. Si les personnes interrogées cherchent avant tout un bon praticien, la principale qualité qu'elles trouvent à leur médecin traitant est plutôt qu'il est attentif à leurs problèmes. Mais il est vrai qu'elles éprouvent des difficultés à juger de la compétence médicale de leur médecin.

L'analyse de cette question fait ressortir les deux mêmes aspects que précédemment, avec toutefois une importance moindre accordée à l'aspect purement médical (plus que 16% pour l'aspect médical et 25% pour celui relationnel). En théorie, la compétence du médecin est bien sûr primordiale, mais en pratique, le patient a du mal à l'évaluer directement et fait donc sa sélection à partir d'autres critères. En revanche, l'argument médecin de famille représente une part plus importante des réponses.

2-1. Le bon médecin est d'abord un bon praticien

Pour ces 128 patients qui constituent 16% des réponses, le bon médecin est jugé sur l'efficacité du traitement. Ce dernier sert de référence unique, la qualité du diagnostic ne pouvant être éprouvé qu'à travers l'effet de l'ordonnance. On ne retrouve pas le développement en quatre sous-classes qui distinguaient les patients interrogés sur ce que devrait être le médecin idéal. La rationalité unique est pour les patients celle du résultat. Pour ces patients, le médecin *"convient, il donne peu de médicaments, mais ceux-ci sont efficaces", "me donne des médicaments qui font effet rapidement"*.

2-2. Je me sens en confiance avec ce médecin

En respectant l'ordre de la première classification, ce groupe vient en seconde position. Avec 190 individus et donc 24% des réponses portant sur ce thème, on se rend compte qu'il occupe dans la représentation par les patients de leur médecin une place prépondérante. Une fois de plus, il apparaît que le médecin idéal ne ressemble pas tout à fait au médecin que l'on rencontre régulièrement. Le premier doit être un professionnel de la médecine, le second doit attacher une place plus grande aux relations avec ses patients.

Pour ces patients, le bon médecin est à l'écoute des malades et suscite la confiance. Comme l'affirment les patients de ce groupe, *"Je le connais, il connaît mon tempérament, je suis en confiance"*, *"Elle connaît mes problèmes"*, *"Cela fait pas mal d'années que je vais chez lui, je suis à l'aise comme chez un curé"*.

2-3. Le bon médecin reste le médecin de famille

Confortant les remarques précédentes, l'analyse lexicale de la même question fait apparaître l'existence d'un groupe important de patients pour lesquels le bon médecin reste le praticien de famille. Celui aussi que l'on connaît depuis longtemps, le médecin habituel, chez qui l'on va parce qu'il est en possession du dossier médical (un certain nombre de patients appréhende d'avoir à reconstituer un nouveau dossier chez un autre médecin). De plus, il est facilement disponible, *"médecin de famille, il a tout sur une fiche, on est bien reçu, il est toujours disponible"*, *"parce que j'ai l'habitude avec ce médecin, il est très sympathique, flexible dans ses horaires"*.

Ce groupe est de taille importante, il se compose de 189 personnes et comprend 24% des réponses.

2-4. L'émergence d'une clientèle captive

Interrogées sur les raisons pour lesquelles elles retourneraient chez le même médecin, les personnes enquêtées abordent un thème qui n'apparaissait pas dans la représentation du médecin idéal, celui de la nécessaire continuité. Une part non négligeable des personnes interrogées (22%) n'émet pas de jugement de valeurs sur les compétences du médecin, elle se borne à constater qu'elle ne peut pas véritablement en changer. Deux raisons expliquent cette impossibilité, l'existence d'un traitement en cours ou le poids des habitudes.

Parmi la population enquêtée, 90 personnes, soit 11% des réponses, estiment qu'elles ne peuvent changer de médecin, celui-ci leur ayant prescrit un traitement et leur a demandé de revenir le voir. On pourrait parler à ce propos de clientèle captive.

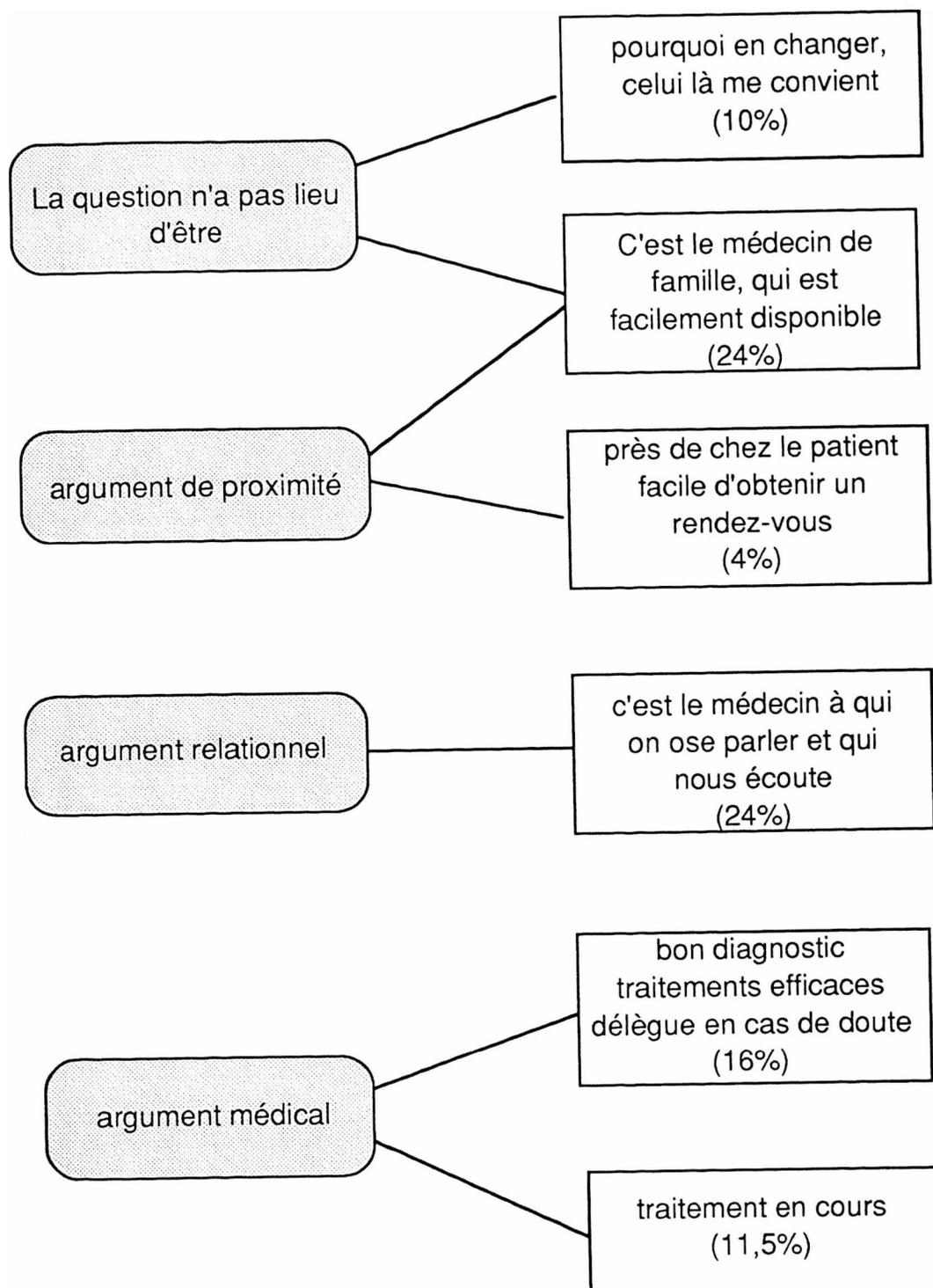
Interrogées sur leur souhait de reconsulter le même médecin, 78 personnes, soit 10% des réponses, estiment que la question ne mérite pas d'être posée, pour elles ce médecin n'a, pour l'instant, rien fait qui justifie que l'on en change. Il donne plutôt satisfaction, mais sans que l'on sache vraiment pourquoi. C'est parfois le même raisonnement que l'on retrouve parmi les personnes faisant référence à leur médecin de famille.

2-5. Le médecin pratique

Pour justifier le choix de leur médecin, les personnes interrogées usent parfois d'un argument de proximité, géographique et temporelle. Ces réponses sont très minoritaires et ne concerne que 4 % des patients de cette enquête. La disponibilité du médecin, sa proximité et la facilité d'obtention d'un rendez-vous constituent, pour ces personnes un atout indéniable en faveur de leur médecin.

Graphique n° 19

POURQUOI RETOURNERIEZ-VOUS CHEZ CE MÉDECIN EN PARTICULIER ?



3 - UNE QUALITE ACQUISE : LES MODALITES PRATIQUES DE LA CONSULTATION.

Nous avons fait l'hypothèse, au démarrage de cette étude, que les facteurs matériels du déroulement de la consultation constituaient un critère de qualité à prendre en compte. L'analyse lexicale des questions ouvertes ne montre pas de façon significative que parmi les raisons qui font qu'un patient pourrait ne pas retourner chez le même médecin, les modalités pratiques de la consultation auraient une réelle influence. Plusieurs questions portant sur des indicateurs précis tels que l'entretien des locaux, les délais d'attente, l'existence d'un accueil dans les locaux montrent que ces aspects matériels ne posent pas de problèmes aux patients.

3-1. Un délai d'attente raisonnable

Parmi les personnes ayant pris rendez-vous, le délai moyen d'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même est d'environ 4 jours chez un généraliste et de 10 jours chez un spécialiste. Cependant, tous les patients ne cherchent pas à avoir un rendez-vous le plus rapidement possible : par exemple, les personnes consultant leur médecin de manière régulière ou celles devant le reconsulter pour lui porter des résultats d'examens complémentaires prennent parfois rendez-vous d'une fois sur l'autre.

