

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 26, octobre, 2016 à Poitiers
par **Laure Dezeix**

Qu'attendent les patients d'une consultation de médecine générale ?

Analyse à partir d'un échantillon de 30 patients en Charente-Maritime

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon (PU-PH)

Membres : Madame le Professeur Christine Silvain (PU-PH)
Monsieur le Professeur Pierre Ingrand (PU-PH)

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain Quais (Médecin Généraliste)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS

À mon Président du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

À mes Juges :

Madame le Professeur Christine Silvain, vous avez accepté d'être membre de ce jury de thèse, soyez-en remerciée et veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Pierre Ingrand, je vous remercie d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À mon directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain Quais, je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Vous m'avez été d'une grande aide et j'ai beaucoup apprécié votre perfectionnisme. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

À ma tutrice :

Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin, merci de m'avoir accompagné pendant tout mon internat, j'ai beaucoup appris grâce à vous.

Aux patients qui ont soutenu mon travail de thèse en acceptant de répondre à mon questionnaire, je vous remercie sincèrement.

Je tiens également à remercier le **Docteur Yann Brabant**, le **Docteur Vincent Chambres**, le **Docteur Yves Morillon** et le **Docteur Thierry Dezeix**

Enfin,

À ma mère, merci de m'avoir donné le goût de la médecine.

À mon père, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale.

À Guillaume, pour tout le reste.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION

- 1 État des lieux
 - 1.1 Définition de l'empathie
 - 1.2 Critères de la relation médecin-patient de qualité
 - 1.3 Bénéfices à créer une relation médecin-patient de qualité
- 2 Objectifs

MATERIELS ET METHODES

- 1 Choix du type d'étude
- 2 Forme de l'enquête
- 3 Objectifs de l'étude
 - 3.1 Objectif principal
 - 3.2 Objectif secondaire
- 4 Population cible
 - 4.1 Critères d'inclusion
 - 4.2 Critères d'exclusion
 - 4.3 Refus du questionnaire
- 5 Sélection de l'échantillon
- 6 Élaboration du questionnaire
 - 6.1 Première partie du questionnaire
 - 6.2 Deuxième partie du questionnaire
 - 6.3 Troisième partie du questionnaire
- 7 Recueil des données

RESULTATS

- 1 Conditions de collecte des données
- 2 Participation des patients
- 3 Description de l'échantillon
 - 3.1 Le sexe
 - 3.2 L'âge

- 3.3 La catégorie socio-professionnelle
- 3.4 La situation familiale et le nombre d'enfant
- 4 État de santé global et recours à la médecine générale
 - 4.1 Fréquence des consultations auprès du médecin traitant
 - 4.2 Fréquence des consultations auprès d'un autre médecin généraliste
 - 4.3 Motif principal de consultation
 - 4.4 Antécédents
- 5 Attentes et priorités des patients lors d'une consultation de médecine générale
 - 5.1 Question ouverte
 - 5.2 Évaluation des 20 items du questionnaire
 - 5.3 Classement général

DISCUSSION

- 1 Synthèse des résultats
- 2 Forces et faiblesses de l'étude
 - 2.1 Intérêt de la question de recherche
 - 2.2 Élaboration du questionnaire
 - 2.3 Méthodologie du recueil des données
 - 2.4 Critères d'inclusions et d'exclusions
 - 2.5 Caractéristiques de l'échantillon
- 3 Interprétation des résultats
 - 3.1 L'état de santé global et le recours à la médecine générale
 - 3.2 Attentes et priorités des patients lors d'une consultation de médecine générale

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LE SERMENT MEDICAL

GLOSSAIRE

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations
of General Practitioners, Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

INTRODUCTION

1. État des lieux

1.1. Définition de l'empathie

L'empathie est actuellement reconnue comme un élément important du professionnalisme en médecine, notamment parce qu'elle améliore la compréhension mutuelle, ce qui mène à une relation de confiance entre le médecin et le patient (1,2). Dès la fin des années 90, des études affirment l'importance de l'empathie, de la relation de confiance et du partenariat en médecine (3,4).

L'empathie a été étudiée et définie par de nombreux auteurs et est principalement décrite comme un concept multidimensionnel, comprenant aussi bien une composante cognitive, que des composantes affective, émotionnelle et comportementale (5,6). C'est cet aspect multidimensionnel qui la différencie de la sympathie (6,7). Les praticiens empathiques partagent leur compréhension, alors que les praticiens sympathiques partagent leurs émotions avec leurs patients (8). L'empathie est donc plutôt considérée comme une technique de communication professionnelle qui peut s'apprendre, et moins comme une expérience émotionnelle purement subjective ou un trait de personnalité ne pouvant être modifié (6).

Ainsi, selon Carl Rogers, l'état d'empathie, ou la qualité d'être empathique, consiste à percevoir avec précision le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même, mais sans jamais perdre de vue le « comme si » (9,10). L'empathie est donc définie comme la capacité à imaginer les émotions et les perspectives du patient, mais aussi celle de les reconnaître et de les comprendre, associée à la capacité de transmettre cette compréhension et à en vérifier l'exactitude auprès du patient (1,6,11–19). Être en empathie c'est d'abord focaliser son attention sur l'autre (20).

Mais l'empathie n'est efficace que si elle s'exprime par une action (6). Le praticien doit résumer l'information qu'il a comprise, pour montrer au patient qu'il a été entendu, et lui donner l'opportunité de clarifier les malentendus s'il y en a (6,21). C'est cette capacité à

montrer au patient qu'il a été entendu que Carl Rogers appelle « l'écoute active » (22).

Ce n'est qu'après avoir obtenu une compréhension complète et précise du patient grâce à son empathie que le praticien pourra lui proposer une prise en charge adaptée (6).

1.2. Critères de la relation médecin-patient de qualité

La capacité du médecin à avoir de l'empathie pour son patient est donc considérée comme un prérequis pour le développement d'une relation médecin-patient de qualité (1,6,12,23). Il s'agit d'ailleurs d'un des composants essentiels - avec l'écoute - de la relation d'aide développée par Carl Rogers (24). Les autres éléments de la relation d'aide étant la congruence, c'est-à-dire l'aptitude à être soi-même, à la fois affirmée dans sa position, et rétractée dans son comportement, car la rencontre concerne avant tout le patient ; et la considération positive inconditionnelle, définie comme la capacité à ne pas juger ni diriger le patient (22). Une revue de littérature confirme que l'empathie clinique est un déterminant fondamental de la qualité des soins (14), associé à une approche holistique des soins et à un style de consultation centrée sur le patient (25–28).

A l'inverse le manque de temps a souvent été vu comme un facteur limitant la qualité de la consultation (29,30). Il a notamment été constaté que des consultations plus longues permettaient de mieux identifier et de mieux prendre en charge les problèmes psychosociaux (30,31). Une revue de littérature montre que lorsque le temps de consultation est plus long, les médecins prescrivent moins et proposent plus de conseils sur le mode de vie, ainsi que sur d'autres activités bénéfiques pour la santé (32).

La définition d'une relation médecin-patient de qualité la plus fréquemment citée, selon une méta-analyse de 2006 (33), est celle de Charles et al. (34), c'est-à-dire une relation entre le patient et le clinicien dans laquelle il existe un échange d'informations, où les préférences de chacun sont exprimées et discutées, avant d'arriver à un accord sur les objectifs et le plan d'action à mettre en œuvre pour les atteindre. L'efficacité de ce plan d'action sera ensuite évaluée, et celui-ci ajusté si nécessaire. Une caractéristique de ce modèle est de considérer que le patient et le praticien ont un rôle et des perspectives différents mais tout aussi valables (33).

La conférence de consensus de Toronto, en 1991, confirme l'importance de la relation médecin-patient : « Une communication efficace entre le médecin et son patient est un

élément essentiel de la pratique médicale qui ne peut être délégué » (35). Une communication efficace se définit par la capacité :

- à demander et donner un *feedback* au patient ;
- à limiter les incertitudes pouvant être réduites (par exemple, concernant les attentes du patient et du médecin, l'objectif de santé attendu, le rôle du médecin....) ;
- à penser en terme d'objectif de santé vers lequel le médecin et le patient tendent ;
- à faire montre de dynamisme (c'est-à-dire, être dans l'instant présent avec le patient et faire preuve de flexibilité) ;
- à préférer une approche hélicoïdale plutôt que linéaire (répéter et reformuler l'information pour mieux comprendre) (35,36).

François Laplantine souligne dans son ouvrage sur l'anthropologie de la maladie, que « les processus d'échanges entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi, entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin » (37). C'est ce que Engel a appelé le modèle biopsychosocial qui stipule que pour comprendre les souffrances du patient, et y répondre de manière appropriée, le praticien doit s'intéresser à la fois aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la maladie (38).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) entérine cette définition en précisant que la promotion de la santé passe par une conception élargie de celle-ci, en faisant intervenir à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental, et en favorisant la participation du patient à sa santé (39). Il importe donc de se renseigner sur l'impact psychologique et social qu'ont les problèmes de santé sur le patient et sa famille (21,40).

Tout cela contribue à la définition de l'approche centrée sur la personne, avec prise en compte de ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire, et analyse des problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (27,41-43). La relation centrée sur le patient est celle où son point de vue est activement recherché par le praticien (19,24,27,28,40,42,44-51). Pour cela, celui-ci doit :

- explorer la raison principale de la venue du patient, ainsi que ses inquiétudes et son besoin d'information ;
- chercher à comprendre le monde du patient, c'est-à-dire sa personne dans son

intégralité, ses besoins émotionnels et ses questions existentielles ;

- explorer ses représentations de la maladie, ainsi que les attentes et les sentiments qui y sont liés ;
- trouver un terrain d'entente sur la définition du problème et sa prise en charge, sans oublier de vérifier la volonté qu'a le patient de suivre le plan de soins proposé.

Cela permet de construire une relation de compréhension mutuelle. De plus, il a été constaté que pour proposer un traitement adapté au patient, il faut d'abord connaître les représentations que celui-ci a de sa maladie (52,53).

Le praticien doit faciliter l'expression du patient par une attitude empathique et en étant réceptif aux signes non verbaux montrés par celui-ci (18,28,35,45,47,51). Mais il ne faut pas négliger que le médecin est, lui aussi, une personne à part entière, avec ses émotions et ses affects, qui vont influencer la relation de soins (54).

Avoir une attitude centrée sur le patient, c'est aussi le laisser s'exprimer librement, sans diriger immédiatement l'entretien, et ainsi lui permettre d'exposer son problème, avec ses propres mots. Il a été démontré que cela optimise le recueil des données, et évite une perte d'informations, ainsi que la survenue de demande en fin de consultation (28,55). De la même manière, encourager le patient à exprimer sa demande aboutit à une communication médecin-patient plus efficace et à une meilleure compréhension, par le médecin, des besoins du patient (56)

Le médecin devrait permettre au patient de participer aux décisions de santé, selon les préférences de celui-ci. Pour cela il est nécessaire de lui demander ce qu'il souhaite comme informations, et de prioriser avec lui ses besoins, pour que ce qu'il considère comme important soit traité en premier (28,50,57,58). Il faut ensuite partager des informations de bonne qualité pour faciliter sa capacité à prendre des décisions ou à faire des choix pour sa santé (19,25,28,39,51,59).

Une étude a constaté que les médecins qui utilisent un style de consultation centrée sur le patient sont plus souples, et ont une plus grande aptitude à répondre aux besoins des patients (27). Il a aussi été démontré qu'avoir une attitude empathique, et centrée sur le patient, permet une communication plus efficace (24,32,35,52,60,61) et un diagnostic plus précis (25,61,62) sans augmenter le temps de consultation (35,61).

L'empathie, et la relation médecin-patient, ont été abondamment étudiés et théorisés, et la profession médicale est actuellement arrivée à un consensus en ce qui concerne les critères de qualité d'une relation de soins. Mais, y a-t-il réellement un avantage démontré à appliquer ces critères dans la pratique quotidienne ? Cette question a, elle aussi, été largement étudiée.

1.3. Bénéfices à créer une relation médecin-patient de qualité

Une relation médecin-patient de qualité, avec un médecin empathique, augmente la satisfaction du patient (4,18,21,35,45,48,56,63–80) et du médecin (78,80–85). On observe d'ailleurs la même tendance lorsque le praticien de santé n'est pas un médecin (86). Hors, la satisfaction du patient est une dimension importante dans l'évaluation de la qualité des soins (75), d'une part, parce qu'il s'agit d'un facteur prédictif de la durée de la maladie (66), d'autre part, parce qu'elle va favoriser la compliance du patient au traitement (21,45,87,88). D'ailleurs, il a été démontré que les effets bénéfiques observés lors d'une relation médecin-patient de qualité étaient liés à la satisfaction du patient (76).

Inversement, les patients seront moins satisfaits s'ils ont le sentiment de ne pas être écoutés, d'être traités avec condescendance, ou que leurs inquiétudes sont "balayées" par le praticien (89). La satisfaction du patient diminue aussi lorsque le praticien parle plus que lui pendant l'entretien (78). De plus, un défaut de compréhension des représentations du patient provoquera plus d'insatisfaction et limitera la réalisation de l'objectif de santé (90).

Par ailleurs, il a été démontré, que lorsque la relation thérapeutique est de qualité, une amélioration est constatée sur des critères :

- physiques :
 - amélioration de l'état de santé global (21,35,64,91,92)
 - amélioration du statut fonctionnel (21,66,93,94)
 - meilleur contrôle de la tension artérielle chez les patients hypertendus (95)
 - chez les patients diabétiques : meilleur contrôle de l'HbA1c (94,96) et du LDLc (96), amélioration de l'auto-prise en charge diététique (97) et diminution du risque de complications métaboliques aiguës (98)
 - réduction de la durée des symptômes du rhume et de leur sévérité (99)
 - amélioration des douleurs chez les patients céphalalgiques (100)
 - meilleur contrôle de la douleur post-opératoire et une diminution de l'utilisation

des antalgiques (101)

- psychologiques :
 - diminution de l'anxiété et de la détresse émotionnelle, y compris lorsque la source de cette anxiété ne peut être résolue (21,35,63,65)
 - résolution des inquiétudes du patient (74)
 - diminution du poids ressenti de la maladie (73)
 - amélioration de la gestion des émotions (102)
- sociaux :
 - augmentation de la perception que les patients ont du réseau de soutien social (102)

De plus, une amélioration de l'état de santé du patient est constatée vis-à-vis du problème à l'origine de la consultation médicale (62,71,76,80,102–106), tout comme une diminution du recours aux spécialistes (101) et une plus grande compliance du patient (18,71,76,80). Inversement, en cas de manque de participation du patient pendant la consultation, une moindre adhésion de sa part au traitement est constatée (107).

Un médecin qui fait preuve d'empathie augmente la capacité du patient à gérer sa maladie (18,97,102,108–112), ce qui est corrélé à une amélioration du bien-être du patient, de son état de santé en rapport avec la plainte principale (113) et à un meilleur état de santé à long terme (111).

Lors des consultations plus longues (au moins dix minutes) le médecin présentait plus souvent une attitude empathique et centrée sur le patient (103,114). Lors de ces mêmes consultations, il a été observé une plus grande satisfaction (69,114,115), une plus grande autonomie des patients (112), et une amélioration de leur état de santé(103).

Une bonne communication de la part du médecin augmente la perception par le patient de la compétence du médecin et diminue les intentions de porter plainte (116).

Toutes ces études démontrent l'intérêt que les médecins ont à privilégier une relation médecin-patient de qualité telle qu'elle est définie par la profession médicale, c'est-à-dire en étant empathique et en adoptant un style de consultation centré sur le patient. Nous avons vu que définir les attentes du patient faisait partie de ces critères de qualité ; il nous paraît donc étonnant que peu d'études se soient intéressées aux attentes des patients par rapport à la

consultation médicale. La définition par les patients d'une relation médecin-patient de qualité est-elle la même que celle des médecins ?

Quelques travaux ont analysé les attentes des patients. Parmi ceux-ci, une étude internationale, comprenant le Royaume-Uni, la Norvège, la Suède, le Danemark, les Pays Bas, l'Allemagne, le Portugal et Israël, a été réalisée en 1995 (117). Quelle que soit leur culture, les patients avaient des attentes similaires, tant en ce qui concerne la communication, que l'accessibilité des médecins. Ces résultats paraissent difficilement extrapolables en France, d'une part du fait de leur ancienneté, les attentes des patients ayant pu évoluer en 20 ans, d'autre part parce que notre système de santé comprend une particularité, celle du médecin traitant. En effet, il nous semble que cette réforme a modifié la question de l'accessibilité puisqu'elle a instauré l'obligation de déclaration du médecin que l'on souhaite consulter, et l'obligation de consulter uniquement ce médecin-là, sous peine de pénalisation financière. En France, des thèses de médecine générale se sont intéressées à l'opinion des patients. C. Mousel a étudié en 2007 la perception que les patients avaient du médecin généraliste en général, et de leurs médecins en particulier, parmi la population de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain (118). En 2001 MC. Dedianne a étudié les critères de satisfaction et les attentes des patients lors d'une consultation de médecine générale, par la méthode du *focus-group*, dans l'agglomération lyonnaise (51). En 2008 JB. Bonnet à l'aide d'un *focus-group* a pu définir le médecin généraliste idéal selon 7 patients de l'agglomération nantaise (119). Plus récemment, en 2014, sur l'Île de La Réunion, C. Forin a étudié les perceptions que les patients avaient de leur médecin généraliste en particulier et elle les a comparées à leurs attentes vis à vis de la médecine générale (43).

Nous n'avons pas retrouvé de recherches étudiant exclusivement les attentes des patients, lors d'une consultation de médecine générale en Charente-Maritime.

2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les attentes des patients sur la conduite d'une consultation de qualité, en termes de relation médecin-patient, en médecine générale en Charente-Maritime. De cet objectif principal, il découlait un objectif secondaire, celui de comparer les attentes des patients avec les critères de qualité de la relation médecin-patient tels qu'ils sont définis dans la littérature.

MATERIELS ET METHODES

1. Choix du type d'étude

Notre travail était une étude descriptive observationnelle transversale dans un cabinet de groupe de médecine générale en Charente-Maritime.

2. Forme de l'enquête

Le choix du mode de collecte des données s'est porté sur un questionnaire auto-administré en présence de l'enquêteur. Le questionnaire était lu et rempli par la personne participant à l'étude, l'enquêteur était présent pour l'aider en cas de difficultés.

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les attentes des patients sur la conduite d'une consultation de qualité, en termes de relation médecin-patient, en médecine générale ambulatoire en Charente-Maritime.

3.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude était de comparer les attentes des patients avec les critères de qualité de la relation médecin-patient tels qu'ils sont définis dans la littérature.

4. Population cible

Dans notre étude, la population cible était celle des patients d'un cabinet de groupe de médecins généralistes en Charente-Maritime.

4.1. Critères d'inclusion :

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient répondre à deux critères. Si un patient ne présentait pas les deux critères précisés ci-dessous, nous nous entretenions avec le patient suivant.

- Venir en consultation de médecine générale
- Être âgé de plus de 16 ans

4.2. Critères d'exclusion :

Les patients ne pouvaient pas participer à l'étude s'ils présentaient un des critères d'exclusion décrits ci-dessous.

- Être instable sur le plan clinique ou en situation d'urgence
- Ne pas parler ou ne pas maîtriser la langue française
- Présenter une altération des fonctions cognitives ou être atteint de démence
- Patient sortant de la consultation médicale

4.3. Refus du questionnaire :

Le patient était libre d'accepter ou de refuser de répondre au questionnaire.

5. Sélection de l'échantillon

Le recueil de données a été fait dans l'après-midi du 17 février 2015, dans les salles d'attente d'un cabinet de groupe de médecins généralistes, tous trois favorables à notre étude.

6. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré grâce à une revue de la littérature et notamment à l'aide de thèses de médecine générale ayant abordé un sujet se rapprochant de notre étude (43,51,117–119). Il nécessitait moins d'une dizaine de minutes pour être rempli et se composait de 3 parties, comportant au total 30 questions.

6.1. Première partie du questionnaire

La première partie du questionnaire décrivait le profil du répondant et comportait 5 questions. Les caractéristiques socio-démographiques abordées étaient les suivantes :

- Le genre (question n°1)
- L'âge (question n°2)
- La situation professionnelle (question n°3)
- La situation familiale (question n°4)
- Le nombre d'enfants (question n°5)

L'âge du patient lui était demandé directement. Pour l'analyse des résultats, l'âge était ensuite classé dans la tranche correspondante : entre 16 et 30 ans, entre 31 et 45 ans, entre 46 et 60 ans, entre 61 et 75 ans ou plus de 75 ans.

La profession du répondant était demandée directement pour un gain de temps. Par la suite, celle-ci était codée selon les catégories socio-professionnelles proposées parmi les 8 groupes socio-professionnels issus de la nomenclature des Professions et Catégories Socio-professionnelles de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) (annexe 1).

6.2. Deuxième partie du questionnaire

La deuxième partie du questionnaire décrivait l'état de santé global de la personne et le recours à la médecine générale, et comportait 4 questions :

- La fréquence des consultations chez le médecin traitant (question n°6)
- La fréquence des consultations chez un autre médecin généraliste (question n°7)
- Le motif principal de consultation (question n°8)
- Les autres problèmes de santé (question n°9)

6.3. Troisième partie du questionnaire

La troisième partie du questionnaire évaluait les attentes du patient lors d'une consultation de médecine générale et comportait 21 questions. La première question était ouverte et demandait au patient de citer ce qu'il attendait en priorité d'une consultation auprès d'un médecin généraliste (question n°10). Les 20 questions suivantes étaient présentées sous

forme d'affirmation que le répondant était invité à classer selon une échelle de Likert allant de « 1-Pas important du tout » à « 5-Très important ».

Le questionnaire utilisé est disponible en annexe 2.

