



Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups

Marie-Cécile Dedienne

► To cite this version:

Marie-Cécile Dedienne. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups. Médecine humaine et pathologie. 2001. dumas-00784221

HAL Id: dumas-00784221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221>

Submitted on 4 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



2^e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2001

N° d'ordre : 5095

**ATTENTES ET PERCEPTIONS DE LA QUALITE
DE LA RELATION MEDECIN-MALADE PAR LES PATIENTS
EN MEDECINE GENERALE :
APPLICATION DE LA METHODE PAR FOCUS GROUPS**

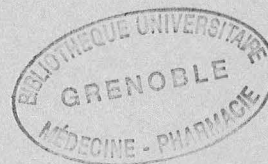
THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

DEDIANNE Marie-Cécile

Née le 29 Janvier 1970 à Grenoble (38)



Thèse soutenue publiquement le 10 Décembre 2001 à 16 heures

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur T. BOUGEROL

Président du jury

Monsieur le Professeur JL DEBRU

Monsieur le Professeur P. FRANÇOIS

Monsieur le Docteur P. HAUZANNEAU

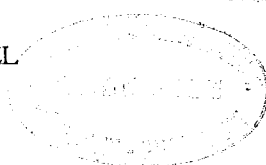
UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté
Vice-Doyen
Assesseurs

M. le Professeur J. L. DEBRU
M. le Professeur J. P. CHIROSSEL
M. le Professeur J. LEBEAU
M. le Professeur J.P. ROMANET
M. le Professeur B. SELE



PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMBLARD	Pierre	Dermato. Vénérologie	HOSTEIN	Jean	Hépto-Gastro-Entérol.
AMBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie et Mycol.	JOUK	Pierre-Simon	Biologie du Dévelop. et de la reproduction.
BACHELOT	Ivan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	JUVIN	Robert	Rhumatologie
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Méd.	LAVIEILLE	Jean-Pierre	O.R.L.
BARGE	Michel	Neurochirurgie	LE BAS	François	Biophys. et Trait. de l'Image.
BARRET	Luc	Médecine Légale	LEBEAU	Jacques	Stomat. et Chirurgie Maxillo-Faciale
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imag. Méd.	LEROUX	Dominique	Génétique
BEANI	J.-Claude	Dermatologie, Vénérologie	LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
BENABID	Al.-Louis	Biophys. et Trait. de l'image	LEVERVE	Xavier	Thérapeutique
BENSA	J. Claude	Immunologie	LEVY	Patrick	Physiologie
BERNARD	Pierre	Gynéco et Obstétrique	LUNARDI	Joël	Biochimie et Bio. Molécul.
BESSARD	Germain	Pharma. Fondamentale	MACHECOURT	Jacques	Cardio. et Maladie Vascu.
BLIN	Dominique	Chir. Thor. et Cardio Vascu.	MAGNE	Jean-Luc	Chir. Vasculaire
BOLLA	Michel	Radiothérapie	MALLION	J. Michel	Méd. du Trav. et Risques Prof.
BOST	Michel	Pédiatrie	MASSOT	Christian	Médecine Interne
BOUCHARLAT	Jacques	Pédo Psychiatrie	MERLOZ	Philippe	Chir. Ortho. et Traumatol.
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes	MICOUD	Max	Maladies Infect. et Trop.
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie	MOREL	Françoise	Bioch. et Biol. Moléculaire
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et Cyto. Pathol.	MOUILLON	Michel	Ophthalmologie
BRICHON	P.Yves	Chir. Thor. et Cardio.Vasc.	MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique	MOUTET	François	Chir. Plast.Reconst. et Esth.
CARPENTIER	Patrick	Méd. Interne	PASQUIER	Basile	Anat. et Cyto.Patho
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie	PASSAGIA	J.-Guy	Anatomie.
CHAMBAZ	Edmond	Biologie Cellulaire	PAYEN de LA		
CHARACHON	Robert	O.R.L.	GARANDERIE	J. François	Anesthésiologie
CHIROSSEL	J. Paul	Anatomie	PELLAT	Jacques	Neurologie
CINQUIN	Philippe	Biostatistique et Inf. Méd.	PHELIP	Xavier	Rhumatologie
COLOMB	Maurice	Immunologie	PISON	Christophe	Pneumologie
CORDONNIER	Daniel	Néphrologie	POLACK	Benoît	Hématologie
COULOMB	Max	Radiologie et Imagerie Méd.	POLLAK	Pierre	Neurologie
DEBRU	Jean-Luc	Médecine Interne	PONS	Jean-Claude	Gynécologie et Obstétrique
DE GAUDEMARIS	Régis	Méd. du Trav. et des risques professionnels.	RAMBAUD	Pierre	Pédiatrie
		Biostatistique et Inf. Med.	RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
DEMONGEOT	Jacques	Urologie	RAPHAEL	Bernard	Stomat. et Chirurgie Maxillo-faciale
DESCOTES	Jean-Luc	Chirurgie Générale	REYT	Emile	O.R.L.
DUPRE	Alain	Chirurgie Infantile	ROMANET	J. Paul	Ophthalmologie
DYON	J.François	Bioph et Trait. Image	SARAGAGLIA	Dominique	Chir. Orthopédique et Traumatologique
FAGRET	Daniel	Anatomie	SCHAERER	René	Cancérologie
FAURE	Claude	Cancerologie CLB Lyon	SEIGNEURIN	Daniel	Histo.embryo.cytogénét. Reproduction
FAVROT	Marie C.	Radiologie centrale	SEIGNEURIN	J. Marie	Bactério-Viro - Hygiène.
FERRETTI	Gilbert	Physiologie	SELE	Bernard	Biologie du Développement et de la Reproduction
FEUERSTEIN	Claude	Hépto-Gastro-Entéro.	SOTTO	J. Jacques	Hématologie et Transfusion
FOURNET	Jacques	Médecine. Interne	STAHL	J. Paul	Maladies Infect. et Trop.
FRANCO	Alain	Épidém., Écon. de la Sant. et Prévention.	VANZETTO	Gérald	Clin./Urgences Cardio.
FRANCOIS	Patrice	Pédiatrie	VIALTEL	Paul	Néphrologie
GARNIER	Philippe	Anesth. et Réa. Chir.	VROUSOS	Constantin	Radiothérapie
GIRARDET	Pierre	Parasitologie et Mycologie	VUILLEZ	J.-Philippe	Biophys./Méd. Nucléaire
GOULLIER-FLEURET	Andrée	Chirurgie Vasculaire	ZARSKI	J.Pierre	Hépto-Gastro-Entérol.
GUIDICELLI	Henri	Réanimation Médicale			
GUIGNIER	Michel	Biochimie et biol.Mol			
IADJIAN	A.-Jean	Nutrition			
HALIMI	Serge	Neurologie.			
HOMMEL	Marc				

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2001

N° d'ordre :

**ATTENTES ET PERCEPTIONS DE LA QUALITE
DE LA RELATION MEDECIN-MALADE PAR LES PATIENTS
EN MEDECINE GENERALE :
APPLICATION DE LA METHODE PAR FOCUS GROUPS**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

DEDIANNE Marie-Cécile

Née le 29 Janvier 1970 à Grenoble (38)

Thèse soutenue publiquement le 10 Décembre 2001 à 16 heures

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur T. BOUGEROL

Président du jury

Monsieur le Professeur JL DEBRU

Monsieur le Professeur P. FRANÇOIS

Monsieur le Docteur P. HAUZANNEAU

A mon parrain Henri-Pierre

**« accompagner la personne jusqu'où elle peut aller et un peu plus »
W. Reich**

Nous exprimons nos remerciements

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur T. BOUGEROL

A nos Maîtres et Juges

Monsieur le Professeur J.L.DEBRU

Monsieur le Professeur P. FRANCOIS

Monsieur le Docteur P. HAUZANNEAU

Nous tenons également à remercier

Monsieur le Professeur J.L. TERRA
de la faculté de médecine de Lyon

Monsieur le Docteur A. MOREAU
de la faculté de médecine de Lyon

Monsieur le Docteur J. LABARERE
de l'unité d'évaluation de l'hôpital de Grenoble

Monsieur le Docteur Y. SAGE
Médecin, maître de stage

Madame le Docteur C. COLLET BEILLON
Médecin, maître de stage

Madame le Docteur S. MINEL-KALAMARIDES
Médecin généraliste

Madame Laétitia SARASSAT
Résidente en médecine générale

A toutes les personnes ayant participé à la réalisation des enquêtes.

Merci aussi :

A mon ami, Georges

Et à ma famille

INTRODUCTION

Tout médecin dans sa pratique se trouve impliqué dans une relation avec ses patients. Cette relation est issue d'un colloque singulier dans lequel le médecin utilise des compétences scientifiques (savoir-faire) et des compétences humaines et relationnelles (savoir-être).

Pour le patient, la relation s'engage à partir d'une demande dont il a l'initiative. Parfois les symptômes apportés peuvent être classés dans des catégories de maladies bien identifiables et apprises par le médecin au cours de ses études et ainsi recevoir le traitement approprié. D'autres fois, la demande du patient est du domaine du « symptôme offert au médecin » comme le dit Balint et relève plus d'un mal-être dans un contexte psychosocial plus large.

Peut-on évaluer la qualité de la relation médecin-malade en médecine générale et selon quels critères ? L'étude de la littérature nous a confirmé qu'il existait peu de travaux en France sur ce sujet et surtout aucun questionnaire validé, à l'inverse des pays anglo-saxons.

La satisfaction des patients est considérée en soi comme un résultat légitime des soins, elle constitue un facteur prédictif de la poursuite de la relation thérapeutique et de l'observance du traitement. Mais avant de mesurer la satisfaction des patients, il fallait définir quelles étaient leurs attentes et perceptions. C'est ce que nous nous sommes proposés de faire à partir d'une méthode qualitative, la méthode des focus groups ou entretiens de groupes.

Ainsi, nous proposons dans un premier temps, de situer les particularités de la relation médecin-malade en médecine générale, de définir les notions de qualité et satisfaction à travers la littérature et de présenter la méthode des focus group, méthode originale peu utilisée actuellement en France dans le domaine médical.

Dans un second temps, nous présenterons la méthodologie puis les résultats de notre étude qui visait à mettre en évidence les attentes et perceptions des patients quant à la qualité de la relation médecin-malade.

Et enfin dans la discussion nous comparerons les résultats de notre étude afin de montrer quelles différences existent entre des patients de milieux urbain ou rural et des personnes d'âge différent, puis nous confronterons ces résultats aux questionnaires anglo-saxons afin d'identifier si ces derniers sont adaptés à une population française.

CONTEXTE

I. RELATION MEDECIN-MALADE

Lorsqu'il est question de la relation médecin-malade, deux problématiques sont soulevées: la première est l'utilisation de la relation dans les traitements de maladies d'origine psychique; la seconde est la part importante que prend la relation dans la démarche médicale, car lors de tout acte médical, le médecin et le patient sont en relation.

Si la première est plus le fait des psychothérapies, la seconde est partie intégrante de la pratique généraliste qui lui offre une coloration particulière de par ses spécificités : médecine de premier recours, gestion globale avec suivi au long court et connaissance de l'entourage du patient .

Afin d'approcher, de nommer et éventuellement de comprendre ce qui du relationnel vient interférer avec le médical, il peut être nécessaire d'enrichir la pratique clinique avec des réflexions issues d'autres disciplines comme la psychanalyse et les mouvements Balint, la sémiotique et les théories de communication. Nous éloignons ainsi le risque d'importer des techniques sans tenir compte des besoins et donc des particularités de la relation médecin-malade en médecine générale.

C'est pourquoi nous avons choisi de resituer les caractéristiques de la fonction soignante en médecine générale, puis de montrer l'influence de la démarche médicale sur la relation médecin-malade et enfin de proposer quelques cadres d'études ou de formation à la relation médecin-malade.

I.1 Les cinq fonctions de la médecine générale :

Il nous a semblé important dans un premier temps de resituer la médecine générale dans ce qu'elle a de spécifique, car cela interfère dans la relation qui se tisse entre le patient et le médecin⁶⁵.

- Le premier recours :

C'est la prise en considération de toutes les plaintes (ou demandes), avec comme objectif de prendre une décision adaptée pour la santé du patient dans le temps de l'acte médical.

- La prise en charge globale :

C'est la prise en compte à un instant donné, et quelque soit la demande initiale, de l'ensemble des éléments biomédicaux, psycho-relationnels et socio-environnementaux nécessaires à la prise en charge du patient, et ceci de l'analyse à la décision.

- La continuité des soins :

Elle offre au patient un suivi personnalisé dans la durée grâce au dossier médical et à la permanence des soins.

- La coordination des soins :

C'est l'ensemble des procédures qui, à partir du diagnostic de situation, mobilise les ressources adaptées, qu'elles soient médicales ou médico-sociales.

- La santé publique :

L'activité soignante et préventive du médecin généraliste contribue à l'amélioration de la santé publique, elle s'exprime selon trois modalités :

- La répercussion de tout acte de soins sur la santé de la collectivité,
- L'amélioration des indicateurs de santé publique du fait de l'intervention personnalisée du médecin auprès de son patient,
- Le renforcement de l'impact des campagnes de prévention et de dépistage de masse.

I.2 Influences réciproques entre démarche médicale et relation médecin-malade:

- La relation médecin-malade existe en toile de fond de la démarche médicale⁶⁵. La demande du patient provient de ce qu'il a interprété comme étant un signe anormal. Permettre au malade de la formuler puis d'en faire l'analyse sont les manières habituelles d'entrer en communication lors d'une consultation. Le patient demande au médecin qu'il comprenne ce dont il souffre, le soulage, le guérisse, l'empêche de tomber malade voire de mourir. La demande est exposée plus ou moins clairement et peut servir de masque à une autre demande moins facile à exprimer. De plus la notion de transfert empruntée à la psychanalyse, en prenant en compte la dimension inconsciente qui sous-tend la RMM, en complique plus ou moins l'analyse.

- La relation médecin-malade n'est pas qu'une relation duelle, des tiers interviennent souvent. Il peut s'agir de la famille ou des amis, qui même absents physiquement peuvent influencer la relation. Il incombe au médecin de gérer le colloque singulier avec son patient au sein de la famille. D'autres éléments interviennent, telle la structure de soins qui régit l'organisation du service public, la rémunération des médecins ou l'environnement social du patient qui permet la prise en compte du contexte dans le diagnostic ou le traitement.

- Le médecin est impliquée dans la relation avec sa propre histoire, ses émotions, son rapport à la maladie, son propre vécu de la famille et de la société. Mais aussi par l'idée qu'il se fait de sa fonction de soignant, par sa connaissance du patient au long court qui fait que chacun sait ce qu'il peut attendre de l'autre.

- En même temps, tous les moments de la démarche médicale: anamnèse, interrogatoire, examen, prescription prennent sens dans la relation médecin-malade. Ces différentes étapes de la consultation interfèrent avec elle et peuvent mener à un glissement vers le non spécifiquement biomédical :

- Lors de la démarche sémiologique, les questions posées ont pour but de faire préciser les signes afin d'approcher un diagnostic . Or ces questions peuvent avoir des effets collatéraux inattendus. Les antécédents familiaux amènent à parler de deuils. Le fait de faire préciser les signes, dans l'anamnèse afin de les faire rentrer dans une catégorie nosologique a pour effet de faire du corps du patient un objet de soins. Or, les patients sont des sujets souffrants qui veulent être entendus comme tels.
- L'examen clinique confronte médecin et patient au corps touché et à l'intimité.
- Les prescriptions et les diagnostics ont une fonction sociale, ils servent à authentifier pour d'autres la réalité de la souffrance.
- Les consultations de renouvellement et de suivi ont aussi une fonction de soutien.

En médecine générale, l'abord psychothérapeutique s'inscrit dans la démarche médicale. Mais après avoir permis à la souffrance de s'exprimer par des signes physiques, le médecin généraliste peut être une passerelle vers une prise en charge par un psychothérapeute spécialisé.

I.3 Cadres d'étude de la relation médecin-malade :

Sans vouloir être exhaustif, il nous a semblé utile de faire référence à trois auteurs qui ont fait émerger des éléments importants applicables à certains moments de la relation médecin-malade ou écrit expressément pour elle dans le cas du Dr Balint .

I.3.a E.H. Porter: la dynamique de l'entretien :

Dans toute communication, les paroles prononcées expriment souvent une attitude qui va favoriser une relation ou lui sera néfaste. Ces attitudes ont été analysées par E.H. Porter qui a

tenté d'explorer et de comprendre leur influence sur la communication. Elle sont connues sous le nom de « *catégories de Porter* »⁷³ et sont au nombre de sept. Dans le cadre de la relation médecin-malade, il est intéressant de les connaître mais surtout, pour le médecin de repérer celles qui dominent dans l'entretien car elles ont des conséquences dans une relation d'aide. Nous pouvons les regrouper en deux grandes catégories :

- Les attitudes d'influence :
 - L'ordre : indique au patient ce qu'il doit faire,
 - L'interprétation : donne une explication du problème par rapport aux grilles de référence personnelle du médecin.
 - Le conseil : permet de suggérer en laissant le choix au malade.
 - L'évaluation : « c'est bien », « c'est moins bien », le médecin porte un jugement de valeur.
 - Le support : attitude tendant à rassurer et à encourager

- Les attitudes de non influence :
 - L'enquête : le médecin cherche à en savoir d'avantage, cela lui permet de favoriser la mise en relation d'éléments pour les relier entre eux.
 - La compréhension : le médecin montre comment il a ressenti et perçu les dires du patient. Cela relance le patient et lui permet d'en dire d'avantage.

I.3.b Carl Rogers :

L'attitude prônée par Porter mais aussi Rogers pour la psychothérapie, la formation et toute forme de relation qui veut garantir le libre développement de la personne est la compréhension empathique⁷³: « c'est l'appel le plus efficace que nous connaissons, nous dit Rogers, pour modifier la structure de base de la personnalité d'un individu et améliorer ses relations et ses communications avec les autres ».

Définition et indications de l'entretien d'aide : il a pour objectif la compréhension profonde ou nouvelle de ce qui se passe pour le demandeur, la découverte de la manière dont il éprouve la situation qui lui fait problème, la clarification progressive de son vécu et la

recherche de moyens ou de ressources permettant un changement. Ceci n'est bien entendu pas indiqué dans les cas où les problèmes sont de l'ordre de la connaissance et de l'information.

Il passe par un entretien non directif ou entretien centré sur l'autre. « La centration sur l'autre » terme développé par Carl Rogers suppose les attitudes suivantes :

- Une attitude d'intérêt ouvert : disponibilité optimale, absence de préjugés.
- Une attitude de non jugement.
- Une intention authentique de comprendre autrui.
- Une attitude de non-directivité dans le déroulement : c'est l'autre qui a l'initiative complète dans sa présentation du problème.
- Un effort continu pour rester objectif.
- Une attitude de lucidité sur ces propres sentiments.

L'autre spécificité de l'entretien d'aide est la recherche de cohérence lors du déroulement de l'entretien : en vérifiant à quel niveau le patient se situe, en reformulant ses dires dans un but de clarification afin de l'amener sur le point qui paraît central et qu'il serait intéressant d'approfondir. Tout en prenant conscience pour le médecin de ce qui se passe dans la relation, de ce qu'il ressent.

Si cela peut sembler plus proche d'une pratique psychothérapeutique, ses éléments sont tout de même intéressants dans certains moments de la consultation : l'expression du motif et l'évocation d'événements de vie, ainsi que la gestion des multiples demandes concernant un mal être ou des difficultés psychologiques passagères.