Tableau n° 20

DÉLAI D'ATTENTE ENTRE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS ET LE RENDEZ-VOUS LUI-MÊME

	Généraliste	Spécialiste
Dans la journée	91 35,1%	17 12,1%
Moins d'une semaine	137 53,1%	63 45%
Une à deux semaines	20 7,7%	40 28,6%
Trois à quatre semaines	6 2,4%	13 9,3%
Plus d'un mois	4 1,7%	7 5%
Total	258 100%	140 100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Au cabinet du médecin, près des trois quarts des personnes ayant pris rendez-vous (70%) considèrent que le médecin les a reçues à l'heure prévue pour le rendez-vous. Il n'y a pas, sur ce point, d'écart significatif entre celles ayant consulté un spécialiste et celles ayant consulté un généraliste. Pour les autres, les temps d'attente se répartissent de la manière suivante :

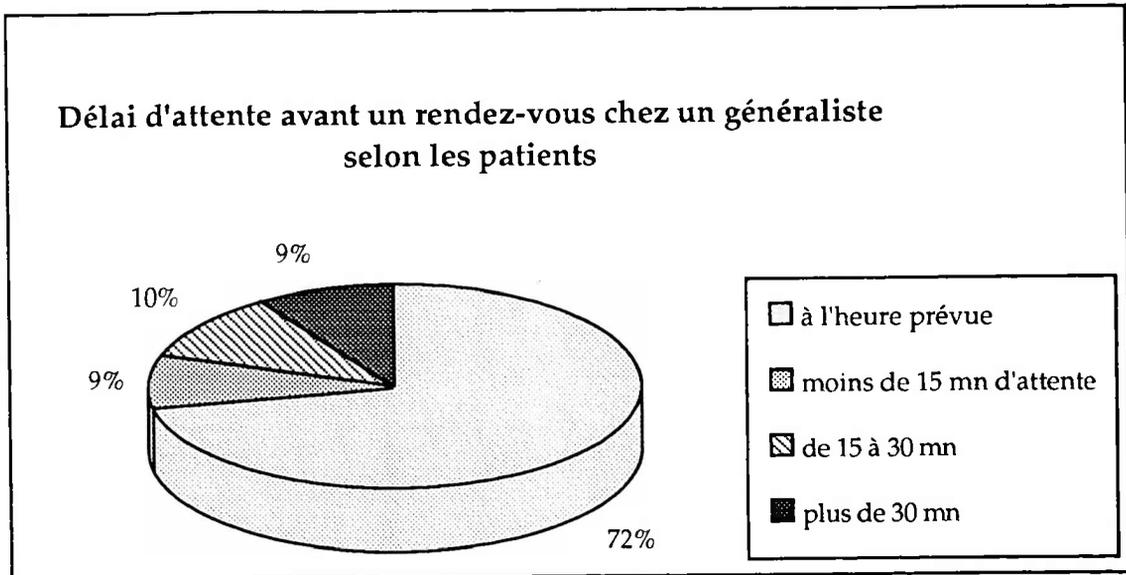
Tableau n° 21
DÉLAI D'ATTENTE ENTRE L'HEURE PRÉVUE POUR LE RENDEZ-VOUS
ET LE RENDEZ-VOUS LUI-MÊME

	Généraliste	Spécialiste
Moins de 5 minutes	2 3,1%	1 2,5%
De 5 à 14 minutes	20 27,6%	10 25%
De 15 à 30 minutes	26 35,7%	13 32,5%
Plus de 30 minutes	23 32,4%	16 40%
Total	72 100%	401 100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

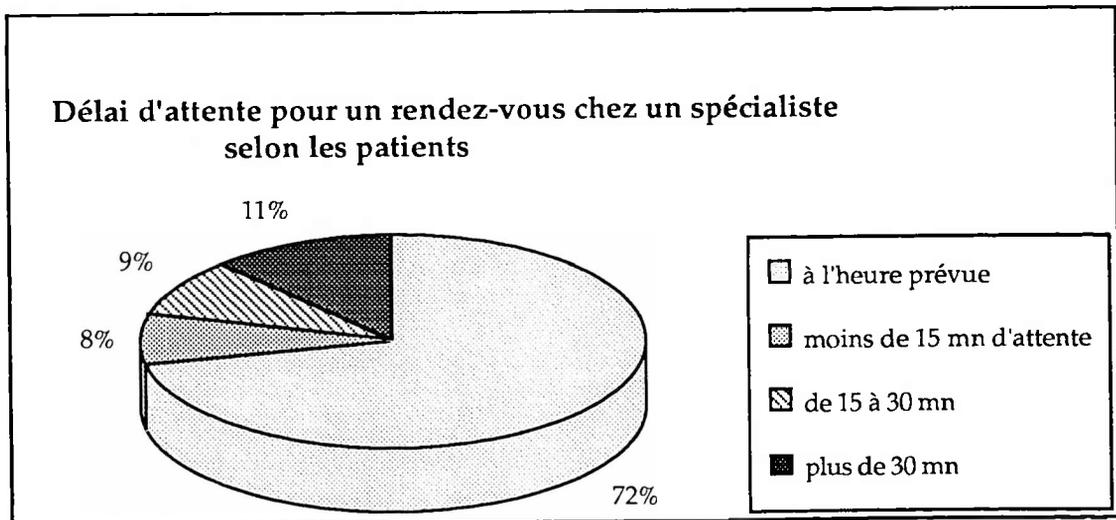
Parmi les personnes ayant attendu, 68% pour les généralistes et 72% pour les spécialistes ont dû patienter plus d'un quart d'heure. Mais sur l'ensemble des personnes ayant pris rendez-vous cela ne représente que respectivement 19% et 21%.

Graphique n° 20



Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Graphique n° 21



Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

En moyenne, le délai d'attente parmi les patients déclarant avoir attendu est d'environ 15 minutes chez les généralistes et de 20 minutes chez les spécialistes.

3-2. Des locaux bien entretenus

Aucune des questions relatives à l'état des locaux n'a laissé entrevoir le moindre problème dans ce domaine. Les résultats ne sont pas significativement différents selon que le patient se soit adressé à un spécialiste ou à un généraliste.

Tableau n° 22

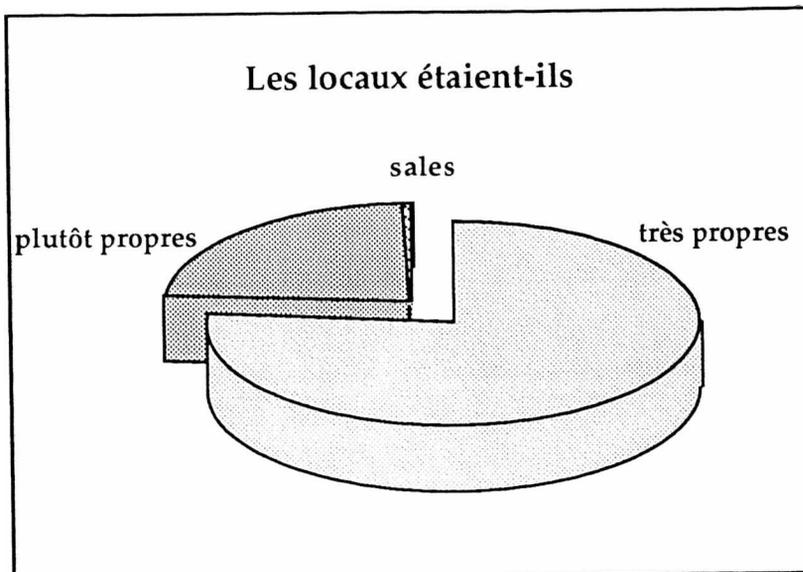
PROPRETÉ DE LA SALLE D'ATTENTE ET DU CABINET DU MÉDECIN

Les locaux (salle d'attente et cabinet du médecin) étaient -ils :	Effectifs	%
très propres	499	76,2
plutôt propres	147	22,4
plutôt sales	2	0,3
très sales	1	0,1
Total	656	100

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Les trois quarts des personnes interrogées ont trouvé le cabinet médical très propre, la quasi totalité l'a au moins considéré comme assez propre, seulement 3 personnes émettent des doutes.

Graphique n° 22



Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Si l'on s'intéresse ensuite à des critères de qualité moins fondamentaux mais qui ont leur importance comme le confort de la salle d'attente, on constate que le jugement, s'il est généralement bon, n'est pas aussi unanime que celui sur la propreté des locaux, puisque près de 10% des patients considèrent que la salle d'attente était peu confortable.

Tableau n° 23

CONFORT DE LA SALLE D'ATTENTE

La salle d'attente était-elle :	Effectifs	%
Très confortable	188	28,3
Assez confortable	387	61,8
Peu confortable	62	10,2
Pas confortable du tout	4	0,7
Total	641	100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

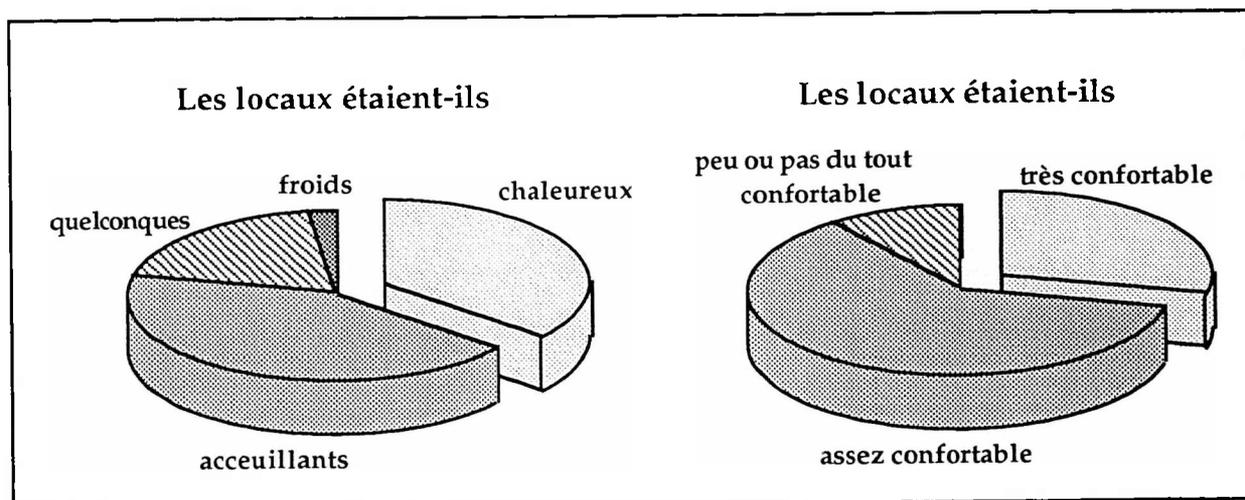
Tableau n° 24
ATMOSPHÈRE DES LOCAUX

Les locaux étaient-ils	Effectifs	%
Chaleureux	231	35,3%
Accueillants	276	42%
Quelconques	120	18,3%
Froids	13	2,1%
Total	650	100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

20% des personnes interrogées qualifient les locaux de quelconques, voir même froids.

Graphique n° 23



Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Pour parfaire la qualité de leur accueil, les médecins peuvent donc améliorer leurs locaux, non pas par rapport à des critères médicaux (équipement,

propreté), mais plutôt par rapport à la convivialité (confort, décoration, présence de revues,...).

3-3. Peu de secrétaires accueillent les patients à leur arrivée au cabinet

A l'arrivée du patient au cabinet médical, trois options différentes sont envisageables. Le patient entre et s'installe seul dans la salle d'attente. Le médecin accueille lui-même son patient et l'installe dans la salle d'attente. Enfin, dans la troisième solution qui présente le plus de confort pour les patients et pour le médecin, on constate la présence d'une secrétaire, voire d'une infirmière, qui s'occupe de la gestion des rendez-vous, de la réception des patients et même du paiement de la consultation. Cette secrétaire peut être éventuellement partagée par plusieurs médecins s'il s'agit d'un cabinet de groupe. Il arrive qu'un même médecin dispose, la plupart du temps, d'une secrétaire médicale, mais doit épisodiquement assurer l'intérim du secrétariat, le samedi en particulier.