7. Recueil des données

Le recueil des données a été fait le 17 février 2015 de 14h30 à 18h30, heures d'ouverture du cabinet médical, dans un cabinet de groupe, comportant 3 médecins généralistes.

Le questionnaire était proposé à chaque personne présente dans la salle d'attente. Avant de débiter le questionnaire, un argumentaire de présentation mis en annexe 3 était annoncé pour chaque patient. Il était bien précisé aux répondants que le questionnaire resterait anonyme et que leurs réponses ne seraient pas transmises à leur médecin généraliste.

RESULTATS

1. Conditions de collecte des données

Le recueil de données s'est déroulé dans les salles d'attente du cabinet médical. Les patients répondaient au questionnaire en attendant leur consultation. Le médecin a toujours laissé le temps au patient de finir de remplir le questionnaire avant de l'accueillir.

La réalisation du questionnaire a nécessité en moyenne une dizaine de minutes.

2. Participation des patients

L'enquête a été bien accueillie par les patients. Une personne a refusé de le remplir car elle attendait son tour de consultation avec anxiété. Un patient a été interrompu, lors de la réalisation du questionnaire, par son tour de consultation, et n'a pas souhaité poursuivre malgré la proposition faite par son médecin. Son questionnaire a été considéré comme incomplet et n'a pas été utilisé.

Le cabinet médical comportant une salle d'attente par médecin, certains patients n'ont pas pu être vus avant leur tour de consultation, et d'autres ont pu passer inaperçus.

Au total, 30 patients ont répondu au questionnaire.

3. Description de l'échantillon

3.1. Le sexe

Les hommes représentaient 56,7% (n = 17) de la population et les femmes 43,3% (n = 13) (figure 1). Le sex-ratio était de 0,76.

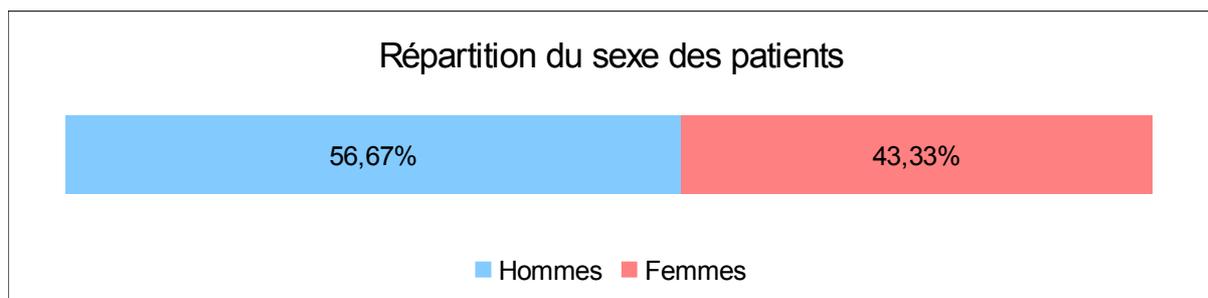


Figure 1

3.2 L'âge

L'âge des répondants était de 18 ans pour le plus jeune et de 78 ans pour le plus âgé. L'âge moyen était de 56,5 ans. L'âge médian était de 58 ans (figure 2.a).

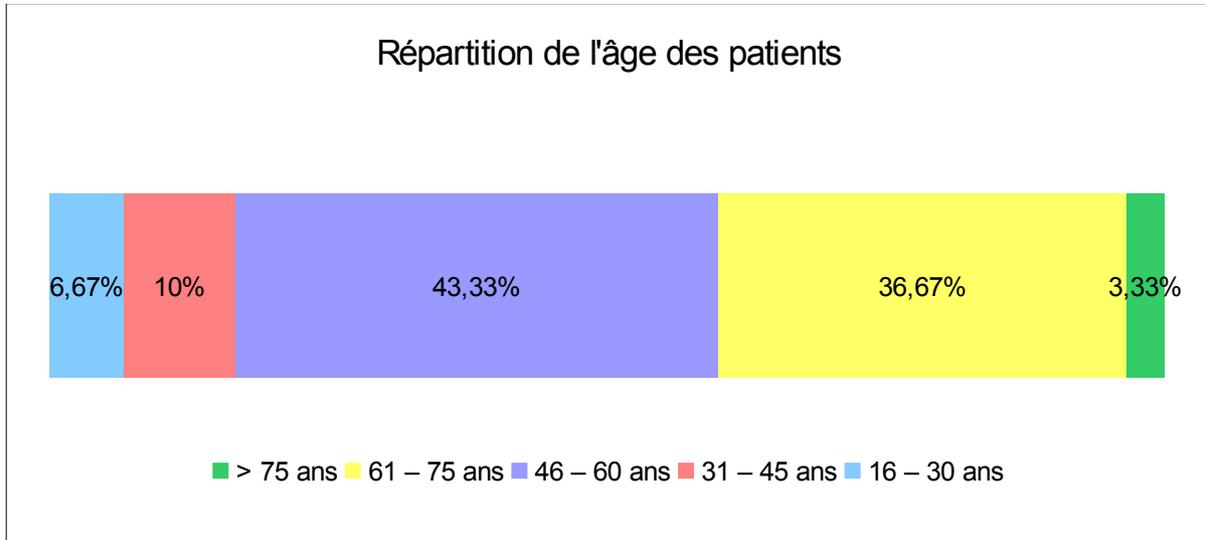


Figure 2.a

L'âge moyen des femmes était de 56,38 ans et celui des hommes de 56,58 ans. Aucune différence significative n'a été mise en évidence ($p = 0,972$ selon le test de Student). La répartition de l'âge des répondants en fonction du sexe est illustrée par la figure 2.b.

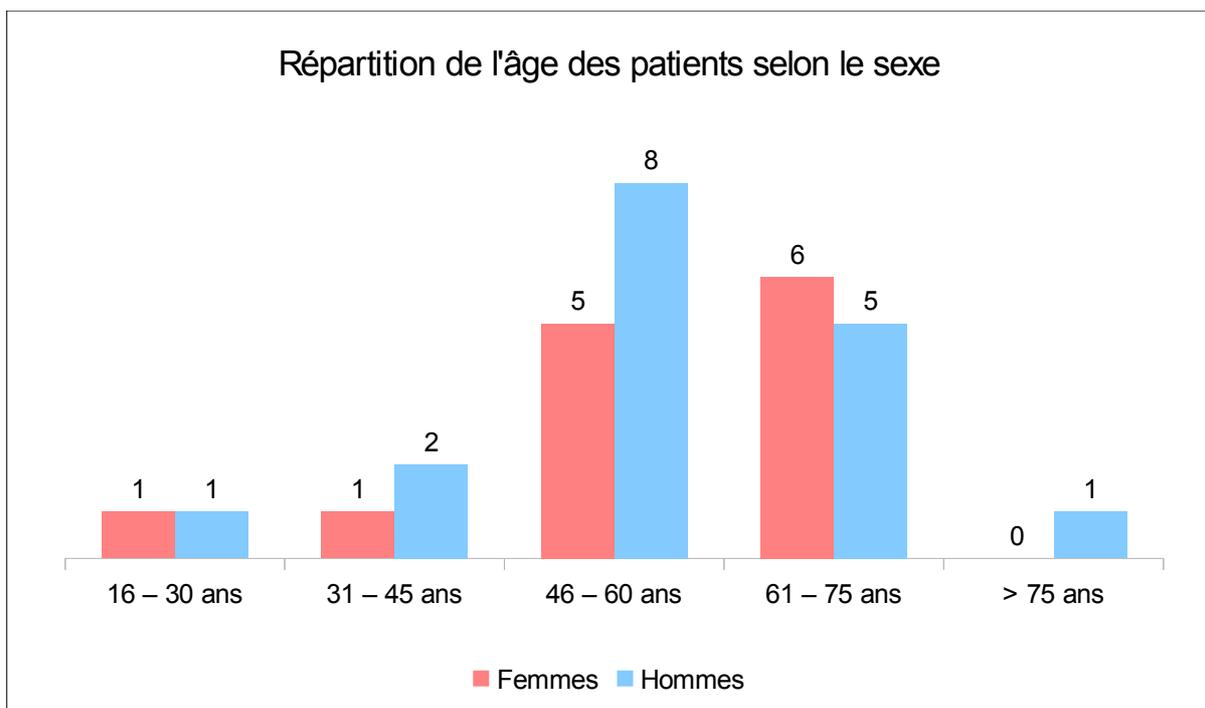


Figure 2.b

3.3. La catégorie socio-professionnelle

Près de la moitié des patients interrogés (43,3%, soit n = 13) était retraité et près du quart des répondants (23,3% soit n = 7) était des « artisans ou commerçants » (figure 3).

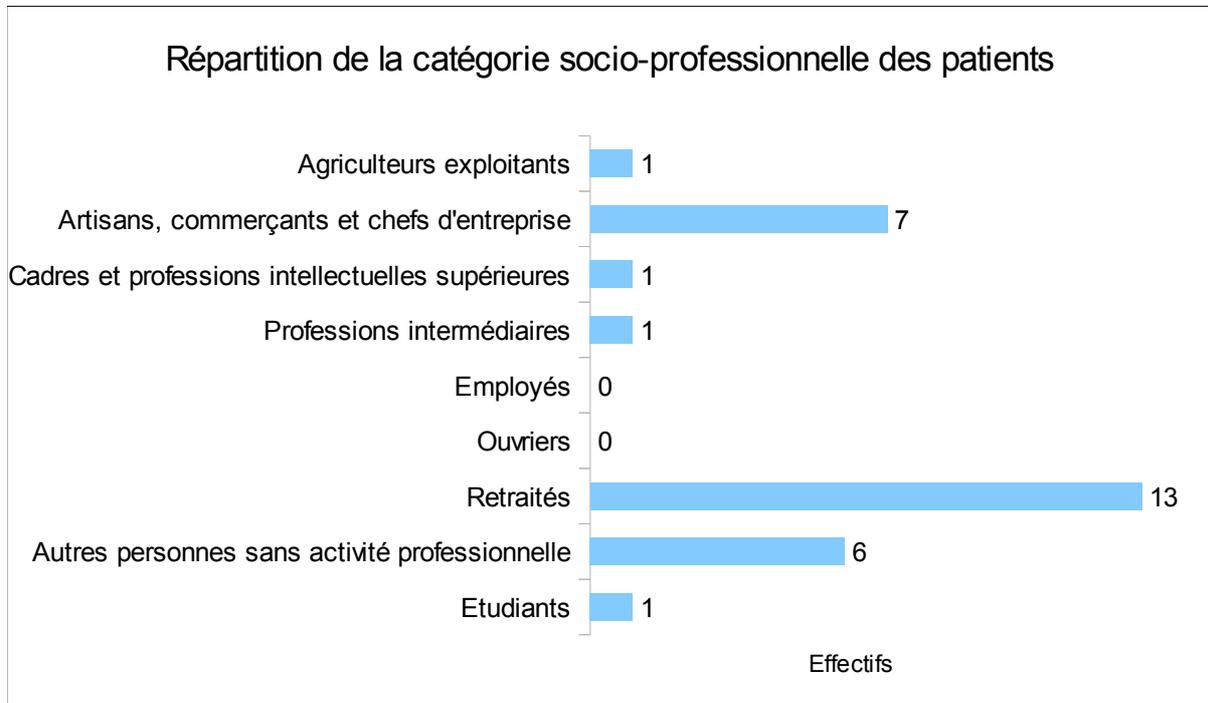


Figure 3

3.4. La situation familiale et le nombre d'enfant

Un peu plus de la moitié (53,33% soit n = 16) des répondants vivait en couple, avec une prédominance de couples mariés (40%, soit n = 12). Parmi les personnes vivant seules la majorité était célibataire (30% soit n= 9) (figure 4).

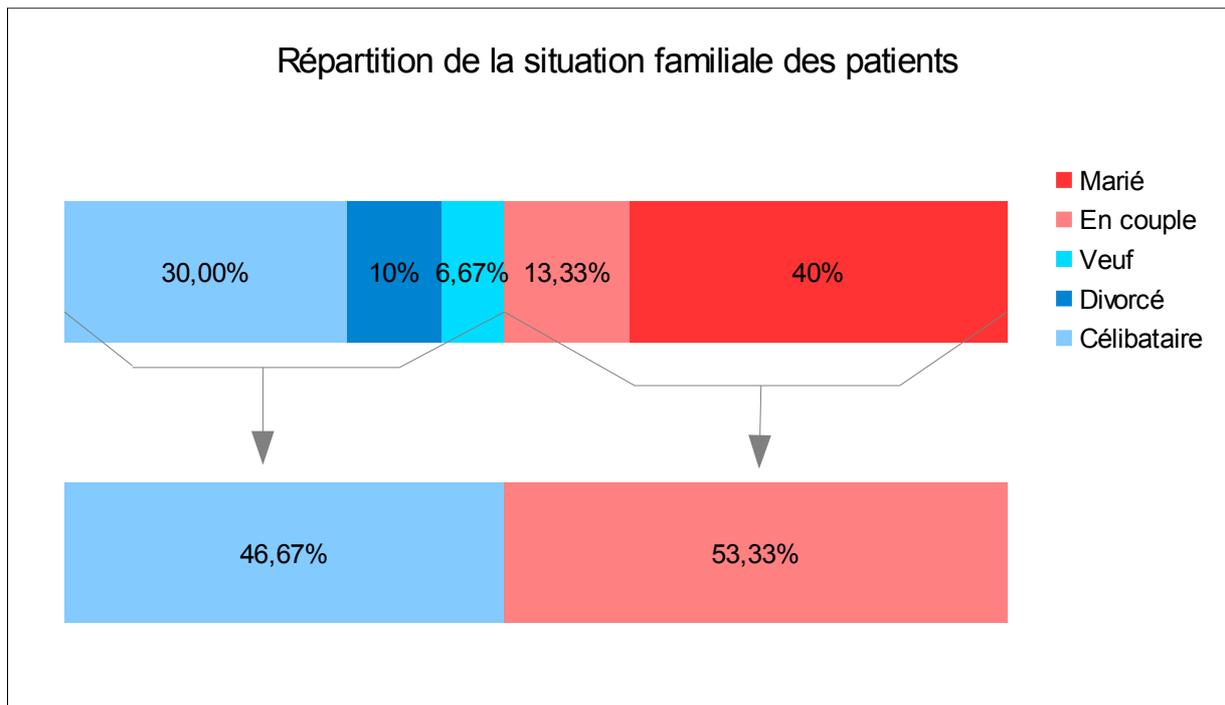


Figure 4

Moins d'un tiers des répondants (23,3% soit $n = 7$) n'avait pas d'enfant. 23,3% ($n = 7$) avaient 1 enfant, 20% ($n = 6$) avaient 2 enfants et ils étaient 16,7% ($n = 5$) à avoir 3 enfants. Seuls 2 répondants (6,7%) avaient plus de 3 enfants. Et enfin, 10% ($n = 3$) n'ont pas précisé le nombre d'enfants qu'ils avaient (figure 5).

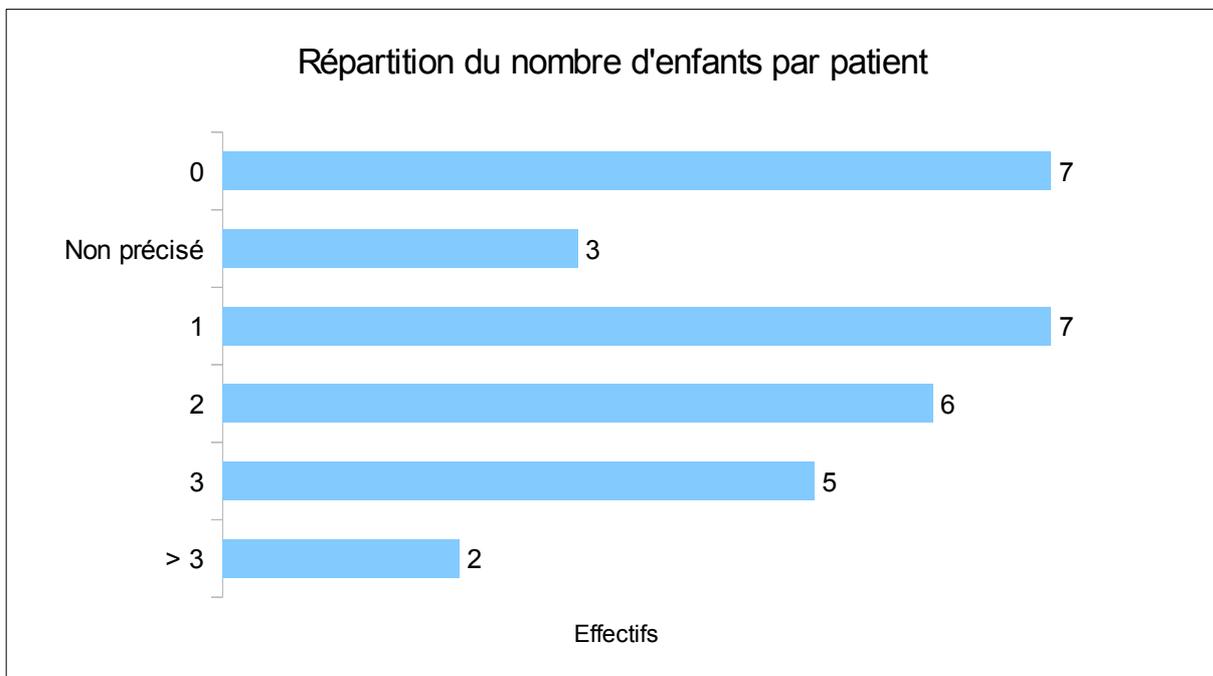


Figure 5

4. État de santé global et recours à la médecine générale

4.1. Fréquence des consultations auprès du médecin traitant

Plus de la moitié des répondants (63,33% soit n= 19) voyait leur médecin traitant très fréquemment, c'est-à-dire 3 consultations ou plus dans les 6 derniers mois. 16,67% (n = 5) l'avaient vu 2 fois dans les 6 derniers mois et 16,67% (n =5) ne le voyaient que rarement (1 seule fois, ou pas du tout, dans les 6 derniers mois). Enfin, 1 patient n'a pas répondu (figure 6).

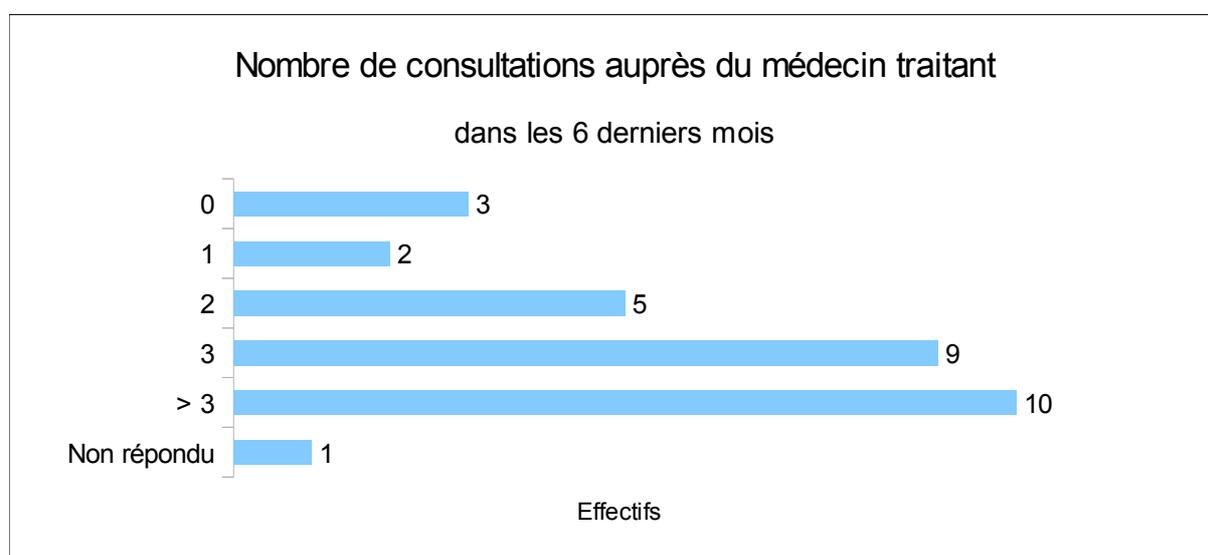


Figure 6.a

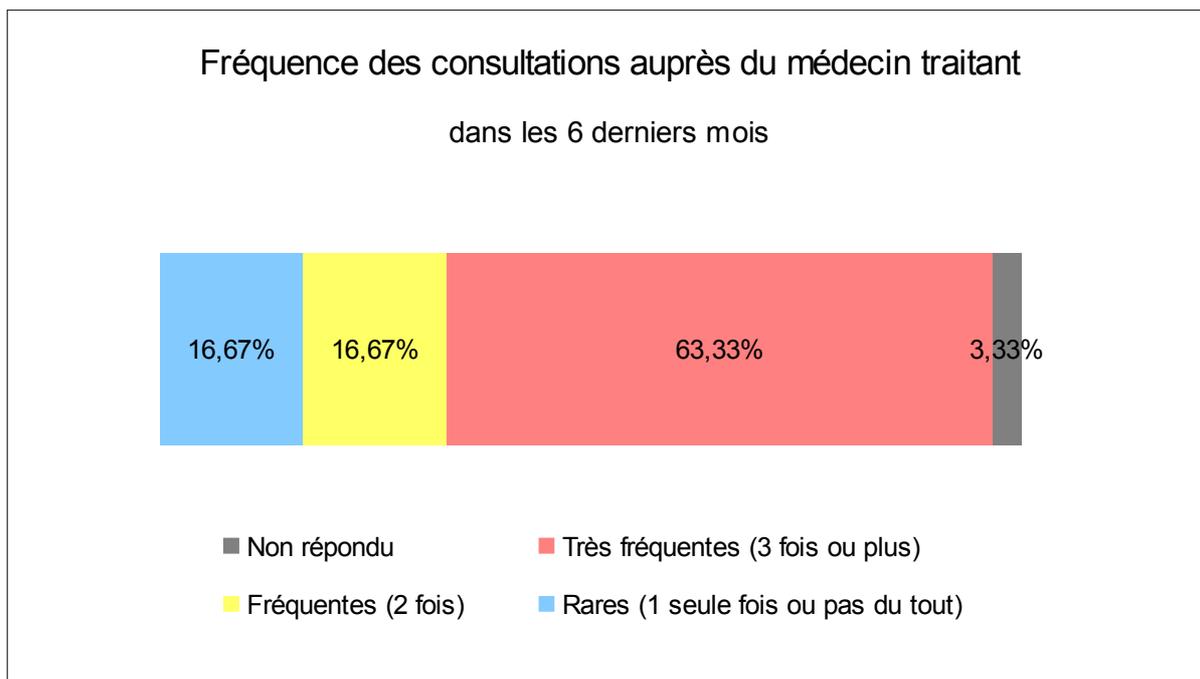


Figure 6.b

4.2. Fréquence des consultations auprès d'un autre médecin généraliste

La majorité des répondants (76,67% soit n = 23) n'avait pas consulté d'autre médecin généraliste dans les 6 derniers mois (figure 7.a).