I.3.c Mickael Balint:

Avec ce médecin psychiatre⁷ nous allons aborder des éléments plus spécifiques de la relation entre un médecin et son patient. En effet, dans les années, 50 il proposa une nouvelle méthode de formation aux médecins généralistes, inspirée de la méthode analytique de la libre association, en donnant la parole aux médecins sur leur travail professionnel. Les cas étaient rapportés sous forme orale afin d'être plus fidèles aux aspects émotionnels de la RMM. Les objectifs étaient de permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources,

personnelles ou professionnelles, ils disposaient pour s'en occuper. IL a ainsi permis de déterminer des concepts qui font maintenant partie de notre culture médicale :

- La notion de « remède médecin » :

La personne du médecin dans sa singularité peut avoir un effet sur l'évolution de la pathologie de ses patients. Le médecin a un effet thérapeutique mais peut aussi avoir des effets secondaires indésirables, source de souffrance.

- La question des « niveaux de diagnostic » :

Balint oppose « le diagnostic focal », centré sur la plainte du malade, auquel correspond un traitement défini par des conduites à tenir, au « diagnostic approfondi » qui inclut les éléments de l'histoire du malade et de sa famille et qui est une adaptation de la réponse du médecin aux particularités du patient.

- Les symptômes conçus comme une « offre du malade » et le traitement comme « une réponse du médecin » à cette offre :

Une maladie proposée par le patient peut être acceptée ou refusée par le médecin. Le traitement peut être adapté à la maladie diagnostiquée par le médecin mais se révéler inadaptée à l'offre du patient. La RMM est alors un compromis entre « l'offre » du patient et la « réponse » du médecin.

- La notion de confusion des langues :

Occupé à sa démarche diagnostique et thérapeutique le médecin peut ne pas porter attention à la demande effectuée par le patient dans un autre registre.

- La « fonction apostolique » :

Image empruntée au domaine religieux selon laquelle le médecin aurait une idée vague mais presque inébranlable du comportement que le patient doit adopter lorsqu'il est malade et n'aurait de cesse de vouloir convertir ses patients à sa « foi ».

- La « relation que le malade entretient avec sa maladie » :

Un patient qui souffre entretient une relation avec sa maladie et il s'agit alors d'une relation médecin-malade-maladie.

- La « compagnie d'investissement mutuel » :

C'est une spécificité du travail du généraliste car le médecin et le patient ont des expériences communes des période de santé ou de maladie, d'évènements familiaux ou professionnels marquants.

- Les psychothérapies :

Balint a proposé d'inclure dans la démarche du médecin l'évaluation des symptômes névrotiques. La question la plus difficile des groupes était de savoir « quand commencer un abord psychothérapeutique et quand l'arrêter ? ». Cela semble lié à la conception qu'a chaque médecin de sa fonction et à ses compétences.

Après avoir rapidement vu ces méthodes de communication et de psychothérapie applicables à la médecine générale, en remarquant qu'il en existent bien d'autres (Programmation NeuroLinguistique, Analyse transactionnelle, Gestalt thérapie...), nous allons étudier à travers la littérature ce que sont les concepts de qualité, satisfaction et attentes et quelles sont les études existantes sur la qualité de la relation médecin-malade.

II. SATISFACTION

II.1 Qualité des soins, satisfaction : concepts

En 1999, dans le but de développer les démarches d'amélioration de la qualité en médecine ambulatoire, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a recensé les différents objectifs et outils existant dans la littérature nationale et internationale.

Elle a remarqué que, " peu d'études de bonne qualité méthodologique étaient disponibles dans la littérature »⁷⁷. De plus, l'hétérogénéité des systèmes de soins explique certaines disparités entre les pays tant sur le point des méthodes que sur le plan des critères. Il se dégage aussi plusieurs axes « philosophiques » concernant le concept qualité en médecine ambulatoire :

- Outre-Atlantique, la pression consumériste rend nécessaire la démonstration de la qualité des soins délivrés.
- Les pays nordiques ont développé une philosophie de la qualité dans le champ médical. Certains pays sont particulièrement avancés dans ce sens avec un système de santé bien adapté.
- En Belgique, la profession a elle-même organisé une évaluation de la qualité des soins.
- En France l'évaluation est essentiellement vécue comme reliée à la maîtrise des dépenses en matière de santé, mais depuis peu les professionnels se préoccupent de la qualité des soins délivrés dans le champ de la médecine ambulatoire.

II.1.a Qualité des soins et médecine:

Historiquement, dans le domaine médical la qualité vient de concepts industriels appliqués dans le champ de la médecine hospitalière. D'ailleurs l'ordonnance du 24 Avril 1996 a réformé l'hospitalisation privée et publique en leur imposant des procédures d'accréditation, dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

Il faut alors distinguer « amélioration de la qualité » et « évaluation »:

- L'amélioration de la qualité : démarche préventive utilisant l'assurance qualité avant même d'avoir constaté ou suspecté des dysfonctionnements, afin d'atteindre la qualité voulue.
- L'évaluation de la qualité : démarche curative visant à améliorer le système existant à travers le contrôle qualité en utilisant comme outils: l'audit médical ou les enquêtes de satisfaction

II.1.b Définitions de la qualité et des critères de qualité:

- La qualité :

Selon les normes ISO, la qualité est l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites, et à produire d'emblée un bien ou un service sans erreur.

Selon l'OMS, la qualité, c'est délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Nous pouvons aussi constater que la qualité peut être abordée de façon positive ou négative, ces deux démarches étant complémentaires :

- Existe t-elle par rapport à un référentiel connu? Et quelle peut être son amélioration?
- Quels sont les problèmes qui concourent à une absence de qualité? Que peut-on faire pour les réduire?

La JCAHO (Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organisations) a défini en 1991 les différentes composantes de la qualité des soins et services:

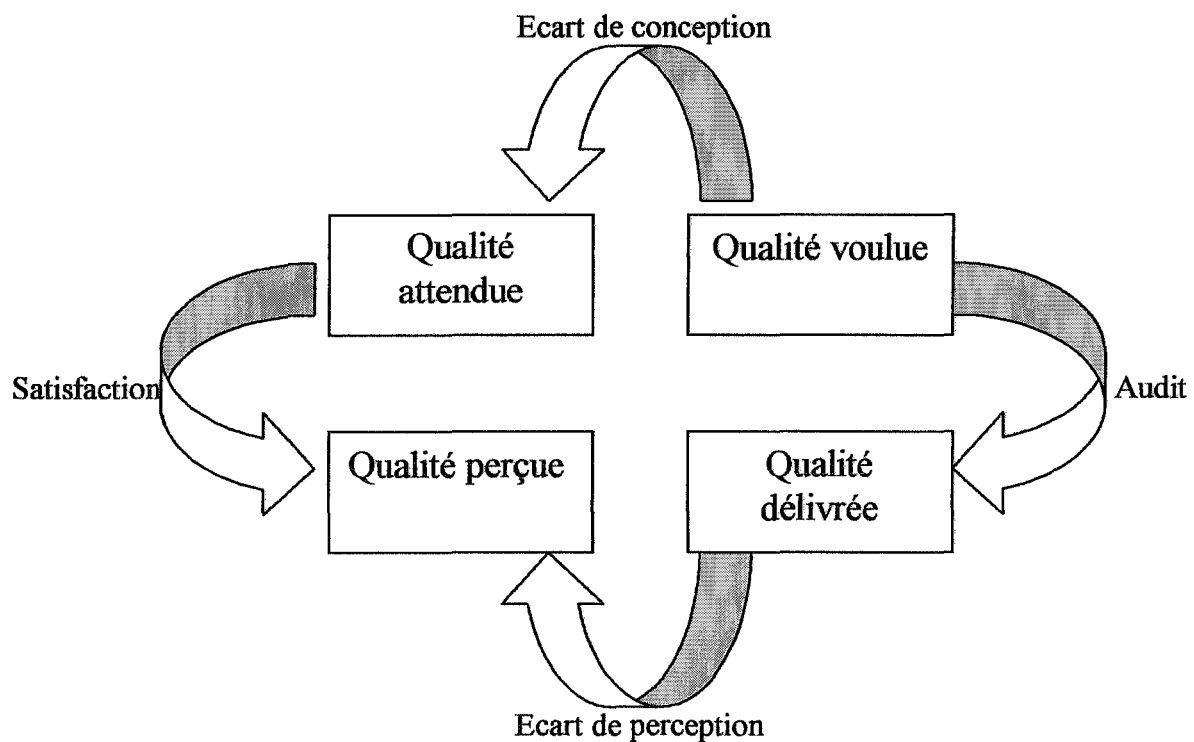
- accessibilité
- acceptabilité
- caractère approprié
- continuité
- délivrance au bon moment
- efficacité: qui produit l'effet attendu

- efficacité: capacité de rendement, de performance
- sécurité

La qualité résulte de différentes exigences: celles du patient, celles du médecin, celles de l'environnement. Elle peut être analysée au travers de la RMM à l'instar de la relation fournisseur-client dans le domaine industriel. Ainsi il est possible de distinguer quatre types de qualité:

- La qualité voulue est formulée par les professionnels sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient.
- la qualité attendue par le patient se construit autour de ses besoins de santé, mais aussi de son expérience antérieure dans le système de soins
- La qualité perçue est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.

Figure n°1 : Les 4 types de Qualités et leurs évaluations



-Les critères :

Ils définissent les objets de l'évaluation et les mesures utilisées pour évaluer la qualité. L'établissement de critères n'a pas pour but de «normaliser» les pratiques mais de permettre leur évaluation afin d'en améliorer la qualité.

Le concept de qualité dans le champ médical a été exposé par le Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales, suite aux Etats Généraux de la Santé, de la façon suivante :

« L'appréciation de la qualité perçue ou éprouvée par le patient est insuffisante pour prouver le niveau de qualité atteint. Pour être complète une évaluation doit unir les attentes des patients et de leur famille avec le respect des bonnes pratiques par les professionnels. »

II.1.c Quelle place laisser à l'évaluation de la satisfaction des patients ?

De nombreux auteurs s'accordent pour penser que la façon dont un soin a été élaboré compte au moins autant que le résultat de ce soin^{28,72}.

La satisfaction est une dimension importante⁶⁶ dans l'évaluation de la qualité des soins, mais si elle est considérée comme un indicateur final important, cette notion reste cependant complexe et largement subjective.

« En France les données manquent pour évaluer la satisfaction des patients en ambulatoire. Actuellement, nous ne savons pas si les questionnaires de satisfaction sont utilisables et utiles en France où le libre choix du médecin est un principe fondamental de notre système de santé. La clé de ces questionnaires réside dans le choix des critères de mesure et de leur adaptation au contexte national. » (ANAES).

Nous allons donc tenter d'approcher le concept de satisfaction. Ce concept est difficile à définir et comme le soulignait Wilking⁸⁹, « il est surprenant de constater le peu d'attention accordée par la recherche médicale au développement d'un modèle théorique et conceptuel de la satisfaction » par rapport au nombre d'études la prenant pour sujet. Qu'est-ce que la satisfaction? Quel rapport existe-il entre les critères de satisfaction et les attentes? Quels sont les objets propres de la satisfaction?

Le dictionnaire offre plusieurs définitions, la plus appropriée semblant être « l'accomplissement du désir ou du besoin ». Cependant le sens commun du terme satisfaction est plus complexe. Il renvoie au terme « satisfaisant » dans le sens « approprié » ou « acceptable ». Ainsi le terme satisfaction pourrait ne renvoyer qu'à l'accomplissement d'un acte jugé simplement approprié.

Une des tentatives de description du concept revient à Pascoe. Il définit la satisfaction du patient comme étant la réaction du bénéficiaire des soins médicaux aux aspects les plus

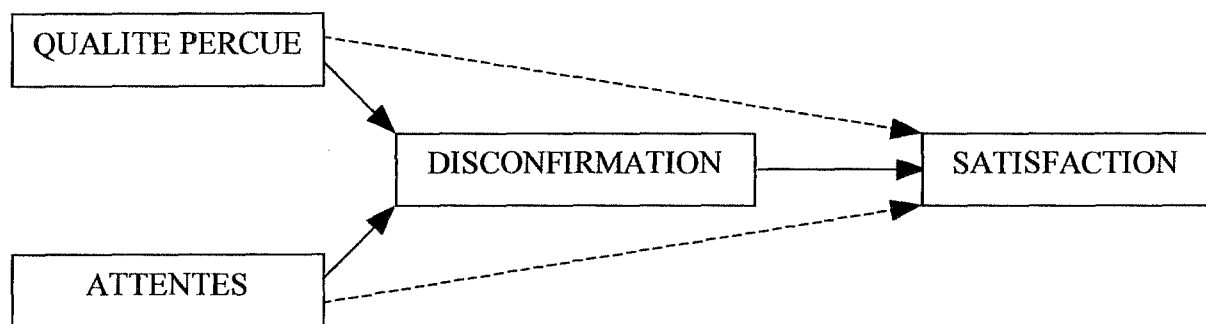
évidents du contexte, du déroulement et du résultat de l'expérience. Le terme « expérience » renvoie à une notion subjective ou à un ensemble de critères subjectifs et d'attentes.

Nous pouvons dire sinon que la satisfaction est l'expression de l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est perçu^{1,47,48}. Elle est la conséquence d'une évaluation du patient, intégrant des éléments cognitifs et affectifs. Trois notions principales doivent être considérées:

- La satisfaction est un état psychologique, conséquence d'un jugement intégrant des éléments cognitifs, des éléments directement liés au vécu collectif, et des éléments liés au vécu individuel.
- Elle repose sur un processus comparatif entre les expériences vécues et une référence initiale qui correspondrait à l'attente.
- Enfin, la satisfaction est postérieure aux soins.

La comparaison entre la qualité de la prestation perçue et les attentes du patient formées avant l'expérience de soins, est désignée par les auteurs anglo-saxons sous le vocable de confirmation/ disconfirmation. La disconfirmation se situe comme une variable médiatrice entre, d'une part les déterminants que sont les attentes et la qualité perçue et d'autre part, la satisfaction des patients.

Figure n°2 : Formation de la satisfaction (d'après Evrard)

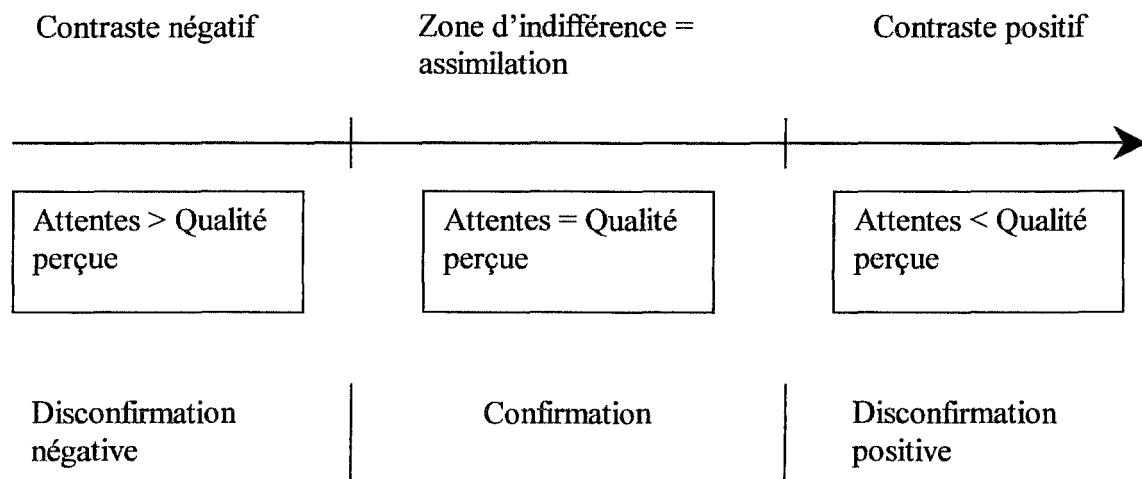


Les relations entre disconfirmation et satisfaction renvoient à des théories contradictoires:

- La première se réfère au processus d'assimilation, par lequel le patient tend à réduire l'écart entre sa perception de la qualité des soins et ses attentes initiales: confirmation qui correspond à la satisfaction.
- La seconde fait appel au contraste qui suppose que le patient sous l'effet de la surprise tend à amplifier la disparité perçue: La disconfirmation négative correspondant à l'insatisfaction lorsque la qualité perçue est inférieure aux attentes. On parle de

disconfirmation positive si la qualité perçue est supérieure aux attentes ce qui devrait tendre vers de la satisfaction.

Figure n°3 : Représentation du modèle d'assimilation et contraste



En résumé, l'étude de la satisfaction des patients concoure avec la réalisation d'audits auprès de médecins à évaluer la qualité. Le sujet de cette thèse qui vise à mettre en évidence les attentes et les perceptions des patients dans la relation médecin-malade se situe en amont (cf. figure 1 : la qualité attendue), en cherchant à identifier les critères, objets de satisfaction ou d'insatisfaction.

II.2 Enquêtes de satisfaction :

Dans un premier temps, nous reprendrons à partir de la littérature les éléments pouvant être des critères de satisfaction lors d'études sur la qualité de la relation médecin-malade, puis nous nous intéresserons aux questionnaires utilisés en médecine ambulatoire, dans d'autres pays puisque aucun questionnaire typiquement français n'existe.

Cette recherche est fondée sur une revue de la littérature consacrée à l'évaluation de la qualité de la relation médecin-malade aux cours des dix dernières années. Elle a été effectuée sur la période 1990-2000 à partir des bases de données de Medline en utilisant les mots clés suivants : *Patient-Physician relationship and evaluation and family-practice*. 28 des 81 références retrouvées nous ont semblé contributives.

Une autre recherche plus centrée sur notre méthode par focus groups a été entreprise toujours sur la base de Medline mais avec les mots clés suivant : *family practice and focus group and patient-physician relationship* qui nous a permis de retrouver 20 articles intéressants.

Nous avons aussi exploité les articles du British Medical Journal qui traitaient des méthodes qualitatives en matière de relation médecin-patient , l'index de la revue Prescrire sur la relation médecin-malade et la bibliographie de l'article du Dr Moreau.

A propos de cette recherche bibliographique, nous tenions à faire remarquer qu'il est difficile d'être exhaustif au niveau des articles de revues de médecine générale française ou étrangère car leur index est malheureusement rarement informatisé et que peu de revues sont consultables directement dans les bibliothèques.

II.2.a Les attentes des patients :

Les études explorant les attentes des patients étaient effectuées de différentes façons. Soit à partir de consultations filmées par vidéo³ puis visionnées par les patients et des médecins invités à dire de quelle façon, positive ou négative, ils avaient jugé cette consultation. Soit en utilisant le recueil audio plus un questionnaire de sortie en fin de consultation⁷⁰. Soit à partir de questionnaires simplement.

Selon l'article du Dr Alain Moreau⁵⁹ et d'autres auteurs^{19,4,74,75,23,43,88,5121,16,15,71,50,68,34}, nous avons retenu les critères suivants comme étant important pour une bonne relation médecin-malade. Ils représentent des aspects verbaux de la communication et des aspects comportementaux :

- établir un accueil verbal, en prononçant le nom du patient et en se présentant s'il s'agit d'une première fois.
- établir un contact visuel, regarder en face.
- Demander les motifs de consultation (questionnement ouvert).
- Connaître les idées, croyances, représentations que le malade se fait de ses problèmes et de sa maladie (en respectant ses valeurs).
- Permettre d'exprimer soucis et émotions.
- Permettre d'exprimer les attentes (écoute active).
- Interroger sur les événements de vie.
- Diriger la consultation en expliquant ce que l'on fait.
- Dire les conclusions de l'examen clinique avec un vocabulaire adapté à la compréhension du patient.
- Réaliser une compréhension commune et une clarification du problème avec le patient (utilisation de la reformulation).
- Parler du suivi, d'éventuels recours (coordination) ou prescriptions.

- Donner un avis sur le pronostic.
- Informer sur le traitement.
- Négocier plutôt qu'imposer.
- Exprimer de l'empathie.
- Utiliser l'humour.
- Conseiller, avec modération, en s'adaptant au patient et en évitant le «y a qu'à».
- Rassurer mais pas de manière systématique et prématurée.
- Soulager, moralement et physiquement.
- Demander au patient s'il a d'autres questions afin d'éviter «les questions de dernières minutes».
- Impliquer le patient, et éventuellement la famille, dans la résolution du problème.
- Conclure la consultation (et dire au revoir... ?)