Tableau n° 25
ACCUEIL À L'ARRIVÉE AU CABINET MÉDICAL

Par qui avez-vous été accueilli à votre arrivée au cabinet ?	Généraliste	Spécialiste
Par une secrétaire ou une infirmière	152 29,9%	93 62,4%
Par le médecin lui-même	159 31,3%	29 19%
Par personne	190 37,4%	24 16%
Total	507 100%	149 100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

L'existence d'une secrétaire est beaucoup plus développée parmi les spécialistes (deux fois plus d'accueil).

3-4. Un dixième des patients se considère trop loin de son médecin traitant

Près de 12% des personnes interrogées ont tendance à se considérer loin du cabinet médical de leur médecin. Les personnes domiciliées dans une commune rurale sont même plus nombreuses à faire cette critique (17%). En revanche, dans les agglomérations moyennes (100 à 200 000 habitants), cette opinion n'est le fait que de 5 % des personnes interrogées.

Tableau n° 26
PROXIMITÉ DU CABINET DU MÉDECIN

Géographiquement comment considérez-vous le cabinet de votre médecin ?	Effectifs	%
Beaucoup trop loin	9	1,2%
Un peu trop loin	83	10,7%
Suffisamment proche	678	87,4%
Total	776	100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Dans l'absolu, ce chiffre de 12% est plutôt préoccupant, mais en fait, le trop grand éloignement du médecin généraliste est compensé par le recours à la visite à domicile : 18% (au lieu de 7%) des personnes se considérant trop loin du cabinet de leur médecin traitant pensent qu'elles recourraient à la visite à domicile même si elles étaient en mesure de se déplacer.

L'éloignement du médecin, même s'il complique les relations avec le médecin, ne constitue donc pas un critère de sélection. D'ailleurs, lorsque l'on interroge les patients sur l'importance de ce critère, près de 25% le considèrent peu ou pas important du tout .

Tableau n° 27
IMPORTANCE DE LA PROXIMITÉ DU MÉDECIN TRAITANT

Que le médecin soit suffisamment proche de chez vous, est-ce un critère :	Effectifs	%
Très important	311	37,7%
Assez important	311	37,7%
Peu important	161	19,5%
Pas important du tout	42	5%
Total	825	100%

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Au terme de l'exploitation des deux questions ouvertes et de l'ensemble des questions fermées portant sur les conditions matérielles de la consultation, deux principaux résultats apparaissent.

Tout d'abord, il est certain que les conditions matérielles du déroulement de la consultation ne sont en aucune manière sources de critiques sur la qualité de la relation médecin-malade. Certes, des locaux pourraient sans doute être plus accueillants, des patients pourraient être plus proches de leurs médecins, mais nous sommes très éloignés des discours sur la nécessaire humanisation de certains secteurs de l'appareil de santé. Sans prendre comme référence les unités de longs séjours de certains hôpitaux, ils est probable que les mêmes questions posées à des utilisatrices des consultations municipales de PMI aboutiraient à présenter des résultats sensiblement différents.

Le second résultat tient au décalage qui apparaît dans les réponses aux deux questions ouvertes. A la question "*Pourquoi retourneriez-vous consulter ce médecin en particulier ?*", les personnes interrogées fournissent une réponse majoritairement en termes de qualité de relations et d'échanges humains. En revanche, lorsqu'il leur est demandé de fournir une représentation plus abstraite de la qualité, en répondant à la question "*Pour vous, qu'est ce qu'un bon médecin ?*", les patients interrogés privilégient la dimension professionnelle, voire technique, du médecin. Ces deux types de réponse ne s'opposent pas mais

elles font probablement référence à deux dimensions d'une représentation du médecin. L'image du médecin associé à la maladie grave, à la mort, telle qu'elle apparaît, par exemple, dans le discours des psychanalystes appartient indubitablement à la représentation du médecin. Face à cette éventualité, le patient pense le médecin sur le modèle d'un agent protecteur. Sa qualité réside alors dans sa compétence, c'est à dire dans sa capacité à diagnostiquer le mal et à le traiter avec les moyens scientifiques dont il dispose. Si l'on peut admettre avec les psychanalystes que cette dimension est toujours présente dans la relation médecin-malade, le quotidien de cette relation ne s'opère pas dans un registre aussi dramatique mais plutôt dans une transaction à faible valeur informative ajoutée. Le médecin confirme un état de santé, donne une ordonnance et éventuellement la date d'un prochain rendez-vous. Dans le cadre de cette relation peu technique, les facteurs interpersonnels constituent un enjeu dominant. Un bon accord humain permet au patient de maximiser les avantages de la consultation en termes de remplissage d'ordonnance, de jours d'arrêts pour maladie ou tout simplement en terme de convivialité du moment passé au cours de la consultation. Le médecin de son côté s'assure de la fidélité de son client et de sa sympathie. Qualité professionnelle et qualité relationnelle sont deux demandes des patients mais ces derniers ne les exigent pas dans le même temps.

QUATRIÈME CHAPITRE

VERS UN INDICATEUR GLOBAL DE QUALITÉ

En demandant au CREDOC de réaliser cette étude, outre le fait de pouvoir analyser la perception de la qualité de la consultation par les patients, l'Institut National de la Consommation souhaitait faire avancer la réflexion sur la construction des référentiels de qualité dans le domaine des services. Dans le prolongement des travaux engagés par le CREDOC en matière de consommation alimentaire, nous avons proposé d'aborder la qualité sous l'angle de la recherche de critères de qualité mais également sous l'angle des représentations. Ce dernier chapitre présente cet indicateur. Après une explicitation des logiques de construction et des modalités de mise en oeuvre, cet indicateur a été utilisé pour analyser les différences dans les critères de satisfaction des patients.

1 - LOGIQUES ET MODALITES DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR

Si l'indicateur construit à partir des résultats de l'enquête auprès des patients est adapté au cas particulier de l'évaluation de la qualité de la consultation chez un médecin libéral, les méthodes développées pour sa construction devraient permettre d'estimer la qualité de n'importe quel type de service : autres domaines médicaux, mais aussi services d'assurances, voire, réparations automobiles, etc...

Dans ce type d'enquête, des questions de synthèses telles que "*Etes-vous globalement satisfait de votre consultation ?*" permettent de classer les personnes interrogées selon différents états : celles qui se considèrent entièrement satisfaites, celles qui s'estiment assez satisfaites, celles qui sont plutôt mécontentes et enfin celles qui ne sont pas contentes du tout de leur dernière consultation. Cette question fournit déjà des éléments intéressants. Néanmoins, elle présente quelques défauts. Elle ne permet d'isoler que quatre groupes au sein de la population. De plus, deux classes contiennent la plupart des individus (celles comprenant les personnes très satisfaites et assez satisfaites de leur consultation), les deux autres étant quasi inexistantes. La partition n'est donc pas très efficace... Il est plus intéressant de pouvoir classer la population plus finement, voire même de construire une échelle permettant de graduer la satisfaction des patients.

De plus, une telle question possède l'inconvénient de laisser une part considérable à la subjectivité du patient. Une consultation identique peut laisser une impression plus ou moins bonne à deux patients différents. Si certains éléments de la consultation comme la sympathie du médecin, sa tendance à inciter les gens à se confier ou même sa faculté d'écoute peuvent être perçus différemment, de nombreux éléments purement factuels ne dépendent pas directement des deux interlocuteurs : le délai d'attente, l'existence ou non d'un dossier médical, le fait que le médecin explique clairement l'intérêt du traitement qu'il prescrit,... En répondant à une question comme '*êtes-vous globalement satisfait de votre consultation ?*', les personnes enquêtées risquent de délaissier toutes ces questions factuelles pour ne fonder leur réponse que sur l'impression plus générale laissée par la consultation. La construction d'un indicateur global intégrant un recueil de faits mais également d'opinion nous semble de nature à limiter les inconvénients mentionnés plus haut.

Le questionnaire décrit chaque consultation du début à la fin, voire même s'intéresse à l'avant et à l'après-consultation. Quelques questions dépendent effectivement de l'avis du patient interrogé (l'état des locaux, la sympathie du médecin,...), mais la plupart constituent une liste des étapes qui devraient être normalement franchies durant la consultation. On a pu isoler 29 questions qui permettent d'analyser le déroulement de la consultation. Ces questions touchent aux modalités pratiques de la consultation (prise de rendez-vous, attente, état des locaux), à l'existence ou à la constitution d'un dossier médical, à l'auscultation, au diagnostic, à la prescription d'un traitement et à l'impression globale laissée par le médecin au patient.

Les items de chaque question sont affectés d'un poids, selon qu'ils sont le signe ou non du bon déroulement de la consultation. Pour toutes les questions, l'item le plus favorable est affecté d'un poids 0 et le moins bon d'un poids 4. Les items intermédiaires sont affectés de poids compris entre ces deux valeurs. Par exemple, le fait d'avoir attendu plus d'une demi-heure avant d'entrer dans le cabinet du médecin est affecté d'un poids 4, alors qu'être reçu tout de suite est affecté d'un poids 0. Etre resté moins de 5 minutes dans la salle d'attente est affecté d'un poids 1, et ainsi de suite,....

Une première méthode pour construire un indicateur qui résume l'ensemble de la consultation est de faire la somme, pour les 29 questions, des coefficients des items choisis par la personne interrogée. On obtient ainsi, pour chaque individu, une nouvelle variable qui synthétise le déroulement de la consultation. Une valeur faible est le signe d'une consultation sans problème alors qu'une valeur élevée indique que la visite ne s'est pas bien déroulée.

Toutefois, la somme sur l'ensemble des questions n'est pas une méthode entièrement satisfaisante. En effet, on accorde alors la même importance au fait que le patient ait attendu une demi-heure avant de rentrer dans le cabinet du médecin et que le médecin n'ait pas pris la peine de constituer une fiche ou un dossier médical. Dans le premier cas, il s'agit d'une contrainte d'ordre pratique, dans le deuxième cas, la compétence du médecin est directement en cause. Il est donc préférable d'accorder un poids différent à chaque question avant de faire la somme sur l'ensemble des 29 questions. Se pose alors la question du choix des critères de pondération. Pour mettre au point ce classement, nous avons choisi de considérer directement la hiérarchie établie par les patients eux-mêmes. Cela était possible grâce au matériel très riche que constituent les réponses aux questions ouvertes.

En étudiant la fréquence d'apparition des mots, des couples de mots et des segments répétés (expressions contenant au moins trois mots)¹ dans les réponses, il est possible d'isoler une série de critères précis qui entrent en jeu dans la conception d'un bon médecin par les patients. Nous avons considéré que l'importance d'un critère était proportionnel à sa fréquence d'apparition dans les réponses.

Chaque critère a donc été affecté d'un poids égal au rapport du nombre de ses propres apparitions dans le texte sur l'ensemble des apparitions des thèmes recueillis. Pour que ce soit plus lisible, les poids ont été rapportés à un indice base 100. Les critères sont recensés selon leur ordre d'importance dans le tableau suivant.