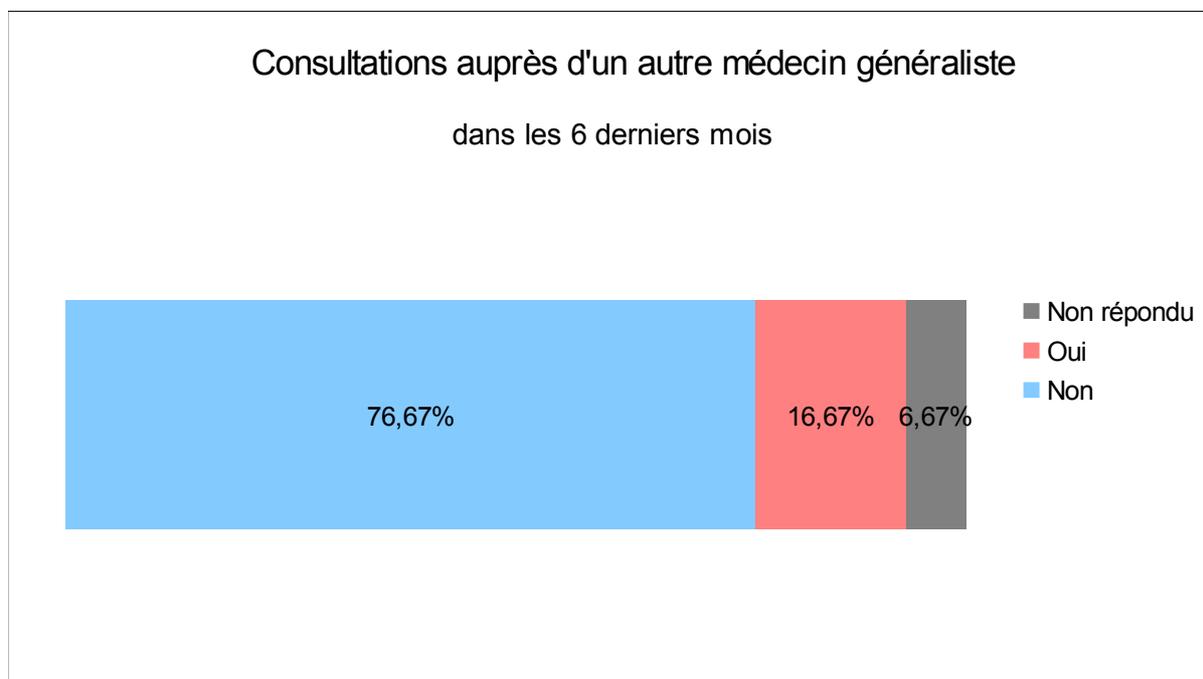


Figure 7.a

Seulement 1 patient avait consulté plus de 3 fois un autre médecin généraliste dans les 6 derniers mois, 3 avaient consulté à 2 reprises un autre médecin généraliste et 1 n'avait vu un autre médecin généraliste qu'une seule fois. Enfin, 2 patients n'ont pas répondu (figure 7.b).

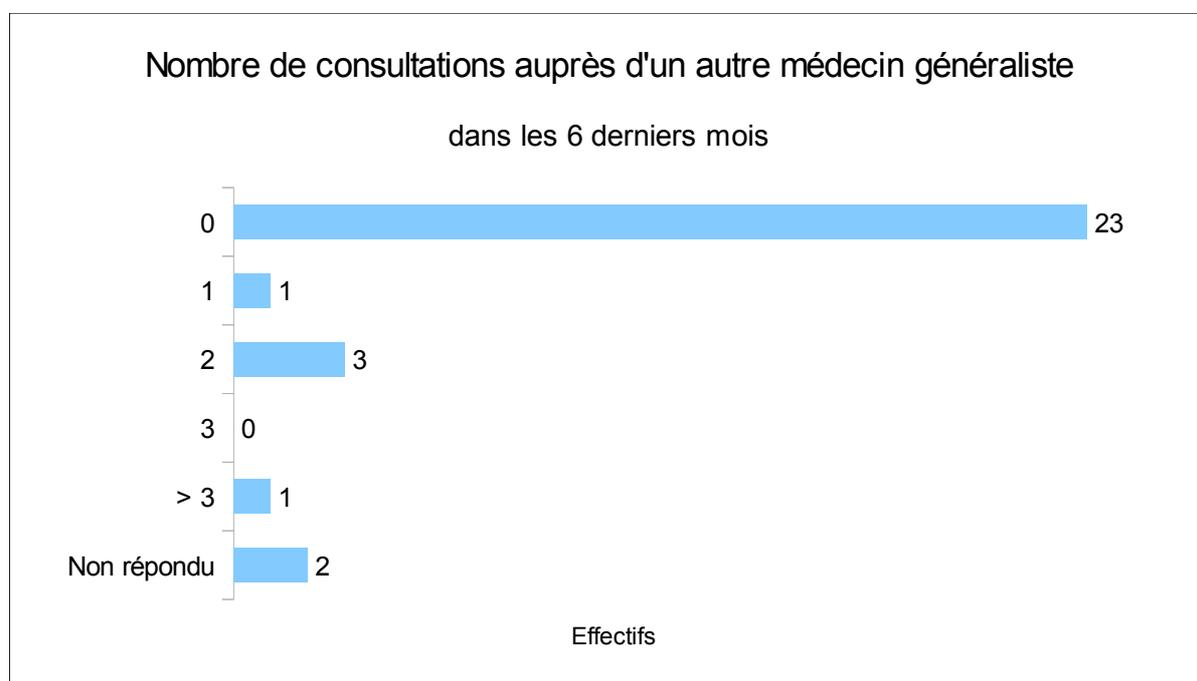


Figure 7.b

4.3. Motif principal de consultation

La majorité des répondants (73,33% soit $n = 22$) consultait pour un motif physique, 13,33% ($n = 4$) venaient à la fois pour un motif psychologique et physique, 1 seul patient ne consultait que pour un motif psychologique. 3 patients n'ont pas répondu (figure 8).

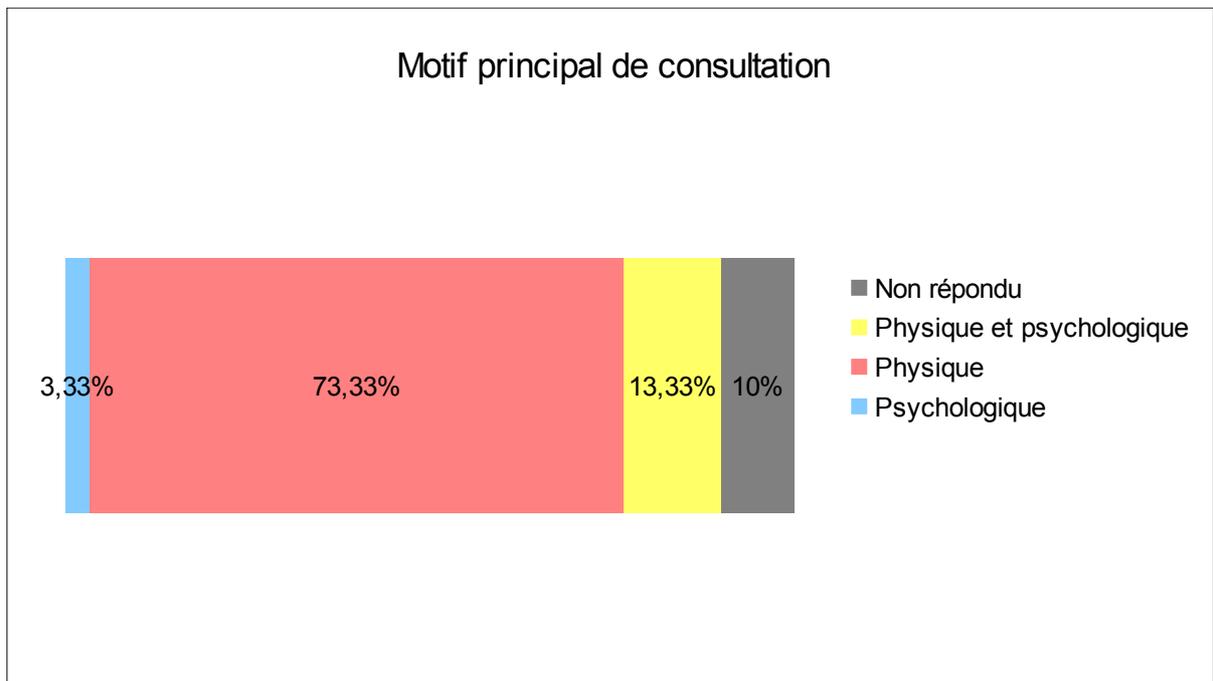


Figure 8

4.4. Antécédents

22,86% (n = 8) des répondants ne présentaient aucun antécédent. 8,57% (n = 3) déclaraient une dépendance à une substance illicite ou à l'alcool et 5,7% (n = 2) disaient être dépressifs. Près de la moitié des répondants (45,71% soit n = 16) présentaient au moins un autre antécédent (diabète, hypertension artérielle, cancer, dysthyroïdie...) (figure 9).

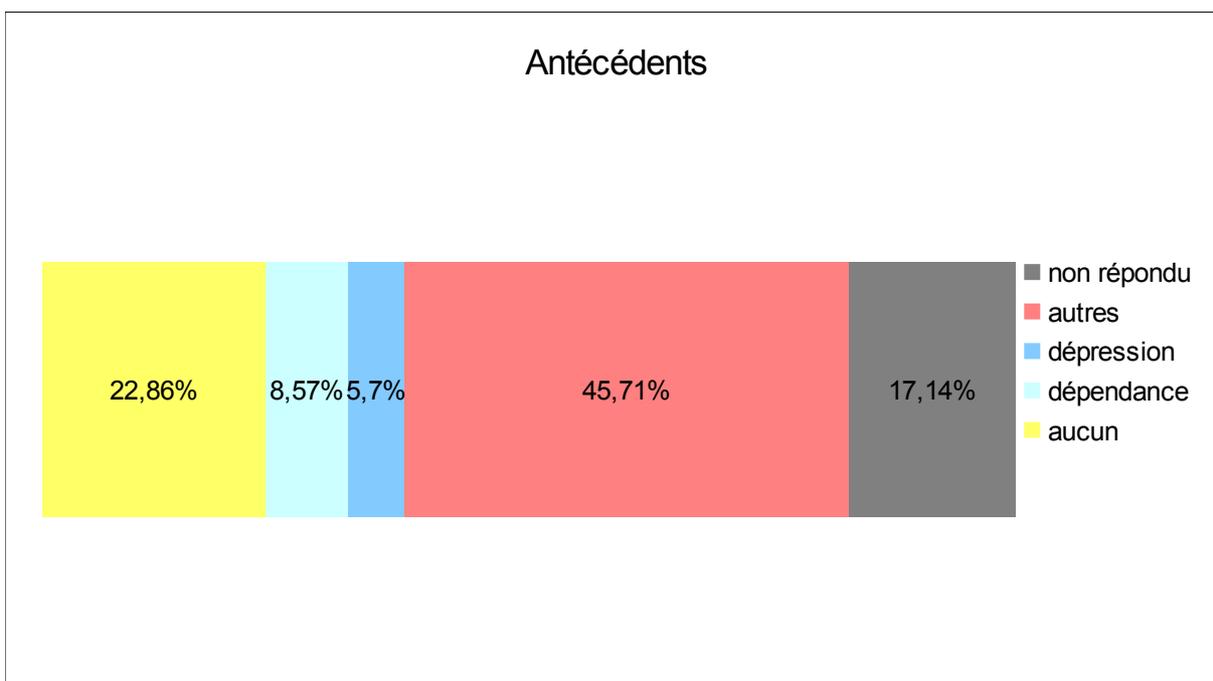


Figure 9

5 Attentes et priorités des patients lors d'une consultation de médecine générale

5.1 Question ouverte

A la question ouverte demandant aux répondants ce qu'ils attendaient en priorité des consultations de médecine générale, « l'écoute » est le terme qui est revenu le plus souvent (n = 9). On retrouvait ensuite à égalité (n = 5) « être bien suivi » et « être bien conseillé ». 3 répondants attendaient « une ordonnance ou des médicaments ». « Le bon diagnostic », « la vérité » et « l'envoi à un spécialiste si nécessaire » étaient chacun cités 2 fois.

Les réponses des patients, telles qu'ils les ont écrites, sont illustrées dans la figure 10.

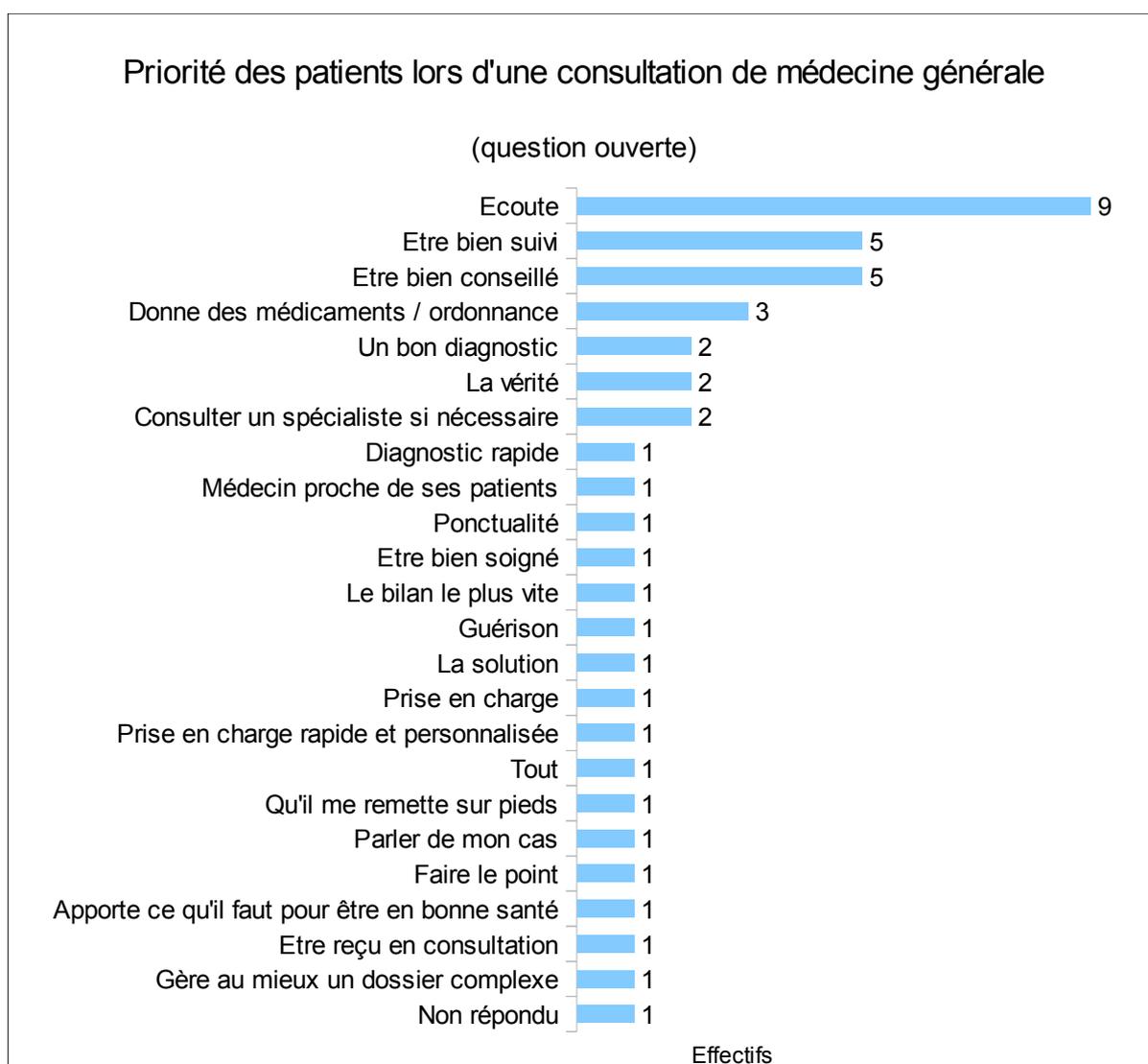


Figure 10

5.2. Évaluation des 20 items du questionnaire

Les réponses des patients aux 20 items qui leur étaient proposés dans le questionnaire sont illustrées dans la figure 11.

- La consultation débute à l'heure

23 % (n = 7) des patients considéraient comme « très important » que la consultation débute à l'heure. Ils étaient 37 % (n = 11) à considérer ça comme « important », 17 % (n = 5) comme « moyennement important » et 20 % (n = 6) comme « peu important ». 1 patient n'a pas répondu, et aucun n'a jugé ce critère « pas important du tout ».

- Le médecin vous met à l'aise

La majorité des patients a jugé « très important » (40 % soit n = 12) ou « important » (50 % soit n = 15) que le médecin les mette à l'aise. Ils étaient 10% (n = 3) à considérer ce critère comme « moyennement important ». Aucun patient n'a répondu « peu important » ou « pas important du tout ».

- Le médecin prend le temps

La majorité des patients a jugé « très important » (43 % soit n = 13) ou « important » (50 % soit n = 15) que le médecin prenne le temps pendant la consultation. Ils étaient 7 % (n = 2) à considérer ce critère comme « moyennement important ». Aucun patient n'a répondu « peu important » ou « pas important du tout ».

- Le médecin vous donne des conseils

La majorité des patients a jugé « très important » (50 % soit n = 15) ou « important » (43 % soit n = 13) que le médecin leur donne des conseils. Ils étaient 3% (n = 1) à considérer ce critère comme « moyennement important ». Aucun patient n'a répondu « peu important » ou « pas important du tout », 1 patient n'a pas répondu.

- Le médecin prescrit une ordonnance à l'issue de la consultation

37 % (n = 11) des patients considéraient comme « très important » que le médecin prescrive une ordonnance à l'issue de la consultation. Ils étaient 33 % (n = 10) à considérer ça comme « important », 17 % (n = 5) comme « moyennement important » et 13 % (n = 4) comme « peu important ». Aucun patient n'a jugé ce critère comme « pas important du tout ».

- Le médecin vous donne des explications

Tous les patients, sauf un qui n'a pas répondu, ont jugé ce critère « très important » ou « important », respectivement 53 % (n = 16) et 43 % (n = 13).

- Le médecin vous écoute

La majorité des patients ont jugé « très important » (60 % soit n = 18) ou « important » (37 % soit n = 11) que le médecin les écoute. Ils étaient 3 % (n = 1) à considérer ce critère comme « moyennement important ». Aucun patient n'a répondu « peu important » ou « pas important du tout ».

- Le médecin peut vous recevoir en urgence

La majorité des patients a jugé « très important » (50 % soit n = 15) ou « important » (37 % soit n = 11) que le médecin puisse les recevoir en urgence. Ils étaient 3 % (n = 1) à considérer ce critère comme « moyennement important » et « peu important ». Aucun patient n'a répondu « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

- Le médecin respecte le secret médical

La majorité des patients a jugé « très important » (73 % soit n = 22) que le médecin respecte le secret médical. Ils étaient 17 % (n = 5) à considérer ce critère comme « important » et 7 % (n = 2) comme « moyennement important ». Aucun patient n'a répondu « peu important » ou « pas important du tout ». 1 patient n'a pas répondu.

- Le médecin est facilement disponible au téléphone

23 % (n = 7) des patients considéraient comme « très important » que le médecin soit facilement disponible au téléphone. Ils étaient 50 % (n = 15) à considérer cela comme « important », 10 % (n = 3) comme « moyennement important », 3 % (n = 1) comme « peu important » et 7 % (n = 2) comme « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

- Le médecin répond à vos questions

Tous les patients, sauf 2 qui n'ont pas répondu, ont jugé ce critère « très important » ou « important », respectivement 57 % (n = 17) et 37 % (n = 11).

- Le médecin s'intéresse à votre vie et non uniquement au côté médical

17 % (n = 5) des patients considéraient comme « très important » que le médecin s'intéresse à leur vie dans son ensemble, et non uniquement au côté médical. Ils étaient 23 % (n = 7) à considérer cela comme « important », 33 % (n = 10) comme « moyennement important », 13 % (n = 4) comme « peu important » et 7 % (n = 2) comme « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

- Le médecin comprend ce que vous attendez de lui

Tous les patients, sauf un qui n'a pas répondu, ont jugé ce critère « très important » ou « important », respectivement 47 % (n = 14) et 50 % (n = 15).