II.2.b Les questionnaires de satisfaction :

Nous avons, à partir du livre de Wilking, Hallam et Doggett⁸⁹, et du travail de mémoire de DEA de S. Antoniotti¹, étudié les différents questionnaires²⁸ qui mesurent la satisfaction des patients en médecine ambulatoire. Parmi eux, deux ont retenu notre attention car ils étaient pour l'un, le plus utilisé et pour l'autre le plus proche de notre domaine d'étude à savoir le relationnel. Le plus utilisé est le Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), dont le modèle a servi à la réalisation de questionnaires francophones suisses et le plus proche des préoccupations relationnelles est le Medical Interview Satisfaction Scale (MISS).

- Le Patient Satisfaction Questionnaire (annexe 5):

Plusieurs versions du « Patient Satisfaction Questionnaire » ont vu le jour. La dernière version le PSQ III date de 1987.

Publié par JE. Ware, cet autoquestionnaire multidimensionnel anglo-saxon a pour finalité d'être un questionnaire évaluant la satisfaction des patients, utilisable dans les études en population générale. Trois différents types d'applications ont été envisagés : mesurer le taux de satisfaction en tant que résultat d'une thérapeutique, fournir des informations quant aux sources de satisfaction et d'insatisfaction, et servir à comprendre le comportement du malade. Fondé sur les données de la littérature et sur le point de vue des patients, cet instrument de 51 items explore 7 dimensions: la satisfaction générale, les aspects techniques, les relations

interpersonnelles, la communication, les aspects financiers, le temps passé en consultation et , l'accessibilité aux soins.

- Le Medical Interview Satisfaction Scale:

Le Medical Interview Satisfaction Scale (MISS) est une échelle anglosaxonne, autoadministrée, développée afin d'évaluer la satisfaction après une consultation médicale. La génération des items s'est fondée sur les données de la littérature et sur des entretiens avec des patients.

La première version de ce questionnaire publiée en 1978 (annexe 7) comptait 26 items regroupés en 3 dimensions: une première dimension "cognitive" concernant les informations et les explications données par le médecin, la compréhension par le patient du diagnostic, des effets du traitement, de l'étiologie et du pronostic; une deuxième dimension "affective" se rapportant au sentiment d'être pris en considération, aux perceptions du patient vis-à-vis de son traitement, de la relation de confiance et de sécurité avec le médecin. Enfin, la troisième dimension "comportementale" doit permettre au patient d'évaluer le comportement du médecin, son examen clinique, ses procédures de diagnostic, de traitement et les conseils donnés.

Il existe une version plus récente de cet outil datant de 1996 (annexe 6), dans laquelle un certain nombre de modifications ont été réalisées. On constate que la dernière version du MISS comprend 29 items et, cette fois-ci, quatre dimensions: « prise en charge de l'anxiété », « communication, réconfort », « sympathie » et enfin « intention de compliance ».

Ces deux questionnaires ont été élaborés aux Etats-Unis, et reflètent donc le système de santé pour lequel ils ont été pensés. Ceci est particulièrement flagrant pour les items traitant du taux de satisfaction face aux aspects financiers. Nous avons donc recherché, par notre étude, quels pouvaient être, en France, les critères de satisfaction des patients concernant la qualité de la relation médecin-malade et ce, à partir d'une méthode d'évaluation qualitative par entretiens de groupes, « focus groups », que nous allons présenter dans le chapitre suivant.

III. LES FOCUS GROUPS : PRESENTATION DE LA METHODE

III.1 Définition et synonymes :

III.1.a Définition :

C'est une technique d'enquête qualitative⁷⁷ qui collecte, d'une manière très approfondie, des informations sur un sujet, au sein d'interviews en groupes. Elle fait émerger des idées, mais ne permet pas d'aplanir les différences d'opinions ou d'atteindre un consensus. Son objectif est de mieux comprendre ce que les gens pensent ou ressentent sur un thème, un produit ou un service.

Les focus groups sont très employés en Europe du Nord et aux Etats-Unis^{27,80,83,49}.

III.1.b Synonymes :

Entretiens de groupe, groupes d'expression.

III.2 Historique :

Issus du marketing de l'après guerre aux Etats-Unis, les focus groups ont servi à mieux comprendre comment rendre un produit attractif et désirable en adaptant par exemple son emballage ou sa publicité, selon les avis des clients⁴⁴.

Robert Merton a initié les premières enquêtes de ce style, d'une part sur les chemins de Roethlisberger et Dickson qui pratiquaient des entretiens non directifs lors d'études dans l'industrie et, d'autre part à la suite de Carl Rogers qui les utilisait en psychothérapie.

Elles permettaient de tester rapidement les besoins et de les définir dans une journée, auprès de participants, la plupart du temps indemnisés.

A la suite du monde industriel, dans les années 80, les universitaires ont adapté la méthode à leurs propres besoins en matière de recherche. Les principaux domaines concernés étaient la santé publique, l'éducation et l'environnement.

III.3 Place de l'outil :

Les focus groups sont le plus couramment utilisés lors d'études de marketing avant le lancement de programmes, d'évènements ou d'expériences, ou pendant leur déroulement, ou

enfin à leur issue. Ils permettent dans ce sens d'évaluer rapidement les attentes et les pratiques, et de les modifier si besoin.

III.4 Description :

III.4.a Le pré requis :

Avoir ciblé précisément le thème pour lequel on recherche des informations.

III.4.b La phase de programmation :

Décrire explicitement l'objectif recherché et s'assurer de l'adéquation de l'outil focus group aux questions à résoudre.

III.4.c Les questions posées lors du focus group :

Les participants reçoivent au début de la réunion des informations sur le contexte de l'étude afin de bien situer les questions par rapport au thème traité. Le questionnaire comporte une douzaine de questions ouvertes qui vont du domaine le plus général au plus particulier.

III.4.d Le nombre de groupes à conduire :

Il est conseillé de débiter par l'organisation de 3 focus groups puis de continuer à en réunir tant que des idées, des opinions ou des thèmes nouveaux apparaissent et que l'on atteigne ce que Krueger nomme la « saturation ».

III.4.e Environnement :

Les sessions doivent être agréablement organisées avec de bons sièges, des rafraîchissements, un agencement en rond pour établir une atmosphère propice à la discussion et aux échanges. Elles sont enregistrées avec l'accord des participants pour en faciliter l'analyse ultérieure.

III.4.f Durée :

Elles peuvent durer de 1 à 2 heures, en les étalant sur plusieurs après-midi ou soirées si besoin.

III.4.g Les participants :

Ils doivent avoir des caractéristiques homogènes liées au thème traité et être potentiellement de bonnes sources d'informations sur le sujet.

Il est possible de travailler avec un échantillon représentatif de population mais cela n'est pas obligatoire.

Une autre possibilité consiste à sélectionner les participants pour leurs avis différents et complémentaires sur le sujet afin d'avoir de bons échanges au sein du groupe. Il faut cependant veiller à ne pas mettre dans un même groupe des participants ayant des relations de hiérarchie ou des rapports pouvant rendre leur expression personnelle plus difficile⁴².

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

III.4.h Le modérateur du focus group :

Il doit avoir de l'expérience et faire preuve de qualités dans la conduite de réunions et la dynamique de groupe. Il peut adapter les questions en fonction du déroulement effectif de chaque réunion et doit se montrer flexible. Il doit faire émerger tous les points de vue des participants et peut proposer à ceux-ci d'essayer de se parler entre eux plutôt que de s'adresser à lui. Il peut même aller jusqu'à s'asseoir un peu en retrait pour adopter une attitude « d'écoute aux portes ». Plus tard, dans la session, le chercheur peut devenir plus interventionniste et orienter le débat pour en approfondir certaines données.

Dans l'idéal, la réunion est organisée par un modérateur associé à une personne préposée à la technique et à la prise de notes. Il est préférable d'enregistrer les réunions puis de les transcrire. On peut ensuite discuter quelle est la personne qui devrait faire l'analyse des résultats. Dans les recommandations de l'ANAES, il est préférable que cette personne n'ait pas assisté au groupe pour garder plus d'objectivité, par contre Krueger préconise l'inverse en

argumentant qu'une grande part des informations se trouve dans une analyse non verbale mais corporelle ou relationnelle. Une solution serait de retranscrire correctement tous ces éléments non verbaux afin de permettre à une autre personne d'en disposer pour l'analyse.

III.4.i Les conseils pour la transcription des interviews:

- identifier les commentaires des modérateurs⁴⁴,
- utiliser un style logique, espace entre les paroles des différents intervenants par ex. indiquer sur chaque page la date et le nom du groupe,
- ne pas s'inquiéter de la ponctuation,
- ne pas reproduire les « hum! », « eh ! »,
- transcrire les commentaires mot pour mot,
- noter entre parenthèses les notions sur l'intensité de la voix, les coupures,
- compter suffisamment de temps pour transcrire (8 h pour un entretien d'1 h),
- avoir un bon équipement pour l'enregistrement,
- bien disposer les participants pour bien les enregistrer,
- minimiser les distractions pendant la transcription.

III.5 L'analyse du contenu :

Commencer une analyse ressemble à l'entrée dans un labyrinthe. Il s'offre plusieurs possibilités qu'il va falloir essayer, puis garder ou abandonner.

L'analyse qualitative ne doit pas être ce que l'on veut qu'elle soit, mais être utile, systématique et vérifiable.

Il faut toujours retourner au préposé de l'étude lorsqu'on la réalise, au risque de voir apparaître des difficultés au moment de rendre les conclusions.

III.5.a Les différentes caractéristiques de l'analyse :

Systématique et séquentielle, vérifiable, continue.

- Systématique et séquentielle :

Un protocole est établi pour que chaque chercheur procède de la même façon. Parfois, la durée des réponses à chaque question est déterminée à l'avance, le type d'approfondissement requis, les relances de discussion. Ce protocole est documenté et admis par tous avant le début de l'étude.

- Vérifiable :

Quelque soit la personne qui fasse l'analyse, elle doit pouvoir arriver aux mêmes conclusions, en évitant donc une perception sélective. La vérification peut se faire à partir des enregistrements en reprenant la transcription, mais aussi à partir du sommaire des entretiens qui peut être repris avec le groupe. A la fin de chaque question, le chercheur reprend ses notes et les éléments semblant se dégager pour demander confirmation ou infirmation au groupe.

- Continue :

Dans les analyses quantitatives, la séparation entre la phase de collecte des informations et l'analyse des résultats est franche. On retrouve ainsi une phase de construction et de réalisation des entretiens puis une phase d'analyse qui va permettre de générer des statistiques. A l'inverse⁶⁴, l'analyse des focus group commence avec la réalisation du premier groupe. En sortant de la réunion, il est utile de retrouver les thèmes qui se sont dégagés et les difficultés pour obtenir certaines réponses. Ceci permettra d'améliorer le questionnaire pour le prochain groupe et de collecter de meilleures informations. Puis, au fur et à mesure de la réalisation des autres groupes, l'analyse permet d'aborder une première classification des thèmes, de comparer les nouveautés, ou au contraire les items manquants d'un groupe à l'autre.

III.5.b Les différentes sortes d'analyse :

L'analyse peut être réalisée de plusieurs façons ou plus exactement avec plus au moins de moyens pour l'assister, le principe de base restant toujours le même : *découper, classer, et ordonner en comparant, confrontant, rapprochant et en opposant.*

Nous décrirons successivement : l'analyse de la table longue, l'analyse assistée par informatique, l'analyse rapide et l'analyse sonore.

▪ **Analyse de la table longue :**

Elle va s'appuyer sur la transcription de l'intégralité des paroles des participants, appelées verbatims.

Ces textes vont être disposés les uns à côté des autres pour en faciliter l'analyse conjointe. On peut imaginer choisir une couleur de fond de trame différente pour chaque groupe.

Les différentes idées ou items vont être repérés puis découpés et enfin regroupés autour d'un petit thème commun appelé occurrence, la couleur de trame identifiant leur provenance. Il s'en suivra une comparaison de leurs similitudes ou différences.

A ce stade, aucune interprétation n'est réalisée, il s'agit juste d'un classement logique. Les occurrences sont si possible regroupées au sein de grands thèmes, nommés dimensions, qui apparaissent au fil de l'analyse.

Pour connaître le poids ou l'accent à donner aux occurrences, il faut étudier successivement :

- leur fréquence : ceci n'est pas le plus important, car un élément cité une seule fois peut être capital
- leur spécificité
- l'émotion qui y est associée : noter si les participants montrent de l'émotion, de l'enthousiasme ou de l'intensité dans leurs réponses.
- leur étendue ou élargissement : comment s'expriment différentes personnes qui disent une même chose ?

Puis il faut réaliser une synthèse de toutes les dimensions et des occurrences qui s'y rapportent en prêtant attention à la façon dont certains thèmes reviennent. Le compte rendu sera organisé autour d'eux.

Ensuite, il est conseillé de prendre du recul quelques jours pour se focaliser de nouveau sur les buts premiers de l'étude.

Le rapport se structurera autour des thèmes, en utilisant les transcriptions pour décrire les commentaires des occurrences. Dans un rapport narratif ou descriptif, il faut sectionner les citations qui illustrent les thèmes, afin de permettre au lecteur de se faire une idée juste de ce qui a été dit dans le groupe. Utiliser jusqu'à 3 citations par thème.

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

▪ **Analyse assistée par informatique :**

- La première approche est la version informatisée de la longue table en utilisant les fonctions: « couper » et « coller » du traitement de texte pour classer peu à peu les items.

- Il est possible deuxièmement d'utiliser le traitement de texte pour coder les items en plus des fonctions de « couper », « coller ». Certains chercheurs qui maîtrisent bien leur outil peuvent ainsi faire tourner ces programmes sur de grandes séries. Si la méthode est moins élégante qu'avec les logiciels spécialisés, elle a l'avantage d'être familière aux chercheurs qui la pratiquent dans leurs études quantitatives.

-Troisièmement, l'utilisation de logiciels spéciaux comme « The Ethnologue » ou « NUD*IST » permettent de combiner les résultats avec les caractéristiques des participants (socioculturelles ou autres) et apportent aussi une certaine contribution à plus d'objectivité.

▪ **Analyse rapide :**

Elle est très rarement nécessaire dans le milieu scientifique mais plutôt dans celui du commerce, où il faut parfois rapidement apporter les conclusions. Le modérateur optimise la réalisation de l'étude afin de gagner du temps en diminuant au minimum le nombre de groupes, en posant moins de questions qui seront très cernées au départ, en utilisant un support visuel afin d'obtenir des commentaires de la part des participants, en donnant les résultats au groupe qui peut ainsi les vérifier immédiatement.

▪ **Analyse sonore :**

C'est une approche innovante qui requiert un logiciel spécialisé comme le « Sound Forge » par exemple. Elle consiste à l'enregistrement des sons sur un ordinateur en repérant certains segments qui serviront de marqueurs et permettront de retrouver ultérieurement les différentes déclarations, et de les ordonner en les enregistrant sur un compact disc. Ceci donne directement un rapport audible mais non écrit.

▪ **Des conseils pour l'analyse :**

- être présent lors de la réalisation du focus group. 80% des informations se retrouvent dans la transcription écrite, mais 20% concernent ce qui s'est passé dans la salle,
- toutes les données du groupe ne sont pas forcément utiles à l'analyse,

- choisir en fonction du but de l'étude, la classification adaptée ,
- attention aux biais liés aux personnes ou aux préjugés sur le sujet,
- être la voix des participants,
- utiliser des représentations, des diagrammes ou des sketches, des images, des bandes dessinées,
- ne pas introduire de chiffres, utiliser plutôt des déterminants tels que : personne, quelques, beaucoup, le plus.

III.6 Différentes applications :

A la suite du monde industriel, dans les années 80, les universitaires ont adapté la méthode à leurs propres besoins en matière de recherche. Les principaux domaines concernés étaient la santé publique, l'éducation et l'environnement. Certaines modifications ont été apportées :

- les résultats n'étaient plus clos mais ouverts et publiés,
- les protocoles étaient analysés et commentés avec une certaine rigueur afin de rendre la méthode reproductible,
- les informations étaient intégralement transcrites (à partir d'enregistrements et plus de simples notes),
- l'analyse des données enfin prenaient plus de temps avec des délais bien différents de ceux des rapports de l'industrie rendus dans la journée.

La troisième approche fut celle des services publics ou associations à but non lucratif tels les professionnels de santé, les groupes religieux, le domaine de l'éducation ou les administrations. Ces organisations furent tentées d'utiliser cette méthode dans le but de tester les services et programmes, de responsabiliser les consommateurs et d'obtenir une aide à la décision. Les principales différences se retrouvaient au niveau :

- du recrutement des participants aux groupes qui étaient alors issus de toutes les classes de la société et de tous les environnements,
- du modérateur qui n'était plus forcément un spécialiste mais une personne plus interne au groupe initiateur (service public ou association) ayant des qualités en matière d'évaluation ou d'interviews,
- et du nombre de participants plus restreint (de 6 à 8) pour favoriser les échanges et approfondir les conversations.

III.7 Un avantage de cette méthode: l'interaction de groupe :

C'est un élément capital⁴². Bien que ce type d'étude ne soit parfois utilisé que pour obtenir rapidement des informations de la part de plusieurs personnes simultanément, il fait intervenir l'interaction de groupe comme élément dynamisant de la méthode. Dans l'interview de groupe, les participants sont encouragés à se parler, se poser des questions, échanger des anecdotes ou des commentaires sur leurs points de vue ou expériences. La méthode est particulièrement utile pour explorer les connaissances et expériences et peut être utilisée pour examiner non seulement ce que les personnes pensent mais aussi comment elles pensent et pourquoi elles ont cet avis.

L'idée qui se dégage du focus groupe est que le processus de groupe peut aider les personnes à explorer et clarifier leurs idées plus facilement que dans un interview individuel. L'interview de groupe est particulièrement adaptée aux recherches avec des questions ouvertes qui invitent les participants à explorer les sujets importants pour eux, dans leur propre vocabulaire, les amenant à générer leurs questions et à suivre leurs priorités. Lorsque la dynamique de groupe fonctionne bien, les participants travaillent parallèlement au chercheur et peuvent l'amener dans de nouvelles directions qui sont souvent inattendues.

Le travail de groupe permet aussi au chercheur d'aborder les différents types de communication utilisés par les personnes dans la vie courante : les anecdotes, les jeux , les taquineries et les argumentations. Cela conduit à ne pas en capsuler les connaissances et les attitudes des personnes dans des réponses préétablies comme dans les questionnaires fermés. Les types de communication de tous les jours peuvent nous en dire plus sur les expériences et les avis des personnes. Dans ce sens les focus groups atteignent des dimensions que d'autres méthodes ne peuvent appréhender.

Ces différents types de communication permettent aussi d'aborder les différences de culture⁶² et de normes des participants toujours par l'analyse des jeux d'humour, d'avis contraires ou similaires.

L'inconvénient de ces normes de groupe est qu'elles peuvent faire taire certaines idées. Nous pouvons prendre l'exemple d'une réunion de pensionnaires d'une maison de retraite, invités à se prononcer sur les qualités du personnel soignant. Les personnes ayant un avis négatif sur

celui-ci auraient du mal à l'exprimer devant celles qui auraient un avis positif. Car ces dernières leur reprocheraient de se plaindre en permanence et de ne pas remarquer les efforts faits par le personnel.

La méthode du focus groupe permet l'expression de personnes qui ne savent ni lire ni écrire. Elle encourage la participation de ceux qui seraient intimidés par un interview isolé, elle peut motiver la participation de ceux qui pensent ne rien avoir à dire mais qui peuvent s'engager dans la discussion générée par les autres membres du groupe. Elle peut permettre l'émergence des avis négatifs en dehors de l'inconvénient des normes de groupe.

III.8 Validité de ses études : comment vérifier la validité des focus groups?