¹ Le logiciel d'analyse lexical des données utilisé fournit la liste des mots, des couples de mots et même des segments répétés ainsi que leur fréquence d'apparition sur l'ensemble des réponses

Tableau n° 28

LISTE DES PONDÉRATIONS UTILISÉES POUR CONSTRUIRE L'INDICATEUR DE QUALITÉ

Critère	Poids	Indice
<i>Un médecin à l'écoute</i>	3	100
<i>Un diagnostic fiable</i>	1,5	50
<i>Un diagnostic ou une guérison rapide</i>	1,1	37
<i>Un médecin avec qui on peut parler</i>	1	34
<i>Un médecin qui prend le temps</i>	0,8	27
<i>Un médecin qui envoie faire des examens complémentaires s'il le juge nécessaire</i>	0,8	27
<i>Un médecin qui connaît son patient</i>	0,6	20
<i>Un médecin qui explique</i>	0,6	20
<i>Un médecin qui ne donne pas trop de médicaments</i>	0,6	20
<i>Un médecin avenant</i>	0,6	20
<i>Un médecin qui donne un traitement efficace</i>	0,6	20
<i>Un médecin disponible</i>	0,3	10

Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Chaque question intervenant dans la construction de l'indicateur a ensuite été pondérée en fonction du thème qu'elle abordait. Si elle traitait d'un thème qui n'apparaît pas dans cette liste, elle a été affectée d'un poids faible (0,3).

Les différents critères qui entrent en compte dans la construction de cet indicateur, ainsi que le poids affecté à chaque thème choisi en fonction du tableau précédant sont présentés ci-dessous. Tout au long de la liste, un exemple est détaillé afin de permettre une meilleure compréhension de l'élaboration de l'indicateur.

Attente avant le rendez-vous (poids : 0,3)

Le patient a eu recours à la visite à domicile ou la consultation au cabinet médical était sans rendez-vous	0
<i>Non</i>	0
<i>Oui, attente de moins de 5 minutes</i>	1
<i>Oui, attente de 5 à 14 minutes</i>	2
<i>Oui, attente de 15 à 30 minutes</i>	3
<i>Oui, attente de plus de 30 minutes</i>	4
<i>Oui, ne sait pas combien de temps il a attendu</i>	2 ¹

Exemple : X est un homme de 50 ans. Il est allé consulté son généraliste parce que quelque chose n'allait pas. Il a pris rendez-vous, et a attendu entre 5 et 15 minutes. Pour ce thème, son indicateur, noté I, vaut donc $0+0,3*2$, soit 0,6.

Accueil à l'arrivée au cabinet du médecin (poids : 0,3)

le patient a eu recours à la visite à domicile	0
<i>Par une secrétaire ou une infirmière</i>	0
<i>Par le médecin lui même</i>	2
<i>Par personne</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'a été accueilli par personne à son arrivée au cabinet. I vaut $0,6+0,3*4$, soit 1,8.

¹ en cas de réponse "ne sais pas" un score moyen a été retenu

Confort de la salle d'attente (poids : 0,3)

Le patient a eu recours à la visite à domicile	0
<i>très confortable</i>	0
<i>assez confortable</i>	1
<i>peu confortable</i>	2
<i>pas confortable du tout</i>	4
<i>ne sait pas</i>	2

Exemple : X a trouvé la salle d'attente très confortable. I reste à 1,8.

Convivialité des locaux (poids : 0,3)

Le patient a eu recours à la visite à domicile	0
<i>Chaleureux</i>	0
<i>Accueillants</i>	1
<i>Quelconques</i>	2
<i>Froids</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X a estimé que les locaux étaient accueillants. I vaut $1,8+0,3*1$, soit 2,1.

Propreté des locaux (poids : 0,3)

Le patient a eu recours à la visite à domicile	0
<i>Très propres</i>	0
<i>Plutôt propres</i>	1
<i>Plutôt sales</i>	2
<i>Très sales</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X a été reçu dans des locaux qu'il a qualifié de très propres. I reste à 2,1.

Prix de la consultation connu à l'avance (poids : 0,3)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X connaissait le montant des honoraires de son médecin. I reste à 2,1.

Le médecin a appliqué le tarif de la sécurité sociale ou l'a dépassé (poids : 0,3)

<i>Appliqué</i>	0
<i>Dépassé</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X pense que son médecin a appliqué le tarif de la sécurité sociale. I reste à 2,1.

Le dossier médical (poids : 0,6)

<i>Existence d'un dossier ou d'une fiche au préalable</i>	0
<i>Pas de dossier mais il a posé des questions sur mes antécédents</i>	0
<i>Pas de dossier et il n'a pas posé de questions</i>	4
<i>Pas de dossier et ne sait pas s'il a posé des questions</i>	2

Exemple : Le médecin de X possédait une fiche constituée lors des consultations précédentes. I reste à 2,1.

Médecin demande des précisions sur la raison de la visite (poids : 0,6)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin de X ne lui a pas posé de questions après qu'il ait développé les raisons de sa visite. I vaut $2,1+0,6*4$, soit 4,5.

Questions nombreuses (poids : 0,3)

<i>Pas de questions sur la raison de la visite</i>	0
<i>Questions nombreuses</i>	0
<i>Questions pas nombreuses</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'est pas concerné puisque le médecin ne lui a pas posé de questions. I reste à 4,5.

Questions claires (poids : 0,3)

Pas de questions sur la raison de la visite	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'est pas concerné. I reste à 4,5.

Le patient ose parler de tous les sujets qui le préoccupent (poids : 0,9)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'a pas osé parler de tout. I vaut $4,5+0,9*4$, soit 8,1.

Examen (poids : 0,8)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin de X l'a examiné. I reste à 8,1.

Les examens complémentaires (poids : 0,8)

Le médecin n'a pas prescrit d'examens complémentaires	0
<i>Le médecin a expliqué pourquoi il prescrivait des examens</i>	0
<i>Le médecin n'a pas expliqué pourquoi</i>	4
<i>Ne sait pas s'il a expliqué</i>	2

Exemple : Le médecin de X lui a prescrit des examens complémentaires mais il ne sait pas s'il en a clairement expliqué l'intérêt. I vaut $8,1+0,8*2$, soit 9,7.

Explications du diagnostic (poids : 0,6)

Pas de diagnostic	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X considère que le médecin n'a rien trouvé de nouveau. I reste à 9,7.

Vous a-t-il expliqué les conséquences ou les évolutions possibles (poids : 0,6)

Pas de diagnostic	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'est pas concerné. I reste à 9,7.

Informations en nombre suffisant (poids : 1,1)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'est pas concerné. I reste à 9,7.

Nombre de médicaments prescrits(poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Pas assez</i>	1
<i>Suffisamment</i>	0
<i>Un peu trop</i>	2
<i>Beaucoup trop</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X a jugé que l'ordonnance était suffisamment longue. I reste à 9,7.

Précisions sur les horaires des prises (poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin de X lui a dit quand il devait prendre ses médicaments. I reste à 9,7.

Précisions sur les quantités à prendre (poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin de X lui a dit en quelle quantité les prendre. I reste à 9,7.

Précisions sur les éventuels effets secondaires (poids : 0,6)

Pas de traitements à prendre	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin n'a rien dit sur les effets secondaires. I vaut $9,7+0,6*4$, soit 12,1.

Autres conseils concernant ces médicaments (poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X n'a pas eu d'autres conseils. I vaut $12,1+0,6*4$, soit 14,5.

Lecture de l'ordonnance à haute voix (poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin de X a lu l'ordonnance. I reste à 14,5

Ordonnance bien comprise (poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X a déclaré qu'il avait bien compris l'ordonnance. I reste à 14,5.

Ordonnance lisible (poids : 0,6)

Pas de prescription de traitement	0
<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : L'ordonnance de X était lisible. I reste à 14,5.

Conseils afin d'adopter un comportement particulier (poids : 0,6)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : Le médecin de X lui a donné des conseils d'ordre alimentaire. I reste à 14,5.

Attitude du médecin (poids : 0,6)

<i>Très sympathique</i>	0
<i>Plutôt sympathique</i>	1
<i>Plutôt distant</i>	2
<i>Très distant</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	0

Exemple : X a trouvé son médecin plutôt sympathique. I vaut $14,5+0,6*1$, soit 15,1.

Avez-vous trouvé la durée de la visite trop courte (poids : 3)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Ne sait pas</i>	2

Exemple : X a estimé la visite suffisamment longue. I reste 15,1.

Avez-vous constaté rapidement une amélioration de votre état (poids : 1,1)

<i>Oui</i>	0
<i>Non</i>	4
<i>Visite trop récente</i>	0
<i>Ne sait pas</i>	2

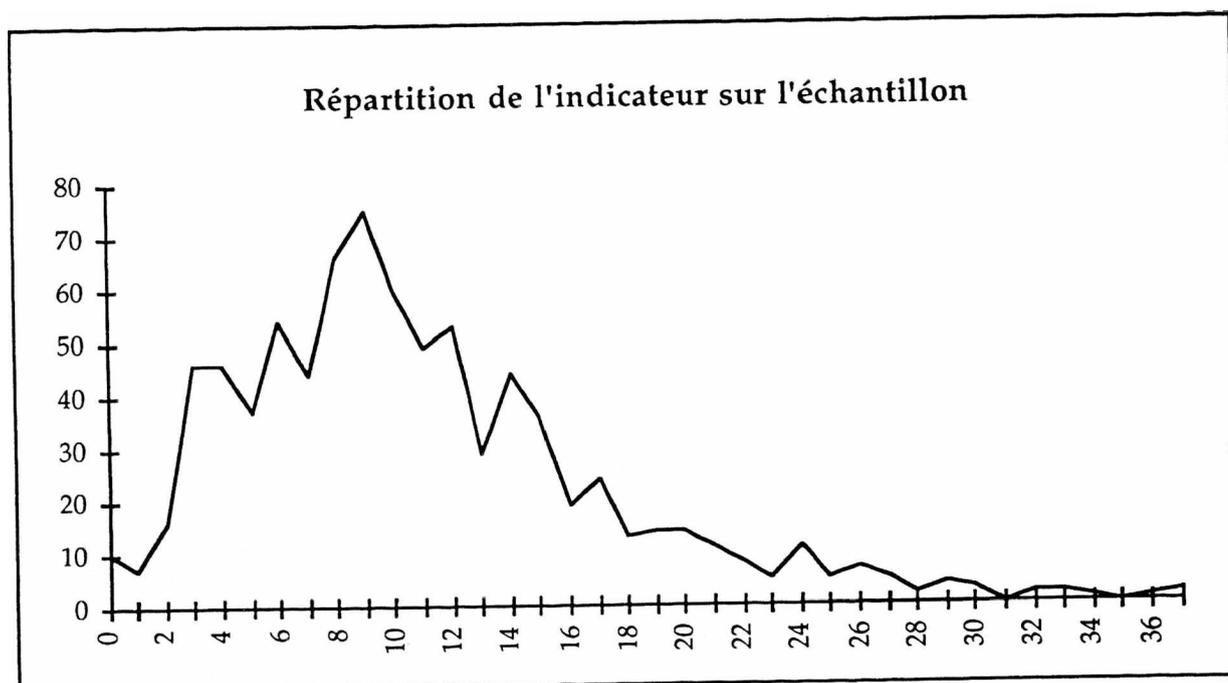
Exemple : La visite de X est trop récente pour qu'il puisse se prononcer. I reste à 15,1, qui est la valeur finale de l'indicateur pour X.