- Le médecin vous adresse à un spécialiste

47 % (n = 14) des patients considéraient comme « très important » que le médecin les adresse à un spécialiste si nécessaire. Ils étaient 37 % (n = 11) à considérer cela comme « important », 13 % (n = 4) comme « moyennement important » et 3 % (n = 1) comme « peu important ». Aucun patient n'a jugé ce critère « pas important du tout ».

- Le médecin vient chez vous si vous ne pouvez pas aller en consultation

33 % (n = 10) des patients considéraient comme « très important » que le médecin vienne à domicile s'ils ne pouvaient pas aller en consultation. Ils étaient 40 % (n = 12) à considérer cela comme « important », 13 % (n = 4) comme « moyennement important », 3 % (n = 1) comme « peu important » et 3 % (n = 1) comme « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

- Le médecin est prêt à discuter avec vous des traitements dont vous avez entendu parler

27 % (n = 8) des patients considéraient comme « très important » que le médecin soit prêt à discuter avec eux des traitements dont ils ont entendu parler. Ils étaient 37 % (n = 11) à considérer cela comme « important », 17 % (n = 5) comme « moyennement important », 3 % (n = 1) comme « peu important » et 7 % (n = 2) comme « pas important du tout ». 10 % (n = 3) des patients n'ont pas répondu.

- Le médecin ne répond pas au téléphone pendant la consultation

13 % (n = 4) des patients considérait comme « très important » que le médecin ne réponde pas au téléphone pendant la consultation. Ils étaient 20 % (n = 6) à considérer cela comme « important », 33 % (n = 10) comme « moyennement important », 10 % (n = 3) comme « peu important » et 10 % (n = 3) comme « pas important du tout ». 13 % (n = 4) des patients n'ont pas répondu.

- Le médecin prend en compte vos émotions

27 % (n = 8) des patients considéraient comme « très important » que le médecin prenne en compte leurs émotions. Ils étaient 33 % (n = 10) à considérer cela comme « important », 17 % (n = 5) comme « moyennement important », 7 % (n = 2) comme « peu important » et 10 % (n = 3) comme « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

- Le médecin vous demande votre avis

37 % (n = 11) des patients considéraient comme « très important » que le médecin leur demande leur avis. Ils étaient 30 % (n = 9) à considérer cela comme « important », 20 % (n = 6) comme « moyennement important », 3 % (n = 1) comme « peu important », 3 % (n = 1) comme « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

- Le médecin discute avec vous du diagnostic et des traitements

La majorité des patients a jugé « très important » (53 % soit n = 16) ou « important » (30 % soit n = 9) que le médecin discute avec eux du diagnostic et des traitements. Ils étaient 10 % (n = 3) à considérer ce critère comme « moyennement important ». Aucun patient n'a répondu « peu important » ou « pas important du tout ». 2 patients n'ont pas répondu.

Attentes des patients lors de la consultation

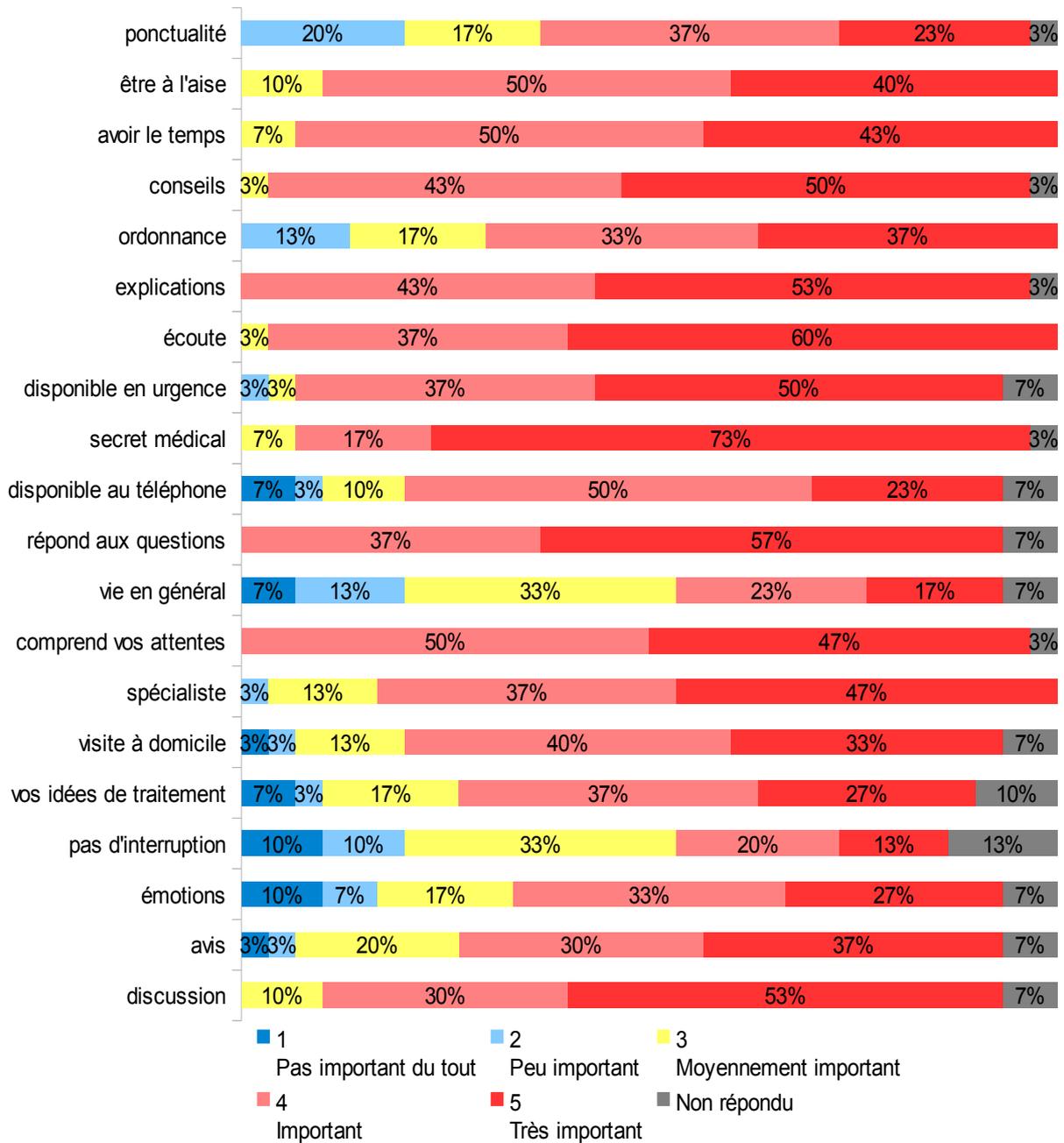


Figure 11.a : les réponses des patients sont présentées telles qu'ils les ont données

Attentes des patients lors de la consultation

version simplifiée

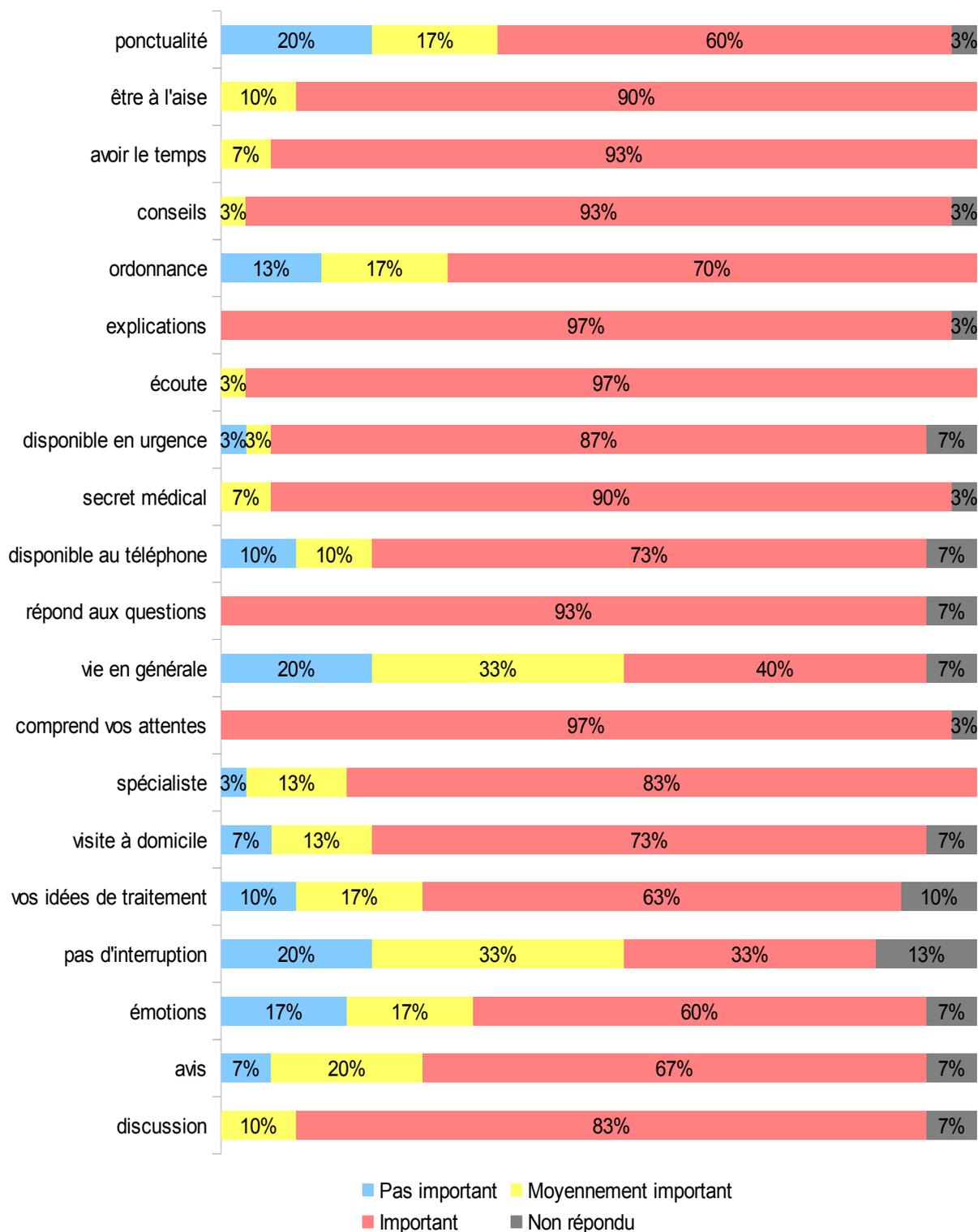


Figure 11.b : les réponses « très important » et « important » ont été amalgamées pour simplifier la lecture du tableau, la même chose a été réalisée avec les réponses « peu important » et « pas important du tout »

5.3. Classement général

Globalement, la majorité des patients considérait comme « important » ou « très important » la plupart des items proposés. Pour répondre à notre questionnaire, il était demandé aux patients de noter chaque item selon une échelle de Likert allant de 1 à 5. Cela nous a permis de calculer un score moyen pour chaque item, en ignorant les « non réponses », et donc de réaliser un classement, illustré par le tableau I. Les cinq items les plus importants par ordre décroissant étaient : le secret médical, le médecin répond aux questions, l'écoute, les explications, le médecin comprend ce que le patient attend de lui. Les deux items les moins importants étaient que le médecin ne réponde pas au téléphone pendant la consultation et qu'il s'intéresse à la vie du patient, et non uniquement à son côté médical.

Tableau I : Classement général des attentes des patients

Rang	Item	Score	Non répondu
1	Le médecin respecte le secret médical	4,69	3,30%
2	Le médecin répond à vos questions	4,61	6,70%
3	Le médecin vous écoute	4,57	0,00%
4	Le médecin vous donne des explications	4,55	3,30%
5	Le médecin comprend ce que vous attendez de lui	4,48	3,30%
5	Le médecin vous donne des conseils	4,48	3,30%
7	Le médecin discute avec vous du diagnostic et des traitements	4,46	6,70%
8	Le médecin peut vous recevoir en urgence	4,43	6,70%
9	Le médecin prend le temps	4,37	0,00%
10	Le médecin vous met à l'aise	4,3	0,00%
11	Le médecin vous adresse à un spécialiste	4,27	0,00%
12	Le médecin vient chez vous si vous ne pouvez pas aller en consultation	4,04	6,70%
13	Le médecin vous demande votre avis	4	6,70%
14	Le médecin prescrit une ordonnance à l'issue de la consultation	3,93	0,00%
15	Le médecin est facilement disponible au téléphone	3,86	6,70%
16	Le médecin est prêt à discuter avec vous des traitements dont vous avez entendu parler	3,81	10,00%

17	La consultation débute à l'heure	3,65	3,30%
18	Le médecin prend en compte vos émotions	3,64	6,70%
19	Le médecin s'intéresse à votre vie et non uniquement au côté médical	3,32	6,70%
20	Le médecin ne répond pas au téléphone pendant la consultation	3,19	13,30%

DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

Lors d'une consultation de médecine générale les patients attendaient en priorité de l'écoute.

Le respect du secret médical était considéré comme très important, tout comme le fait que le médecin réponde aux questions, donne des explications et qu'il comprenne les attentes du patient.

Les patients n'accordaient que peu d'importance au fait que le médecin ne réponde pas au téléphone pendant la consultation et qu'il s'intéresse à leur vie en général, et pas uniquement à son aspect médical.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Intérêt de la question de recherche

Les préoccupations des patients sont un sujet d'actualité en médecine générale, mais il existe encore peu d'études qui s'y intéressent, et aucune d'elles n'a cherché à comparer les attentes des patients avec les critères de qualité de la relation médecin-patient, tels qu'ils sont présentés dans la littérature.

2.2. Élaboration du questionnaire

Un questionnaire trop long pouvait amener à des abandons et à une lassitude auprès des répondants. Il a donc été choisi de réaliser un questionnaire ne nécessitant pas plus d'une dizaine de minutes pour être rempli.

Une question ouverte a été choisie en début de questionnaire afin de permettre au patient de formuler librement des propos non influencés par les questions suivantes. Les autres questions étaient fermées ou semi-ouvertes, avec échelle d'évaluation pour faciliter le traitement des données recueillies.

Le motif principal de consultation était défini en psychologique ou physique pour

limiter l'embarras de répondre à une question personnelle en salle d'attente.

2.3. Méthodologie du recueil des données

Le recueil des données a eu lieu par le biais d'un questionnaire auto-administré en présence de l'enquêteur. Cette méthode cumule les avantages de deux méthodes, celle du recueil avec questionnaire en face à face et celle avec questionnaire auto-administré. La présence de l'enquêteur favorise le sérieux des réponses de la personne répondant à l'enquête, mais sans l'influencer comme on pourrait l'observer lors de questionnaire en face à face. L'autre avantage concerne les personnes présentant une déficience entraînant une incapacité à lire ou remplir seul le questionnaire. Dans ce cas, l'enquêteur peut leur lire le questionnaire et noter leurs réponses.

L'inconvénient majeur est le risque que la personne interrogée n'ose pas demander de l'aide à l'enquêteur. Cette forme d'enquête demande aussi une connaissance minimale de la langue de rédaction du questionnaire.

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'objectif de notre étude était de décrire les attentes des patients par rapport à la médecine générale. Il était donc cohérent de s'adresser aux patients consultant le médecin généraliste. Les personnes venant au cabinet pour une autre raison n'étaient donc pas incluses (prises de rendez-vous auprès de la secrétaire, personnes accompagnantes ne venant pas consulter pour elles-mêmes, etc).

Les consultations médicales de l'enfant, l'adolescent ou l'adulte ont leurs particularités propres. Les attentes pour les individus appartenant à chacune de ces périodes de la vie sont aussi différentes. Néanmoins, il paraît difficile d'établir un âge seuil standardisé entre l'adolescence et la vie adulte sans tenir compte des modifications physiques et psychiques. L'âge de la majorité légale en France fixé à 18 ans aurait pu être l'âge seuil choisi pour cette étude. En soins primaires, les personnes de plus de 16 ans sont concernées par le parcours de soins coordonnés et doivent déclarer un médecin traitant à l'Assurance Maladie. De ce fait, l'âge minimum requis des répondants a été établi à 16 ans. À noter qu'avant d'être inclus dans l'étude, les patients mineurs devaient être accompagnés par un de leurs parents pour autoriser leur participation à ce travail de thèse.

Les patients consultant pour une urgence médicale ont été exclus de l'étude. Les

patients instables cliniquement ont été définis comme étant des patients dans l'incapacité de répondre objectivement et correctement au questionnaire du fait de leur état de santé.

La lecture du questionnaire était impossible si les répondants ne parlaient pas la langue française. De même, les patients accompagnés d'un membre de la famille pour servir d'interprète n'étaient pas interrogés pour éviter les biais liés à la traduction par un proche.

De la même manière, une altération des fonctions cognitives et la démence, selon le degré des troubles, affectent la compréhension, le raisonnement et le jugement. Les patients présentant un de ces troubles sont le plus souvent accompagnés d'une tierce personne qui pouvait alors nous informer sur cet état clinique. Dans le cas contraire, le dialogue préalable au questionnaire visant à se présenter et à expliquer l'étude pouvait permettre de juger des capacités de communication avec le patient et donc de sa faculté à participer à l'enquête.

Le questionnaire devait être réalisé auprès des patients en salle d'attente et avant la consultation avec le médecin généraliste ; celle-ci pouvant avoir une influence sur les réponses des patients.

2.5. Caractéristiques de l'échantillon

Le recrutement de la population de notre étude n'ayant eu lieu que dans un seul cabinet de groupe, celle-ci ne pouvait pas être représentative de la population générale, il n'a donc pas été défini de taille minimale à l'échantillon étudié. De plus, la population totale de notre étude était trop faible pour permettre une analyse quantitative des données. Il n'a donc pas été réalisé de tests statistiques.

Les caractéristiques les plus fréquentes de la population de l'étude étaient : le sexe masculin, l'âge supérieur à 55 ans et le statut de retraité.

En 2002 la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a effectué une enquête sur les consultations réalisées par les médecins généralistes et a constaté que la majorité d'entre elles concernaient des femmes (120). Dans notre étude la tendance inverse a été observée, la majorité des consultations concernait des hommes. L'échantillon étant trop petit pour permettre une réelle comparaison, il est difficile d'expliquer cette différence. En revanche, une concordance a pu être notée entre l'âge de la population de notre étude et celui retrouvé dans l'étude de la DREES (120).

3. Interprétation des résultats

3.1. L'état de santé global et le recours à la médecine générale

- Fréquence des consultations

Dans l'étude de la DREES sur les consultations de médecine générale, 76 % des séances concernaient des patients suivis régulièrement par le médecin généraliste (120). De la même manière, dans notre étude, les patients voyaient régulièrement leur médecin traitant, au moins tous les 3 mois pour 80 % d'entre eux. Ce résultat est probablement lié à l'âge de notre population. En effet les patients plus âgés ont une plus grande probabilité de présenter des pathologies nécessitant un suivi médical régulier et donc des consultations régulières.

Ils n'étaient que 17 % à avoir consulté un autre médecin généraliste dans les 6 derniers mois. En 2005 l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a réalisé une étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale (121). Il a été demandé aux patients de noter la confiance qu'ils accordaient à leur médecin généraliste, et la grande majorité d'entre eux ont donné une note supérieure ou égale à 7/10. Nous pouvons donc supposer que cette confiance importante en leur médecin généraliste explique que les patients ont tendance à lui rester fidèle.

Il existe une autre particularité française qui peut expliquer cette tendance. Il s'agit du parcours du médecin traitant qui pénalise les patients consultant un autre médecin généraliste que leur médecin traitant. Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête en demandant aux patients pour quelles raisons ils souhaitaient, ou non, consulter un autre médecin généraliste que leur médecin traitant.

- Motifs de consultation

Dans l'enquête de la DREES, 12,8% des motifs de consultation étaient d'ordre psychologique, mais cela pouvait être associé à un autre motif (120). Dans notre étude 17 % des consultations concernaient un motif psychologique, associé à un motif physique dans 80 % des cas.

Une étude multicentrique réalisée en 2012 en France métropolitaine, appelée « étude ECOGEN », a analysé 20 613 consultations de médecine générale. Parmi ces consultations

6,17 % concernaient la dépression (122) et 3,7 % un trouble anxieux (123). Selon le baromètre de santé réalisé en 2010 par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) la prévalence de la dépression est de 7 % en France, mais 39 % de ces personnes n'ont pas consulté de médecin (124).

L'anxiété et la dépression ne sont pas un motif de consultation fréquent en médecine générale. Pourtant, lors de chaque consultation, le médecin ne doit pas oublier de prendre en compte l'affect qui gravite autour de la maladie (19,21,40). Par conséquent, il semble donc que la part psychologique de chaque consultation, est sous-évaluée dans les études s'intéressant au motif de consultation. De la même manière, dans notre étude, il ne s'agissait pas uniquement de la dépression ou des troubles anxieux mais de toutes demandes que le patient considérait comme d'ordre psychologique. Cela dit, il est possible que la question n'ait pas été comprise en ce sens par les patients. Il pourrait être intéressant de reformuler cette question avant d'envisager une nouvelle utilisation de ce questionnaire.

3.2. Attentes et priorités des patients lors d'une consultation de médecine générale

- Attente prioritaire pour les patients

Nous avons choisi de poser une question ouverte en début de questionnaire afin de permettre au patient de formuler librement des propos non influencés par les questions suivantes. Il leur était demandé de citer ce qu'ils attendaient en priorité d'une consultation de médecine générale. Nous avons choisi de reproduire les réponses des patients telles qu'elles ont été écrites, c'est pourquoi la signification de certaines phrases n'est pas forcément claire. Il aurait pu être intéressant par une question secondaire de demander aux patients d'expliquer leurs réponses. Nous pouvons tout de même constater que la réponse citée le plus de fois par les patients est « l'écoute ». Les autres réponses citées plus d'une fois sont : le suivi, les conseils, l'ordonnance, le bon diagnostic, la vérité et l'envoi à un spécialiste. Tous ces items, sauf le suivi et la vérité, étaient explorés dans la suite du questionnaire et nous y reviendrons donc dans la suite de notre discussion.