Les notions de validité⁴⁴ sont différentes par rapport à celles des études quantitatives dans lesquelles les résultats chiffrés doivent donner par procuration les avis des interviewés. Dans les focus groups les mots des participants sont directement utilisés pour traduire leur pensée, ou leurs observations sur le sujet.

Dans un focus groupe, le chercheur obtient directement les réponses et en plus, il a l'opportunité de poursuivre en les clarifiant grâce à la vérification qu'il peut faire au sein du groupe.

Mais comme dans toute étude qualitative où l'on cherche à mettre en évidence les éléments importants sur un sujet afin de les communiquer à une audience, il faut s'assurer à chaque étape d'avoir une démarche de qualité⁵⁶.

Pour cela :

- réaliser une étude pilote pour tester les questions,
- avoir des modérateurs entraînés et expérimentés,
- écouter attentivement les participants et leurs réactions. Approfondir les points ambigus dans leurs réponses,
- utiliser une analyse systématique, considérer la validité de la ressource et qu'elle peut être sa valeur.
- reprendre les thèmes ou idées à la fin avec les participants.

III.9 Peut-on généraliser une enquête par focus group ?

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

Par contre, il est possible, dans certaines conditions, de faire ce que Lincoln et Guba ont appelé le « transfert de données » qui est la reprise des données dans un autre environnement afin de les tester ou de les exploiter dans un autre contexte (les données du focus group sont alors intégrées dans un questionnaire) .

En conclusion, les focus groups requièrent une certaine méthodologie¹² et nous allons voir dans le chapitre suivant comment avons nous procédé dans nos enquêtes auprès de patients.

MATERIEL ET METHODE

I. TYPE D'ETUDE :

Le type d'enquête choisi est une enquête qualitative par entretiens de groupes, autrement appelée focus groups.

II. JUSTIFICATION DU TYPE DE METHODE :

Le choix de la méthode consistait au départ à opter pour une méthode quantitative ou une méthode qualitative afin d'évaluer la qualité de la RMM. Nous aurions pu, à partir des critères retrouvées dans la littérature, construire un questionnaire testé dans un premier temps sur un échantillon de population, puis sur des populations françaises urbaines et rurales à plus grande échelle. Il nous a semblé intéressant d'essayer de faire émerger des idées nouvelles dans la population française pour pouvoir ensuite, les rajouter aux items trouvés dans la littérature.

Habituellement, les méthodes qualitatives et quantitatives sont opposées en associant les méthodes quantitatives au réalisme et les qualitatives à l'idéalisme⁶⁰. Il est souvent fait le reproche aux méthodes qualitatives de manquer de rigueur⁵⁶, elles sont actuellement utilisées, malgré cela, de plus en plus dans l'évaluation des systèmes de santé. En effet, l'entretien est l'instrument privilégié pour la compréhension des comportements, alors que le questionnaire est une excellente méthode pour l'interprétation de la conduite⁴². Ainsi l'enquête qualitative peut aider à définir l'objet, l'explorer, le problématiser, le conceptualiser et le qualifier. Les deux types de méthodes sont complémentaires et peuvent en retirer l'une de l'autre, un bénéfice mutuel⁴⁰, en utilisant par exemple une méthode qualitative comme prérequis à l'élaboration d'un questionnaire⁶⁴.

Les autres méthodes qualitatives⁶⁴ étaient moins bien adaptées à notre sujet :

- L'observation⁵⁵ était difficile à mettre en place au sein d'une consultation qui est un colloque singulier et où le chercheur devient un tiers, il aurait sinon fallu utiliser des enregistrements vidéo.
- Les entretiens individuels^{14,11} n'utilisaient pas l'interaction de groupe, et certaines personnes avaient de la difficulté à s'exprimer et surtout à prendre de la distance par rapport à leur propre médecin ou à la dernière consultation effectuée.

- Les méthodes de consensus⁴⁰ auraient été plus adaptées à des groupes d'experts.

La méthode des focus groups est un procédé très ajusté à l'étude des comportements, des expériences vécues et des attentes et une technique de récolte de données sensible aux variations culturelles et aux différents types de population qui peuvent utiliser le système de santé.

III. METHODOLOGIE :

Le protocole d'étude a été élaboré en parallèle pour deux thèses de médecine. La première qui consiste à identifier les attentes des patients dans la RMM constitue notre travail, la seconde réalisée sur Lyon par Laëtitia Sarassat est le sujet d'une thèse dirigée par le Dr Alain Moreau (auteur d'un article sur les critères de qualité de la RMM) et présidée par le Pr Terra (membre de l'ANAES), qui a pour sujet les attentes des médecins dans cette relation. Le but étant dans un second temps, de rapprocher et comparer les différentes données afin de mesurer quels sont les éléments déterminant de la qualité de la RMM.

En ce qui concerne notre sujet, quatre réunions de patients potentiels ont été organisées, entre Mars et Juin 2001. Trois dans des maisons d'associations de quartier et une à partir de la patientèle de médecins ruraux. Les entretiens de groupe ont été réalisés en dehors de toute consultation médicale. Chaque groupe était constitué de 4 à 8 patients, dont les médecins traitants n'étaient pas présents.

- un groupe était composé de personnes âgées se réunissant régulièrement dans le cadre d'un club du 3^e âge sur Lyon-mermoz (69),

- un autre à Villefontaine (38) a réuni des adultes faisant partie d'une association de quartier,

- un deuxième groupe sur Villefontaine a rassemblé des jeunes mères qui se réunissent habituellement pour discuter de l'éducation de leurs enfants,

- enfin, une dernière réunion à Virieu (38) s'est tenue après invitation de médecins généralistes ruraux dans leur patientèle.

Les participants aux groupes, patients potentiels ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivant: personnes adultes majeures, capables de participer à un entretien,

consentantes, quelque soient leur âge et leurs pathologies. Le seul critère d'exclusion était les personnes mineures.

Dans les focus groups, comme dans d'autres méthodes qualitatives, les groupes de participants ne doivent pas forcément être des échantillons représentatifs de la population générale. Dans cette étude, ils ont été sélectionnés par leur motivation à discuter sur le sujet de la relation médecin-malade.

Les réunions étaient animées par un ou deux modérateurs parmi les deux médecins généralistes, directeurs des thèses, le professeur membre de l'ANAES, et les étudiantes thésardes.

Chacune a duré de une à deux heures et a été enregistrée avec l'accord des participants, à l'aide d'un dictaphone.

Elles se sont déroulées selon un scénario similaire :

- accueil des participants,
- présentation des modérateurs,
- énoncé des questions,
- échanges avec les participants,
- remerciements.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas fixé par avance mais déterminé par le fait que les thèmes devenaient redondants au bout de plusieurs réunions, sans voir apparaître de nouveaux éléments⁷⁷.

IV. DEVELOPPEMENT DU GUIDE D'INTERVIEWS :

Les questions ont été formulées par le Pr Terra et de Dr Alain Moreau à partir de la revue de la littérature. Au préalable, nous avons effectué 5 entretiens individuels de patients afin de cerner quel type de questions permettait le mieux de faire émerger les idées dans tous les champs de la rencontre entre un patient et un médecin.

Le guide d'entretiens comportait 6 relances principales allant du plus général au plus particulier¹¹:

- qu'attendez-vous de votre relation avec votre médecin ?
- comment doit se dérouler la consultation ?

- qu'est-ce qui vous inspire confiance dans cette relation ?
- qu'est-ce qui vous satisfait dans cette relation ?
- qu'est-ce qui peut vous faire douter de la bonne relation avec votre médecin ?
- qu'est-ce qui vous déçoit dans cette relation ?

Des relances neutres à type de reformulation ont pu être faites au cours des réunions, il s'agissait aussi de vérifier la bonne compréhension des propos des interviewés.

V. LES VARIABLES ETUDIEES :

L'exploration a porté sur la mise en évidence de critères de satisfaction des patients de MG dans la RMM et sur l'étude de différences éventuelles entre d'une part, les milieux ruraux et urbains et les populations jeune et âgée.

Elle devait permettre de compléter les enquêtes de satisfaction anglo-saxonnes et francophones (dont les questions sont prédéterminées par des professionnels de santé ou d'évaluation) en explorant les processus de satisfaction, à travers la vision des patients et en recueillant les récits de leurs expériences vécues.

VI. METHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS :

A l'issue de chaque réunion, une retranscription intégrale du corpus des entretiens a été faite par dactylographie à l'aide du logiciel Microsoft word . (Les textes se trouvent en annexe).

Nous avons ensuite effectué une analyse lexicale transversale^{37,9}, manuelle, pour chaque groupe, avec recherche des thèmes (occurrences) qui se dégageaient, en listant pour chacune d'elles les verbatims (phrases ou expressions) utilisées par les patients. Ces derniers ont été laissés dans leur version initiale afin d'essayer de rester le plus proche de leur sens. Les occurrences ont ensuite été organisées et rassemblées selon des grands thèmes (ou dimensions) retrouvés dans la littérature⁸⁹, en se laissant la possibilité d'en rajouter ou enlever si besoin⁹. Nous avons choisi de reprendre les dimensions du PSQ, car comme nous avons dit précédemment c'est un questionnaire très utilisé. De plus, les dimensions, mise à part la satisfaction générale que nous avons retirée, nous permettaient de classer tous les thèmes retrouvés dans les groupes. La présentation a été faite pour chaque réunion sous forme d'un tableau à 2 colonnes repérant les critères positifs et les critères négatifs de chaque dimension.

La recherche de validité a été faite en reprenant la recherche des occurrences⁵⁷ avec le directeur de thèse.

Les résultats ont ensuite été présentés sous forme narrative, en regroupant les thèmes similaires des différents groupes sans les interpréter. Ce n'est que dans la discussion que les notions seront reprises et développées puis, comparées en fonction des données socio-démographiques des participants et confrontées dans un second temps aux items des questionnaires anglo-saxons (PSQIII et MISS).

VII. CRITIQUE DE LA METHODE :

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

- il existait un biais de recrutement car habituellement les participants aux groupes sont sélectionnés par des sociétés spécialisées.
- nous notons aussi un biais de motivation, car les participants sont issus d'associations.
- L'animation des groupes a été effectuée par des modérateurs différents ce qui rendait les relances et interventions non comparables d'un groupe à l'autre.
- Par contre il n'y avait pas de biais lié à la rémunération du temps passé, et pas de biais de fidélisation car les médecins des patients n'étaient pas présents.

Dans le prochain chapitre, nous allons présenter les résultats de l'analyse transversale des corpus d'entretiens, d'abord sous forme de tableaux puis sous forme de textes en rassemblant les diverses occurrences.

RESULTATS

I. RESULTATS EN TABLEAUX

I.1 Analyse transversale de la réunion de Villefontaine 1

COMPETENCES TECHNIQUES ET BIOMEDICALES	
Critères positifs (Occurrences/Verbatims)	Critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Médecin expérimenté : - qu'il ne soit pas trop jeune	Attitude pendant l'examen : - qu'il prenne la tension sans annoncer les chiffres - qu'il fasse des grimaces car cela angoisse - sinon on a l'impression que le médecin sait et que le patient n'a pas à savoir
Travail d'intelligence : - je demande au médecin un travail d'intelligence	Manque d'assurance sur le diagnostic : - les médecins remplaçants sont méfiants sur le diagnostic
L'interrogation : - qu'il m'interroge de façon consciencieuse - qu'il ne se contente pas d'informations superficielles de ma part	Absence de diagnostic : - souvent si on ne le demande pas
Médecin de premier recours : - médecin conseil, médecin de premier recours - consultation du généraliste avant de consulter un spécialiste pour ne pas avoir la sensation d'être découpé en tranches.	Médecin qui n'a pas confiance : - j'ai l'impression qu'il n'a pas confiance en son patient - moi j'ai alors du mal à avoir confiance en lui - il n'explique pas les choses
Etre conseillé pour un autre avis : - être aiguillé vers d'autres soins si besoin	Manque de vision globale : - il n'a pas de vision globale à long terme
La prévention : - documents sur la prévention dans la salle d'attente - j'aimerais le consulter pour savoir comment ne pas tomber malade - besoin de conseil de prévention de suivi	Critique de médecins entre eux : - je n'aime pas , il ne faut pas le faire descendre de son piédestal
Le droit à l'erreur : - il peut se tromper, j'ai gardé sa confiance	
Evaluation de l'arrêt de travail : - qu'il évalue s'il faut s'arrêter ou non	
ASPECTS INTERPERSONNELS, VECU RELATIONNEL ET AFFECTIF	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Mon médecin : - je parle de mon médecin car il me connaît - j'ai fait le choix de mon médecin	Mauvaise compréhension : - manque de compréhension de la fatigue - pas d'évaluation de l'arrêt de travail
Relation paternaliste : - c'est un peu son papa ou sa maman que l'on va voir - il me bouscule un peu pour que je fasse mes examens	Patient non reconnu comme une personne : - c'est une usine - être considéré comme un numéro

Médecin de famille :	Relation de client à patient : - de plus en plus, et de moins en moins de patient à médecin - c'est plus commercial maintenant - il manque l'esprit de médecin de famille
Relation de confiance :	
Conseils sur problème psychologique : - conseil si malaise, difficultés à vivre	
Dire la vérité : - <i>qu'il me dise la vérité même si cela est grave dans une relation de confiance</i>	
Contact : - un médecin qui parle - les relations ne sont pas trop distantes - son abord sympathique, chaleureux ou non m'importe peu	
Considérer les événements de vie : - considérer les événements de vie qui conduisent à la maladie	
COMMUNICATION, TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
L'écoute : - avoir le temps d'expliquer - pouvoir dire que j'ai mal - si on me pose tout de suite des questions j'ai l'impression que mon mal est mis de côté - que l'on m'écoute - un médecin a l'écoute - j'aime être écouté - qu'il écoute, essaie de comprendre	
Qu'il me soit disponible : - qu'à cet instant il n'ait que moi à l'esprit - qu'il n'ait que moi à s'occuper - que je devienne la chose la plus importante pour lui	
Explications lors de l'examen clinique : - explications de toutes les choses faites ou à faire - un médecin qui commente ce qu'il fait, on participe - c'est un univers de langage qui nécessite son sous-titrage	

Nommer le diagnostic : - une consultation qui va amener un diagnostic - j'aime avoir un diagnostic	
Explications sur la diagnostic : - pour le confronter à mes idées - que l'on m'explique ce que j'ai	
Partage de ses compétences : - je veux chercher et comprendre avec lui - qu'il partage son intelligence	
Avoir des explications : - on a besoin de comprendre - on a besoin de prendre de l'intelligence par rapport à la vie et aux soins - mon médecin explique et donne des indications sur les effets escomptés	
Hiérarchisation des problèmes : - si plusieurs problèmes et que tous ne sont pas urgents - ou pour mieux faire le tour de la question, voir les choses dans leur globalité	
Qu'il sache me convaincre :	
Choix des thérapeutiques : - que l'on me propose des thérapeutiques - que j'ai le choix, que l'on choisisse ensemble - comprendre la thérapeutique - j'aime avoir un choix	
Mesurer les risques / effets secondaires : - avoir un commentaire, des explications, une durée, les effets - mesurer les risques et les effets secondaires, les conséquences - je lis la liste des effets secondaires et j'aime bien que le médecin me les explique	
Envisager le suivi du problème :	
Commenter les résultats d'analyse : - commenter les résultats d'analyse	
L'ARGENT	
critères positifs <i>(Occurrences/Verbatims)</i>	critères négatifs <i>(Occurrences/Verbatims)</i>
Peu d'importance de l'argent : - cela est vite occulté avec les 1/3 payants car on débourse peu	

Désintérêt pour l'argent : - le médecin doit être désintéressé - non, car il faut bien qu'il vive	
Tarifs différents ? <i>j'accepterais de payer plus cher pourvu que cela soit sérieux</i>	
Suivi des avis de la CPAM : Si on nous propose des génériques qui sont moins chers	
LE TEMPS	
critères positifs <i>(Occurrences/Verbatims)</i>	critères négatifs <i>(Occurrences/Verbatims)</i>
	Pas assez de temps pour la discussion : - ce temps est un peu trop court
	Le sentir pressé : - aiguiller trop vite la discussion - sentiment désagréable qui fausse la relation - on n' a pas le temps de poser ses questions
	Sentiment de culpabilité par rapport à son médecin : - de lui faire perdre son temps - ne pas oser poser toutes les questions que l'on se pose - attendre d'avoir plusieurs motifs pour consulter
	Mauvaise gestion du temps et ponctualité : - manque de ponctualité - absence de place dans la salle d 'attente
ACCESSIBILITE , DISPONIBILITE, COMMODITE	
critères positifs <i>(Occurrences/Verbatims)</i>	critères négatifs <i>(Occurrences/Verbatims)</i>
La ponctualité, la gestion du temps : - la ponctualité est importante - la gestion des RDV par téléphone - limites dans le nombre de patients à voir - si une personne est en retard elle doit revenir	Manque de disponibilité : - RDV dans 2 à 3 jours, absent certains jours
Réponse immédiate à l'urgence : - il faudrait une personne qui réponde tout de suite à l'urgence même si elle n'est que ressentie	Absent lors d'urgences : - pas disponible - faut-il aller à l'hôpital ?