En théorie, cet indicateur peut varier entre 0 (meilleur score correspondant à une consultation qui se déroule le mieux possible) et 75 (score le moins bon correspondant à une consultation qui s'est très mal passée).

En fait, le maximum effectivement atteint sur cet échantillon n'est que de 37,4, soit exactement la moitié du maximum théorique. La moyenne sur l'ensemble de l'échantillon est de 11,15. Ceci confirme les résultats des exploitations présentées dans les précédents chapitres : aucune consultation ne s'est particulièrement mal déroulée et l'ensemble des consultations s'est plutôt bien passée.

La répartition de l'indicateur sur l'ensemble de l'échantillon figure dans le tableau suivant. En abscisse sont représentées les valeurs prises par l'indicateur et en ordonnée le nombre de personnes pour lesquelles l'indicateur prend cette valeur.

Graphique n° 24



Source : Enquête CREDOC / INC - décembre 1993

La quasi-totalité des personnes interrogées figure entre 0 et 20, le pic de la courbe se situant entre 8 et 11.

L'indicateur qui vient d'être construit présente de nombreuses possibilités d'utilisation. En effet, il permet de quantifier une notion purement qualitative qu'est la relation entre un médecin et son patient et rend possible les traitements statistiques envisageables sur une variable quantitative.

On peut, par exemple, quantifier la satisfaction des patients à l'issue de leur consultation et donner des seuils de passage d'un état de satisfaction à un autre, de l'état très satisfait à celui d'assez satisfait.

Pour cela, l'indicateur construit a été discrétisé, c'est à dire que l'on a créé une nouvelle variable, possédant un nombre limité de modalités -pour l'instant,

l'indicateur construit est à valeur dans l'ensemble des réels, c'est à dire qu'il peut éventuellement valoir un nombre à virgule comme 3,4- en regroupant les individus ayant des valeurs d'indicateurs proches. Une répartition de 10 classes d'effectif homogène a été choisie. Cette nouvelle variable a été croisée avec les résultats de la question : "*Etes-vous globalement satisfait de votre consultation ?*".

A partir de ce tableau, des seuils approximatifs de passage d'un état à un autre peuvent être construits. On peut alors lire la valeur de l'indicateur pour laquelle la proportion de personnes très satisfaites devient inférieure à la moyenne de l'ensemble de l'échantillon -cette valeur représente la borne supérieure de l'intervalle contenant les très satisfaites et la borne inférieure de l'intervalle des assez satisfaites-, puis celle où la proportion de personnes assez satisfaites devient inférieure, et ainsi de suite jusqu'à avoir recensé tous les états possibles. Dans la mesure où le nombre de personnes se déclarant peu satisfaites ou pas satisfaites du tout est très faible, il est difficile d'établir un seuil de passage entre ces deux états.

Tableau n° 29

SEUILS DE PASSAGE D'UN ÉTAT DE SATISFACTION À UN AUTRE

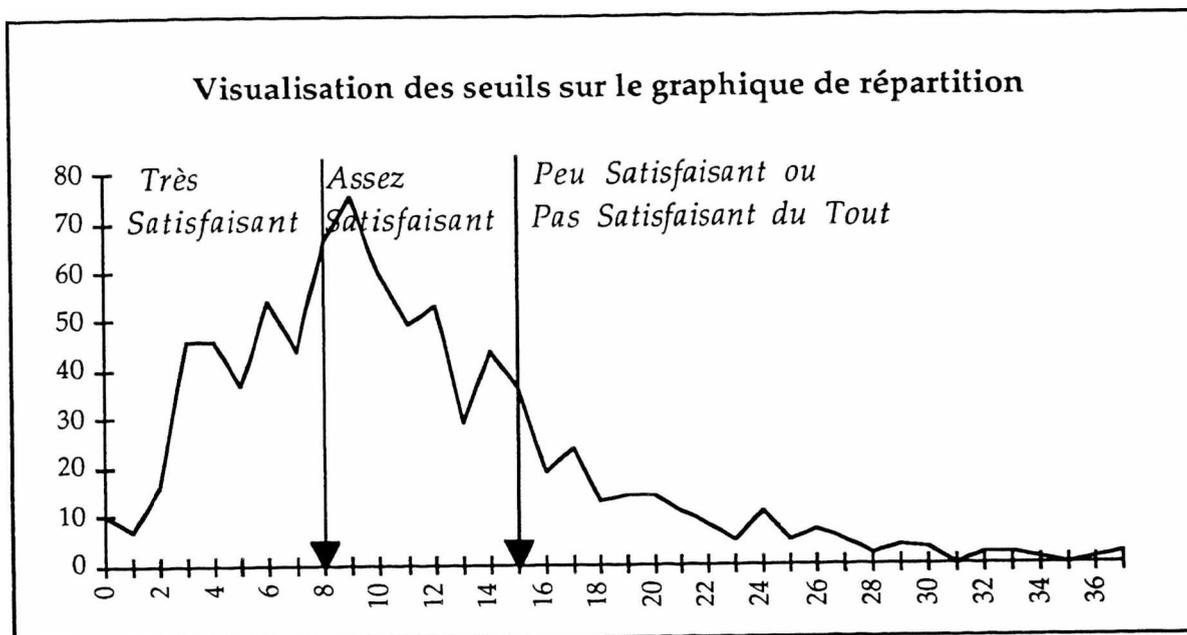
Patients s'étant estimé	Valeur minimale de l'indicateur	Valeur maximale de l'indicateur
Très satisfait	0	8
Assez satisfait	9	15
Peu satisfait ou pas satisfait du tout	16	

Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Il faut bien insister sur le fait que ces seuils ne signifient pas que toutes les personnes s'estimant très satisfaites ont des indicateurs compris entre 0 et 8, mais que la plupart se trouvent dans cette fourchette.

On peut visualiser cette partition en juxtaposant les seuils de passage sur le graphique de la répartition de l'indicateur sur l'échantillon.

Graphique n° 25



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

2 - LES RAISONS QUI DÉTERMINENT LA SATISFACTION DES PATIENTS

De part sa conception même, l'indicateur regroupe l'ensemble des phases de la consultation. On peut s'interroger sur l'incidence sur la qualité perçue de la totalité de la consultation que peut avoir une insatisfaction sur l'une de ses phases de la consultation, de la même manière, on peut se demander si l'insatisfaction porte toujours sur la même phase de la consultation.

Pour pouvoir répondre à ce questions, l'indicateur a été morcelé. Cinq indicateurs différents ont été construits à partir de l'indicateur global, mais ne reprenant qu'un sous-ensemble des 29 questions le constituant en respectant les pondérations. La somme de ces cinq indicateurs partiels est égale à l'indicateur global. Chacun de ces indicateurs partiels recouvre une des phases de la consultation, telles qu'elles ont été décrites précédemment.

* le premier indicateur appelé "avant" est relatif à tout ce qui a lieu avant la consultation en elle-même. Il varie entre 0 et 5 sur l'échantillon.

* le deuxième appelé "question" concerne la phase d'anamnèse. Il varie entre 0 et 13.

* le troisième concerne le diagnostic. Il varie entre 0 et 5.

* le quatrième dénommé "traitement" concerne la prescription d'un traitement. Il varie de 0 à 17.

* le dernier dénommé "impression" est relatif au climat global de la consultation. Il varie entre 0 et 17.

Ces indicateurs ont été discrétisés en classes d'effectifs homogènes. Ils ont tous été numérotés de la classe ayant l'indicateur le plus bas, donc le meilleur à la classe ayant l'indicateur le plus élevé, dont le moins bon.

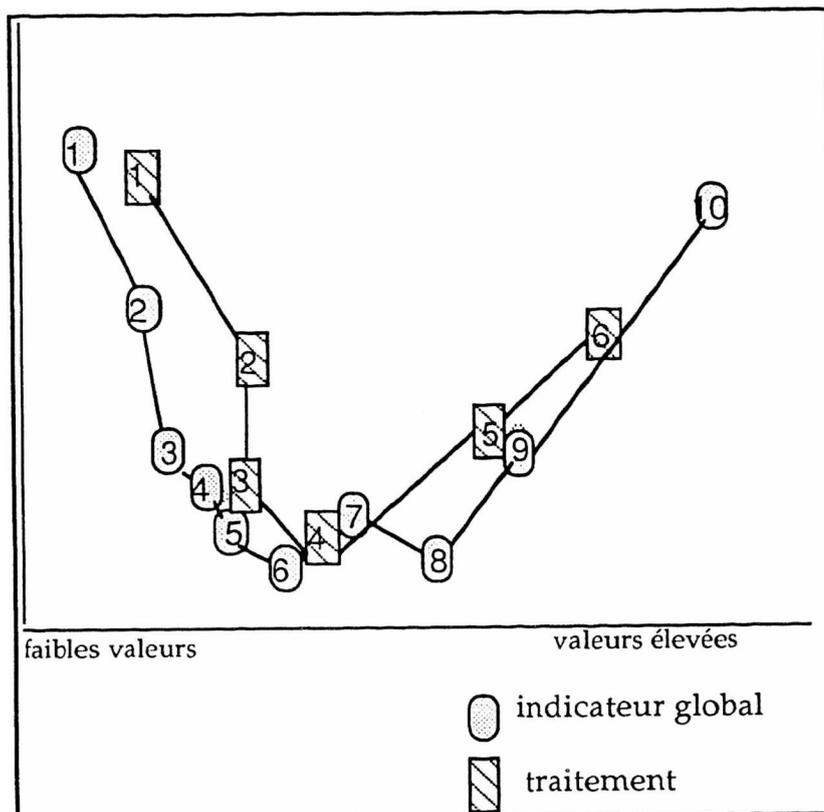
Toutes ces modalités (les classes des cinq indicateurs partiels et de l'indicateur global) ont fait l'objet d'une analyse des correspondances multiples. Elles ont été projetées sur le plan formé par les deux premiers axes.

Le premier axe oppose les bons indicateurs (à droite de l'axe) aux mauvais (à gauche). Le deuxième axe oppose les indicateurs extrêmes, les très bons et les très élevés, en haut de l'axe, aux valeurs moyennes, en bas de l'axe.

Pour que la lecture du graphique soit plus facile, chaque indicateur partiel a été représenté avec l'indicateur global sur un schéma à part. Les trajectoires de chaque indicateur (des valeurs les plus faibles au plus élevées) ont aussi été visualisées.

Les trois indicateurs principaux (question, traitement et impression) varient conjointement avec l'indicateur global. Néanmoins, il est possible de caractériser les variations de l'indicateur global en fonction de ces différents indicateurs.