- Pré-requis à la relation médecin-patient

- Le secret médical

Dans notre étude, le respect du secret médical était l'item considéré comme « très important » par le plus grand nombre de patients. Il occupait d'ailleurs le premier rang de notre classement par ordre d'importance, avec une note moyenne de 4,69 sur 5. Dans une étude internationale évaluant les priorités des patients en médecine générale, le respect du secret médical était considéré comme « très important » par 77 % à 91 % des patients, selon les pays (117). En moyenne, il était en troisième position, parmi les 10 items les plus importants pour les patients, tous pays confondus. Une étude belge, plus récente, a révélé elle aussi l'importance pour les patients du respect du secret médical (125). Le secret médical n'était évoqué que dans peu d'études, mais leurs résultats étaient concordants avec les nôtres, c'est-à-dire que les patients accordaient une grande importance au respect du secret médical.

Pourquoi les patients accordent-ils autant d'importance au respect du secret médical ? Dans sa thèse C. Mousel s'est intéressé à l'image du médecin généraliste dans la population de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain (118). Il en ressort que la représentation la plus commune est celle de conseiller, suivie par celle de confident. On retrouve la recherche de confiance et d'un confident dans la thèse de J.B Bonnet réalisée dans l'agglomération nantaise (119). De même, en Rhône-Alpes, les termes de conseiller et de confident faisaient partie des représentations les plus citées par les patients (121). Or, ce que nous attendons d'un conseiller ou d'un confident, c'est d'abord qu'il garde le secret sur ce que nous lui confions, surtout lorsque cela touche à l'intimité de la personne. Nous supposons que la prépondérance de cette représentation du médecin généraliste parmi les patients explique l'importance que ceux-ci accordent au respect du secret médical.

Par ailleurs, le respect du secret médical n'est pas explicitement cité dans les critères de qualité de la relation médecin-patient (24,34,35). Malgré tout, nous estimons qu'il ne s'agit pas d'un désaccord entre les médecins et leurs patients. En effet, l'importance du secret médical et de son respect est tellement prégnante dans la culture médicale, que celui-ci fait partie du serment que tout médecin doit prêter avant d'exercer. Le secret médical, et ses exceptions, sont encadrés par le Code déontologique, le Code civil et le Code pénal. Il s'agit

d'une obligation à laquelle le médecin ne peut se soustraire. Nous supposons que c'est pour cela qu'il n'est pas cité dans les critères de qualité de la relation médecin-patient.

- L'attitude du médecin

Nous avons constaté que la majorité des patients ont jugé important que le médecin les mette à l'aise, mais cet item n'était que dixième par rang d'importance, avec une note de 4,3 sur 5. Dans l'étude internationale sur les attentes des patients, la notion selon laquelle le médecin doit faciliter la communication, en faisant ressentir au patient qu'il est libre de parler de ses problèmes, arrive en cinquième position sur les 10 items les plus importants (117). Dans une méta-analyse de 19 études demandant aux patients de prioriser différents aspects du soin, l'un des trois items les plus importants était que le médecin soit abordable et qu'il soit facile de lui parler (126). Dans une autre méta-analyse de 107 études, l'humanité des soins faisait partie des items les plus importants (127). Dans l'étude de C. Mousel les patients considéraient en grande majorité que le médecin traitant avait la capacité de les mettre à l'aise (118). D'ailleurs, ils étaient peu nombreux à souhaiter une amélioration à ce sujet, en demandant au médecin d'être plus chaleureux et plus convivial. Une étude écossaise à type de *focus groups* a révélé l'importance pour les patients d'avoir un médecin abordable avec qui ils se sentent bien et qui leur donne le sentiment qu'ils peuvent lui parler (29). Une étude française réalisée elle aussi par la méthode des *focus groups* note l'importance pour les patients d'un « bon contact » avec leur médecin (51,128). Les patients attendaient de leur médecin qu'il soit capable d'établir des relations humaines franches. Une étude de grande taille au Danemark a évalué l'association entre la recommandation par les patients de leurs médecins généralistes à d'autres personnes et l'évaluation qu'ils avaient faite de ce dernier (79). Il a été constaté que le fait que le médecin facilite la communication, notamment en permettant au patient de lui parler aisément de ses problèmes, était en cinquième position parmi les 12 items montrant la plus forte association.

Toutes ces études sont concordantes avec nos résultats. Il est important que le médecin généraliste soit capable de créer une ambiance chaleureuse et que les patients se sentent libres de lui parler de ce qu'ils souhaitent. Nous supposons qu'en consultant le médecin, les patients s'attendent avant tout à rencontrer un être humain qui les traite avec respect et humanité. Mais pourquoi accordent-ils autant d'importance au fait que le médecin soit abordable et qu'on puisse lui parler facilement ? Il nous semble que dans l'imaginaire collectif le médecin reste le

détenteur des bonnes, comme des mauvaises nouvelles, celui qui apprécie si une personne est en bonne santé. Il existe donc probablement de l'appréhension chez un patient qui doit aller voir un médecin. Dans ces conditions, être face à un médecin affichant son « humanité » et capable de mettre le patient à l'aise, permet d'apaiser cette appréhension.

Une étude française à type de *focus groups* qui s'est intéressée au point de vue des médecins, retrouve l'idée de respect et de relation empathique et chaleureuse (28). Dans sa thèse, M.C. Dedienne retient notamment comme critères importants l'accueil verbal du patient, le contact visuel et le fait de permettre au patient de s'exprimer, ce que Carl Rogers appelle « l'attitude d'intérêt ouvert » (51). Une méta-analyse définit les soins empathiques comme le fait d'avoir une attitude chaleureuse, amicale et rassurante (60). Selon Stewart, une relation médecin-patient centrée sur le patient nécessite que le médecin soit capable de favoriser l'expression du patient (45). Une étude plus ancienne avait déjà constaté qu'une attitude positive et amicale du médecin entraînait une communication plus efficace et une relation médecin-patient de meilleure qualité (71).

Nous pouvons donc constater que les attentes des patients et les critères de qualité de la relation médecin-patient s'accordent sur le fait que le médecin doit présenter une attitude chaleureuse afin que le patient se sente libre de lui parler.

- Le temps
 - La ponctualité

Dans notre étude la ponctualité était un critère important pour près de 2/3 des patients. Mais cet item n'était qu'en 17ème position, avec une note moyenne de 3,65 sur 5, dans le classement par ordre d'importance. D'ailleurs le respect de l'horaire du rendez-vous était le critère pour lequel le plus grand nombre de patients attendaient une amélioration lors d'un sondage français réalisé en 2008 (129). De la même manière dans la thèse de C. Mousel 41 % des patients souhaitaient que le médecin soit plus ponctuel (118).

Malgré tout, la ponctualité n'est pas toujours l'élément le plus important pour les patients. Dans une étude belge sur les attentes des patients en médecine générale, la ponctualité était classée neuvième parmi les 10 items les plus importants (125). De la même

manière, dans l'étude de C. Forin, les patients semblaient privilégier la qualité des soins et leur accessibilité plutôt que le confort du lieu et le temps d'attente (43).

Il nous semble que la ponctualité apparaît comme un item d'importance plutôt secondaire pour les patients. Cela peut s'expliquer par la moyenne d'âge élevée des patients de médecine générale. En effet, la majorité d'entre eux sont retraités et nous pouvons supposer qu'ils ont moins d'impératif horaire que les patients encore en activité. Cela dit, nous supposons que lorsque les patients viennent dans un cabinet médical, c'est surtout pour être reçu en consultation par leur médecin généraliste et que pour cela, ils sont prêts à attendre un peu, surtout si la consultation est de qualité. Il importe tout de même de souligner que beaucoup de patients aimeraient voir une diminution du temps d'attente.

La ponctualité ne fait pas partie des critères de qualité de la relation médecin-patient. Nous supposons que cela est considéré comme quelque chose d'extérieur à la relation, alors même qu'elle influence probablement la qualité de la consultation. En effet, s'il est en retard, le médecin risque d'être stressé et donc moins patient et moins à l'écoute. C'est d'ailleurs ce qu'a constaté A. Moreau dans son étude par *focus groups* réalisée auprès des médecins généralistes (28). Ceux-ci considéraient la ponctualité comme un rituel sécurisant.

Finalement, nous pouvons constater que la ponctualité apparaît comme un élément d'une certaine importance, à la fois pour les patients et pour les médecins généralistes. Dans ces conditions, pourquoi est-ce que cela ne fait pas partie des critères de qualité de la relation médecin-patient ? Le temps d'attente avant le début de la consultation ne dépend pas de la seule action du médecin. En effet, si un patient arrive en retard, le médecin aura du retard pour toutes les autres consultations. À moins qu'il ne décide d'accorder moins de temps à celui qui est en retard, pour compenser. Il y a aussi des patients qui nécessitent des consultations plus longues, ce qui provoquera du retard pour les consultations suivantes. Le propre de la médecine générale, c'est qu'il est difficile de prévoir de quoi seront faites les consultations de la journée et qu'on ne peut donc pas adapter les horaires aux besoins. Nous supposons que, de ce fait, les médecins ont appris à mettre la ponctualité au second plan, alors qu'elle reste importante pour les patients. A. Moreau a comparé les résultats de deux études par *focus groups*, la première sur les attentes des patients en médecine générale (128) et la seconde sur les attentes des médecins (28). Il ressort de ses conclusions, comme nous l'avons supposé, que les patients accordaient de l'importance à la ponctualité des médecins. Quant aux médecins, il

apparaît que ceux-ci n'en faisaient pas une priorité.

- La durée de la consultation

Dans notre étude, il était important pour quasiment tous les patients que le médecin prenne du temps pour la consultation. Cet item occupait la neuvième place de notre classement avec une note de 4,37 sur 5. Ce résultat est concordant avec ceux obtenus dans différentes études sur les attentes des patients. Dans une méta-analyse de 19 études présentant un classement chiffré de différents items attendus par les patients, le temps disponible était en quatrième position, mais il n'était présent que dans 5 études, ce qui diminue la fiabilité de ce résultat (126). Lors d'une comparaison internationale, l'item le plus important, tous pays confondus, était que le médecin ait suffisamment de temps pendant la consultation (117). En Belgique, il s'agissait du troisième item le plus important (125). En France, le temps que le médecin accordait à la consultation, faisait partie des 5 items les plus importants pour les patients (130). En Norvège, une étude par *focus groups* retrouvait l'importance pour les patients du temps accordé par le médecin, mais constatait surtout que le sentiment de ne pas avoir à se dépêcher importait plus que la durée réelle de consultation (131). De la même manière, dans sa comparaison des attentes des médecins et des patients, A. Moreau a constaté que les patients avaient un vécu négatif d'un médecin perçu comme pressé (28). Nous avons retrouvé la même notion dans une étude écossaise par *focus groups* (29). Pour les patients, le manque de temps était un facteur limitant la qualité de la consultation. À l'inverse, le fait que le médecin prenne le temps donnait au patient l'impression qu'il se préoccupait de lui et le reconnaissait en tant qu'individu. De plus, lors des consultations perçues comme « vite faites » ou « pressées », le stress du patient augmentait et il avait l'impression de faire perdre son temps au médecin, de ne pas avoir le temps de dire ses craintes, voire même d'oublier certains motifs de consultation. D'ailleurs, la raison principale pour laquelle les patients pensaient que les problèmes psychologiques n'étaient pas traités en consultation de médecine générale était le manque de temps du médecin (132). Toutes ces études montrent que le temps passé avec le médecin est un élément important quelle que soit la culture du patient. Nous pouvons en déduire que ce qui importe le plus pour eux c'est la disponibilité du médecin.

Les patients semblent globalement satisfaits du temps qui leur est consacré en consultation, mais ils sont malgré tout un certain nombre à attendre une amélioration du critère « temps » de la part des médecins. Dans une étude française, réalisée dans la Vallée de

la Fensch et du pays Haut Lorrain, 42 % des patients considéraient que le médecin généraliste était plus disponible que les autres médecins (118). Malgré tout, un certain nombre de patients souhaitaient que le médecin prenne plus de temps pour les écouter, pour 32 % d'entre eux, ou pour les examiner, pour 31 %. Dans une étude réalisée auprès de la population générale française en 2008, 61 % des répondants considéraient que les médecins généralistes accordaient assez de temps à chaque patient, mais ils étaient malgré tout 30 % à attendre une augmentation de ce temps (129). Lors d'une enquête de 2005 auprès de la patientèle de médecins généralistes de Rhône-Alpes, 91 % des patients étaient satisfaits de la durée de la consultation et 59% estimaient comme nécessaire un temps de consultation compris entre 15 et 20 minutes, ce qui correspondait à la réalité dans 68% des consultations observées lors de cette même enquête (121). Dans une étude sur l'opinion des patients de l'île de la Réunion en 2014, 67 % des répondants étaient satisfaits de la durée des consultations avec leur médecin généraliste (43).

Une étude anglaise s'est intéressée à la perception par le patient de la durée de la consultation par rapport à sa durée réelle (133). Il a été constaté que les patients satisfaits de leurs consultations avaient plutôt tendance à en surestimer la longueur. Cela montre que la perception de la durée de la consultation par les patients est aussi influencée par d'autres critères. Les consultations qu'ils perçoivent comme satisfaisantes leur paraîtront plus longues. À l'inverse, lorsque les patients se plaignent d'un manque de temps, il s'agit probablement plus d'un manque de qualité que d'un problème de durée de consultation.

Un temps de consultation suffisant est essentiel pour offrir des soins de qualité (30). En effet il a été démontré que lors des consultations plus longues (au moins 10 minutes) le médecin était capable de reconnaître et de prendre en charge plus de problèmes psychosociaux et de maladies chroniques, et qu'il réalisait plus de prévention (31). Dans la même étude, les patients étaient plus satisfaits lorsque la consultation était plus longue. Hors, comme nous l'avons vu en introduction, la satisfaction du patient est une dimension importante dans l'évaluation de la qualité des soins. Une autre étude a constaté qu'un temps de consultation plus long était associé à une plus grande capacité du patient à gérer sa santé (112). De plus, une revue de littérature a montré que lorsque la consultation était plus longue les médecins prescrivaient moins de médicaments et proposaient plus de conseils hygiéno-diététiques (32). Une autre revue de littérature a constaté que lors des consultations plus

longues les patients avaient plus souvent le sentiment d'avoir pu parler de leur problème (115).

Tous ces éléments confirment qu'un temps de consultation suffisant participe à la qualité des soins en médecine générale. Les médecins s'accordent donc avec les attentes de leurs patients en ce qui concerne le critère « temps ».

- L'empathie

- L'écoute

Dans notre étude lorsque nous avons demandé aux patients d'écrire ce qu'ils attendaient en priorité d'une consultation en médecine générale, l'écoute est le terme qui est revenu le plus souvent. Dans la suite de notre questionnaire, tous les patients ont considéré ce critère comme important et il s'agit du troisième item de notre classement avec une note moyenne de 4,57 sur 5. L'importance de l'écoute pour les patients a été retrouvée dans de nombreuses études, qu'elles soient françaises ou non.

Dans une étude écossaise les patients définissaient la qualité d'une consultation en partie selon la capacité empathique du médecin, et notamment son écoute (29). En France, lors de *focus groups* réalisés auprès des patients, l'écoute active de la part du médecin généraliste faisait partie des attentes citées (51,128). Le patient attendait du médecin qu'il ne l'interrompe pas et le laisse exprimer le problème qui motivait la consultation. L'écoute était le premier terme utilisé lorsqu'il était demandé aux patients ce qui leur inspirait confiance dans la relation médecin-patient. L'importance de l'écoute a été retrouvée dans d'autres *focus groups* réalisés dans la population nantaise, sur l'image du médecin généraliste (119). Il a été observé dans une autre étude sur les attentes des patients, qu'ils attendaient en priorité que le médecin écoute tout ce qu'ils avaient à dire sur leurs problèmes (134). De la même manière, il ressort d'une enquête nationale française que les patients accordaient une grande importance à l'écoute et à la relation médecin-patient (130). Une autre étude s'est intéressée à la définition par les patients des soins personnalisés (135) : la communication était le thème le plus présent, ce qui comprenait une bonne technique de communication, une empathie visible et le

sentiment que le médecin était à l'écoute. Dans la thèse de C. Forin, réalisée en 2014, les patients de l'île de la Réunion priorisaient l'écoute et la prévention par rapport à l'aspect technique de la consultation (43). Tous les patients interrogés considéraient que leur médecin était à leur écoute. Finalement, dans les soins primaires, l'écoute active était le traitement le plus important pour les problèmes psychosociaux pour 60 % des patients interrogés (132).

Toutes ces études s'accordent à montrer que les patients attendent beaucoup d'écoute de leurs médecins généralistes. Selon une étude réalisée en 2005 dans la région Rhône-Alpes, plus de la moitié des patients étaient satisfaits de l'écoute, et de l'attention, montrées par leurs médecins (121). Paradoxalement, une enquête de 2007, réalisée dans la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain, a constaté que près de la moitié des personnes interrogées se plaignaient d'un manque d'écoute de la part des médecins (118). Dans une nouvelle étude de 2008, réalisée à l'échelle nationale, nous avons constaté une amélioration, plus de trois-quarts des patients jugeaient que les médecins généralistes étaient très à l'écoute et très attentifs (129). Nous pouvons supposer que cette amélioration est liée à la place grandissante qui est accordée à la relation médecin-patient et à la communication en médecine générale.

Le consensus de Toronto de 1991 sur la communication médecin-patient donne des pistes pour une relation de qualité, notamment par l'écoute : les praticiens doivent d'abord encourager leurs patients à exprimer leur préoccupation principale sans les interrompre (35). En 1994, P. Tate a publié un livre sur l'apprentissage de la communication pour les médecins, dans lequel il souligne l'importance de laisser le patient s'exprimer librement, sans diriger immédiatement l'interrogatoire, pour optimiser le recueil de données (55). Ces notions semblent maintenant bien intégrées par les médecins généralistes, comme le montrent des *focus groups* réalisés en 2004 où l'on retrouve la notion de l'écoute active afin de comprendre le patient, de décrypter une demande cachée et de percevoir ses véritables attentes (28). D'ailleurs, une étude sur la satisfaction des patients a constaté qu'elle était associée, de manière statistiquement significative, avec le fait que les patients aient pu exprimer leurs attentes (56). De plus, en partant de « l'écoute active » telle que Carl Rogers l'a définie (22), il a pu être théorisé et testé un « effet médecin » en soins primaires qui repose sur une attitude d'attention et d'empathie et qui permet un meilleur état de santé des patients (24).

Finalement, nous pouvons constater que les médecins et les patients s'accordent sur

l'importance à donner à l'écoute et au fait de laisser le patient s'exprimer. Bien sûr, il aura fallu du temps pour que la pratique médicale évolue dans cette direction. D'abord des théories ayant pour objet la qualité de la communication ont été élaborées, par Carl Rogers notamment, puis testées à de nombreuses reprises pour arriver au consensus de Toronto sur les critères de qualité de la relation médecin-patient. Dans le même temps, il a été constaté un écart entre ces critères et la réalité de la pratique médicale. Les améliorations nécessaires et les moyens à apporter pour y parvenir ont donc été proposés. Depuis, de nombreuses études s'intéressent aux méthodes d'acquisition de ces techniques de communication. Le regard de ces chercheurs se porte aussi sur les études de médecine et sur l'apprentissage qui y est fait, ou non, de ces techniques. Il nous semble que le chemin à parcourir est encore long, surtout au niveau des études médicales, dans lesquelles l'apprentissage de la relation médecin-patient n'occupe encore qu'une petite place, face aux compétences techniques.

- Comprendre ce que le patient attend

Tous les patients, sauf un qui n'a pas répondu, ont jugé important que le médecin comprenne ce qu'ils attendaient de lui. Cet item était en cinquième position dans notre classement, à égalité avec le fait de donner des conseils, avec une note de 4,48 sur 5.

Dans une revue de littérature internationale sur les priorités des patients, il a été constaté que cet aspect des soins n'était étudié que dans moins d'un tiers des études analysées en 1995 (126). Lors de cette revue de littérature, 6 études étaient réalisées à l'aide de questions ouvertes et l'item « comprendre ce que le patient attend » était important dans l'une de ces études. Ensuite, 19 études présentant un classement chiffré ont été analysées et un classement global a pu être réalisé. Dans ce classement, le fait d'explorer les besoins des patients était classé en septième position, mais ce critère n'était présent que dans 7 des 19 études analysées. Lors d'une autre comparaison internationale des priorités des patients, réalisée celle-ci en 1999, « comprendre les attentes des patients » était le quinzième item par ordre d'importance, parmi les 38 évalués (117). Plus récemment, dans une étude par *focus groups* sur l'image du médecin généraliste pour la population de la région nantaise, l'idée que le médecin cherche à comprendre la plainte du patient, même quand elle n'est pas exprimée, a été citée comme un élément important de ses compétences relationnelles (119).

Globalement, cet item nous a paru peu étudié. Il est intéressant de noter que dans les deux documents internationaux, la France ne faisait pas partie des pays étudiés. Dans la seule

étude française, les résultats étaient similaires aux nôtres, cet item était important pour les patients. S'agit-il donc d'une particularité française ? Nous ne pouvons actuellement pas répondre à cette question. En effet notre étude et celle de JB. Bonnet (119) n'ont pas été réalisées de manière nationale et nous ne pouvons savoir s'il s'agit d'une particularité des populations de nos études. Cette différence peut, peut-être, aussi être expliquée par l'ancienneté des études internationales. Il nous paraît donc intéressant que cet item soit plus étudié, d'abord d'un point de vue national, afin de pouvoir savoir s'il est vraiment important pour la population française. Il y aurait ensuite lieu d'établir de nouvelles comparaisons internationales pour étudier la différence d'importance selon les pays.