I.2 Analyse transversale de la réunion de Virieu

COMPETENCES TECHNIQUES ET BIOMEDICALES	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Un généraliste qui fait tout : - le médecin de campagne, c'est un généraliste car il fait tout, toutes les matières.	Le doute : - s'il se trompe - s'il ne reconnaît pas son erreur - mauvais avis de la part d'un confrère - même diagnostic/ traitement pour tous - s'il accepte de noter tous les médicaments que le patient demande - le mensonge
Qu'il connaisse ses limites : - le médecin doit connaître ses limites - il doit reconnaître ses limites - il a le droit de ne pas savoir, ce n'est pas une machine	
Réaliser un examen clinique : - qu'il prenne le temps d'examiner, de trouver le point sensible - si le problème est psychologique , l'auscultation n'est pas obligatoire - tout dépend à quelle fréquence on va le voir - il est important qu'il y ait un moment d'examen si c'est un problème chronique	Mauvaises Prescriptions : - trop fortes doses de tranquillisants - changements perpétuels de traitement - grande liste de médicaments - moi je vérifie dans le dictionnaire Vidal
Tenue d'un bon dossier médical de synthèse : - collecter l'information même s'il y a des consultations de spécialistes. - bonne tenue du dossier - dossier informatisé - utilisation de la carte vitale et du carnet de santé - pas d'accès direct au dossier pour le patient car il ne pourrait pas tout interpréter -si on veut changer de médecin, pouvoir avoir un compte rendu du dossier - bonne tenue du carnet de santé	
Demande d'avis complémentaires : - il a su nous adresser dans un centre spécialisé - qu'il sache envoyer ailleurs à un spécialiste - qu'il oriente si besoin avec un courrier pour expliquer	
Compétences : - on peut juger sur les résultats	

ASPECTS INTERPERSONNELS, VECU RELATIONNEL ET AFFECTIF	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Mon médecin, médecin de famille : - « mon » médecin - si quelqu'un critique mon médecin, je le défends car j'ai confiance - mon médecin, c'est le médecin de famille - c'est un médecin de famille	Mauvaise présentation : - s'il mâche du chewing-gum - mauvaise posture - tenue négligée
Relation paternelle : - il sait me conseiller - c'est aussi un assistant social - j'ai besoin d'être materné - si le médecin me dit de faire quelque chose je le fais	
Bon contact et attitude : - capacité à établir le contact ,un médecin relationnel - la maîtrise - pas de confusion entre soi et sa fonction - dès le début il y a quelque chose qui nous fait rester ou pas. - un médecin peut ne pas convenir à un moment et convenir plus tard - si on ne vient pas du même milieu comportemental , on a besoin d'ajustement	Mauvais contact : - s'il est fatigué, moins réceptif - s'il change de mode thérapeutique (allopathie et médecine parallèle) - si on ne connaît pas le médecin au départ - un médecin hyper technique et froid
Qui inspire confiance : - bonne sensation auditive au téléphone	
L'assurance : - un médecin qui maîtrise, qui n'hésite pas trop - assurance du médecin	
Franchise par rapport à ses émotions , sa fatigue : - qu'il dise s'il est fatigué	
Réassurance : - c'est son côté d'écoute et de réassurance qui est important - qu'il me rassure	
Recadrage : - la capacité de nous remettre sur une réalité - qu'il me remette sur le chemin si je divague - la reformulation en recadrant	
Dise la vérité : - que l'on me dise la vérité si c'est une maladie grave - la vérité n'est pas bonne à entendre par tous, mon médecin le sait	

COMMUNICATION, TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Environnement : - l'ordre est important - une bonne tenue vestimentaire - l'ordre m'importe peu - que ce soit correct, simple - l'ambiance dans la salle d'attente - l'ordre et le rangement - que ce soit correct, aligné sur le style du médecin	Mauvaises explications sur les effets des traitements : - si prescription de molécules non souhaitées - absence d'information sur un geste un traitement
L'écoute, l'écoute active : - qu'il prenne le temps d'écouter ce que l'on a à dire - l'écoute - pourquoi je viens, où j'ai mal - qu'il réponde à mon mal - si c'est un problème de mal être, qu'il sache m'écouter et que j'ai un retour. - capacité d'écoute comme le faisait le curé	
Explications : - j'ai besoin de savoir ce qu'il pense - que l'on m'explique tout surtout si j'ai une maladie grave - explications des consultations de spécialistes - le généraliste réexplique, il devient le superviseur du chemin parcouru	
La persuasion : - réussir à introduire un traitement qui n'était pas facile - savoir convaincre pour aller en hospitalisation	
Envisager la suite/ le suivi : - que la porte soit ouverte pour d'autres questions - la qualité du suivi	
L'ARGENT	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Le peu d'importance de l'argent : - peu important car on est remboursé correctement - cela est normal de demander à être payé en fin de consultation	Suivi des conseils de la CPAM : - s'il ne suit pas les conseils de la CPAM (carte vitale, pas trop de médicaments)

Désintérêt du médecin pour l'argent : - médecin qui fait revenir pour contrôler que cela va bien et qui ne fait pas payer - importance du geste sans le rapport à l'argent	Intérêt pour l'argent : - médecin non conventionné = intéressé par l'argent ? - un médecin qui convoque sans arrêt et qui fait payer à chaque fois
Les tarifs : - notion de temps passé par rapport à l'argent donné , on pourrait imaginer d'autres modes de rémunérations. - que le généraliste connaisse la carte tarifaire de son réseau de spécialistes	Tarifs : - trop grande différence entre les honoraires des spécialistes et généralistes - parfois réticences des patients en dehors des consultations à 115f pour les jours fériés par exemple
LE TEMPS	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Prendre le temps : - un quart d'heure par patient c'est peu - s'il prend son temps je suis un patient, s'il ne le prend pas, je suis un client - il n'y a pas de durée type, cela vient du motif - il faut un temps d'écoute - laisser le temps d'expliquer	
Bonne gestion du temps , ponctualité : - dans la salle d'attente, une personne au maximum en plus de moi - pour le médecin s'est une double contrainte, temps d'écoute et ponctualité	
ACCESSIBILITE , DISPONIBILITE, COMMODITE	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Libre choix du médecin en France : - limité par les distances à parcourir à la campagne	Gestion des RDV : - si pas de RDV possible avant deux jours
Gestion du téléphone : - au téléphone, gestion de la prise de RDV par une secrétaire	
Réponse à l'urgence : - capacité à répondre à la demande - capacité de réorienter pour les gardes - qu'il se déplace rapidement si c'est une urgence	Mauvaise réponse à l'urgence : - absence de mise en œuvre de moyens adaptés à l'urgence - retard en ne prévenant pas rapidement l'entourage - si le tour de garde est mal organisé et que l'on est obligé de consulter à l'hôpital

I.3 Analyse transversale de la réunion de Mermoz

COMPETENCES TECHNIQUES ET BIOMEDICALES	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Médecin qui fait de bons diagnostics : - qu' il sache faire un bon diagnostic	Ne pas nommer les chiffres de la TA : - il fallait que ce soit moi qui l'interroge
Qu'il demande un avis si besoin : - qu' il n'hésite pas à nous envoyer chez le spécialiste sans trop attendre - si cela ne va pas, on revient et on demande de passer des examens	Routine dans les consultations de renouvellement : - il ne nous demande plus rien - il marque les médicaments - il ne faut pas qu'il s'installe dans une routine
Réalise un examen complet : - qu' il nous examine - qu' il fasse une visite complète - on peut avoir quelque chose que l'on ne sache pas	Etre obligé de demander des examens complémentaires : - il y a des choses que l'on est obligé de demander - de passer une radio - on ne devrait pas, il sait ce qu'il fait
Bon dossier médical : - qu'il établisse un dossier - il a mon dossier	
ASPECTS INTERPERSONNELS, VECU RELATIONNEL ET AFFECTIF	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Médecin gracieux qui discute, cause: - un médecin qui soit causant	Docteur qui ne parle pas
Etre considéré comme une personne :	Etre considéré comme un objet
Amabilité, réassurance - il faut une certaine amabilité car cela rassure	
La franchise, faire part de ses doutes : - la franchise - s'il a un doute, qu'il le dise, et qu'il adresse à quelqu'un d'autre	Le non respect de la pudeur : - je ne voudrais pas être examinée par un membre de ma famille, médecin - j'ai de la réticence par rapport à l'examen - si on connaît bien son médecin on n'est pas gêné
La vérité : - d'autres patients ont peur si on leur fait craindre quelque chose - sinon on peut lui reprocher de n'avoir rien dit - parfois il le dit à la famille - c'est au médecin de juger - il doit connaître son patient	

La confiance : - la confiance - un médecin avec qui on soit en confiance - on a confiance au départ - on fait confiance au départ	
Thèmes de discussion autres que médicaux : - si on a un à côté - on n'a pas le temps de parler d'autre chose - de la famille et réciproquement - mais souvent il est bien pris	Peu de disponibilité pour les événements de vie :
COMMUNICATION, TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Avoir des renseignements : - on a besoin de renseignements sur ce que l'on a	
Connaître les risques : - on a besoin de savoir ce que l'on risque	
Comprendre les médicaments prescrits : - qu'il nous tienne au courant des médicaments qu'il nous donne - moi je lis les notices - moi je ne les lis pas car le Docteur sait ce qu'il fait	
Connaître les effets voulus et effets secondaires : - il pourrait nous dire quels sont les effets secondaires	
Qu'il soit au courant des avis des spécialistes: - que les médecins se tiennent au courant - c'est prendre une personne pour une personne	
Invitation au suivi : - qu'il nous invite à revenir si besoin - qu'il nous invite à surveiller quelque chose comme la température - qu'il nous donne des indications sur la suite	

Discuter du traitement ensemble : - il pourrait nous expliquer quel traitement faire - on pourrait en parler ensemble - en principe on doit faire ce qu'il nous dit - non on n'est pas obligé de faire ce qu'il nous dit - oui mais quand on y connaît rien - pour les traitements lourds, c'est important de nous demander notre avis	
L'ARGENT	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
	Intérêt de l'argent : - parfois, c'est pour gagner de l'argent qu'ils travaillent en ville - à la campagne, c'est une vocation
LE TEMPS	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
ACCESSIBILITE , DISPONIBILITE, COMMODITE	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Gestion du téléphone par un secrétariat : - le secrétariat, c'est mieux, cela évite d'attendre si on est en consultation - il est tout de suite prévenu pour les urgences - pour les RDV c'est bien - pour un renseignement on préfère avoir directement le médecin	
Avoir le choix du médecin (homme/ femme) : - je préfère que ce soit une femme	
L'exercice en groupe : - c'est bien, si un est absent on peut en consulter un autre - ils ont un dossier en commun	
La disponibilité, la proximité : - je ne veux pas changer de médecin car il est près de chez moi - en ville on ne manque pas de médecins	

I.4 Analyse transversale de la réunion Villefontaine 2

COMPETENCES TECHNIQUES ET BIOMEDICALES	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Médecin polyvalent : - c'est mon médecin généraliste, gynécologue et le pédiatre de mes enfants - j'aime pouvoir consulter dans un même cabinet médical pour tout problème	Qu'il nous demande de juger de la situation : - il m'a demandé de juger s'il fallait ou non donner l'antibiotique - il nous demande si c'est urgent et nous ne pouvons pas juger
Etre sûr de son diagnostic :	Manque d'assurance dans les décisions : - il doit être sûr de son diagnostic - après la chute de mon enfant il ne savait que faire - le manque d'assurance n'est pas agréable
Avoir un suivi : - que l'on sente qu'il y a un suivi - je n'ai pas changer de médecin car je veux avoir un suivi - une relation régulière qui dure	
Dossiers en commun dans un cabinet de groupe : - c'est une bonne chose qu'ils aient leurs dossiers en commun	
Qu'il n'hésite pas à demander un avis : - si cela est grave qu'il n'hésite pas à demander un avis	Erreurs : - il a le droit de se tromper, tout le monde peut se tromper
ASPECTS INTERPERSONNELS, VECU RELATIONNEL ET AFFECTIF	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
La confiance : - ce qui est important c'est d'être en confiance - de pouvoir tout dire - qu'il n'y ait ni barrière ni interdit - le plus important est d'être en confiance - le fait qu'il fasse partie du corps médical fait que j'ai envie de lui parler	Attitude inquiétante lors de l'examen clinique : - lors de la découverte du souffle cardiaque de mon enfant, il a eu l'air si affolé
S'adapter au besoin du patient : - il doit sentir si le patient est angoissé et recevoir l'enfant tout de suite	Forcer le patient sur la voie psychologique : - s'il a son idée il veut que cela colle - il ne faut imposer son idée mais laisser le patient y venir
Médecin partenaire : - je considère que l'on devrait être partenaire - il attend des choses de moi et moi j'en attends de lui - il faut de l'on se complète	

Qu'il me connaisse/ reconnaisse : - moi j'ai envie qu'il me connaisse - cela rassure de savoir que le médecin nous connaît et peut nous conseiller - moi j'apprécie qu'il sache mettre un nom sur mon visage	Qu'il porte un jugement de valeur : - son attitude en disputant ma fille m'a fait pensé que je l'élevais mal - j'ai mal vécu ce jugement de valeur - le médecin ne doit pas culpabiliser les parents - le médecin ne doit pas nous juger
Que l'on s'accorde : De la même façon que dans d'autres relation il faut s'accorder	
Etre rassurant : - le patient doit être rassuré	
Accepter comme motif le besoin de parler : - on peut rencontrer un médecin que pour parler	
COMMUNICATION, TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Répond aux questions des enfants :	
Avoir des réponses à ses attentes : - j'ai des réponses à mes attentes - le médecin doit s'adapter à la demande du patient	
Nommer le diagnostic : -j'aime qu'il y ait un diagnostic de posé	Ecoute distraite : - prendre le temps ne suffit pas
Explications sur le diagnostic : - grave ou pas pour se rassurer	
Qu'il prenne le temps d'écouter : - c'est important de pouvoir parler - qu'il prenne le temps d'écouter	
L'ARGENT	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
	Argent : - dans l'urgence il m'a demandé comment le régler
LE TEMPS	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
Gestion du temps : -s'il doit voir d'autres patients qu'il sache orienter vers un psy si le patient a besoin de parler	Temps trop rapide : - médecin très disponible mais trop rapide - c'est très rapide il n'y a pas de relation intime

ACCESSIBILITE , DISPONIBILITE, COMMODITE	
critères positifs (Occurrences/Verbatims)	critères négatifs (Occurrences/Verbatims)
<i>La proximité :</i> - depuis que je suis là, je vais au cabinet le plus proche	<i>Manque de disponibilité :</i> - parfois il y a un manque de disponibilité et on fait quoi avec son enfant ?
<i>La disponibilité :</i> - même que téléphonique - quelqu'un sur qui on peut compter	<i>Peu de visite :</i> - les médecins font peu de visite - sur la ville nouvelle c'est sectorisé et les médecins ne sortent pas de leur quartier pour les visites
<i>Bonne réponse à l'urgence :</i> - s' il a un problème on aimerait qu'il vienne tout de suite - il peut demander ce qui se passe et venir si besoin - le médecin sent l'urgence	
<i>Présence d'autre personnels paramédicaux au cabinet :</i> - au cabinet il y a l'infirmière , elle est là pour les vaccins et pour parler	
<i>Avoir comme médecin la personne que l'on souhaite :</i> - qu'elle soit disponible - ne pas être obligé d'aller avec l'associé si on ne le veut pas - il y a un facteur personnel	

II. RESULTATS NARATIFS

II.1 Résultats : critères positifs :

II.1.a Compétences techniques et biomédicales :

- *Un médecin de premier recours :*

Certains patients apprécient de pouvoir consulter leur MG avant de prendre l'avis d'un spécialiste pour « ne pas avoir l'impression d'être coupé en tranches », pour avoir dans un premier temps un conseil, pour savoir comment gérer une situation.

- *Un médecin polyvalent :*

Les patients souhaitent consulter dans un même cabinet pour n'importe quel problème, que le médecin soit aussi leur gynécologue et le pédiatre de leurs enfants.

- *Un médecin qui réalise un examen complet :*

Sauf dans le cas d'une consultation pour un motif psychologique, les patients souhaitent être examinés complètement, avec soins, en insistant « pour trouver le point sensible » car il peut « y avoir quelque chose que l'on ne sache pas », y compris pour un renouvellement de traitement.

- *Un médecin qui fait de bons diagnostics :*

Il est important que le médecin fasse de bons diagnostics, c'est par contre sur les résultats que certains patients jugent de ses compétences.

- *Un travail d'intelligence par un médecin expérimenté :*

Il est demandé au médecin un travail d'intelligence, d'approfondissement des paroles du patient grâce à l'interrogatoire, « je veux chercher et comprendre avec lui », « qu'il ne se contente pas d'informations superficielles de ma part. Le médecin ne doit pas montrer qu'il doute. De ce fait les médecins remplaçants sont parfois peu appréciés par leur frilosité à prendre des décisions. Les patients préfèrent un médecin expérimenté « qui ne soit pas trop jeune ».

- *Prendre un avis complémentaire si nécessaire :*

Les patients sont unanimes sur la nécessité de demander un avis complémentaire ou des examens si le diagnostic n'apparaît pas clairement à leur médecin. Ils semblent rassurés si ces éléments arrivent rapidement sans qu'ils n'aient à les réclamer. Il est aussi souhaité que le médecin fasse un courrier pour le spécialiste.

- *Un dossier médical bien tenu :*

La réalisation d'un dossier médical de synthèse leur est très chère, « qu'il ait mon dossier ». Que celui-ci soit utilisable par les confrères du cabinet de groupe. Pour cela « qu'il soit informatisé », « avec utilisation de la carte vitale et du carnet de santé ». L'idéal serait l'accès à ce dossier par le médecin de garde.

-Avoir un bon suivi et des actes de prévention :

Les patients aiment « sentir qu'il y a un suivi » et certains sont ainsi prêts à ne pas changer de médecin et à « avoir une relation régulière » ; De même, ils souhaitent des informations et des actes de prévention. Pouvoir aussi « consulter pour ne pas tomber malade ».

- Evaluation du bien fondé de l'arrêt de travail :

A ce sujet les avis sont partagés, certains pensent que les médecins en donnent trop facilement, d'autres que la proposition ne leur a pas été faite alors qu'ils en ressentaient le besoin.

- Le droit à l'erreur en connaissant ses limites :

Il est admis par tous les patients que le médecin est un être humain et qu'il peut à ce titre faire des erreurs, mais l'important est « qu'il les reconnaisse ». « Il peut se tromper, je garderai sa confiance ». De même, il lui est demandé d'avoir conscience de ses limites.

II.1.b Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif :

-« Mon » médecin de famille :

Le médecin généraliste est souvent le médecin de plusieurs membres de la famille dont il connaît l'histoire. « C'est mon médecin car je l'ai choisi », c'est un choix, pas un hasard.

- Une relation paternaliste :

D'une certaine façon, les patients sont demandeurs d'une relation paternaliste car ils avouent « venir voir un peu leur père ». Ils acceptent donc « d'être bousculés pour aller faire les examens complémentaires » ou dirigés « si le médecin me dit de faire quelque chose, je le fais ». Ils ressentent aussi le besoin d'être guidés pour la prise en charge de problèmes plus sociaux. « C'est aussi un assistant social », « il sait me conseiller ».

- Une relation de confiance :

L'autre caractéristique de la relation est une relation de confiance. Celle-ci s'établit dès le départ « avoir une bonne sensation auditive au téléphone », « on a confiance au départ ». Il est important d'être en confiance car il faut « pouvoir tout dire », « qu'il n'y ait ni barrière ni

interdit ». Dès le départ, l'élément déterminant de la confiance est l'appartenance du médecin au corps médical.

- Une relation de partenariat :

Certains patients pensent que leur médecin devrait plus devenir leur partenaire, « il attend des choses de moi et moi j'en attends de lui », « il faut que l'on se complète ».

- Le cabinet comme lieu de la rencontre:

Les avis sont partagés sur l'ordre qui doit régner dans le cabinet, pour certains il est important, pour d'autres il ne l'est pas. La tenue vestimentaire doit être correcte et simple mais surtout en accord avec la personnalité du médecin. La salle doit être accueillante.

- Un bon contact :

Dès le départ, dans le contact ou les attitudes du médecin, certains éléments vont inciter ou non les patients à rester. Le médecin doit être capable d'établir un bon contact, en tant qu'être « relationnel ». Le médecin doit s'exprimer, discuter, « être causant », et « établir des relations pas trop distantes », afin que « l'on puisse s'accorder comme dans d'autres relations ». Il est rare que son abord chaleureux et sympathique n'ait aucune importance.

- De la franchise :

Les patients demandent à leur médecin de la franchise à plusieurs niveaux. Premièrement par rapport aux doutes qui peuvent l'habiter à un moment, « s'il a un doute qu'il le dise et qu'il m'adresse à quelqu'un d'autre ». Deuxièmement par rapport à son état de réceptivité, « qu'il soit franc et qu'il dise s'il est fatigué ».

- De la réassurance et du recadrage :

Certains patients ont besoin d'une certaine amabilité de la part du médecin afin d'être rassurés et de pouvoir se livrer, mais aussi d'une bonne qualité d'écoute. Le recadrage qui recentre sur la réalité quand l'angoisse se fait pressante a une valeur pour le patient, « qu'il me remette sur le chemin si je divague ». Pour ce faire, le médecin peut utiliser « la reformulation en recadrant ».

- Etre considéré comme une personne :

Les patients demandent à être considérés comme des personnes, et que le médecin s'adapte aux besoins spécifiques ressentis au moment de leur demande, « il doit sentir si le parent est angoissé et recevoir l'enfant tout de suite ». Ils apprécient d'être reconnus par lui, « qu'il mette un visage sur mon nom » cela les rassure, ils savent qu'ils pourront être bien conseillés.

- La vérité :

A ce sujet, les avis sont partagés. Il y a les partisans de la vérité à tout prix, « qu'il me dise la vérité même si cela est grave dans une relation de confiance », d'autres sont plus modérés « la

vérité n'est pas bonne à entendre par tous, mon médecin le sait ». Certains reconnaissent que parfois « il le dit à la famille », « c'est au médecin de juger », « il doit connaître son patient ».

- *Considérer les événements de vie :*

Les patients apprécient que le médecin considère leurs événements de vie surtout « ceux qui peuvent conduire à la maladie ». Ils aimeraient pouvoir discuter avec le médecin « de la famille » ou de sujets non médicaux, d'événements de vie « si on a un à côté » mais regrettent de ne pas avoir assez de temps pour cela, « car souvent il est bien pris ».