Graphique n° 26
VARIATIONS COMPARÉES DE L'INDICATEUR GLOBAL ET DE CELUI RELATIF À LA
PRESCRIPTION D'UN TRAITEMENT



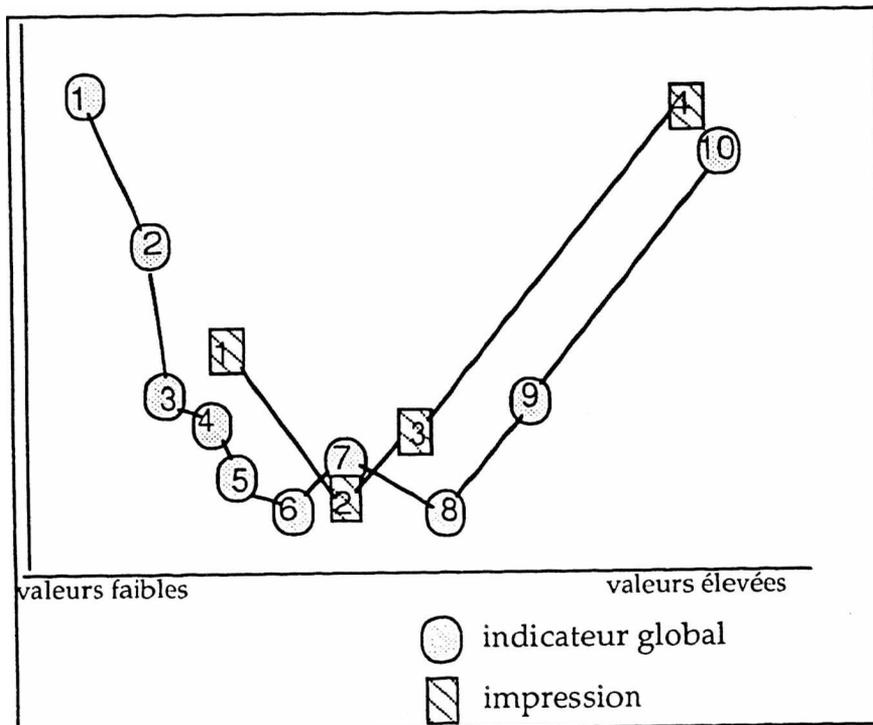
Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Guide de lecture : Chaque indicateur est symbolisé par un signe (un ovale pour l'indicateur global qui sert de référence sur chaque graphique, un rectangle pour l'indicateur partiel auquel on s'intéresse plus particulièrement). Les indicateurs ont été discrétisés en un nombre variable de classes. A l'intérieur de chaque sigle figure le numéro de la classe associée (les petits numéros correspondent à des valeurs d'indicateurs faibles, au contraire les numéros élevés correspondent à de bons indicateurs). Pour un même indicateur, les différents sigles ont été reliés en suivant la numérotation : ces deux courbes symbolisent l'évolution de la satisfaction soit de l'ensemble de la consultation, soit d'une phase en particulier. On peut considérer que deux points de deux trajectoires distinctes proches l'un de l'autre ont beaucoup d'individus en commun (par exemple, parmi les personnes ayant un très bon indicateur global (faisant partie de la classe 1), la plupart ont aussi un indicateur relatif au traitement très faible et vice et versa.

La trajectoire de l'indicateur relatif à la phase de traitement suit particulièrement bien le début de la courbe de l'indicateur global : les valeurs très basses de l'indicateur (les personnes pour qui l'ensemble de la consultation s'est particulièrement bien déroulé) s'expliquent donc surtout par une très bonne perception de la phase de traitement. Ils sont satisfaits du traitement en lui-même, et le médecin leur a donné des informations sur l'intérêt du traitement et sur la prise des médicaments.

Graphique n° 27

VARIATIONS COMPARÉES DE L'INDICATEUR GLOBAL ET DE CELUI RELATIF
AU CLIMAT DE LA CONSULTATION



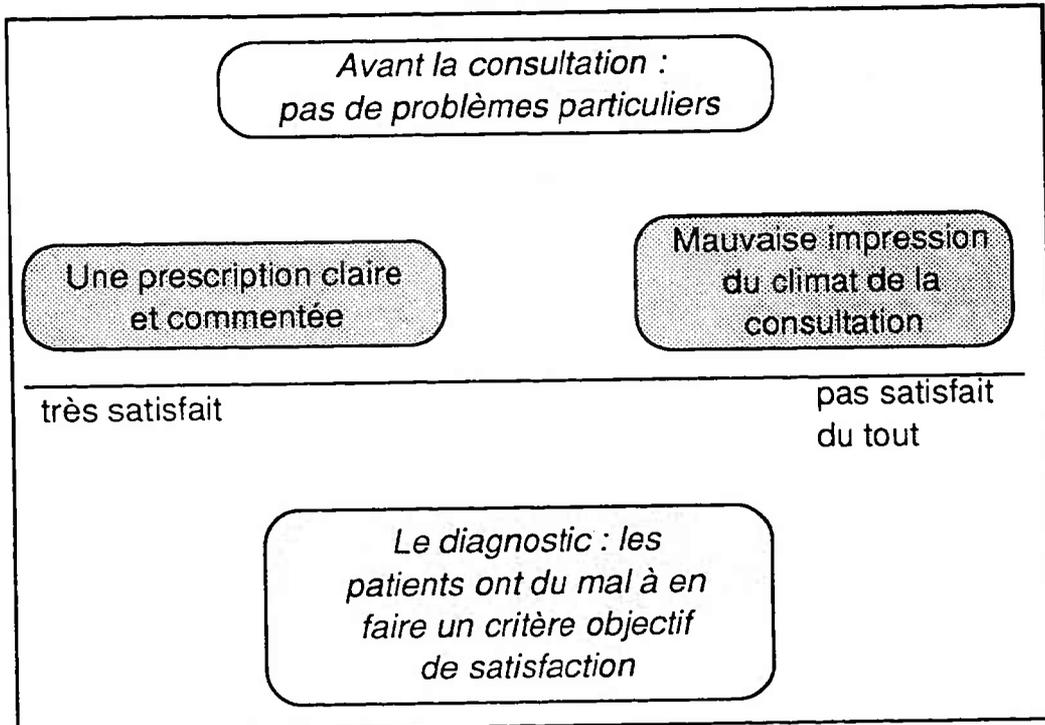
Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

La trajectoire de l'indicateur relatif au climat global de la consultation suit particulièrement bien la deuxième partie de la courbe de l'indicateur global : les valeurs très élevées de l'indicateur (personnes pour qui la consultation s'est assez mal déroulée) sont essentiellement dues à une mauvaise perception de l'atmosphère générale de la consultation.

L'interprétation de cette analyse des correspondances multiples peut être résumée sur un seul graphique :

Graphique n° 29

LES RAISONS DE LA SATISFACTION OU DE L'INSATISFACTION



Source : enquête CREDOC / INC - décembre 1993

Le mauvais climat relationnel au cours de la consultation génère une insatisfaction des patients, en revanche, une prescription claire et commentée, et probablement conforme aux attentes du patient produit chez celui-ci une élévation de sa satisfaction. Deux critères n'ont aucune incidence : l'environnement matériel de la consultation et la formulation du diagnostic. Le premier critère n'est pas important parce qu'il ne pose pas de problème aux patients, l'absence d'importance du second est probablement lié à la perception qu'ont les patients de ne pouvoir peser sur son élaboration.

CONCLUSION

Le fait le plus marquant de cette enquête réalisée auprès de patients ayant consulté récemment un médecin de ville, généraliste ou spécialiste, réside, sans aucun doute, dans le caractère aussi massif de la satisfaction exprimée par ces patients à l'égard de leur médecin. 96% des personnes interrogées se sont déclarés satisfaites de leur dernière consultation. Lorsqu'un résultat est aussi massif, son pouvoir explicatif tend à s'éteindre, autrement dit, quel crédit peut-on accorder à un tel résultat ? Il ne s'agit pas ici de remettre en cause les méthodes d'échantillonnage utilisées ou la fiabilité statistique de l'enquête mais bien de s'interroger sur la signification d'un tel résultat. L'interrogation peut être d'une double nature. Scientifique, parce qu'il s'agit d'interpréter un phénomène social, mais aussi directement opératoire pour l'INC tant il semble difficile dans ce consensus de dégager la moindre place pour un comportement de consommateur.

On pourrait d'abord prendre ce résultat pour ce qu'il est et admettre qu'un modèle parfaitement établi et admis par tous, structure désormais, au moins en médecine de ville, les relations entre les médecins et leurs clients. Ce modèle est nettement distinct de ce que nous ont appris les historiens et les ethnologues des relations que peuvent, ou que pouvaient, entretenir les soignants et les soignés. Le modèle du médecin-guérisseur avec sa dimension quasi magique a été relégué dans d'autres groupes de thérapeutes qui usent de l'irrationnel. Les patients, tout au moins, ceux qui vont en consultation, savent désormais que les guérisons ne sont pas le fruit du destin mais d'une connaissance des mécanismes du corps humain. Le modèle du médecin d'avant la pénicilline, qui pouvait compatir aux douleurs de ses patients mais ne disposait que de peu de moyens pour calmer leurs douleurs, a aujourd'hui disparu. Enfin, le temps d'avant la Sécurité Sociale, lorsque le médecin cherchait à vivre en équilibrant une Médecine des Pauvres et une Médecine des Riches, est, lui aussi, révolu. Le transfert sur d'autres instances de la régulation financière des dépenses de santé a certainement modifié l'interaction entre le médecin et le malade au cours du déroulement de la consultation.

La qualité perçue par les patients et affirmée avec autant de force dans cette enquête ne serait donc que la traduction par les patients de leur satisfaction devant ce modèle de fonctionnement des rapports entre les médecins et les malades. Ce modèle aurait trois composantes. La première serait technico-professionnelle : les médecins disposent des outils et des savoirs leur permettant de faire face aux différentes pathologies. Ils ont appris, dans leur grande majorité, à communiquer avec leurs patients et les nouvelles générations de médecins ont intégré les apports de la psychologie du malade, ce serait la seconde composante

du modèle. Enfin, la croissance régulière du nombre de médecin au cours des vingt dernières années fait que la majorité des Français peuvent aujourd'hui accéder à un médecin dans de bonnes conditions. Technicité, communication et proximité seraient les trois facteurs explicatifs de la qualité de la pratique médicale.

Ce fort taux de satisfaction serait actuellement le gage d'un bon équilibre entre ce qui est offert par les médecins et ce qu'attendent les patients. Les résultats de l'enquête CREDOC confortent cette perspective sans doute plus massivement encore que ne le laissent supposer les travaux des années soixante-dix. La réflexion pourrait s'arrêter là : tout va pour le mieux et la mariée est particulièrement belle....

On pourrait aussi se dire que si les patients sont aussi satisfaits de leurs médecins, c'est parce que les médecins ont su, dans le cadre d'une véritable relation pédagogique collective, expliquer à leurs patients que l'on ne pouvait rien leur offrir de meilleur et qu'il fallait s'en satisfaire.

Ce discours de satisfaction n'est peut-être ainsi qu'une intériorisation d'un discours de domination. Le médecin jouerait un rôle particulier dans la société et les patients n'oseraient pas le remettre en cause. "Vous voyez pas que je lui dise ce que je pense et que je sois bien malade le jour où il est de permanence"¹ témoignait une patiente. L'unanimité constatée dans cette enquête relèverait alors d'une sorte d'anesthésie.