La notion selon laquelle le médecin doit rechercher les attentes du patient, afin de les prendre en compte, est présente dans toutes les définitions de la relation centrée sur le patient que l'on trouve dans la littérature (19,24,40,42,44–47,49,50), ce qui, comme nous l'avons vu fait partie des principes de la relation médecin-patient de qualité. En effet, si le médecin ignore ce que le patient attend de lui, il risque de ne pas le comprendre, ce qui entraînera la perception d'un manque d'intérêt de la part du médecin pour le patient. D'ailleurs, il est important que le médecin commence par accuser réception des attentes et inquiétudes du patient, pour lui montrer qu'il va les prendre en compte par la suite. Selon Carl Rogers c'est l'écoute active et l'empathie qui permet d'acquiescer cette compréhension des attentes du patient (9,10). On retrouve cette idée, exprimée par les médecins, lors de *focus groups* sur la qualité de la relation médecin-patient (28). De plus, lors d'une étude sur la satisfaction des patients, il a été constaté que le sentiment par le patient d'avoir été compris par le médecin et le fait d'avoir verbalisé sa demande était associé, de manière statistiquement significative, à une plus grande satisfaction du patient (56).

Il nous semble que ce critère occupe une place prépondérante dans la définition d'une relation médecin-patient de qualité. Les patients ont confirmé, dans notre étude, l'importance qu'ils attachent au fait que les médecins comprennent ce qu'ils attendent d'eux. Il nous paraît surprenant qu'un concept autant décrit n'ait pas été plus étudié auprès des patients. Nous supposons qu'il existe plusieurs raisons à cela. D'une part, il est possible que les chercheurs n'aient pas souhaité le remettre en cause. D'autre part, cette notion peut paraître tellement évidente qu'il n'a pas été jugé utile de l'étudier. L'autre fait qui nous a surpris, c'est que les rares fois où ce concept a été étudié auprès des patients, il semblait moyennement important pour eux, ce qui ne correspond pas à nos résultats. Le facteur temps suffit peut-être à

expliquer cette différence, les études que nous avons retrouvées datant de la fin des années 90. La différence de culture peut être une autre explication, ces études n'ayant pas été réalisées en France. Il existe un autre critère compliquant la comparaison entre notre étude et ces études internationales, qui est l'absence de classement général. Nous avons d'ailleurs été étonnée par le fait que cet item n'occupait que la quinzième place sur 38, dans la seule étude ayant réalisé un classement général (117). Les auteurs ont noté que les 38 items proposés avaient paru importants pour les patients interrogés, sans plus de précision. Finalement, pour permettre une vraie comparaison, il faudrait réaliser une étude internationale sur les attentes des patients en réalisant un classement général par ordre d'importance.

- Prendre en compte les émotions du patient

Le fait que le médecin prenne en compte les émotions du patient était globalement considéré comme moins important par les patients. Ils étaient notamment 10 % à considérer que ce n'était pas important du tout. D'ailleurs, cet item était classé 18ème sur 20 dans notre classement avec une note moyenne de 3,64 sur 5. Ce résultat n'est pas concordant avec les études sur les attentes des patients, réalisées dans différents pays.

En Angleterre, la majorité des répondants attendait du médecin généraliste qu'il prenne en compte leurs inquiétudes par rapport à la maladie, mais ils accordaient moins d'importance au fait que celui-ci comprenne leurs besoins émotionnels (134). En Allemagne, la majorité considérait comme important de discuter avec leurs médecins généralistes de l'aspect psychosocial de la maladie, et de leurs inquiétudes (132). En effet, ils pensaient que cela pouvait améliorer, voire même guérir, leurs maladies. Les patients qui ne croyaient pas à cet effet thérapeutique, pensaient quand même que cela pouvait les aider en leur montrant que quelqu'un se préoccupait d'eux. De la même manière, au Danemark, les patients avaient plus tendance à recommander leur médecin généraliste à d'autres personnes s'ils les aidaient à gérer leurs problèmes émotionnels (79). Nous pourrions donc supposer qu'il s'agit d'une particularité française. Est-ce vraiment le cas ?

Plusieurs études ont évalué les attentes des patients dans différentes régions françaises et leurs résultats sont concordants avec ceux obtenus par la communauté internationale. Dans la thèse de MC. Dedianne, les patients attendaient du médecin qu'il attache de l'importance à

l'écoute des problèmes psychologiques (51,128). Dans celle de JB. Bonnet, la capacité du médecin à prendre en compte la détresse psychologique du patient et les aspects psychologiques de la maladie était très importante aux yeux des répondants (119). Dans celle de C. Mousel, ils étaient un tiers à attendre de leurs médecins qu'ils s'intéressent davantage à leur état psychologique (118). Enfin, en Rhône-Alpes, la majorité des patients attendaient de leurs médecins généralistes qu'ils abordent le sujet des problèmes psychologiques, en plus du motif principal de consultation (121). De plus, les aspects personnels, le vécu relationnel, le vécu affectif et les plaintes psychosomatiques occupaient une place importante pour plus de la moitié des personnes interrogées. Nous pouvons donc constater que les patients français attendent du médecin qu'il prenne en compte leurs émotions, tout comme leurs homologues étrangers. Pourquoi donc nos résultats sont-ils différents ?

Tout d'abord, dans notre étude, près de trois quarts des patients consultaient pour un motif d'ordre physique, ce qui a pu influencer leur réponse. Nous pouvons supposer qu'ils attendaient d'abord une réponse à leur problème physique et que la composante émotionnelle leur apparaissait comme secondaire. Pour éviter ce biais, il nous paraîtrait intéressant de refaire cette enquête en incluant un nombre suffisant de patients pour espérer avoir près de la moitié des patients consultant pour un motif psychologique.

De plus, la majorité des études françaises ont été réalisées par *focus groups* ce qui laissait aux intervenants la possibilité de « théoriser » leur réponse, alors que notre étude a eu lieu en salle d'attente et en quelques minutes. Malgré notre insistance à expliquer aux répondants qu'il s'agissait de répondre de manière générale sur la consultation, certains d'entre eux ont pu parler de leur médecin généraliste et de la consultation qu'ils attendaient en particulier. Il nous paraît difficile d'éliminer ce biais, surtout si l'on souhaite conserver l'idée d'interroger les patients qui viennent en consultation de médecine générale.

Le vécu qu'a le patient de la maladie est unique et propre à chacun, quelle que soit la maladie. Le médecin doit chercher à comprendre cette expérience personnelle pour savoir quelle influence la maladie a sur la vie du patient (40). C'est en utilisant une approche centrée sur le patient que le médecin pourra obtenir cette compréhension (19,42), donc être empathique. En effet, l'empathie est définie comme le fait, pour le médecin, d'avoir conscience des émotions du patient (11). Il s'agit d'un élément clé de la qualité de la relation médecin-patient (6,14). De plus, la perception par le patient de l'empathie du médecin, est

définie par le sentiment qu'il a d'être compris. Ce sentiment peut survenir si le médecin a la capacité de transmettre ce qu'il a perçu de l'état émotionnel du patient et de montrer qu'il le prend en compte (18). De plus, selon Balint, laisser s'exprimer le patient sur le vécu psychologique de sa maladie contribue déjà à le soigner (49). Ce qu'il a appelé « l'effet médecin » a ensuite été testé dans des essais comparatifs randomisés qui ont démontré son efficacité thérapeutique (24).

Prendre en compte les émotions du patient fait partie des critères de qualité de la relation médecin-patient telle qu'elle est définie dans la littérature. Ce qui est concordant avec les attentes des patients, selon les études réalisées en France et dans d'autres pays, mais pas selon la nôtre.

- Le partage d'information

- Les explications

Tous les patients, sauf un qui n'a pas répondu, ont jugé important que le médecin leur donne des explications. Cet item occupait le quatrième rang de notre classement avec une note de 4,55 sur 5. Ce résultat est confirmé par de nombreuses études.

Lors des *focus groups* réalisés par JB Bonnet pour sa thèse, nous pouvons retrouver l'importance de recevoir des explications (119). Dans une autre étude française par *focus groups*, les patients attendaient du médecin des explications sur l'examen physique, le traitement et les résultats d'analyses (128). Lors d'une autre étude sur le point de vue des patients, l'obtention d'information sur le problème de santé était la priorité principale pour près de 80 % des répondants (130). De plus, la clarté des explications faisait aussi partie des critères importants. Lors d'une comparaison internationale, les explications données par le médecin généraliste étaient le dixième item le plus important (117). En Belgique, le besoin d'explications était le deuxième item le plus important (125); de plus, en huitième position par rang d'importance, il y avait les explications sur le besoin de réaliser des examens et sur les traitements. Sur dix items, les explications apparaissaient deux fois, ce qui confirme leur importance pour les patients. Dans une autre étude sur les attentes des patients, le besoin d'explications claires était de nouveau cité à deux reprises (134). Une première fois pour

l'explication du problème, et une deuxième fois pour son traitement. Près de la moitié des patients trouvaient ces deux items très importants. Dans une méta-analyse de 19 études sur les attentes des patients, le partage d'informations était en sixième position dans le classement général par degré d'importance (126). Lors d'une enquête en Rhône-Alpes, presque tous les patients interrogés étaient satisfaits des explications données par leur médecin généraliste, mais ils étaient malgré tout 71 % à souhaiter obtenir davantage d'explications sur « les maladies » (121). De la même manière, en Lorraine, près de la moitié des patients considéraient que leur médecin traitant expliquait mieux leur pathologie qu'un autre médecin, mais ils étaient plus de la moitié à se plaindre d'un manque d'explications (118). Le souhait d'un plus grand partage des informations n'est pas exclusivement français. Dans une étude écossaise, les patients demandaient à recevoir plus d'explications de la part de leurs médecins généralistes, notamment à propos des traitements (pourquoi, comment bien l'utiliser, les effets indésirables possibles), et surtout des explications claires et compréhensibles (29). Et en Angleterre, un quart des répondants n'étaient pas satisfaits de l'information qu'ils recevaient de leur médecin généraliste (72).

Nous pouvons constater que l'échange d'informations occupe une place prépondérante dans les préoccupations des patients, et ce dans tous les pays. Nous supposons que les patients y accordent de l'importance d'abord parce que cela les rassure. En effet, l'inconnu est toujours source d'inquiétude, donc savoir et comprendre les effets de la maladie et du traitement permet de diminuer cette inquiétude. De plus, cela leur permet aussi de mieux gérer leurs maladies et leurs traitements. Grâce aux explications du médecin, les patients deviennent acteurs de leur santé, au lieu de subir les effets de la maladie et les décisions du médecin. Cela étant, faut-il tout dire à tous les patients ?

Dans une relation médecin-patient de qualité, l'idéal est de s'adapter à chaque patient. Il importe que le médecin lui demande ce qu'il souhaite comme information, ainsi que ses priorités, afin que ses besoins importants soient traités en priorité (57,58). Le médecin doit être sensible aux préférences du patient (50) et les respecter (28).

Il a été démontré que lorsque les patients ont le sentiment que le médecin leur a bien expliqué le traitement, ils sont plus satisfaits de la consultation (69). Lors d'une autre étude il a été suggéré que ce n'est pas l'information en elle-même qui augmente la satisfaction des patients, mais bien la perception qu'ils ont que le médecin essaie de partager l'information

avec eux (67). Cela montre que les médecins ont conscience de l'importance que les patients accordent aux explications données pendant la consultation.

- Répondre aux questions du patient

Tous les patients, sauf 2 qui n'ont pas répondu, ont jugé ce critère important. D'ailleurs, il occupait la deuxième place de notre classement par ordre d'importance avec une note de 4,61 sur 5. Dans la thèse de C. Forin, sur les attentes des patients de l'île de la Réunion, avoir des réponses aux questions de santé, l'écoute et les conseils de la part du médecin généraliste avaient plus d'importance que l'aspect technique de l'examen physique (43). Dans une méta-analyse de 57 études, il n'y en avait qu'une seule où l'item « répondre aux questions des patients » était présent, et il était important pour 23 % des répondants (126).

Dans les études que nous avons consultées, le partage d'informations était un sujet largement discuté et il était souligné l'importance de donner des explications, de rechercher ce que le patient souhaite comme information et de faciliter la pose de questions par celui-ci. Étonnamment, il n'était que rarement fait mention de l'importance de répondre aux questions du patient une fois qu'elles étaient posées.

De la même manière, dans les critères de qualité de la relation médecin-patient nous n'avons pas trouvé mention de l'importance de répondre aux questions du patient. Nous supposons qu'il paraît évident pour le corps médical que si un médecin laisse le patient poser des questions il va ensuite y répondre. Mais il nous paraît pourtant nécessaire de préciser l'importance qu'il y a à répondre aux questions des patients, ou au moins à en accuser réception. D'abord, parce que cela montre au patient qu'il a été entendu par le médecin et que celui-ci s'intéresse à ses préoccupations, ce qui va favoriser de nouveau l'expression par le patient de ses inquiétudes ou interrogations ; d'autre part, parce que cela peut le rassurer.

- Les conseils

Dans notre étude, plus de 90 % des patients considéraient comme important que le médecin leur donne des conseils. Cet item occupait la cinquième position dans notre classement, à égalité avec le fait de comprendre ce que le patient attend du médecin, avec une

note de 4,48 sur 5. Lors d'une étude sur les attentes et les représentations des patients vis à vis de la médecine générale, réalisée en Rhône-Alpes, 80 % des répondants décrivaient le médecin généraliste comme un conseiller (121). Nous avons retrouvé cette représentation, citée par 81 % des patients dans la thèse de C. Mousel, en Lorraine (118). Et plus récemment, sur l'Île de la Réunion, C. Forin a constaté que le médecin généraliste était perçu comme un conseiller par 88 % des répondants (43). Finalement, elle a constaté qu'avoir des réponses aux questions de santé, l'écoute et les conseils de la part du médecin généraliste avaient plus d'importance pour les patients que l'aspect technique de l'examen physique. Nous avons retrouvé les mêmes résultats à l'étranger. Dans une étude anglaise, la majorité des patients attendaient du médecin des conseils pour rester en bonne santé et diminuer le risque de maladie (134). Lors d'une étude sur les attentes des patients dans la prise en charge psychosociale en soins primaires, la majorité des patients considéraient que des conseils de la part de leur médecin pouvaient contribuer à guérir ou à alléger le poids d'une maladie (132). Tous ces résultats sont concordants et montrent l'importance que les patients accordent aux conseils donnés par le médecin généraliste. Nous pouvons supposer que cela est en partie lié à l'intérêt grandissant pour la prévention en soins primaires. En effet, l'un des moyens de faire de la prévention est de conseiller les patients pour qu'ils puissent choisir d'adopter un mode de vie sain et de réaliser les dépistages adaptés. Pour les patients porteurs de maladies, quelle qu'en soit la gravité, le médecin peut conseiller un mode de vie adapté ou des techniques non médicamenteuses pouvant entraîner un soulagement. De plus, cela montre aux patients que le médecin se soucie d'eux, ce qui peut les aider à se sentir mieux.

Dans la définition de la relation médecin-patient centrée sur le patient, on trouve la promotion de la santé et la prévention (44). Dans la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé il est noté l'importance de l'éducation à la santé, afin de donner aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé (39).

Il y a donc un accord entre les attentes des patients et l'un des critères de qualité de la relation médecin-patient que constitue la promotion de la santé, par le biais de conseils donnés par le médecin.

- L'attitude centrée sur le patient
 - Discuter avec le patient des traitements dont il a entendu parler

Nous avons choisi de séparer cet item et le suivant (discuter avec le patient du diagnostic et des traitements) alors même qu'ils peuvent sembler assez proches. En effet la médiatisation de la société et des problèmes de santé ont changé le rapport que les patients entretiennent avec l'information de santé (136–139). Pour s'informer sur la santé, les patients utilisent internet, la télévision, les magazines, la radio, ainsi que l'opinion de leurs proches et du pharmacien (118,140). Toutes les études réalisées sur le sujet montrent que les patients recherchent ces informations afin de compléter celles fournies par le médecin (136,137,141,142), celui-ci restant le référent du savoir médical (140–142). Il nous paraissait intéressant de savoir si les patients souhaitaient échanger avec leurs médecins autour des informations qu'ils ont obtenus par d'autres biais.

Dans notre étude, deux tiers des patients considéraient comme important que le médecin soit prêt à discuter avec eux des traitements dont ils ont entendu parler. Mais ils étaient malgré tout 10 % à ne pas y accorder d'importance. Cet item était moins important que les autres pour les patients, il occupait le 16^{ème} rang de notre classement avec une note de 3,81 sur 5. Ce résultat n'est pas spécifique à notre étude. En effet, en Belgique, lors d'une étude sur les attentes des patients, le fait que le médecin généraliste discute avec le patient des examens complémentaires, des traitements et des avis spécialisés qu'il envisageait était classé 27^{ème} sur 42 items, avec un score moyen de 3,65 sur 5 (125). Nous avons retrouvé cet item dans une étude recherchant les attentes des patients dans différents pays (117). Au niveau du classement général, il occupait la dix huitième place sur 38 items. Mais il était onzième en Suisse et quatorzième aux Pays Bas. À l'inverse, il était vingt-neuvième au Portugal. Il est intéressant de constater que l'importance de cette idée fluctue selon la culture des patients. Nous savons que les patients français ont tendance à rechercher des informations médicales par les médias (internet, journaux télévisés), ainsi qu'à demander conseil à leurs familles et amis face à un problème de santé (118,140). Il nous paraît donc étonnant que la possibilité d'en parler avec leur médecin ne soit pas plus importante pour eux. Nous pouvons supposer que certains patients n'osent pas dire à leur médecin qu'ils ont cherché des renseignements dans les médias. Une étude réalisée en 2008 auprès des patients utilisant internet comme

médiateur d'informations de santé confirme cette idée (141). En effet, ceux-ci déclaraient ne pas avouer à leur médecin la provenance des informations dont ils discutaient avec lui, et ce par crainte d'une réaction hostile de la part du médecin. Il nous semble que ce sujet mériterait de plus amples recherches, en s'intéressant aussi à l'opinion des médecins généralistes.

Comme nous l'avons vu en introduction, une relation médecin-patient de qualité implique un partenariat entre le patient et le médecin, c'est à dire que le médecin doit rechercher les préférences du patient et en discuter avec lui (34). Il est clairement précisé que le médecin doit explorer les représentations que le patient a de son problème, et discuter avec lui de la solution qu'il attend (24,52,53,143). Cela nous permet de conclure que cet item a une plus grande importance dans la définition d'une relation médecin-patient de qualité selon les médecins, que selon les patients.

- Discuter avec le patient du diagnostic et des traitements

La majorité des patients considéraient comme important que le médecin discute avec eux du diagnostic et des traitements. Cet item occupait la septième place de notre classement, avec un score moyen de 4,48 sur 5.

Nous avons retrouvé des résultats similaires dans une étude anglaise dans laquelle les patients attendaient un partenariat de leur médecin (134). C'est à dire que celui-ci discute avec eux du diagnostic et des traitements avant d'arriver à un accord sur la définition du problème et sa solution. Cette demande de partenariat a été confirmée lors d'une étude française par *focus groups* (128). Inversement, lors d'une étude internationale sur les attentes des patients, le fait que le médecin reconnaisse au patient le choix final à propos des examens complémentaires et des traitements était classé vingt-huitième sur les 38 items proposés (117). Cet item était aussi présent dans une étude belge où il était en trente-quatrième position sur les 42 items proposés (125). Nous pouvons constater qu'il est important pour les patients que le médecin discute avec eux du diagnostic et des traitements. Mais lorsqu'on compare avec d'autres items, nous constatons qu'il ne s'agit pas d'une priorité pour les patients, contrairement à nos résultats. Les deux études qui ont effectué un classement n'ont pas été réalisées en France, ce qui peut peut-être expliquer cette différence. Mais la population de notre étude n'est pas représentative de la population française, ce qui ne nous permet donc pas de conclure. Il serait intéressant d'étudier cet item de manière plus approfondie grâce à une

étude multicentrique de plus grande taille. Une autre explication possible est liée à la formulation de cet item dans notre étude. En effet, discuter de quelque chose peut impliquer diverses actions. Le simple partage d'informations par exemple, sans aller jusqu'au partage de la prise de décision. Cet item devrait peut-être être reformulé avant d'envisager de réaliser une étude de plus grande taille.

Une relation médecin-patient de qualité est définie comme une relation centrée sur le patient (34). C'est-à-dire que le médecin doit rechercher l'opinion du patient pour arriver à un accord avec celui-ci (27) concernant la définition du problème et sa solution (44), ainsi que le rôle de chacun, médecin et patient (19). Il importe que les perceptions, besoins et préoccupations du patient soient exprimés durant la consultation (42). De plus, le médecin doit partager les responsabilités, tout en restant sensible aux préférences du patient en ce qui concerne le partage d'information et la décision partagée (50). Il ne doit pas imposer à un patient qui ne le souhaite pas de participer à la prise de décision. S'il existe des discordances entre le point de vue du médecin et celui du patient, celles-ci doivent être résolues par la négociation (47).

Nous pouvons constater qu'il existe une concordance entre les attentes des patients et les critères de qualité de la relation médecin-patient en ce qui concerne le partage des informations et des décisions.

- Demander son avis au patient

Deux tiers des personnes interrogées considéraient comme important que le médecin demande son avis au patient. Cet item occupait dans notre étude le treizième rang parmi les 20 propositions, avec une moyenne de 4 sur 5. Il était plus important pour les patients de recevoir suffisamment d'informations que de donner leur avis.