- *Une écoute pour les problèmes psychologiques :*

Certains patients revendiquent le « besoin de parler » comme motif de consultation, et apprécient d'être entendus et d'avoir des conseils en cas de problème psychologique, « de mal de vivre ».

II.1.c Communication, techniques de communication :

- *L'écoute :*

« Qu'il prenne le temps d'écouter », c'est le leitmotiv. Livrer sa plainte « pouvoir dire que j'ai mal », sans être interrompu, « s'il me pose des questions, j'ai l'impression que mon mal est mis de côté ». Les patients aiment être écoutés car « c'est important de pouvoir parler ». Ils demandent au médecin une capacité d'écoute « comme le faisait le curé ». Ils souhaitent de même que leur médecin soit disponible lorsqu'il les reçoit, « qu'il n'ait que moi à s'occuper et à l'esprit ».

- *Savoir hiérarchiser et convaincre :*

Les patients acceptent de revenir s'ils ont plusieurs motifs de consultation et que le médecin ne peut pas tous les traiter le même jour, « ou pour mieux faire le tour de la question ». Ils attendent encore une fois que le médecin soit capable de les convaincre s'il est nécessaire d'être hospitalisé, ou qu'il soit persuasif pour un traitement que le patient hésiterait à suivre.

- *Des explications lors de l'examen clinique :*

Les patients souhaitent des explications sur les résultats de l'examen clinique, connaître les chiffres tensionnels, « comme cela on participe ». Car « c'est un univers de langage qui nécessite un sous titrage ». La même demande est formulée par rapport aux résultats d'analyse.

- *Le diagnostic : le nommer et l'expliquer*

Pour les patients, il est important d'avoir à la fin de la consultation un diagnostic posé et annoncé. Ils souhaitent que celui-ci soit accompagné d'explications pour « savoir si cela est

grave ou pas » afin d'être rassurés, et aussi pour le confronter à leurs idées, « on a besoin de renseignements sur ce que l'on a réellement ».

- Le traitement : le comprendre, le négocier

De même, les patients souhaitent être informés des traitements possibles, de leurs effets escomptés et de leurs effets secondaires, et enfin que la durée leur soit spécifiée. D'ailleurs, certains patients vont lire systématiquement les notices des nouveaux médicaments ou les rechercher dans le dictionnaire Vidal. D'autres font confiance à leur médecin et ne vérifient rien. Ils apprécieraient de « pouvoir en parler ensemble », « d'avoir le choix lorsque cela est possible », et « de pouvoir choisir ensemble ». A ce niveau, ils sont très avides d'informations et souhaitent pouvoir peser le pour et le contre dans un choix éclairé.

- Explications des résultats d'examens ou de consultations spécialisées :

Les patients ressentent parfois le besoin de consulter leur médecin généraliste pour interpréter les résultats d'analyses ou de consultations spécialisées, « pour savoir ce qu'il en pense », pour avoir une nouvelle explication, « le généraliste ré explique, il devient le superviseur du chemin parcouru ». Dans le même ordre d'idée, ils apprécient que les médecins communiquent entre eux les résultats ou avis, une patiente disait: « c'est prendre une personne pour une personne ».

- Invitation au suivi :

Les patients apprécient d'être guidés pour les suites de la consultation, que la porte leur soit ouverte si besoin, « qu'il nous invite à revenir si besoin », « qu'il nous invite à surveiller quelque chose comme la température », « qu'il nous donne des indications pour la suite ».

II.1.d L'argent :

- Le peu d'importance de l'argent :

D'après les patients, la notion d'argent est peu importante dans la relation car tout est remboursé « correctement » et « avec les tiers payants, on débourse peu ». De même il ne semble pas anormal que le médecin demande de l'argent à la fin de sa consultation.

- Désintérêt du médecin pour l'argent :

Par contre, les patients semblent apprécier les gestes des médecins qui leur laissent à penser que celui-ci est désintéressé, « un médecin qui fait revenir pour contrôler si cela va bien et qui ne fait pas payer », « c'est l'importance du geste sans le rapport à l'argent ». Par rapport à

ce sujet, d'autres patients font remarquer que le médecin ne peut pas être complètement désintéressé car « il faut bien qu'il vive ».

- Les tarifs :

A ce sujet, certains patients ont émis l'hypothèse de tarifs différents, « j'accepterais de payer plus cher pourvu que cela soit sérieux ». Il y a aussi la notion de temps passé par rapport à la rémunération, un patient disait que l'on pourrait imaginer d'autres façons de rémunérer les actes. Une autre idée émerge : celle de la carte tarifaire des spécialistes, les patients aimeraient avoir les informations à ce sujet auprès de leur généraliste.

II.1.e Le temps :

- Le temps d'écoute :

Il ressort de ce sujet « une double contrainte entre le temps d'écoute et la ponctualité » comme le reconnaît un patient. Ils veulent avoir le temps de parler, « il faut laisser le temps d'expliquer », « il faut un temps d'écoute ». En sachant que ce temps est amené à varier en fonction du motif. « S'il prend son temps, je suis un patient, s'il ne le prend pas, je suis un client ». Les patients trouvent que 1/4 d'heure pour une consultation c'est peu.

- La ponctualité :

Les patients souhaitent un médecin à l'heure qui ne dépasse pas le 1/4 de retard. Pour cette raison, ils sont inquiets si dans la salle d'attente ils rencontrent plus de deux personnes.

II.1.f L'accessibilité, disponibilité, commodité :

- Libre choix du médecin :

En France, les patients ont le libre choix de leur médecin, ce qui est un élément positif pour eux. Un facteur personnel entre dans ce choix. Partant de là, certains préfèrent obtenir une consultation avec le médecin qu'ils ont choisi, même si les médecins travaillent en groupe et que le leur est peu disponible. Pour certains, c'est une question de sexe, « je préfère que ce soit une femme ».

- L'exercice en groupe :

Par contre, d'autres fois, la pratique de groupe est reconnue comme un avantage. « C'est bien, lorsque l'un est absent on peut consulter l'autre ». Surtout si les médecins ont leurs dossiers en commun. De même la présence d'autres praticiens paramédicaux est considérée comme

positive, « au cabinet, il y a l'infirmière qui peut faire les vaccins et avec laquelle on peut discuter si besoin ».

- La disponibilité, proximité :

La proximité du cabinet médical par rapport au lieu d'habitation est très appréciée, surtout pour les personnes non motorisées. « Je ne veux pas changer de médecin car il est très proche de chez moi », « depuis que je suis là, je vais au cabinet le plus proche ». La disponibilité est ressentie différemment par les personnes urbaines et celles de la campagne. « En ville, on ne manque pas de médecin ». Souvent, les patients apprécient d'avoir leur médecin « même qu'au téléphone » pour un conseil, s'il ne peut pas les recevoir. « Que ce soit quelqu'un sur lequel on peut compter ».

- La gestion du téléphone par un secrétariat :

Les patients sont unanimes à reconnaître que la gestion du téléphone par un secrétariat est très importante. « Cela évite d'attendre si on est en consultation », « pour la prise de rendez-vous, c'est bien ». Par contre, ils souhaitent pouvoir parler au médecin s'ils ont besoin d'informations, « pour un renseignement on préfère avoir directement le médecin ».

- Une réponse à l'urgence adaptée :

Le sujet de l'urgence semble aussi consensuel, les patients ont le souci d'avoir un médecin qui puisse répondre à l'urgence très vite. Que ce soit une urgence ressentie ou véritable, « s'il y a un problème on aimerait qu'il vienne tout de suite ». Ils craignent qu'il ait des difficultés à trouver le chemin surtout à la campagne, ou que la garde ne soit pas attribuée et qu'ils doivent se rendre à l'hôpital. Par contre, certains sont confiants et pensent que le médecin peut évaluer la situation et alors se déplacer rapidement si besoin, « le médecin sent l'urgence ».

II.2 Résultats : critères négatifs

II.2.a Compétences techniques et biomédicales :

- Le manque d'application pendant l'examen :

Il s'agit surtout de la routine pendant la consultation en particuliers lors d'un renouvellement de traitement mensuel, « il ne nous demande plus rien », « il marque les médicaments ».

- Le manque d'assurance dans le diagnostic :

Un médecin qui hésite dans le diagnostic ou dans les décisions n'est pas rassurant, à ce niveau nous retrouvons la critique faite aux médecins remplaçants ou peu expérimentés. Les patients regrettent aussi de devoir demander quel est le diagnostic sans que cela leur soit directement donné.

- Le manque de vision globale :

Certains patients regrettent une gestion au coup par coup qui ne s'inscrit pas dans une démarche sur du long terme.

- Le manque de confiance mutuelle :

Un médecin qui n'a pas confiance se manifeste par le manque d'informations qu'il donne et le patient a l'impression de ne pas être capable de comprendre. Le malade a alors de la difficulté à accorder sa confiance au médecin. « Il n'explique pas les choses, j'ai l'impression qu'il n'a pas confiance en son patient, moi j'ai alors du mal à avoir confiance en lui ».

- Devoir demander des examens complémentaires :

Certains patients ont le sentiment de ne pas bénéficier assez régulièrement d'examens complémentaires. « Il y a des choses que l'on est obligé de demander », « de passer une radiographie ». Cela les pousse à ne pas avoir confiance car pour eux, des éléments manquent dans la décision médicale, à ce moment là.

-Le doute:

Le doute apparaît si le médecin se trompe et ne le reconnaît pas. « S'il se trompe et ne reconnaît pas son erreur ». Il survient aussi pour certains, s'ils entendent un commentaire défavorable sur leur médecin de la part d'un confrère. Par contre, pour d'autres, cela ne les influence pas, ils « défendent » leur médecin qui garde leur confiance.

- Des prescriptions jugées abusives :

Il s'agit le plus souvent de prescriptions de tranquillisants à trop forte dose, les patients ont une très mauvaise impression surtout si elles concernent des personnes âgées. Un autre

élément les dérange : si le médecin change très souvent de prescriptions, ceci est interprété comme un manque d'assurance dans la décision.

- *Requérir du patient un jugement sur la situation :*

Dans les cas d'urgence, les patients refusent de juger par eux même si la situation est grave ou pas. C'est au médecin d'en décider. De même dans le cadre de la prescription différée d'un antibiotique à leur enfant, certains ne veulent pas avoir à décider du moment opportun de son administration.

II.2.b Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif :

- *Une mauvaise présentation :*

Les patients apprécient peu un médecin qui a une « tenue négligée », « une mauvaise posture », ou « s'il mâche du chewing gum ».

- *Un mauvais contact :*

Un médecin fatigué et moins réceptif va décevoir ses patients, de même s'il change d'orientation thérapeutique (allopathie vers les médecines parallèles) cela peut induire un doute chez certains patients. Un médecin inconnu avant la consultation est bien souvent l'objet d'un préjugé négatif. Dans la relation, les patients sont mal à l'aise avec un médecin « hyper technique et froid ».

- *Une mauvaise mimique durant l'examen :*

Faire ressentir une inquiétude pendant la réalisation de l'examen clinique, « s'il fait des grimaces cela angoisse ».

- *Un patient non reconnu comme une personne :*

Les patients ont parfois l'impression d'être « traités comme des numéros », ou d'avoir à faire à « une usine » en parlant du cabinet de groupe. C'est le cas, s'il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente à un moment de la journée et si le médecin pressé accorde peu de temps au patient.

- *Une relation de médecin à client :*

Certains patients trouvent que l'esprit de médecin de famille disparaît pour faire place à une relation plus commerciale dans laquelle le patient devient client. La durée de la consultation est un élément influant, « s'il prend son temps, je suis un patient , s'il ne le prend pas je deviens un client ».

- Que le médecin porte un jugement de valeur :

Cela est très mal ressenti par les patients. Ils ne veulent pas être culpabilisés. Il s'agit le plus souvent de parents qui vivent mal l'attitude d'énervement du médecin si leur enfant pleure et ne veut pas se laisser examiner. « Son attitude en disputant ma fille m'a fait penser que je l'élevais mal ».

- Forcer le patient sur la voie psychologique :

Les patients aiment avoir un diagnostic clinique posé et certains n'apprécient pas que le médecin déplace trop facilement l'affection sur un plan psychologique. « Il ne faut pas imposer son idée mais laisser le patient y venir ».

- Le non-respect de la pudeur :

Certains patients sont gênés par l'examen et la nécessité de se déshabiller, ils apprécient alors de connaître leur médecin.

- Peu de disponibilité pour les évènements de vie :

II.2.c Communication, et techniques de communication

- Le manque d'explications sur les données de l'examen :

Le manque de commentaires sur les données de l'examen, « il fallait que ce soit moi qui l'interroge », « il prend la tension artérielle sans annoncer les chiffres ». Le patient a l'impression que le médecin sait et que lui n'a pas à savoir.

- De mauvaises explications sur les effets du traitement :

Les patients n'apprécient pas qu'on leur prescrive certaines molécules sans les prévenir, c'est le cas des corticoïdes. De même, ils regrettent parfois le manque d'information sur un geste ou un traitement.

- Un médecin qui ne parle pas :

Aux dires des patients, c'est un médecin « qui ne cause pas » dans le sens où il n'entre pas en contact avec ses patients par le biais de la parole.

- Une écoute distraite :

Les patients distinguent un médecin qui va certes prendre du temps pour laisser parler le malade mais dont l'écoute va être distraite. « Prendre le temps ne suffit pas ». Il semble qu'il faille aussi une « qualité » d'écoute.

II.2.d L'argent :

- dans l'urgence il m'a demandé de régler :

La demande de règlement d'une visite à un moment où, un patient doit être hospitalisé et que son entourage est sous le choc, peut être mal perçue.

- intérêt pour l'argent :

En ce qui concerne l'argent certains patients se demandent si les médecins non conventionnés le sont que pour l'attrait de l'argent? Ils trouvent abusif un médecin qui reconvoque systématiquement pour de nouvelles consultations de contrôle et qui fait payer à chaque fois. Dans un groupe certains patients opposent les médecins de la ville « qui souhaitent plus gagner d'argent » aux médecins de campagne « qui travaillent plus par vocation ».

- non suivi des conseils de la CPAM :

Le fait de ne pas suivre les recommandations de la CPAM (prescription de génériques, limitation du nombre de prescriptions, utilisation de la carte vitale) est mal considéré.

- tarifs :

Certains patients sont réticents quant aux montants des honoraires des médecins mais seulement pour les jours fériés ou la nuit. La consultation à 115 francs (17,53 E) ne leur paraît pas chère. Par contre certains trouvent qu'il existe une « trop grande différence entre les honoraires des médecins spécialistes et des médecins généralistes ».

II.2.e Le temps :

- Mauvaise gestion du temps et ponctualité :

Certains patients admettent mal que le médecin soit toujours en retard car cela procède d'un défaut d'organisation.

- Pas assez de temps pour la discussion :

Parfois ce temps est trop court. Certains patients ont abordé le fait qu'un médecin toujours disponible ne l'est parfois qu'au prix de consultations trop rapides. Et si une consultation est trop rapide il ne peut y avoir de bonnes relations.

- Le sentir pressé :

Un médecin est ressenti comme étant pressé s'il oriente trop vite la discussion, « c'est un sentiment désagréable qui fausse la relation ». Dans ce cas, les patients n'ont pas le temps de poser leurs questions.

- Sentiment de culpabilité par rapport à son médecin :

Certains patients culpabilisent parfois s'ils sentent leur médecin en retard. Ils peuvent avoir l'impression « de lui faire perdre son temps », c'est pourquoi ils vont « attendre d'avoir plusieurs motifs pour consulter » et parfois « ne pas oser lui poser toutes leurs questions ».

II.2.f L'accessibilité, disponibilité, commodité :

- Manque de disponibilité :

Les patients regrettent parfois de ne pouvoir rencontrer leur médecin rapidement. « Parfois il y a un manque de disponibilité et on fait quoi avec son enfant? ». Ils tolèrent chez le médecin généraliste d'attendre deux ou trois jours avant d'avoir un RDV si cela n'est pas un problème urgent. Dans le cas d'enfants malades, certains parents acceptent d'attendre une consultation le lendemain s'ils obtiennent une aide par téléphone. D'autres veulent voir le médecin le jour même quelle que soit la situation. Cela pose problème si le médecin n'a plus de disponibilités et que ce n'est pas une urgence ; la seule façon de contenter ces patients serait de les recevoir.

- Mauvaise réponse à l'urgence :

Le principal souci des patients est que leur médecin puisse être absent s'ils ont besoin de lui en urgence. Le deuxième problème est alors de savoir si la garde est bien organisée « si le tour de garde est mal organisé, on est obligé de consulter à l'hôpital ». Les autres éléments négatifs soulevés par rapport à l'urgence sont l'absence de mise en oeuvre de moyens adaptés, et le retard pris à informer l'entourage.

- Peu de visite :

Certains patients regrettent que les médecins refusent de se déplacer, « les médecins font peu de visite à domicile ». La demande vient essentiellement de mamans non motorisées et ayant d'autres enfants à charge. De plus dans les endroits très sectorisés, si leur médecin ne peut pas se déplacer, aucun autre médecin ne viendra chez elles. La question qui revient est: « que fait-on avec son enfant? »

DISCUSSION

Nous avons choisi d'organiser la discussion autour des grandes dimensions précédemment utilisées à savoir:

- les compétences techniques et biomédicales,
- les aspects interpersonnels, le vécu relationnel et affectif,
- la communication et les techniques de communication,
- l'accessibilité, la disponibilité et les commodités,
- l'argent ou les aspects financiers; le temps.

Pour chacune d'entre elles, nous développerons les sous-thèmes qui nous sont apparus comme essentiels.

Nous essayerons , dans un premier temps de mettre en évidence les différences, si elles existent, entre les groupes ruraux et urbains, et entre les groupes de personnes jeunes et ceux de personnes âgées.

Dans un second temps nous nous référerons à la littérature et nous tenterons de mettre en évidence les apports ou les lacunes des focus groups par rapport aux items des questionnaires PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire) et MISS (Medical Interview Satisfaction Scale) dans ses deux versions (1978 et 1996).

Afin d'en faciliter la relecture, les dimensions et sous-thèmes ont été organisées dans un tableau mis en annexe (8), selon leur présence ou absence dans les focus groups, le PSQ et les deux versions du MISS.

I. LES COMPETENCES TECHNIQUES ET BIOMEDICALES:

Les résultats des focus groups concernant ce domaine font ressortir six thèmes:

- un médecin de premier recours, polyvalent,
- un bon dossier médical,
- la réalisation d'un examen clinique complet,
- la capacité de faire un bon diagnostic par un médecin expérimenté,
- la prise d'avis secondaires,
- le droit à l'erreur,
- une vision globale et préventive.

I.1 Le médecin de premier recours :

C'est celui à qui le patient s'adresse en premier, car il est à proximité, plus disponible que le spécialiste. Le fait de gérer les demandes en premier recours a une incidence sur la manière dont s'engage la relation⁶⁵. Les pathologies sont souvent vues à leur début, souvent plus subjectif, et le ressenti des patients sur leur affection est particulièrement important.

C'est un médecin "généraliste" c'est à dire polyvalent qui peut à la fois être le pédiatre pour l'enfant, le gynécologue pour le suivi d'une contraception ou le gériatre s'il faut organiser le maintien à domicile d'une personne âgée. C'est aussi lui que l'on consulte pour n'importe quel motif pouvant dans un second temps nécessiter l'avis d'un médecin spécialisé.

Cette notion se retrouve sans différence dans tous les groupes. Par contre elle est absente des questionnaires anglo-saxons.

I.2 Le dossier médical :

Les patients revendiquent la tenue d'un bon dossier médical dont l'exploitation par les confrères du cabinet de groupe est facilitée s'il est informatisé⁴⁶. Dans l'idéal, ils imaginent un accès à celui-ci par le médecin de garde, ce qui est dans l'esprit de Sésam Vitale 2, les antécédents et événements importants se situant sur la carte Sésam Vitale dans ce projet. Ce dossier, qui retrace leur histoire médicale, leur est cher car ils y déposent quelque chose de leur histoire personnelle, il faut donc qu'il soit bien tenu. L'absence de dossier est un défaut préjudiciable à l'exercice médical. Les objectifs du dossier sont de faciliter le travail du médecin, d'assurer la cohérence des soins et enfin d'être un outil de recherche et d'évaluation.