Les associations de consommateurs ne peuvent manquer d'être surprises par un tel plébiscite du système. Les plaintes qu'elles reçoivent régulièrement pouvaient laisser croire que le modèle avait quelques failles. Certes, leur position les conduit à ne recueillir que les plaintes des mécontents et à ne jamais percevoir les signes de satisfaction de tous les autres. Le phénomène est donc amplifié par rapport à la réalité. Les mécontents sont de deux sortes : ceux pour qui leur consultation ne s'est pas déroulée dans les normes, et ceux pour qui le modèle relationnel médecin-patient actuel ne correspond pas à leurs attentes. Mais ces mécontents sont rares et sont noyés dans la masse des personnes satisfaites, leur nombre ne permet pas d'envisager un glissement de la situation de patient à celle de consommateur.

Comme tout modèle, celui-ci peut évoluer. Certes les prémisses de tels changements n'apparaissent pas dans les résultats de cette enquête et il faut mobiliser d'autres informations pour tenter de les discerner. Trois sources de

¹ J.P. ESCANDE, les malades, Op.cité

transformation coexistent actuellement. La première tend à remettre en cause l'efficacité du modèle technique. L'étude, déjà citée, sur les accidents thérapeutiques et réalisée par le CREDOC rejoint de multiples autres travaux sur l'existence de défaillances ou d'insuffisances dans la chaîne diagnostic-traitement. Un accroissement du nombre des procès en responsabilité médicale pourrait modifier les représentations des patients à l'égard de leurs médecins et les inciter à adopter un comportement plus vigilant.

Par ailleurs, pour accroître son efficacité, le système médical doit poursuivre sa technicisation et se heurte au risque de dérapage des coûts. Ce dérapage financier qui met en péril le système de remboursement peut générer une évolution des attitudes à l'égard du corps médical.

Enfin, on constate que le modèle relationnel commence à s'effriter du fait des progrès de la technologie et du poids de l'organisationnel. Les instruments s'intercalent entre le médecin et son patient, entravant le dialogue et mettant fin à ce lien étroit qui les unit. L'apparition de l'informatique, pour gérer les ordonnances puis les dossiers médicaux risque de perturber les patients.

A côté de ces évolutions qui sont autant de sources de transformations potentielles du modèle actuel de relation entre les médecins et les malades, il faut certainement être très attentif à l'impact que devrait avoir l'apparition puis le développement du SIDA sur le modèle médical actuel. Rarement dans une pathologie, l'information du public et plus particulièrement des malades n'aura été aussi forte. Face à la nécessité d'enrayer la maladie, le dilemme de dire ou de ne pas dire la vérité au malade n'a plus lieu d'être. Il faut que les malades soient informés exactement de la gravité de leur maladie et des précautions à prendre. Cette tâche qui relève normalement du monde médical, a été aussi prise en charge par les médias. Enfin, avec le SIDA, nous entrons dans un cas de figure où les médecins se trouvent confrontés à un milieu associatif très fort, qui amène parfois le patient à disposer d'une plus grande autonomie et d'un libre arbitre plus fort. De GUIBERT à COLLARD, les témoignages récents de malades décrivent bien cette prise de distance à l'égard du monde médical, distance ambiguë lorsque s'approche le temps des derniers jours.

A N N E X E

TRIS A PLAT

Q6 Où l'avez-vous consulté ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.37
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Dans son cabinet	%V	640 77.7
Dans un cabinet de groupe	%V	60 7.3
A votre domicile	%V	124 15.0
Dans un hopital ou dans un dispensaire	%V	
Autres	%V	

Q8 Dans quel cas consultez-vous un médecin ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		2.27
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Régulièrement, même sans avoir de symptômes particuliers	%V	352 42.7
Dès qu'une douleur anormale ou la fièvre apparaît	%V	109 13.2
En cas de douleur ou de température persistant plus de 2 ou trois jours	%V	151 18.3
Seulement en cas de forte fièvre ou de douleur aigüe vraiment persistante	%V	212 25.8

Q11 En général, si vous pouvez vous déplacer, consultez-vous un médecin...		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.09
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
A son cabinet	%V	755 91.6
A votre domicile	%V	62 7.5
A l'hôpital ou dans un dispensaire	%V	8 0.9

Q13 En général, consultez-vous toujours le même médecin généraliste ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.06
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	776 94.1
Non	%V	49 5.9

Q14 Géographiquement, vous considérez-vous, beaucoup trop loin, un peu trop loin ou suffisamment proche du cabinet de votre médecin ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		2.88
Ensemble des répondants	%V	776 100.0
Beaucoup trop loin	%V	9 1.2
Un peu trop loin	%V	83 10.7
Suffisamment proche	%V	678 87.4
Ne sait pas	%V	6 0.7

Q15 Vous arrive-t-il de consulter un SPECIALISTE sans que cela vous ait été conseillé auparavant par un GENERALISTE ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.62
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Ouï	%V	317 38.4
Non	%V	508 61.6

Q17 En moyenne, en France, la différence de prix entre une consultation chez un spécialiste et une consultation chez un généraliste est de 90 francs. Cet écart vous semble-t-il justifié ou trop élevé ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.65
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Justifié	%V	391 47.4
Trop élevé	%V	332 40.2
Ne sait pas	%V	102 12.4

Q18 Si vous deviez être opéré, choisiriez-vous plutôt :		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.88
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Une clinique privée	%V	271 32.8
Un hôpital public	%V	383 46.5
Ne sait pas	%V	171 20.7

Q20 D'après vous, quand le médecin doit-il informer clairement son patient sur son état de santé ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.60
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
En toutes circonstances	%V	606 73.5
La plupart du temps, sauf en cas de problème grave	%V	56 6.8
Seulement en cas de problème grave	%V	102 12.4
Jamais	%V	8 1.0
Ne sait pas	%V	52 6.3

Q22 Quelle était la raison de CETTE DERNIERE CONSULTATION ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		2.90
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Une simple visite de contrôle	%V	273 33.1
Le suivi d'un traitement en cours	%V	339 41.1
Quelque chose qui n'allait pas	%V	349 42.3
Autres (demande d'un certificat ...)	%V	99 12.0

Q23 Pourquoi avez-vous choisi de consulter CE médecin EN PARTICULIER ? (pour cette consultation) Est-ce parce que		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.44
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
C'est votre médecin habituel	%V	656 79.6
Il vous a été conseillé par un autre médecin	%V	35 4.2
Il vous a été indiqué par des amis ou un membre de votre famille	%V	77 9.3
Par hasard (médecin de garde, choix dans l' annuaire, le plus près)	%V	57 6.9

Q24 Avez-vous pris rendez-vous ou êtes-vous allé directement à son cabinet ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.43
Ensemble des répondants	%V	701 100.0
Rendez-vous	%V	398 56.8
Visite directe	%V	303 43.2

Q25 Combien de jours de décalage y a t-il eu entre la prise de RDV et le RDV lui-même ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		2.06
Ensemble des répondants	%V	398 100.0
Dans la journée	%V	108 27.0
Moins d'une semaine	%V	200 50.3
Une à deux semaines	%V	60 15.0
Trois à quatre semaines	%V	19 4.8
Plus d'un mois	%V	11 2.7
Ne sait pas	%V	1 0.2

Q26 Le médecin vous a t-il reçu à l'heure prévue pour le rendez-vous ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.30
Ensemble des répondants	%V	398 100.0
Oui	%V	282 70.8
Non	%V	112 28.2
Ne sait pas	%V	4 1.1

Q27 Combien de temps avez-vous attendu par rapport à l'heure prévue ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		3.04
Ensemble des répondants	%V	112 100.0
Moins de 5 minutes	%V	3 2.9
De 5 à 14 minutes	%V	30 26.4
De 15 à 30 minutes	%V	39 35.1
Plus de 30 minutes	%V	39 34.8
Ne sait pas	%V	1 0.9

Q28 Par qui avez-vous été accueilli à votre arrivée ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	656 100.0
Par un secrétaire ou une infirmière	%V	245 37.4
Par le médecin lui même,	%V	188 28.6
Par personne	%V	214 32.7
Ne sait pas	%V	8 1.3

Q29 La salle d'attente était-elle :		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	656 100.0
Très confortable	%V	188 28.7
Assez confortable	%V	387 59.0
Peu confortable	%V	62 9.4
Pas confortable du tout	%V	4 0.6
Ne sait pas	%V	15 2.3

Q30 Les locaux, c'est à dire la salle d'attente et le bureau du médecin, étaient-ils ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	656 100.0
Chaleureux	%V	231 35.3
Accueillants	%V	276 42.0
Quelconques	%V	120 18.3
Froids	%V	13 2.1
Ne sait pas	%V	15 2.3

Q31 Etaient-ils :		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	656 100.0
Très propres	%V	499 76.2
Plutôt propres	%V	147 22.4
Plutôt sales	%V	2 0.3
Très sales	%V	1 0.2
Ne sait pas	%V	7 1.0

Q32 Saviez-vous à l'avance combien vous alliez payer la consultation ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.18
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	690 83.6
Non	%V	125 15.2
Ne sait pas	%V	10 1.2

Q33 Le médecin a-t-il appliqué le tarif de la Sécurité Sociale ou l'a-t-il dépassé ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.33
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Appliqué	%V	643 78.0
Dépassé	%V	91 11.0
Ne sait pas	%V	91 11.0

Q34 Le médecin possédait-il une fiche ou un dossier médical sur votre état de santé général ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.20
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	680 82.4
Non	%V	127 15.4
Ne sait pas	%V	18 2.2

Q35 Vous a-t-il posé des questions sur votre état de santé général ? (allergies éventuelles, antécédants familiaux, maladies antérieures)		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.25
Ensemble des répondants	%V	145 100.0
Oui	%V	108 74.7
Non	%V	37 25.3
Ne sait pas	%V	

Q36 Après que vous lui ayez expliqué les raisons de votre visite, le médecin vous a-t-il posé des questions pour préciser certains points ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.37
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	529 64.1
Non	%V	289 35.0
Ne sait pas	%V	7 0.9

Q37 Ces questions étaient-elles nombreuses ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.49
Ensemble des répondants	%V	529 100.0
Oui	%V	279 52.8
Non	%V	241 45.6
Ne sait pas	%V	8 1.6

Q38 Vous ont-elles parues claires ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.03
Ensemble des répondants	%V	529 100.0
Oui	%V	516 97.6
Non	%V	9 1.7
Ne sait pas	%V	4 0.7

Q39 Avez-vous oser parler de tous les sujets de santé qui vous préoccupaient ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.24
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	638 77.3
Non	%V	178 21.6
Ne sait pas	%V	8 1.0

Q40 Vous a-t-il examiné ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.07
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	764 92.7
Non	%V	60 7.3
Ne sait pas	%V	

Q41 Vous a-t-il prescrit des examens complémentaires comme par exemple un prise de sang, une analyse d'urine, des radios ou autre chose ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.64
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	295 35.8
Non	%V	529 64.2
Ne sait pas	%V	

Q42 Vous a-t-il expliqué pourquoi il vous faisait faire ces examens ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.10
Ensemble des répondants	%V	295 100.0
Oui	%V	266 90.1
Non	%V	29 9.9
Ne sait pas	%V	