Dans une méta-analyse il a été constaté que les patients préféraient avoir un rôle actif lors de la prise de décision (126). Parmi les études incluses dans cette méta-analyse et présentant un classement, le troisième aspect le plus important, pour les patients, était d'être impliqué dans la prise de décision. De la même manière, dans une étude française par *focus groups* les patients souhaitaient établir un partenariat avec leur médecin (128). On retrouve la notion de partenariat dans une étude anglaise, dans laquelle les patients attendaient du

médecin que celui-ci s'intéresse à ce qu'ils pensent, et qu'il discute avec eux du diagnostic et du traitement pour arriver à un accord (134). Dans une étude danoise, les patients avaient plus tendance à recommander à d'autres leur médecin généraliste si celui-ci présentait une attitude centrée sur le patient, notamment en les faisant participer à la prise de décision (79).

Comme dans notre étude, il a été constaté que le partage d'informations était plus important pour les patients que le partage de la décision (130), ce qui a été confirmé en Belgique où une étude a évalué l'importance pour les patients de 42 items, qui ont ensuite été classés par ordre d'importance (125). L'item « le médecin accepte que la décision finale pour le choix de la prise en charge revienne au patient » n'était qu'en 34ème position. De la même manière, lors d'une étude internationale évaluant l'importance de 38 items pour les patients, l'item « le médecin accepte que la décision finale pour le choix de la prise en charge revienne au patient » n'était qu'en 28ème position (117).

Nous pouvons en conclure que, comme dans notre étude, les patients attendent un partenariat de leur médecin, mais que participer à la prise de décision est moins important pour eux que le partage d'informations par le médecin généraliste.

Comme nous l'avons vu plus haut, une relation médecin-patient de qualité est définie par une communication centrée sur le patient. Pour cela, il importe d'arriver à un accord entre le médecin et le patient, ce qui nécessite de définir avec celui-ci l'implication qu'il souhaite avoir dans la prise en charge (19,27,34,59). Mais il ne faut pas oublier que l'aspect le plus important d'une relation médecin-patient centrée sur le patient est la prise en compte des préférences de celui-ci, que ce soit à propos des informations (que souhaite-t-il savoir ?) ou de la prise de décision (souhaite-t-il y participer ?) (44,50).

Il nous semble que les médecins accordent plus d'importance que les patients à l'établissement d'un partenariat. Cela dit, il a été démontré que lorsque le médecin utilise un mode de communication centré sur le patient, la satisfaction du patient augmente (18,45,73). Cela montre que même si les patients semblent y accorder moins d'importance, une communication centrée sur le patient avec un partenariat entre médecin et patient est utile à la consultation.

- Le modèle biopsychosocial = s'intéresser à la vie du patient dans son ensemble

Dans notre étude, les patients n'accordaient pas beaucoup d'importance au fait que le médecin s'intéresse à leur vie dans son ensemble, et non uniquement à son aspect médical. Cet item était l'avant dernier dans le classement par ordre d'importance, avec une note moyenne de 3,32 sur 5.

Dans une revue de littérature il a été constaté que les patients attendaient du médecin d'être traités comme des individus à part entière et le critère le plus important pour eux était l'humanité du médecin, c'est-à-dire qu'il montre du respect et un intérêt pour le patient en tant qu'individu (126). On retrouve la notion de ne pas être traité comme « une maladie » mais comme une personne dans son contexte de vie, dans de nombreuses études, réalisées dans différents pays (29,79,135,144). Par contre, dans les études qui ont pu réaliser un classement par ordre d'importance, le modèle biopsychosocial ne faisait pas partie des priorités. Dans une comparaison internationale, le fait que le médecin considère le patient comme une personne à part entière et s'intéresse à sa situation de vie était classé 24ème sur 38 items (117). Et dans une étude belge, cet item n'était qu'en 36ème position sur 42 avec un score moyen de 3,42 sur 5 (125). Une explication à ce résultat peut être trouvée dans la thèse de J.B Bonnet réalisée par *focus groups*, dans laquelle certains intervenants expliquaient attendre du médecin une approche essentiellement physique, parce qu'ils ne le considéraient pas suffisamment compétent pour la prise en charge psychologique (119). Toujours dans cette étude, ceux qui attendaient une approche globale, avec prise en compte de l'aspect physique, psychologique et social, considéraient que les aspects physiques et psychologiques ne pouvaient pas être dissociés, et que le médecin devait s'intéresser à la situation globale du patient plus qu'à un syndrome isolé.

La majorité des répondants de notre étude ayant déclaré un motif de consultation physique, nous pouvons supposer qu'ils attendaient avant tout de traiter un problème médical pour lequel leur contexte de vie ne leur semblait pas important, ce qui semble correspondre aux résultats obtenus par J.B Bonnet dans sa thèse (119).

Le modèle biopsychosocial a été défini par Engel, qui pensait que pour comprendre les

souffrances du patient et y répondre de manière appropriée, le praticien devait s'intéresser à la fois aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la maladie (25,27,38). En plus d'utiliser le modèle biopsychosocial, il importe de comprendre le sens que la maladie a pour chaque patient (50).

Au niveau européen, la WONCA (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes) définit notamment la médecine générale par son approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires (41).

Au niveau international, la charte d'Ottawa propose une conception élargie de la santé, en faisant intervenir des composantes sociales, économiques et environnementales et précise que les services de santé doivent être centrés sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité (39).

Nous pouvons voir que le modèle biopsychosocial est un critère important de la qualité de la relation médecin-patient dans la littérature. Les patients nous semblent plus partagés. Certains y accordent beaucoup d'importance, d'autres considèrent le médecin généraliste plutôt comme un technicien de la santé et préfèrent consulter quelqu'un d'autre pour les problèmes psychologiques. Il est intéressant de constater que lors des études évaluant la satisfaction des patients selon le contenu de la consultation médicale, il existait une corrélation positive avec l'utilisation du modèle biopsychosocial (69,78). Dans une étude multicentrique, il existait même une association négative avec la satisfaction du patient lorsque le médecin posait des questions à propos de sujets biomédicaux (78). Tout cela montre que même si les patients semblent accorder moins d'importance au modèle biopsychosocial si cher à la médecine générale, ils sont malgré tout plus satisfaits quand il est appliqué, et cette satisfaction permet une meilleure qualité de la relation médecin-patient. Nous pouvons donc conclure que cet item est finalement aussi important pour les patients que pour les médecins.

- La disponibilité
 - En urgence

Dans notre étude, la majorité des patients considéraient comme important que le

médecin soit disponible en urgence. Ce critère était en huitième position avec un score moyen de 4,43 sur 5. On retrouve ce résultat dans une étude européenne sur les attentes des patients, dans laquelle l'accès rapide en cas d'urgence était le deuxième item le plus important, tous pays confondus (117). De la même manière, dans une étude belge l'intervention rapide du médecin en cas d'urgence était le sixième critère le plus important pour les patients, avec un score moyen de 4,29 sur 5 (125). Inversement, au Danemark une étude a montré que parmi 12 critères fortement associés au fait que les patients recommandaient leur médecin généraliste à d'autres personnes, aucun ne concernait l'accessibilité (79). La disponibilité, en urgence notamment, était en 17ème position avec une faible association à la recommandation du médecin.

Dans les études que nous avons analysées, la disponibilité du médecin généraliste était souvent appréciée par les patients, bien que certains d'entre eux souhaitaient qu'elle soit plus importante (118,119,128,129). Lors des *focus groups* réalisés avec des médecins généralistes par A. Moreau, ceux-ci n'avaient pas abordé le sujet (28), et lors d'une étude nationale française, ils appréciaient de pouvoir privilégier leur vie privée avec la suppression des gardes obligatoires et la possibilité de fermer le cabinet médical (129).

Nous avons pu constater que selon les études les résultats étaient divergents. Une étude anglaise a montré que la satisfaction des patients était fortement associée à la qualité de la relation médecin-patient et aux compétences techniques du médecin généraliste, ce qui comprend l'accessibilité et la disponibilité (72). Mais lors d'une étude française sur l'opinion des patients, l'organisation du soin, notamment la disponibilité et les visites à domicile, apparaissait comme secondaire par rapport à la relation médecin-patient et plus particulièrement l'échange d'informations (130).

- Aller en visite

La possibilité que le médecin vienne au domicile du patient quand celui-ci n'est pas en capacité de se déplacer était « très importante » pour un tiers des patients. Cet item occupait la douzième place du classement avec une note moyenne de 4,04 sur 5.

Lors d'une étude belge sur les priorités des patients, la possibilité d'obtenir une visite à

domicile était classée 19ème sur 42 items avec un score moyen de 3,98 sur 5 (125). Dans une étude internationale ce même item était classé 21ème sur 30 (117). Lors d'une étude française sur l'opinion des patients, l'organisation du soin, notamment la disponibilité et les visites à domicile, apparaissait comme secondaire après la relation médecin-patient et plus particulièrement l'échange d'informations (130). Lors des *focus groups* réalisés par M.C. Dedienne, les patients, et surtout les personnes âgées, appréciaient la possibilité d'obtenir une visite à domicile (128). Ce critère n'était pas abordé par les médecins généralistes lors des *focus groups* réalisés par A. Moreau (28). De la même manière, lors d'une étude sur le rôle et la place du médecin généraliste en France, les médecins généralistes déclaraient une diminution du nombre de visites à domicile, liée à l'évolution des cotations, ce qui était apprécié par eux (129).

Nous pouvons constater que ces résultats concordent avec notre étude. La disponibilité du médecin à domicile occupe une place d'importance relative pour les patients. Ils accordent plus d'intérêt à une communication de qualité et au partage d'informations.

La disponibilité en visite à domicile ne fait pas partie des critères de qualité de la relation médecin-patient. Nous avons d'ailleurs vu que les médecins s'en préoccupent peu, ce qui peut être en partie lié au système de santé français. En effet, la cotation actuelle des actes ne reconnaît la visite à domicile que dans un contexte d'urgence, ce qui n'est pas compatible avec les attentes des patients. Mais les critères de qualité de la relation médecin-patient étant définis de manière internationale depuis de nombreuses années, il nous semble que cette explication n'est pas suffisante.

- Au téléphone

Dans notre étude la disponibilité du médecin par téléphone était en 15ème position, avec une note moyenne de 3,86 sur 5. La moitié des répondants considéraient ce critère comme « important », mais ils étaient moins d'un tiers à le trouver « très important ».

En ce qui concerne la question du téléphone pendant la consultation, il nous semble que les patients se sentaient moins concernés. En effet 13 % d'entre eux n'ont pas répondu, ce qui fragilise nos résultats. Malgré tout, nous pouvons constater que cet item était le moins important de tous avec une note moyenne de 3,19 sur 5.

Globalement, la disponibilité du médecin par téléphone a été peu étudiée. Lors d'une revue de littérature sur les priorités des patients, seulement 4 études sur les 57 analysées s'y sont intéressées, ce qui ne permettait pas de conclure sur son degré d'importance pour les patients (126). Parmi les données existantes, il a été constaté, lors des *focus groups* réalisés par M.C Dedienne, que les patients souhaitaient pouvoir parler directement au médecin, notamment pour obtenir des informations (51). De la même manière, lors d'une étude internationale sur les attentes des patients, la disponibilité du médecin au téléphone était en 23ème position par ordre d'importance, sur les 38 items étudiés (117). Comme nous l'avons constaté dans notre étude, les patients souhaitent pouvoir parler à leur médecin par téléphone, mais il s'agit d'un critère d'importance secondaire. C'est d'ailleurs ce qui a été constaté dans une étude danoise, dans laquelle, parmi les 12 critères fortement associés au fait que les patients recommandaient leur médecin généraliste à d'autres personnes, aucun ne concernait l'accessibilité (79). La disponibilité du médecin au téléphone notamment était en 18ème position avec une faible association à la recommandation du médecin. De la même manière, quand il était demandé aux patients s'ils accepteraient, dans certains cas, d'avoir des consultations téléphoniques payantes, 71 % des personnes interrogées ont répondu par la négative du fait de l'absence de relations humaines et de contact direct avec le médecin (121). En ce qui concerne l'interruption de la consultation par le téléphone, nous n'avons pas trouvé d'autres études en faisant notion. Nous avons constaté que les patients considéraient comme relativement important de pouvoir joindre facilement le médecin par téléphone. Il paraît donc cohérent qu'ils soient peu gênés lorsque leur propre consultation est interrompue par un appel téléphonique. Inversement, lors des *focus groups* réalisés par A. Moreau chez des médecins généralistes, le téléphone était considéré comme un élément perturbateur lors de la consultation (28). D'ailleurs, une étude française a constaté que lorsque la consultation était interrompue par un appel téléphonique, une erreur médicale survenait dans un cas sur trois (145).

Pendant notre recherche bibliographique, nous avons constaté que l'organisation des soins était peu présente dans les études sur la qualité de la relation médecin-patient. La communauté médicale s'est plus intéressée au contenu de la consultation qu'à ses conditions d'exercice. Cela ne nous paraît pas gênant, dans la mesure où l'organisation des soins semble elle-même secondaire pour les patients. Néanmoins il pourrait être intéressant d'étudier cette question de manière plus approfondie pour aboutir à un consensus entre médecins généralistes

et patients sur le contenant de la consultation.

- La coordination des soins
 - Adresser à un spécialiste

La majorité des patients considéraient comme important que le médecin les adresse à un spécialiste si nécessaire. Cet item était classé onzième sur les 20 proposés, avec un score global de 4,27 sur 5.

Lors des *focus groups* réalisés par M.C Dedianne, il était important pour les patients que le médecin sache demander des avis complémentaires (51,128). De la même manière, dans ceux réalisés par J.B. Bonnet, on retrouve la notion selon laquelle le médecin doit savoir reconnaître les limites de ses compétences et orienter vers un autre professionnel si nécessaire (119). On retrouve cette notion dans la thèse de C. Forin sur les attentes des patients de l'Île de la Réunion (43). De plus, le médecin généraliste était considéré par les patients comme le coordinateur des soins, ce qui était associé à l'idée d'une complémentarité et d'une continuité des soins du généraliste au spécialiste (119,121).

Deux études ont pu réaliser un classement par ordre d'importance des attentes des patients. La première en Belgique dans laquelle cet item était classé 18ème sur les 42 évalués, avec un score moyen de 3,98 sur 5 (125). Et la seconde était une comparaison internationale dans laquelle il était 16ème sur les 38 items évalués (117).

La coordination des soins ne fait pas partie des critères de qualité de la relation médecin-patient tels qu'ils sont définis dans la littérature. Malgré tout, lors des *focus groups* réalisés auprès de médecins généralistes, nous retrouvons la notion de demander des avis complémentaires, associée à l'idée de connaître ses limites et de savoir exprimer un doute (28).

En France, la réforme du médecin traitant a entériné le rôle de coordinateur du médecin généraliste, et la continuité des soins est une obligation déontologique. Au niveau européen, la WONCA (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes) Europe place la

coordination des soins, et la gestion du recours aux autres spécialités dans les caractéristiques de la médecine générale (41). Malgré cela la notion d'avis complémentaires a été peu étudiée dans la recherche sur la qualité des soins. Lorsque c'était le cas, il s'agissait essentiellement d'analyser l'utilisation des ressources de santé selon la qualité de la relation médecin-patient. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude évaluant l'impact que la prise d'un avis spécialisé a sur l'état de santé des patients.

- Rédiger une ordonnance

Plus des deux tiers des patients considéraient comme important que le médecin rédige une ordonnance à l'issue de la consultation. Cet item était en 14ème position, avec une note moyenne de 3,93 sur 5.

L'importance de la prescription pour les patients a été constatée dans plusieurs études françaises. Dans la thèse de C. Forin sur les patients de l'Île de la Réunion, presque tous les motifs de consultation étaient la prescription d'un médicament (43). D'ailleurs, la majorité des répondants considéraient qu'il faisait partie des missions du médecin généraliste de faire des prescriptions, et presque tous attendaient de recevoir un médicament efficace lors de la consultation. De plus, dans la thèse de C. Mousel, certains des répondants déclaraient demander au médecin le traitement qui leur semblait le mieux adapté (118). L'ordonnance fait donc bien partie des priorités des patients. Mais il a été constaté dans une étude belge que les patients accordaient beaucoup d'importance au fait que le médecin soit critique à l'égard des médicaments (125). D'ailleurs, il importe de vérifier si la prescription est en accord avec les représentations du patient. En effet, il a été constaté que le devenir de santé était moins bon lorsque les patients n'exprimaient pas leurs attentes pendant la consultation, notamment en ce qui concerne les prescriptions (92).

De la même manière, un malentendu sur l'utilité de la prescription va entraîner un manque d'adhésion au traitement, ce qui peut provoquer une dégradation de l'état de santé (107). Il est intéressant de noter que l'absence de partenariat entre le médecin et le patient était à l'origine de ces malentendus (107). De plus, une étude anglaise sur les maux de gorge a mis en lumière le fait que la satisfaction du patient, lors de la consultation, était un facteur prédictif de la durée de la maladie, et était plus associée à une communication médecin-patient efficace qu'à une prescription d'antibiotiques (66). De la même manière, dans le cadre

des troubles bénins sans origine organique, il a été démontré que l'attitude du médecin aura plus d'influence sur la satisfaction du patient, et son état de santé, que la prescription d'un traitement (146). D'ailleurs, il a été constaté que lorsque la relation médecin-patient est de qualité, les médecins prescrivent moins (32).

La rédaction d'une ordonnance en elle-même ne fait pas partie des critères de qualité de la relation médecin-patient. Par contre, rechercher ce que le patient attend, y compris par rapport à la prescription, fait bien partie de ces critères.

- Items absents de notre étude

Dans les études réalisées sur les attentes des patients, que ce soit en France ou ailleurs, notamment lors des *focus groups*, les patients ont évoqué des idées qui n'étaient pas présentes dans notre questionnaire. Il nous paraît toutefois intéressant de les évoquer brièvement.

- La vérité

Dans notre étude, deux répondants ont mis la notion de « vérité » en avant dans la partie « réponse libre ». Dans une autre étude française, par *focus groups*, les patients étaient partagés sur la notion de « vérité » (51). Certains étaient partisans de la vérité quelle qu'elle soit, d'autres considéraient que c'était au médecin de juger si la vérité devait être dite ou pas.

En France, la loi du 4 mars 2002 précise les modalités d'information du patient par le médecin. L'information doit être « claire, loyale et appropriée » et doit concerner « son état, les investigations et les soins ». Il est néanmoins reconnu au patient le droit de ne pas savoir et de ne pas être informé par son médecin s'il ne le souhaite pas. Or, un médecin qui présente une attitude centrée sur le patient, comme nous l'avons vu en introduction, est sensible aux préférences du patient, en ce qui concerne l'information et le partage de la décision (44,50). Finalement, le fait de dire ou non la vérité, selon les préférences du patient, fait bien partie des critères de qualité de la relation médecin-patient. Notre item concernant le désir d'information n'était pas assez précis pour permettre d'évaluer le désir de vérité des patients. Il pourrait être intéressant d'ajouter un item à notre questionnaire, tel que « le médecin vous dit la vérité,

quelles que soient les circonstances ».

- Le droit à l'erreur et la formation médicale continue

Dans la thèse de C. Mousel, près de deux tiers des répondants accordaient au médecin le droit à l'erreur, quelle qu'en soit la gravité. De plus, près de deux tiers des répondants étaient favorables à ce que les fautes des médecins soient rendues publiques (118). Dans la thèse de C. Forin, les patients étaient plus exigeants : moins de la moitié d'entre eux acceptaient que le médecin se trompe si l'erreur n'avait pas de conséquence sur leur santé (43). Uniquement 15 % acceptaient une erreur du médecin même si elle était grave, et près de 20 % n'acceptaient aucune erreur. Dans une autre étude française, les patients reconnaissaient au médecin le droit à l'erreur s'il avait la franchise de la reconnaître (128). D'ailleurs, dans une étude réalisée auprès du grand public, plus de la moitié des répondants considéraient que les médecins ne reconnaissent pas facilement leurs erreurs, ou celles de leurs collègues (129). Les patients attendaient de leur médecin qu'il soit capable de se remettre en question, et qu'il se tienne informé des dernières évolutions médicales (119). Dans une étude belge, cet item était en dixième position, par ordre d'importance, sur 42, avec un score moyen de 4,13 sur 5 (125). Dans une comparaison internationale des attentes des patients, il était classé en septième position sur 38 (117).

Nous pouvons constater que, dans d'autres pays, les patients accordent une certaine importance à la formation médicale continue. Étonnamment, cet idée était plutôt absente des études françaises, alors que le droit à l'erreur du médecin était surtout discuté dans les études françaises. Ces deux items pourraient être inclus dans une nouvelle comparaison internationale, afin de juger s'il s'agit réellement d'une différence culturelle française.

- Le dossier médical

Les patients attendaient du médecin qu'il tienne un dossier médical complet, et informatisé si possible (128). D'ailleurs, le médecin généraliste était considéré comme le gestionnaire du dossier médical par 60 % des patients, derrière son rôle de coordonnateur des

soins et celui de conseiller (121). L'item « le médecin tient à jour votre dossier médical » pourrait être ajouté à notre questionnaire, afin d'évaluer son importance pour les patients.

- L'aspect financier

Dans les *focus groups* réalisés par J.B Bonnet, on retrouve la notion selon laquelle l'aspect financier ne doit pas être la raison pour laquelle le médecin exerce son métier, bien que les patients lui reconnaissent le droit de gagner aisément sa vie (119). On retrouve la même notion dans les *focus groups* réalisés par M.C Dedianne (51,128). D'ailleurs, dans la thèse de C. Mousel, le principal reproche qui était fait au médecin généraliste était d'être attiré par l'argent, mais il s'agissait uniquement de 14 % des répondants (118). Pour évaluer cette question il nous paraît utile d'ajouter deux items à notre questionnaire : « le médecin gagne bien sa vie » et « le médecin est intéressé par l'argent ».

CONCLUSION

Notre étude a permis d'explorer les attentes des patients lors d'une consultation de médecine générale ambulatoire en Charente-Maritime. Nous avons pu ensuite évaluer leurs priorités et les comparer aux critères de qualité de la relation médecin-patient tels qu'ils sont définis dans la littérature. Nous avons constaté de nombreuses concordances, mais aussi quelques discordances.