Ce sujet est retrouvé dans tous les groupes mais il ne fait pas partie des questions du PSQ ou du MISS.

I.3 L'examen :

Les patients attachent de l'importance à être examinés de façon consciencieuse et approfondie, ils reconnaissent au médecin la capacité de mettre en évidence des éléments qui ne leur apparaîtraient pas sans l'examen physique. Cette phase a une grande importance, elle doit être réalisée par un médecin expérimenté, qui ne manque pas d'assurance dans son diagnostic. Nous pourrions ajouter que l'examen physique confronte médecin et patient à la

question du corps. Il permet aussi que revienne le souvenir d'une maladie ou d'un traumatisme oubliés. Les patients parlent pendant l'examen et l'anamnèse se poursuit à ce moment là.

Cette demande d'examen physique complet était plus formulée dans les groupes de personnes âgées, par contre la qualité du diagnostic et les compétences du médecin expérimenté se retrouvaient dans tous les groupes. Ce thème est présent dans le PSQ et le MISS de 1978.

I.4 Les avis complémentaires :

La prise d'avis complémentaires tient à cœur aux patients. Ils craignent sinon un retard à l'élaboration du diagnostic, dans le cas où le MG est incertain. C'est une occasion de communication avec les spécialistes sous forme d'une correspondance afin de transmettre dans les deux sens un maximum d'informations et d'enrichir le dossier du patient. Les patients hésitent à demander ces examens à leur médecin en mettant ses compétences en doute, mais pour eux, dans certains cas, il manque un élément à la décision médicale. Nous pourrions ajouter que l'expression du patient est positive dans ce qu'elle lui permet d'extérioriser ses craintes, et qu'elle doit être l'occasion pour le médecin d'expliquer sa position ou de la rectifier s'il s'agissait d'un oubli.

Ces idées se retrouvaient dans tous les groupes par contre, elles manquaient dans les questionnaires PSQ et MISS.

I.5 Le droit à l'erreur :

C'est un des éléments retrouvés dans les groupes d'une façon moins attendue. En effet, les patients reconnaissent au médecin une condition humaine qui lui confère le droit de se tromper. Par contre, le doute apparaît si le médecin ne reconnaît pas son erreur, c'est à ce moment là qu'il perd la confiance de son patient. Cet élément, à notre sens important, peut-être méconnu de certains médecins et mériterait pourtant réflexion. Le droit à l'erreur s'est développé dans les nouveaux livres traitant de la RMM comme un éloge du « je ne sais pas » qui selon leurs auteurs est un critère très positif pour le médecin^{35,22}. Par contre, nous doutons que cela soit admis de façon courante par les patients qui veulent aussi un médecin compétent qui « sache » ce qu'ils ne savent pas. Nous voici confrontés à cette notion de balance, et

d'équilibre difficile à trouver dans la RMM, domaine qui met en présence des êtres humains dont les réactions ne peuvent être stéréotypées.

Nous pouvons par contre facilement imaginer que la notion de droit à l'erreur est absente des questionnaires de satisfaction américains.

I.6 Une vision globale :

Les patients souhaitent que leur médecin ait une vision globale de leur santé, avec un projet de suivi, et des actes de prévention afin de rester en bonne santé. Cela semble à nouveau facilité par une bonne gestion du dossier médical et les fonctions de rappel automatique des programmes informatiques sont appréciables dans ce sens. Par prévention, les patients entendent prévention primaire; il faut alors pouvoir les conseiller en fonction des données épidémiologiques mais aussi répondre à leurs questions soulevées par une information télévisée ou par l'entourage.

Le domaine de la prévention est retrouvé dans le PSQ mais pas dans les MISS. Il faut noter que pour le médecin, il comprend aussi la prévention secondaire qui consiste à diminuer le risque de complications lors de maladies et la prévention tertiaire parfois.

I.7 Thèmes supplémentaires des questionnaires :

Deux thèmes apparaissent dans le PSQ mais n'ont pas été cités dans nos groupes. Il s'agit de l'utilisation de matériel médical adapté, et la remise à jour des connaissances médicales.

II. LES ASPECTS INTERPERSONNELS ET LE VECU RELATIONNEL ET AFFECTIF:

Sur ce thème, les occurrences retrouvées sont les suivantes :

- « Mon » médecin, le médecin de la famille,
- la réassurance, une relation de confiance entre paternalisme et autonomie, le partenariat,
- un bon contact, des relations humaines franches, en considérant le patient comme une personne,
- des qualités pour le médecin telle la capacité à dire la vérité, l'écoute des problèmes psychologiques et porter de l'attention aux événements de la vie,
- ne pas forcer le patient sur la voie psychologique et ne pas avoir de jugement de valeur.

II.1 Mon médecin :

Le médecin généraliste est le médecin de famille, même si dans le meilleur des cas il ne soigne pas la famille en tant que telle mais ses membres un à un⁶⁵. Les patients sont attachés à ce souvenir de l'unique médecin du village qui connaissait tout le monde et surtout tous les membres de la famille. Il était à ce titre détenteur de l'histoire de celle-ci et pouvait avoir une bonne compréhension de ses problèmes, sous-tendue par sa fonction. Ce médecin est choisi par le patient et de ce choix découle l'appellation de "mon" médecin qu'il lui donne. La dimension familiale, dans la pratique peut induire deux comportements opposés chez le médecin. Il peut estimer que tout est dans l'environnement. Le risque est alors de s'épuiser à vouloir tout régler. Ou alors, il peut centrer son attention sur l'individu en ignorant délibérément la famille, comme sont parfois amenés à le faire les psychanalystes, ce qui est une position peu réaliste pour le médecin généraliste. De fait, lorsqu'il intervient chez plusieurs membres de la famille, il tente de respecter les deux notions de distance et de neutralité.

Cette notion de médecin de famille est revendiquée dans tous les groupes donc à travers toutes les tranches d'âge. Nous ne l'avons pas retrouvée dans les questionnaires car la notion d'omnipraticien a disparu en Amérique du Nord. Ainsi aux Etats Unis, nous retrouvons certes des médecins généralistes mais certains s'occupent des enfants et les autres des adultes.

II.2 Le partenariat :

L'évolution du type de relation entre le médecin et le patient est relativement admise à l'heure actuelle. Ainsi il est fréquemment fait allusion, dans la littérature, à la notion de relation d'autonomie en opposition à une relation paternaliste, telle quelle existait dans le passé. Une autre formulation consiste à dire qu'elle s'est transformée en une relation de partenariat ce qui nous semble plus juste. En effet, si les patients souhaitent être bien informés, comme nous le verrons, et pouvoir participer aux décisions, ils ont parfois besoin et le reconnaissent volontiers, d'être motivés et encouragés pour certains soins, ce qui remet en cause la notion d'autonomie pure. Le partenariat passe certes par l'acceptation du médecin du partage de ses compétences mais aussi par un nécessaire accompagnement, l'équilibre n'étant pas toujours facile à trouver. Dans son livre "savoir parler à son médecin", Tim Graecen décrit

ce partenariat comme résultant du sentiment d'avoir comme médecin, un allié, un compagnon de voyage, quelqu'un sur lequel on peut s'appuyer pour traverser le gué.

Ce thème est surtout retrouvé dans les groupes de personnes jeunes, les personnes âgées étant plus réservées par rapport à leur désir de participer aux décisions faisant plus "confiance" directement au médecin. Dans les questionnaires cette notion est aussi bien développée.

II.3 Le contact et le relationnel :

Il est naturellement demandé au médecin d'avoir un bon contact, cela peut débiter par la découverte de la voix d'un nouveau médecin au téléphone, « une bonne sensation auditive qui inspire confiance » comme le disait un patient, puis par une poignée de main chaleureuse, calme, posée qui met le patient à l'aise. A l'inverse, dans un tel moment un médecin expéditif, car en retard, soucieux personnellement ou à propos du patient précédent, entrera mal en communication. Cela n'est pas forcément évident à réaliser à tous les instants mais les patients peuvent aussi le comprendre si nous leur expliquons et ils se montrent alors très compréhensifs. Il s'agit donc d'avoir le bon ton, d'être capable de mettre en parole ses émotions sans fausse pudeur pour entrer dans une relation d'adulte à adulte sans avoir la crainte de descendre de son piédestal, dans une relation de franchise. Autre revendication qui semble être une banalité : considérer le patient comme une personne. La formulation peut être choquante car si nous interrogeons les médecins ils répondront que naturellement ils ne considèrent pas leurs patients comme des objets, mais le fait que cela soit énoncé par les patients doit faire réfléchir.

Ces notions de respect de la personne ont été davantage abordées par les personnes plus âgées. Elles sont présentes dans les questionnaires anglo-saxons, sous forme de respect, de relation authentique, prise en considération de l'intimité du patient.

II.4 La vérité :

Un autre domaine de la relation, très développé dans les différents groupes, est le sujet de la vérité, thème qui semble plus concerner les personnes d'âge mûr. L'annonce de la vérité est controversée entre les partisans de l'information à tous prix et ceux qui ne la souhaitent pas.

Derrière cette notion se retrouve la peur qui habite bon nombre de patients en se rendant chez le médecin, « que va t-il me trouver, quel changement cela va t'il produire dans ma vie? » et qui nous renvoie à notre condition de mortels avec toute l'angoisse que cela génère. Il semblerait que ce droit au mensonge que le médecin s'accorde parfois soit plus nuisible que bénéfique au patient et que les bénéfices de la vérité annoncée surpassent les dommages psychologiques à court terme³⁵. Ceci est à adapter au cas par cas, mais aussi au moment présent pour le patient, car une personne "désirant savoir" le montrera en empruntant certes des schémas de communication qui pourront être particuliers et différents de celui de la demande directe d'un certificat d'aptitude au sport. Il est intéressant de voir l'absence de cet item dans les questionnaires PSQ et MISS 78; à noter par contre son inclusion dans la deuxième version du MISS de 1996.

L'observation des préoccupations psychologiques est à associer au thème sur la vérité comme à celui de l'examen des événements de vie⁷⁶. Ce sont en effet des sujets qui permettent de considérer la globalité du patient dans la prise en charge de sa maladie. Pour les malades, c'est une façon de donner "du sens" à leur problème que de pouvoir le mettre en parallèle avec les événements de leur vie, sans forcément chercher des justifications à la maladie mais pour leur permettre de la vivre, au quotidien, avec les implications personnelles, familiales et professionnelles que cela implique. Une préoccupation psychologique est très souvent motif à consultation en médecine générale, au premier plan, ou au second et il est alors important de la faire émerger. D'ailleurs les jeunes patientes revendiquent que l'expression de cette préoccupation soit possible auprès du MG au même titre qu'une autre plainte. Ceci semble normal puisque pour elles, il s'agit d'une souffrance qui doit pouvoir être entendue, comme celle d'un mal de dos, afin d'être soulagée. Ces thèmes ont été retrouvés dans tous les groupes, ils sont absents du PSQ, mais présents dans le MISS (sous ses deux versions).

II.5 L'absence de jugement :

Derniers thèmes des relations interpersonnelles: l'absence de jugement de la part du médecin ainsi que le respect du patient si celui-ci n'accepte pas la voie psychologique que le médecin lui propose. Ainsi le médecin doit être encore une fois l'accompagnateur, il ne doit pas prendre position par rapport aux attitudes ou comportements du patient, il doit regarder, écouter, comprendre, reformuler, sans juger, en respectant les barrages et défenses du patient.

Il ne peut être qu'à côté et non pas précéder. Comme le disait un de mes maîtres de stage, « souvent le médecin propose, le patient dispose ». A propos du jugement, l'exemple cité par une patiente dans un groupe était celui de l'enfant qui crie pendant toute la consultation, irritant particulièrement le médecin en fin de journée de travail. Le fait de reprocher au parent son incapacité à calmer l'enfant est très culpabilisant car il l'interprète comme une incapacité à bien élever son enfant et cela ne peut qu'augmenter le climat de tension qui règne à cet instant

Il est important de remarquer que cette notion « d'absence de jugement » n'est pas retrouvée dans les questionnaires anglo-saxons et quelle est une des spécificités retrouvée dans nos groupes.

III. LA COMMUNICATION ET LES TECHNIQUES DE COMMUNICATION:

Les thèmes retrouvés dans nos groupes à propos de la communication sont les suivants :

- l'écoute,
- les explications sur l'examen physique, le traitement et les résultats d'analyses, nommer le diagnostic,
- savoir convaincre, négocier, l'invitation au suivi.

III.1 L'écoute :

Les patients parlent beaucoup de ce temps de l'écoute, en début de consultation. C'est un moment où ils souhaitent pouvoir se livrer ou "partager" leurs maux. C'est ce que Balint appelle "l'offre du patient"⁷. A ce niveau, ils préfèrent ne pas être interrompus, et cela n'est pas anodin si quelques interviewés font allusion à l'écoute du curé d'autrefois en parallèle avec cet instant, car c'est une façon de se libérer de quelque chose que de le confier au médecin. Bien sûr, si le motif de consultation est un problème infectieux ORL, les patients acceptent d'être aiguillés rapidement par les questions posées par le médecin, mais dans le cas de motifs plus anxiogènes, ce temps de parole est primordial et peut être déjà thérapeutique dans ce que l'on appelle actuellement la relation d'aide entre le soignant et le soigné. Ainsi Jacques Salomé dit à propos de l'entretien médical que le médecin doit aussi « aider » le patient à entendre ce qu'il « dit » avec sa maladie.

La capacité du médecin à communiquer implique la possibilité à se faire comprendre du patient mais, avant tout de déchiffrer ce que ce dernier veut lui dire. Il faut se demander si le médecin est vraiment disposé à tout entendre, et s'il n'utilise pas de filtre. Il est surtout utile de décoder le ou les langages des patients, non seulement les mots, les expressions qui sont la traduction verbale de vécus affectifs complexes, mais aussi le ton, les répétitions, les manques, les symptômes eux-mêmes. Sans ce décodage permanent il n'y a pas de communication, pas de contrat, et pas de médecine efficace.

Ce thème de l'écoute arrivait en premier dans les focus groups lorsque l'on demandait aux patients ce qui leur inspirait confiance dans la RMM. Il est aussi retrouvé dans les questionnaires anglo-saxons.

III.2 Les explications :

Que ce soit à propos de l'examen clinique, du diagnostic, du traitement ou des résultats d'examens complémentaires, les patients sont demandeurs d'explications²⁵. Ils souhaitent d'autant plus pouvoir comprendre que cela concerne leur santé; un bien qui leur est précieux et que, de plus, le langage médical ne leur est souvent pas familier.

Cela débute par l'examen clinique dont les résultats peuvent être annoncés au fur et à mesure par le médecin qui expliquera aussi ce qu'il fait et ce qu'il recherche. Ainsi le patient ne se sent pas objet d'observation. Le médecin rend alors intelligible tout un ensemble de procédures qui relèvent sinon de la magie ou d'un domaine inconnu particulièrement angoissant dans ce qu'il a d'incompréhensif alors qu'il concerne le corps, voir l'intimité de la personne. Cela nous semble particulièrement vrai pour les enfants qui peuvent être rassurés.

Quant au diagnostic, les patients estiment important qu'il soit clairement énoncé. Pourquoi le médecin généraliste ne le fait-il pas systématiquement? En fait, une des spécificités de la médecine de premier recours est de trier, de différencier les maladies graves et bénignes. Cela peut être fait par le médecin généraliste à partir de l'interrogatoire et de l'examen physique. Par contre, poser un diagnostic précis nécessite parfois des examens complémentaires qui ne sont pas toujours nécessaires à une prise en charge du patient et à sa guérison. Nous citerons pour exemple le cas des rhino-pharyngites virales dont la guérison sera obtenue indépendamment de l'identification du virus en cause. Elle serait réalisable par

un sérodiagnostic viral, examen coûteux, dont le résultat serait rendu bien après la guérison du "rhume". Mais un diagnostic doit être avancé si possible, au risque de ne pas donner au patient sa "légitimité" d'être malade. Les précisions ne devant pas être la priorité, celles-ci revenant parfois au médecin de second recours lors de l'avis demandé au spécialiste.

Les patients sont aussi très demandeurs d'explications à propos des traitements. Dans le cas où différentes possibilités existeraient, ils apprécient d'en être informés pour choisir celle qui leur est le plus adaptée: ce qu'ils pourront observer avec le plus de facilité. Nous pouvons imaginer qu'en comprenant la démarche du médecin, une partie de la thérapeutique s'opère pour le patient, car naît alors l'intention de guérir.

A propos des explications, nous avons noté une différence pour le groupe de personnes âgées. Elles sont globalement moins "demandeuses" d'explications car elles font confiance au médecin "qui doit savoir" alors qu'elles n'ont pas cette aptitude. Les personnes plus jeunes revendiquent, ces explications afin de bien se soigner. Cette demande d'informations est retrouvée dans les questionnaires anglo-saxons en particulier dans la deuxième version du MISS sous le grand thème "prise en charge de l'anxiété".

III.3 Négocier et convaincre :

Dans nos focus groups les patients font allusion à la capacité du médecin à convaincre et à négocier. . Ils souhaitent, dans une démarche paternaliste, pouvoir être guidés et même forcés s'ils hésitent ou tardent à prendre un traitement ou à réaliser des examens complémentaires prescrits. De même, ils comprennent que le médecin par manque de disponibilité, ne puisse gérer plusieurs motifs dans la même consultation. Ils admettent alors qu'il hiérarchise les besoins dans ces moments là en remettant à un autre rendez-vous ce qui n'a pu être traité le jour même. Par contre, ils apprécient d'être guidés dans leur suivi et d'être informés de quelle façon ils pourront discerner une évolution normale ou une aggravation de la maladie nécessitant de reprendre un avis médical. Ces éléments ont été retrouvés dans tous les groupes et dans les questionnaires PSQ et MISS.

III.4 Thèmes supplémentaires des questionnaires :

Dans le MISS des items concernent l'intention de compliance des patients pour leur traitement par rapport à une bonne compréhension de la consultation.

IV. L'ARGENT OU LES ASPECTS FINANCIERS :

Dans nos focus groups, quatre aspects concernant l'argent se dégagent:

- le peu d'importance de cet aspect pour les patients en France,
- le souhait d'un nécessaire désintérêt du médecin pour l'argent ,
- un médecin soucieux de réduire les dépenses de santé,
- la proposition de revoir les tarifs des consultations.

IV.1 La notion d'argent est peu importante :

Les patients français disent attacher peu d'importance à la notion d'argent dans la relation médecin-malade. Pourtant ils admettent que cet échange est obligatoire pour le médecin car il lui permet de vivre. Cela tient en partie au système de tiers payant qui fait disparaître la demande d'honoraires. Cependant, le paiement de la consultation se situe dans le registre de la réalité économique mais aussi dans celui de la fonction symbolique. La relation médecin-malade est une relation contractuelle, dans le sens où elle met en présence deux parties, l'une fournissant une prestation, l'autre devant, en échange, acquitter sa dette. Ce contrat est implicite, c'est à dire sous-entendu et non écrit. Le paiement garantit qu'il s'agit d'un contrat et permet de maintenir la relation dans un cadre professionnel. Il permet aussi à chacun de prendre ses distances. Cela peut porter à discussion par rapport à la multiplication des tiers payants (CMU ou ALD) très bénéfiques dans l'accès aux soins mais qui enlèvent la dimension symbolique de la rémunération de l'acte.

A ce sujet il n'y a pas de divergence entre les groupes urbains et le groupe rural.

En ce qui concerne les questionnaires anglo-saxons, la notion de l'argent est tout autre. En particulier à propos de la rémunération de l'acte, des items font référence au soucis de ne pouvoir s'acquitter du paiement par manque de moyens ou de bonne couverture par les assurances.