Q43 Vous a-t-il demandé de consulter un autre médecin ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.92
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	71 8.6
Non	%V	750 91.0
Ne sait pas	%V	3 0.4

Q44 Etait-ce :		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.96
Ensemble des répondants	%V	71 100.0
Un généraliste	%V	3 4.1
Un spécialiste	%V	68 95.9
Ne sait pas	%V	

Q45 Vous a-t-il trouvé quelque chose de nouveau ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.94
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	57 6.9
Non	%V	764 92.6
Ne sait pas	%V	4 0.5

Q46 Vous a-t-il clairement expliqué ce que vous aviez ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.13
Ensemble des répondants	%V	57 100.0
Oui	%V	51 90.3
Non	%V	4 6.6
Ne sait pas	%V	2 3.1

Q47 Vous a-t-il expliqué les conséquences ou les évolutions possibles ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.35
Ensemble des répondants	%V	57 100.0
Oui	%V	37 65.0
Non	%V	20 35.0
Ne sait pas	%V	

Q48 Auriez-vous aimé en savoir plus ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.82
Ensemble des répondants	%V	57 100.0
Oui	%V	11 19.8
Non	%V	45 78.2
Ne sait pas	%V	1 2.0

Q49 A-t-il prescrit des médicaments ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.21
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	653 79.2
Non	%V	170 20.7
Ne sait pas	%V	1 0.1

Q50 Vous attendiez-vous à ce qu'il en prescrive ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.91
Ensemble des répondants	%V	171 100.0
Oui	%V	17 10.1
Non	%V	152 88.7
Ne sait pas	%V	2 1.2

Q51 Considérez-vous qu'il en a prescrit :		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		2.02
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Pas assez	%V	8 1.3
Suffisamment	%V	624 95.5
Un peu trop	%V	20 3.1
Vraiment trop	%V	1 0.1

Q52 Combien de médicaments différents a-t-il prescrit ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.57
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Moins de 3 médicaments	%V	329 50.3
De 3 à 5 médicaments	%V	283 43.3
Plus de 6 médicaments	%V	37 5.6
Ne sait pas	%V	5 0.8

Q53 Vous a-t-il précisé à quel moment il fallait les prendre ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.05
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	624 95.5
Non	%V	28 4.3
Ne sait pas	%V	1 0.2

Q54 Vous a-t-il précisé en quelle quantité les prendre ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.04
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	625 95.7
Non	%V	27 4.1
Ne sait pas	%V	1 0.2

Q55 Vous a-t-il précisé quels étaient les éventuels effets secondaires ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.50
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	330 50.5
Non	%V	320 49.0
Ne sait pas	%V	3 0.5

Q56 Vous a-t-il donné d'autres conseils concernant ces médicaments ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.81
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	130 19.9
Non	%V	520 79.6
Ne sait pas	%V	3 0.5

Q57 A-t-il lu l'ordonnance à haute voix ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.30
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	467 71.5
Non	%V	173 26.6
Ne sait pas	%V	12 1.9

Q58 L'avez-vous bien comprise ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.00
Ensemble des répondants	%V	467 100.0
Oui	%V	465 99.6
Non	%V	2 0.4
Ne sait pas	%V	

Q59 Etait-elle lisible ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.27
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	480 73.5
Non	%V	167 25.6
Ne sait pas	%V	6 0.9

Q60 Avez-vous suivi les prescriptions ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.01
Ensemble des répondants	%V	653 100.0
Oui	%V	646 98.9
Non	%V	7 1.1
Ne sait pas	%V	

Q62 Etes-vous allé jusqu'au bout du traitement prescrit ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.72
Ensemble des répondants	%V	646 100.0
Oui	%V	396 61.3
Non	%V	32 5.0
Traitement en cours	%V	218 33.7
Ne sait pas	%V	

Q63 Vous a-t-il conseillé de modifier votre alimentation, de faire exercices physiques ou d'adopter un autre comportement particulier ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.65
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	289 35.0
Non	%V	536 65.0
Ne sait pas	%V	

Q64 Avez-vous suivi ses conseils ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		2.12
Ensemble des répondants	%V	289 100.0
Oui, entièrement	%V	100 34.6
Oui, presque entièrement	%V	92 31.7
Oui, un peu	%V	66 23.0
Non, pas du tout	%V	25 8.8
Ne sait pas (visite trop récente)	%V	6 1.9

Q65 Souhaitez-vous consulter par la suite un autre médecin pour le même problème ?		Ensemble des répondants
Moyenne des codes		1.93
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	71 8.6
Non	%V	742 90.0
Ne sait pas	%V	12 1.5

Q67 Durant la consultation, comment était le médecin ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Très sympathique	%V	622 75.4
Plutôt sympathique	%V	187 22.6
Plutôt distant	%V	13 1.6
Très distant	%V	3 0.4
Ne sait pas	%V	

Q68 Avez-vous trouvé la durée de la visite trop courte ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	59 7.1
Non	%V	758 91.9
Ne sait pas	%V	8 1.0

Q69 Combien de temps a duré votre consultation		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Moins de 10 minutes	%V	50 6.0
De 10 à 20 minutes	%V	485 58.8
De 20 à 30 minutes	%V	185 22.5
Plus de 30 minutes	%V	83 10.1
Ne sait pas	%V	22 2.7

Q70 Avez-vous constaté rapidement une amélioration de votre état de santé ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	488 59.2
Non	%V	178 21.5
Visite trop récente	%V	100 12.1
Ne sait pas	%V	59 7.1

Q71 Diriez-vous que globalement, vous êtes très satisfait, assez satisfait, peu satisfait, ou pas du tout satisfait de votre consultation ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Très satisfait	%V	547 66.3
Assez satisfait	%V	248 30.0
Peu satisfait	%V	20 2.4
Pas satisfait du tout	%V	5 0.6
Ne sait pas	%V	5 0.6

Q72 Envisagez-vous de reconsulter ce même médecin ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	792 96.0
non	%V	29 3.6
Ne sait pas	%V	3 0.4

Q76 Sexe de la personne interrogée		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Homme	%V	345 41.9
Femme	%V	479 58.1

Q77 Quel âge avez-vous ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
De 20 à 29 ans	%V	132 16.0
De 30 à 39 ans	%V	144 17.5
De 40 à 49 ans	%V	129 15.6
De 50 à 59 ans	%V	125 15.1
De 60 à 69 ans	%V	140 17.0
De 70 à 79 ans	%V	100 12.1
80 ans et plus	%V	54 6.5
Refus	%V	1 0.1

Q78 Vivez-vous :		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Seul(e)	%V	160 19.4
En couple	%V	628 76.2
Chez vos parents	%V	29 3.5
Autre	%V	7 0.9

Q79 Quel est le nombre de personne vivant actuellement dans le foyer, vous y compris ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Valeur 1	%V	130 15.8
Valeur 2	%V	306 37.1
Valeur 3	%V	149 18.1
Valeur 4	%V	150 18.2
Valeur 5	%V	71 8.6
Valeur 6	%V	15 1.8
Valeur 7	%V	2 0.2
Valeur 8	%V	1 0.1
Valeur 9	%V	
Valeur 10	%V	1 0.2
Valeur 11	%V	
Valeur 12	%V	

Q80 Quels est le nombre d'enfant de moins de 15 ans dans ce foyer ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Valeur 0	%V	556 67.4
Valeur 1	%V	113 13.7
Valeur 2	%V	109 13.2
Valeur 3	%V	38 4.7
Valeur 4	%V	8 1.0
Valeur 5	%V	1 0.1
Valeur 6	%V	
Valeur 7	%V	
Valeur 8	%V	
Valeur 9	%V	
Valeur 10	%V	
Valeur 11	%V	
Valeur 12	%V	

Q81 Quels est le nombre d'enfants de PLUS de 15 ans dans ce foyer ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Valeur 0	%V	632 76.6
Valeur 1	%V	130 15.8
Valeur 2	%V	47 5.7
Valeur 3	%V	13 1.6
Valeur 4	%V	2 0.3
Valeur 5	%V	
Valeur 6	%V	
Valeur 7	%V	
Valeur 8	%V	
Valeur 9	%V	
Valeur 10	%V	
Valeur 11	%V	
Valeur 12	%V	

Q90 Quels sont les revenus annuels de votre foyer ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Moins de 70 000	%V	187 22.7
De 70 000 à 120 000	%V	209 25.3
De 120 000 à 240 000	%V	219 26.6
De 240 000 à 360 000	%V	44 5.3
De 360 à 500 000	%V	10 1.2
Plus de 500 000	%V	1 0.1
Refus	%V	155 18.7

Q91 Êtes vous affilié au régime général de la Sécurité Sociale ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	705 85.5
Non	%V	119 14.5
Ne sait pas	%V	1 0.1

Q92 Êtes vous affilié a un autre régime de la Sécurité Sociale ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	119 100.0
Oui	%V	111 93.3
Non	%V	8 6.7

Q93 Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale au titre d'un handicap ou d'un maladie quelconque		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	215 26.1
Non	%V	609 73.9

Q94 Avez-vous une mutuelle, une assurance ou une caisse de prévoyance qui vous rembourse en plus de la sécurité sociale ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Oui	%V	743 90.1
Non	%V	81 9.9

q108 Région :		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Alsace	%V	22 2.7
Aquitaine	%V	54 6.5
Auvergne	%V	25 3.0
Basse Normandie	%V	19 2.3
Bourgogne	%V	25 3.0
Bretagne	%V	42 5.1
Centre	%V	28 3.4
Champagne	%V	26 3.1
Corse	%V	6 0.7
Franche Comté	%V	21 2.5
Haute Normandie	%V	31 3.8
Languedoc Roussillon	%V	25 3.1
Limousin	%V	14 1.7
Lorraine	%V	30 3.7
Midi-Pyrénées	%V	42 5.1
Nord	%V	60 7.2
Pays de la Loire	%V	42 5.1
Picardie	%V	21 2.5
Poitou-Charentes	%V	31 3.8
Provence Côte d'Azur	%V	34 4.1
Ile de France	%V	155 18.9
Rhône-Alpes	%V	72 8.8

Q109 Régions en 8 codes :		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Ile De France	%V	155 18.9
Bassin parisien	%V	149 18.1
Nord	%V	60 7.2
Est	%V	73 8.9
Ouest	%V	115 14.0
Sud Ouest	%V	110 13.4
Centre Est	%V	97 11.8
Sud Est	%V	65 7.9

Q119 tarif de la consultation		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
moins de 100 F	%V	83 10.1
100 F	%V	413 50.1
DE 101 à 120 F	%V	69 8.4
DE 121 à 150 F	%V	158 19.1
de 151 à 200 F	%V	41 4.9
de 201 à 500 F	%V	55 6.7
nsp	%V	6 0.7

Q120 catégorie professionnelle ?		Ensemble des répondants
Ensemble des répondants	%V	825 100.0
Agriculteur exploitant	%V	51 6.2
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	%V	58 7.0
Cadre supérieur, profession libérale	%V	105 12.8
Profession intermédiaire	%V	154 18.7
Ouvrier	%V	174 21.1
Employé	%V	272 33.0
Inactif	%V	10 1.2