Les patients accordent beaucoup d'importance à de nombreux critères de la relation médecin-patient : l'écoute, se sentir à l'aise avec le médecin, avoir le temps pendant la consultation, recevoir des conseils et des explications, que le médecin discute avec le patient du diagnostic et des traitements et que le médecin comprenne ce que le patient attend de lui. Il est intéressant de noter que ce dernier élément était peu important pour les patients dans les études réalisés dans d'autres pays, mais il s'agissait d'études anciennes. Il nous paraît utile qu'une nouvelle comparaison internationale ait lieu, si possible incluant la France. Deux items importants pour les patients ne faisaient pas partie des critères de qualité de la relation médecin-patient, mais nous avons malgré tout considéré qu'il existait une concordance entre l'opinion des patients et celle des médecins. En effet, le secret médical est une obligation déontologique, civile et pénale à laquelle les médecins ne peuvent se soustraire. Et la coordination des soins fait partie des caractéristiques de la médecine générale telle qu'elle est définie par la WONCA (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes).

La ponctualité du médecin, la rédaction d'une ordonnance et le fait que le médecin réponde aux questions étaient importants pour les patients, bien que ces items soient absents des critères de qualité de la relation médecin-patient. Nous avons vu que les médecins accordaient une certaine importance à la ponctualité, sans en faire une priorité. Quant aux deux autres items (rédiger une ordonnance et répondre aux questions du patient), ils sont simplement absents de la recherche. L'ordonnance a surtout été étudiée comme un résultat de consultation et non pas comme un critère de qualité. Nous avons supposé que le fait de répondre aux questions du patient était sous-entendu. En effet, dans une relation médecin-patient de qualité, le médecin doit favoriser l'expression des questions du patient. Nous

pouvons donc estimer qu'il y répondra par la suite. Malgré tout, il nous paraît tout de même étonnant que cela ne fasse pas partie des critères de qualité. De nouvelles recherches étudiant l'influence de ces critères sur la qualité de la consultation pourraient être menées.

Globalement, quatre critères de qualité de la relation médecin-patient étaient peu importants pour les patients : discuter avec le patient des traitements dont il a entendu parler, lui demander son avis, prendre en compte ses émotions et s'intéresser à sa vie dans son ensemble. Il a été constaté que demander son avis au patient augmentait sa satisfaction, même s'il s'agit d'un critère qui lui semble mineur, ce qui confirme la place de cet item dans les critères de qualité de la relation médecin-patient. La même chose a été observée pour le modèle biopsychosocial, que les patients considéraient globalement comme un critère d'importance mineure, mais qui augmente leur satisfaction lorsqu'il est présent. De la même manière, les patients de notre étude accordaient peu d'importance à la prise en compte de leurs émotions par le médecin, ce qui ne concorde pas avec toutes les autres études réalisées sur le sujet. Nous avons supposé que cela était lié au fait que 73 % des répondants de notre étude consultaient pour un motif purement physique. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude de plus grande taille pour pouvoir analyser les réponses des patients selon leur motif de consultation. De plus, il serait intéressant de demander aux patients pourquoi ils ne souhaitent pas parler avec leurs médecins des traitements dont ils ont entendu parler par ailleurs.

En ce qui concerne la disponibilité du médecin et l'organisation des soins, nous avons constaté que les patients n'y accordaient qu'une importance secondaire, et de la même manière, les chercheurs s'y sont peu intéressés. Néanmoins il pourrait être intéressant d'étudier cette question de manière plus approfondie pour aboutir à un consensus entre médecins généralistes et patients sur le contenant de la consultation.

Enfin, dans les différentes études sur les attentes des patients que nous avons consultées, il était fait mention de certains items absents de notre questionnaire : la vérité, le droit à l'erreur et la formation médicale continue, le dossier médical et l'aspect financier. Il pourrait être intéressant de rajouter ces items dans notre questionnaire afin de pouvoir les évaluer.

Au terme de notre étude, nous pouvons constater qu'il reste encore du chemin à parcourir pour mieux connaître les attentes des patients. Plusieurs questions mériteraient d'être approfondies, notamment l'influence du motif de consultation sur les attentes des patients. Pour cela il faudrait réaliser une étude de grande taille, multicentrique, en incluant les items non présents dans notre étude. De plus, il nous paraît intéressant qu'une étude internationale soit de nouveau réalisée, en prenant modèle sur celle de Grol et al. (117) et en incluant plus de pays. Il pourrait être aussi utile de comprendre pourquoi les patients accordent peu d'importance au fait de pouvoir discuter avec le médecin des traitements dont ils ont entendu parler. Un autre sujet peu étudié est celui de l'influence de l'organisation des soins et de la rédaction d'une ordonnance sur la qualité des soins.

ANNEXE 1 : correspondance entre les groupes et les catégories socioprofessionnelles

source INSEE disponible sur

http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n1.htm

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
4 Professions Intermédiaires	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entre- prise
	41 Professions intermédiaires de l'enseigne- ment, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
7 Retraités	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermé- diaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité profes- sionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE 2 : questionnaire

1/ Vous êtes :

- un homme une femme

2/ Quel âge avez vous ?

3/ Quelle est votre profession ? Êtes-vous actif ou retraité ?

Si vous êtes étudiant merci de préciser quelles études vous faites

4/ Quelle est votre situation familiale, êtes vous mariés ou en couple, divorcé, célibataire ?

5/ Avez vous des enfants ?

6/ Combien de fois avez vous consulté votre médecin traitant dans les 6 derniers mois ?

7/ Combien de fois avez vous consulté un autre médecin généraliste dans les 6 derniers mois ?

8/ Le motif principal de votre consultation est-il d'ordre physique ou psychologique ?

9/ Quels autres problèmes de santé avez vous ?

10/ Qu'attendez vous en priorité d'une consultation de médecin généraliste ?

Pour chaque item de la liste, précisez son importance, de 1 « pas important du tout » à 5 « très important »

	1 Pas important du tout	2 Peu important	3 Moyennement important	4 Important	5 Très important
La consultation débute à l'heure					
Le médecin vous met à l'aise					
Le médecin prend le temps					
Le médecin vous donne des conseils					
Le médecin prescrit une ordonnance à l'issue de la consultation					
Le médecin vous donne des explications					
Le médecin vous écoute					
Le médecin peut vous recevoir en urgence					
Le médecin respecte le secret					

médical					
Le médecin est facilement disponible au téléphone					
Le médecin répond à vos questions					
Le médecin s'intéresse à votre vie et non uniquement au côté médical					
Le médecin comprend ce que vous attendez de lui					
Le médecin vous adresse à un spécialiste					
Le médecin vient chez vous si vous ne pouvez pas aller en consultation					
Le médecin est prêt à discuter avec vous des traitements dont vous avez entendu parler					
Le médecin ne répond pas au téléphone pendant la consultation					
Le médecin prend en compte vos émotions					
Le médecin vous demande votre avis					
Le médecin discute avec vous du diagnostic et des traitements					

ANNEXE 3 : argumentaire de présentation aux patients

« Bonjour, Laure DEZEIX, je suis médecin généraliste.

Je prépare actuellement ma thèse et j'ai besoin de votre aide pour cela.

Pourriez-vous me dire si vous venez consulter le médecin et si vous avez plus de 16 ans ? (Si les conditions d'inclusion étaient remplies, l'argumentaire était poursuivi).

Accepteriez-vous de répondre à ce questionnaire ? Il est anonyme et dure moins d'une dizaine de minutes.

Merci beaucoup. Je suis à votre disposition si vous avez le moindre souci. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hojat M. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York: Springer; 2007. 296 p.
2. Maxwell B, Racine E. Should Empathic Development Be a Priority in Biomedical Ethics Teaching? A Critical Perspective. *Camb Q Healthc Ethics*. 2010;19(4):433–45.
3. Roberge D, Beaulieu MD, Haddad S, Lebeau R, Pineault R. Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views. *Fam Pract*. 2001;18(1):53–9.
4. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physician? *Fam Pract Res J*. 1993;13(2):133–47.
5. Davis MH. *Empathy: A Social Psychological Approach*. Boulder: Westview Press; 1996. 272 p.
6. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52(Suppl):S9-12.
7. Consoli S. Relation médecin-malade. In: *EMC AKOS Traité de médecine*. 1998
8. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med*. 1991;6(5):420–3.
9. Peretti A de. *Pensée et vérité de Carl Rogers*. Toulouse: Privat; 1974. 303 p.
10. Rogers C, Botteman A, Peretti A de, Kinget GM. *Psychothérapie et relations humaines : Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. 2ème éd. ESF Editeur; 2013. 157 p.
11. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524–30.
12. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med*. 1990;30(3):325–39.
13. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *J Nurs Scholarship*. 1992;24(4):273–80.
14. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):339–46.
15. Hall JA, Bernieri FJ. *Interpersonal Sensitivity: Theory and Measurement*. Hove : Psychology Press; 2001. 392 p.
16. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychol Med*. 2004;34(5):911–9.
17. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J*

- Psychiatry. 2002;159(9):1563–9.
18. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004;27(3):237–51.
 19. Brown JB, Weston WW, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. *Can Fam Physician.* 1989 ;35:153–7.
 20. Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):670–4.
 21. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* 1995;152(9):1423–33.
 22. Rogers CR. *Le développement de la personne.* 2ème éd. Paris: InterEditions; 2005. 296 p.
 23. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice.* Oxford: Oxford University Press; 2001. 190 p.
 24. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin” en soins primaires. *Presse Médicale.* 2006;35(6 (part 1)):967–73.
 25. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):576–82.
 26. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med.* 1991;32(11):1301–10.
 27. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* 2ème éd. Abingdon : Radcliffe Medical Press; 2003. 360 p.
 28. Moreau A, Dedienne MC, Labarere J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat Méd Gén.* 2004;(674–75):1495–8.
 29. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *Fam Pract.* 2007;8:22-30.
 30. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *Br Med J.* 2001;323:1-6.
 31. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract.* 1991;41:48–54.
 32. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *Br Med J.* 2002;324:880–2.
 33. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* 2006;60(3):301–12.

34. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *Br Med J.* 1999;319:780–2.
35. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Br Med J.* 1991;303:1385–7.
36. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci.* 2002;29(Suppl 2):S23-9.
37. Laplantine F. *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine.* Paris: Payot; 1993. 411 p.
38. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–36.
39. Charte d'Ottawa, WHO, Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986.
40. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-Centred Interviewing Part I: Understanding Patients' Experiences. *Can Fam Physician.* 1989;35:147–51.
41. WONCA E. Définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
42. Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 1991;115(6):470–7.
43. Forin C. *Pratique de la médecine générale : perceptions et attentes des patients de l'Île de La Réunion.* Thèse de médecine. Université Bordeaux 2; 2014, 122 p.
44. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *Br Med J.* 2001;322:444–5.
45. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984;19(2):167–75.
46. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract.* 1986;3(2):75–9.
47. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986;3(1):24–30.
48. Frosthalm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, et al. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosom Med.* 2005;67(6):897–905.
49. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* 2^{Ème} éd. Paris: Payot et Rivages; 1996. 418 p.
50. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review

of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48(1):51–61.

51. Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Thèse de médecine. Université Grenoble; 2001, 118 p.
52. Ridder DTD de, Theunissen NCM, van Dulmen SM. Does training general practitioners to elicit patients' illness representations and action plans influence their communication as a whole? *Patient Educ Couns.* 2007;66(3):327–36.
53. Theunissen NCM, Ridder DTD de, Bensing JM, Rutten GEHM. Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or action plans concerning adherence. *Patient Educ Couns.* 2003;51(3):247–58.
54. Beach MC, Inui T. Relationship-centered Care. *J Gen Intern Med.* 2006;21(Suppl 1):S3–8.
55. Tate P. Soigner (aussi) sa communication: La relation médecin-patient. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2005. 221 p.
56. Treadway J. Patient satisfaction and the content of general practice consultations. *J R Coll Gen Pract.* 1983;33:769–71.
57. Ley P. *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction, and Compliance.* New York: Croom Helm; 1988. 236 p.
58. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations.* Abingdon : Routledge; 1985. 264 p.
59. Ford S, Schofield T, Hope T. What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study. *Soc Sci Med.* 2003;56(3):589–602.
60. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet.* 2001;357(9258):757–62.
61. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101(5):692–6.
62. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796–804.
63. Evans B, Kiellerup F, Stanley R, Burrows G, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol.* 1987;60(Part 4):373–8.
64. Arnetz JE, Almin I, Bergström K, Franzén Y, Nilsson H. Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals: Effects on treatment outcome and quality of care. *Adv Physiother.* 2004;6(2):50–69.
65. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Maase H von der. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer.*

2003;88(5):658–65.

66. Little P, Gould C, Williamson I, Warner G, Gantley M, Kinmonth AL. Clinical and psychosocial predictors of illness duration from randomised controlled trial of prescribing strategies for sore throat. *Br Med J*. 1999;319:736–7.
67. Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *J Fam Pract*. 1988;26(6):643–7.
68. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *J Am Med Assoc*. 1997;277(4):350–6.
69. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract*. 1990;40:487–90.
70. Ong LM, Haes JC de, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903–18.
71. Fremon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatr Res*. 1971;5(7):298–311.
72. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Fam Pract*. 1991;8(3):237–42.
73. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Br Med J*. 2001;323:908–11.
74. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract*. 1990;7(1):28–33.
75. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994;39(5):655–70.
76. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J Chronic Dis*. 1984;37(9–10):755–64.
77. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*. 1999;49:711–6.
78. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*. 1991;32(2):175–81.
79. Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(4):228–34.
80. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet Expectations for Care and the Patient-physician Relationship. *J Gen Intern Med*. 2002;17(11):817–24.
81. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.

Cochrane Db Syst Rev. 2012;12:CD003267.

82. Fischer GN, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Malakoff : Dunod; 2006. 268 p.
83. Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care*. 1993;31(12):1083–92.
84. Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT, Frankel RM. What Do Doctors Find Meaningful about Their Work? *Ann Intern Med*. 2003;138(9):772–5.
85. Fairhurst K, May C. What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform. *Ann Fam Med*. 2006;4(6):500–5.
86. Goodchild CE, Skinner TC, Parkin T. The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *J Hum Nutr Diet*. 2005;18(3):181–5.
87. Kincey J, Bradshaw P, Ley P. Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1975;25:558–66.
88. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol*. 1986;5(6):581–94.
89. Becker G, Newsom E. Socioeconomic Status and Dissatisfaction With Health Care Among Chronically Ill African Americans. *Am J Public Health*. 2003;93(5):742–8.
90. Coutu MF, Baril R, Durand MJ, Charpentier N, Rouleau A, Côté D, et al. Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un TMS durant le processus de réadaptation au travail. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail; 2008, 47 p.
91. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27(Suppl 3):S110-27.
92. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *Br Med J*. 2000;320:1246–50.
93. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*. 1985;102(4):520–8.
94. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*. 1988;3(5):448–57.
95. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*. 1987;6(1):29–42.
96. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians'

- empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359–64.
97. Sultan S, Attali C, Gilberg S, Zenasni F, Hartemann A. Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: accuracy and association with self-care. *Psychol Health.* 2011;26(Suppl 1):101–17.
 98. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med.* 2012;87(9):1243–9.
 99. Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med.* 2009;41(7):494–501.
 100. The Headache Study Group of The University of Western Ontario. Predictors of Outcome in Headache Patients Presenting to Family Physicians - a One Year Prospective Study. *Headache : The Journal of Head and Face Pain.* 1986;26:285–94.
 101. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients. *New Engl J Med.* 1964;270(16):825–7.
 102. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):295–301.
 103. Ridsdale L, Carruthers M, Morris R, Ridsdale J. Study of the effect of time availability on the consultation. *J Roy Coll Gen Pract.* 1989;39:488–91.
 104. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J Roy Coll Gen Pract.* 1979;29:77–82.
 105. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* 1981;71(2):127–31.
 106. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract.* 1986;23(1):43–7.
 107. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *Br Med J.* 2000;320:484–8.
 108. Mercer SW, Watt GC, Reilly D. Empathy is important for enablement. *Br Med J.* 2001;322:865.
 109. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland--a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns.* 2008;73(2):240–5.
 110. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de médecine. Université catholique de Louvain; 2007, 121 p.
 111. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires

physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *Fam Pract.* 2012;13(1):6.

112. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *Br Med J.* 1999;319:738–43.
113. Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complem Med.* 2005;11(4):591–600.
114. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J (Clinical Research Ed).* 1986;292:870–3.
115. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract.* 1991;41:119–22.
116. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med.* 2000;173(4):244–50.
117. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients’ priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract.* 1999;16(1):4–11.
118. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007. Evolution en 25 ans de l’image du praticien et des attentes des patients. Résultats d’une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain. Thèse de médecine. Université Nancy 1; 2009, 209 p.
119. Bonnet JB. Image du médecin généraliste par les patients : étude auprès d’une population de l’agglomération nantaise par la méthode du focus group. Thèse de médecine. Université Nantes; 2008, 105 p.
120. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *Études et Résultats.* 2004;315:1–11.
121. Étude des mutations de la médecine générale : étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. Lyon: Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes; 2005, 123 p.
122. Hamadé M. La dépression en soins primaires (À partir de l’étude ECOGEN). Thèse de médecine. Université Rouen; 2014, 88 p.
123. Coutarel C. Prise en charge de l’anxiété en médecine générale à partir des données de l’étude ECOGEN. Thèse de médecine. Université Amiens; 2013, 44 p.
124. Beck F, Guignard R. La dépression en France : évolution de la prévalence, de recours au soin et du sentiment d’information de la population par rapport à 2005. *La Santé de*

- l'Homme. 2012;421:43–5.
125. De Lepeleire J, Creemers M, Van Tichelt K, Van Loon H. Patients' expectations of general practice: A pilot study. *Arch Public Health*. 2003;61(6):283–96.
 126. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1573–88.
 127. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988;27(9):935–9.
 128. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? *Rev Prat - Médecine Générale*. 2003;17(611):653–6.
 129. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2008, 81 p.
 130. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d'Économie de la Santé*. 2011;163:1-6.
 131. Steine S, Finset A, Laerum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? [What is the most important for the patient in the meeting with a general practitioner?]. *Tidsskr Norske Læge*. 2000;120(3):349–53.
 132. Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A, Wirsching M. Psychosocial primary care - what patients expect from their General Practitioners A cross-sectional trial. *Psychiatry*. 2002;2:5-11.
 133. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract*. 2002;52:1004–6.
 134. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *Br Med J*. 2001;322:1–7.
 135. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. Qualitative study of the meaning of personal care in general practice. *Br Med J*. 2003;326:1310-5.
 136. Quinche F. Sites internet santé : vecteurs de normes santé ou lieux de contestation ? *Philosophia Scientiæ*. 2008;12(2):75–91.
 137. Kantar TNS. Les Français et l'internet santé. [En ligne]. <http://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-linternet-sante>. Consulté le 14 septembre 2016.
 138. L'audience de l'internet en France. *Médiamétrie*; 2008, 8 p.
 139. Internet au quotidien : un Français sur quatre. INSEE; 2006, 4 p.
 140. Gontard S. Les médias, les médicaments et les patients: étude qualitative à partir de 15

entretiens semi dirigés. Thèse de médecine. Université Lyon 1; 2013, 498 p.

141. Romeyer H. TIC et santé : entre information médicale et information de santé. *Tic&société*. 2008;2(1):27–44.
142. Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P. Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur internet. *Inserm*; 2006-2007, 20 p.
143. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(2):163–7.
144. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? *Scand J Prim Health Care*. 1992;10(3):163–9.
145. Guillaume J, Vallée J, Bonnefond H, Charles R. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale ; Revue de morbi-mortalité en groupe d'analyse de pratiques. *Médecine*. 2013;9(1):41–6.
146. Thomas K. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J*. 1987;294:1200–2.

RESUME

Introduction : Dans la littérature médicale, une relation médecin-patient de qualité est définie par une attitude empathique et un style de consultation centré sur le patient. L'objectif de cette étude était d'explorer les attentes des patients sur la conduite d'une consultation de qualité en médecine générale, puis de comparer ces attentes avec les critères de qualité de la relation médecin-patient tels qu'ils sont définis dans la littérature.

Matériel et méthode : Cette étude descriptive observationnelle transversale a été réalisée dans un cabinet médical de groupe en Charente-Maritime. Trente patients venus consulter leur médecin ont répondu à un questionnaire auto-administré en présence de l'enquêteur.

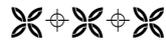
Résultats : Lors d'une consultation de médecine générale, les patients attendaient en priorité de l'écoute. Le respect du secret médical était considéré comme très important, tout comme le fait que le médecin réponde aux questions, donne des explications et qu'il comprenne les attentes du patient. D'autres critères de la relation médecin-patient étaient peu importants pour les patients : discuter avec le patient des traitements dont il a entendu parler, lui demander son avis, prendre en compte ses émotions et s'intéresser à sa vie dans son ensemble. Parmi les critères absents de la définition d'une relation médecin-patient de qualité, les patients accordaient de l'importance uniquement à la ponctualité du médecin et à la rédaction d'une ordonnance. La disponibilité du médecin et l'organisation des soins n'avaient qu'une importance secondaire pour les patients.

Conclusion : Au terme de notre étude, nous pouvons constater de nombreuses concordances entre les attentes des patients et les critères de qualité de la relation médecin-patient tels qu'ils sont définis dans la littérature. Malgré tout, plusieurs questions mériteraient d'être approfondies, notamment l'influence du motif de consultation sur les attentes des patients. Il pourrait être aussi utile de comprendre pourquoi les patients accordent peu d'importance au fait de pouvoir discuter avec le médecin des traitements dont ils ont entendu parler.

MOTS - CLES

Médecine générale – attentes – relations médecin-patient – critères de qualité

SERMENT



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

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