IV.2 Un médecin non mercantile :

D'après les patients, une bonne relation passe par un désintérêt du médecin pour l'argent. Le médecin ne doit pas donner l'impression de convoquer une autre fois pour encaisser de nouveaux honoraires. A l'inverse, un acte gratuit pour une petite vérification est perçu de façon positive, ce que certains ont appelé: "l'importance du geste sans le rapport à l'argent". De même, certains interviewés ont fait remarquer qu'il était désagréable de se voir demander le règlement des honoraires lors d'une situation d'urgence alors que l'on est soucieux. A ce niveau, nous retrouvons l'ambivalence entre une relation professionnelle dans laquelle l'acte est payé, et peut-être le désir d'une relation moins formelle, plus intime. Ceci est d'ailleurs facilement imaginable dans des cas d'urgence ou de décès où l'on peut envisager soit l'absence d'honoraires soit une demande différée de ceux ci.

Nous pouvons faire remarquer que pour le médecin il existe des implications financières. Ainsi, en secteur libéral conventionné, le revenu personnel du médecin est lié à son nombre d'actes. De plus, les contraintes économiques (avoir un secrétariat téléphonique, rendre la salle d'attente accueillante, passer plus ou moins de temps pour une consultation...) ont des répercussions dans son travail et donc dans sa relation avec ses patients.

Ces critères se retrouvent cités à la ville comme à la campagne, mais sont absents des questions du PSQ et du MISS, ce que l'on peut comprendre car ces questionnaires mesurent la satisfaction à la suite d'une consultation. Le patient satisfait trouvera normal de payer la consultation par contre le patient insatisfait pourra en témoigner en refusant de s'acquitter de son montant. Autres suppositions : critiquer des honoraires trop importants est peut-être tabou ou bien les honoraires importants peuvent être perçus comme étant la contre partie d'un service de meilleure qualité et ainsi être positifs.

IV.3 Un médecin économe :

Il suit les recommandations des tutelles (CPAM, ANAES, RMO) ce qui est perçu de façon positive. Cela comporte la prescription de génériques, la limitation du nombre de prescriptions. Les patients sont dans ce sens, en accord avec le code de déontologie qui propose de modérer les dépenses de santé "dans toute la mesure du compatible avec l'efficacité du traitement, sans négliger son devoir d'assistance...". La stricte application de

tous ces conseils influe sur la démarche médicale et modifie parfois la relation médecin/malade. Les patients peuvent parfois demander des examens ou des traitements que le médecin refusera dans ce cadre, ce qui peut être source de conflit.

Le PSQ et le MISS n'ont pas d'items concernant ce sujet.

IV.4 Les tarifs de consultations :

Par rapport aux tarifs des consultations, certains patients trouvent les consultations de fin de semaine ou de jours fériés chères, mais ils ne critiquent pas le tarif de la consultation habituelle. Par contre, certains d'entre eux ont proposé de modifier le tarif en fonction du temps passé ou de la nature du motif. A cela nous pourrions répondre que le système conventionnel en France pour l'activité libérale induit le libre choix du médecin, un paiement direct à l'acte, un remboursement variable d'une partie des frais engagés par la sécurité sociale. Tous les actes n'étant pas équivalents, le prix retenu est une valeur moyenne qui tient compte de la diversité des cas traités. Par contre, il est vrai que le traitement simultané de deux ou trois motifs, situation courante en MG, pourrait justifier de tarifs de consultations différents ou alors la compréhension des patients si l'on diffère la réponse à leur demande. La démarche tend pourtant à l'inverse en cumulant les motifs avant de prendre un rendez-vous « afin de ne pas déranger le médecin pour rien ». Au sujet des dépassements d'honoraires, les patients remarquent qu'il faudrait en être informé auparavant, sinon ils sont néfastes pour la relation avec le médecin généraliste ou spécialiste.

Ces discussions sont aussi absentes des questionnaires anglo-saxons.

IV.5 Les items supplémentaires des questionnaires :

Il est par contre intéressant de noter qu'au sujet de l'argent, le PSQ et le MISS apportent des items manquant aux focus groups. Ainsi le PSQ regroupe 8 items sur 51 sur le sujet des aspects financiers. Ce n'est pas tant la valeur symbolique de l'argent qui est abordée mais la satisfaction par rapport aux couvertures offertes par les sociétés d'assurance et la crainte de ne pouvoir acquitter les honoraires, thèmes bien différents des préoccupations françaises.

V. LE TEMPS :

La notion de temps impose au médecin une double contrainte pendant la consultation, le temps laissé à l'expression du patient et la ponctualité à respecter.

V.1 Le temps d'écoute :

Il peut être variable selon le motif. La consultation autour d'une angine nécessite moins de temps que des douleurs abdominales mal systématisées chez un enfant par exemple. La personne reçue en peu de temps par un médecin pressé à l'impression d'être "un client", alors que si elle est prise en compte, au cours d'une consultation de durée à sa convenance, elle deviendra "un patient". Le temps est nécessaire pour que la relation soit bonne, pour que la communication se fasse, pour que les attentes du patient émergent avec leurs interrogations et que les réponses soient données. Lorsque les attentes sont respectées la consultation prend sens. Si elles ne le sont pas, le patient (et peut être aussi le médecin?) peuvent ressentir une frustration d'où naîtra ensuite un sentiment de culpabilité. Le patient qui perçoit son médecin comme étant pressé a le sentiment de lui faire perdre son temps, que ses maux ne méritent pas le temps accordé, et nous retrouvons « l'effet indésirable » du remède médecin dont parle Balint.

V.2 La ponctualité :

En ce qui concerne la ponctualité, son absence est perçue comme un manque d'organisation. Les patients "demandeurs d'écoute" comprennent toutefois que le médecin puisse prendre du retard (de 1/4 d'heure à 1/2 heure) mais souhaitent qu'une phrase d'excuse se transforme en explication si le retard atteint 1/2 heure. Ces derniers souhaiteraient aussi que les patients en retard reprennent un autre RDV afin de ne pas déranger le cours de la consultation. L'urgence est un autre problème qui s'intercale dans la gestion du temps. Le médecin de premier recours peut être amené à quitter son cabinet pour une visite urgente. Cette absence qui peut durer plus d'une heure génère pour lui du stress car cela le conduit à reprendre les consultations avec du retard ou à les reporter au soir.

Ces préoccupations sont mises en évidence de façon similaire dans les groupes avec cependant plus d'allusion au stress des médecins dans les groupes de patients urbains. En ce

qui concerne les questionnaires, les thèmes sont retrouvés dans le PSQ comme critère positif si le médecin accorde du temps au patient et comme critère négatif si le patient sent le médecin pressé. Par contre ils sont absents du MISS.

V.3 Thèmes supplémentaires des questionnaires :

Dans le PSQ des items concernent la bonne adaptation des horaires d'ouverture du cabinet.

VI. L'ACCESSIBILITE, LA DISPONIBILITE ET LES COMMODITES:

Autour de ce grand thème plusieurs notions ont été abordées dans les groupes:

- la proximité du cabinet,
- la disponibilité et les visites à domicile,
- l'urgence,
- le mode d'exercice.

VI.1 La proximité :

Si la proximité du cabinet⁶¹ est surtout importante en ville, elle l'est moins à la campagne où le cabinet est forcément plus éloigné du lieu d'habitation des patients. Ce thème se retrouve particulièrement pour les jeunes mères ou les personnes âgées qui ne peuvent se déplacer facilement par manque de moyen de locomotion. Cette notion s'imposant parfois dans le choix d'un médecin, elle a donc une implication dans la RMM. Nous retrouvons ce thème dans le PSQ où il faut remarquer la grande importance attribuée à la localisation et l'accessibilité du cabinet qui concernent 12 items du questionnaire sur 51. Il est absent du MISS.

VI.2 La disponibilité :

Par rapport à la disponibilité, nous avons noté des différences : à la ville, si les médecins sont suffisamment nombreux, les personnes acceptent moins bien de ne pouvoir être reçues à leur demande alors qu'à la campagne les patients admettent un conseil téléphonique qui permet d'attendre une consultation ultérieure. Dans ce sens, la gestion des RDV par un

secrétariat est positive, si les patients peuvent tout de même contacter le médecin pour des informations, ou en cas de RDV urgent à organiser dans un planning complet.

Autre problème soulevé : la visite à domicile. Celle-ci se fait automatiquement lorsqu'il s'agit du maintien à domicile d'une personne âgée, ou d'une fin de vie, par contre des difficultés apparaissent pour les visites de convenance. Certains pays ont pratiquement supprimé les visites à domicile. Il est donc possible de s'en passer, et certaines commodités rendent la visite moins indispensable: les voitures particulières plus nombreuses, l'accès au téléphone, les consultations sur RDV au cabinet, de nouvelles installations de médecins dans les villages de campagne. De plus, dans certaines villes, des structures particulières de médecins d'urgence se sont développées. Cela peut soulager le médecin dans l'organisation de sa journée. Mais on peut aussi y voir une dérive si le médecin urgentiste est considéré par les patients comme un « visitologue » toujours prêts à intervenir, ce qui risque de fragmenter encore plus les soins. Si la visite garde l'avantage de rencontrer le malade dans son environnement et d'adapter de ce fait certains éléments, il faudrait envisager d'expliquer aux patients pourquoi certaines visites sont justifiées et quelles sont les autres situations où les patients pourraient se déplacer.

VI.3 L'urgence :

Ce thème que nous avons partiellement abordé dans le précédent paragraphe est une des préoccupations des patients à la campagne. L'organisation des gardes de nuit⁵⁷ et de WE y est parfois moins facile et surtout plus lourde à assurer pour les médecins ruraux que pour les médecins citadins. Les patients craignent qu'il soit difficile de joindre un médecin et lors d'urgences vitales que celui-ci ne soit pas à même de trouver rapidement leur lieu d'habitation. Il est plus rassurant pour eux de recourir à leur médecin habituel qui pourra mieux appréhender le besoin de se déplacer et dans quels délais. Cela est une nouvelle allusion à la disponibilité du médecin.

VI.4 Le mode d'exercice :

Le mode d'exercice du médecin est un choix qui résulte du lieu où il souhaite résider, des patients qu'il voudrait rencontrer et du type d'activité qu'il aimerait avoir (campagne, ville). L'activité en groupe a l'avantage de bénéficier d'un secrétariat, de permettre aux patients en

l'absence de leur médecin, de consulter un associé qui a accès à leur dossier. Cela permet aussi au médecin de faire d'autres activités (consultations au planning familial, PMI, enseignement...). Dans le cadre de maisons médicales, le regroupement de différents intervenants est aussi un avantage pour la communication des professionnels entre eux et pour la facilité d'accès des patients.

VII. EN CONCLUSION :

Est-il possible de demander tout cela à un même médecin, à chaque instant de son exercice ?

C'est une des questions que je me pose après plus de deux ans de remplacements dans différents cabinets, et divers milieux, au travers d'un contact qui commence à s'établir avec les patients que je suis amenée à revoir. Y a t'il des éléments vraiment indispensables ? Oui, me semble t-il. Mais cela nécessite une formation initiale au sein de la faculté de médecine lors de l'enseignement de la médecine générale mais aussi formation secondaire ou continue sous forme de réunions de pairs et de partages de pratiques, accompagnée d'un travail personnel sur ses propres attentes dans la relation.

Les divers critères retrouvés se trouvent résumés dans le tableau en annexe 8. Notre étude a apporté beaucoup de nouveaux items par rapport aux questionnaires PSQ et MISS et il semblerait donc que ces derniers ne soient pas adaptés à une population française

Pour répondre aux attentes des patients, le travail effectué dans cette thèse pourrait contribuer à développer un questionnaire administrable à grande échelle auprès de patients dans un but de validation de ces notions. Elles seraient alors légitimées et pourraient s'inscrire aux programmes de formation sur la RMM.

Dans un autre domaine il semblerait intéressant de mettre ce travail en parallèle avec les résultats de la thèse de Laétitia Sarassat sur les attentes des médecins dans la RMM , de comparer les similitudes et les différences afin d'améliorer la RMM, part importante dans la qualité des soins, au cours d'une démarche qui ne serait pas seulement technique mais aussi humaine.

CONCLUSIONS

Thèse soutenue par : Marie-Cécile DEDIANNE

TITRE : Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients de médecine générale : application de la méthode des focus groups

CONCLUSIONS

A la lecture de la littérature française, il nous est apparu qu'il n'existe pas d'étude en médecine générale sur les critères de qualité de la relation médecin-malade.

A l'opposé la littérature anglo-saxonne est riche de questionnaires validés mesurant la satisfaction des patients en soins primaires (le plus fréquemment utilisé étant le PSQ-3 : Patient Satisfaction Questionnaire).

Pour répondre à ce qui nous a semblé être un manque et certainement une attente, nous nous sommes donné comme objectif de mieux comprendre les déterminants de la satisfaction que sont les attentes et perceptions des patients dans la relation médecin-malade. Nous avons ainsi choisi la méthode des entretiens de groupes approfondis (focus groups) qui permet une évaluation qualitative de la relation médecin-malade, plus adaptée dans cette démarche de compréhension, qu'une méthode quantitative par questionnaire. Ces entretiens ont été réalisés en Isère, auprès de personnes issues de milieux urbains et ruraux, appartenant à des tranches d'âges différentes. Quatre focus groups ont eu lieu à partir de populations non échantillonnées et recrutées par le biais d'associations de quartier ou par proposition de médecins à leur patientèle. Les séances étaient animées par un modérateur et une personne préposée aux enregistrements audios. La retranscription de ces enregistrements nous a ensuite permis de réaliser une analyse transversale par une méthode de tri et regroupement des items et d'organisation de ceux-ci en grands thèmes.

Au terme de notre enquête, certains critères se sont révélés être communs avec les questionnaires anglo-saxons : les compétences, l'expérience, l'écoute, la disponibilité, une relation de partenariat et non plus paternaliste.

D'autres critères n'ont pas été retrouvés dans nos focus groups et semblent être plus typiquement anglo-saxons : un matériel médical adapté, une mise à jour des connaissances du médecin et le coût des soins.

Enfin certains thèmes apparaissent comme originaux dans notre étude : le libre choix d'un omnipraticien qui est le médecin de la famille. Celui-ci, garant d'un bon dossier médical, doit savoir dire la vérité, ne pas juger, ne pas être mercantile. Ces patients lui accordent par contre le droit à l'erreur s'il a la franchise de la reconnaître.

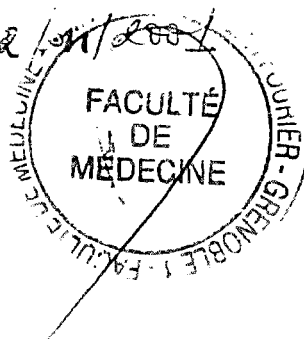
Ces différences nous amènent à penser que les questionnaires anglo-saxons ne sont pas adaptés à la population française et qu'il serait souhaitable de développer, dans une démarche de qualité en médecine ambulatoire, un outil d'évaluation de la satisfaction des patients qui pourrait être utilisé, dans des versions appropriées, à des actions de Formation Médicale Initiale et de Formation Médicale Continue.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 12/11/2001

Le Doyen

Pr J.L. DEBRU



Le Président de Thèse

Pr T. BOUGEROL

BIBLIOGRAPHIE

1. Antoniotti S. Evaluation de la satisfaction des patients hospitalisés- conceptualisation d'un indicateur-.*DEA méthodes d'analyse des systèmes de santé*. Marseille,1999.
2. Appleby NJ, Dunt D, Southern DM, Young D. General practice integration in Australia. Primary health services provider and consumer perceptions of barriers and solutions. *Aust Fam Physician* 1999 Aug;28(8):858-63
3. Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation ? videotaped interviews analysed by the "consultation map" method. *Family Practice* 1992; 1: 61-6.
4. Arborelius E, Timpka T, Nyce JM. Patients comment on video-recorded consultations- the „good“ GP and the „bad“. *Scand J Soc Med* 1992 Dec;20(4):213-6.
5. Avis M, Burd M, Arthur A. Questionning patient satisfaction : an empirical investigation in two outpatient clinics. *Soc Sci Med* 1997 ; 44 : 85-92.
6. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. : *Br J Gen Pract* 1990 Dec;40(341):487-90.
7. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 2^{ème} édition. Paris: *Petite bibliothèque Payot*, 1973 : 422.
8. Bertrand D., François P., Romanet. P. Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. *Santé Publique* 1999 ; 11 : 453-463.
9. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : *Nathan*, 1992.
10. Braddock CH 3rd, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA* 1999 Dec 22-29;282(24):2313-20.
11. Britten N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-253.
12. Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' view on their discharge from follow up in outpatient clinics: qualitative study. *BMJ* 1997;0315:1138-1141.
13. Carney PA, Rhodes LA, Eliassen MS et al. Variations in approaching the diagnosis of depression: a guided focus group study. *J Fam Pract* 1998 Jan;46(1):73-82.
14. Coleman T, Wynn AT, Stevenson K, Cheater F. Qualitative study of pilot payment aimed at increased general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001;323: 432(full).
15. Conférence de consensus de Toronto 199 i. Citée par *Prescrire* 1992; 12 (124): 631.
16. Covinsky KE *et ai*. Physicians' attitudes toward using patient report to assess quality of care. *AcadMed* 1996;71 :1353-6.
17. Cunningham JP, Hanna E, Turnbull J, Kaigas TB, Norman GR. Defensible assessment of the competency of the practicing physician. *Acad Med* 1997 Jan;72(1):9-12.

18. Darby DN. Medical general practice: influencing clients' levels of satisfaction. *J Qual Clin Pract* 1996 Dec;16(4):215-25.
19. De Butler J et al. L'effet médecin... côté patient. *Exercer* 1992; 18: 24-7.
20. De Singly F. L'enquête et ses méthodes: le questionnaire. Paris : *Nathan édition*, 1992.
21. Delbanco T. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116(5) :414-8.
22. Doubovetzky J. Comment choisir son médecin ? Paris : *Editions Balland*, 2000.
23. Doumenc M et al. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient? *Rev Prat Med Gen* 1993; 219:55-64.
24. Edwards A, Elwyn G, Gwyn R. General practice registrar responses to the use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study. *BMJ* 1999 Sep 18;319(7212):749-52.
25. Edwards A, Elwyn G, Gwyn R. General practice registrar responses to the use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study. *BMJ* 1999;319: 749-752.
26. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999 Sep 18;319(7212) 753-6.
27. Evason E, Whittington D. Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust : a focus group study. *International Journal of Health Care quality Assurance* 1997 ; 10 :7-19.
28. Ford R, Bach A, Fottler M. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health care manage rev* 1997;22: 74-89.
29. Frasier PY, Slatt L, Kowlowitz V, Kollisch DO, Mintzer M. Focus groups: a useful tool for curriculum evaluation. *Fam Med* 1997 Jul-Aug;29(7):500-7.
30. Froment A. Maladie donner un sens. Paris : *Editions des archives contemporaines*, 2001.
31. Froment A. Médecins scientifique médecine soignante. Paris : *Editions des archives contemporaines*, 2001.
32. Froment A. Pour une rencontre soignante. Paris : *Editions des archives contemporaines*, 2001.
33. G. Communication Médicale, 1re édition. Paris: *illipses*, 1994:159.
34. Gourmet E. Place et utilisation des psychothérapies dans la prise en charge du sujet dépressif en médecine générale. Lyon : *thèse de médecine*, 1998.

35. Greacen T. Savoir parler à son médecin : Le guide de la nouvelle relation patient-médecin. Paris : *Editions Retz*,2000.
36. Greco MJ, Brownlea AA, McGovern JM. Utilising patient feedback in the RACGP training program. An exploratory study. *Aus Fam Physician* 1995;24;6:1077-1081.
37. Guibert J, Jumel G. Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales. Paris ; *Armand Colin/ Masson*, 1997.
38. Hungin AP, Rubin GP, Russell AJ, Convery B. Guidelines for dyspepsia management in general practice using focus groups. *Br J Gen Pract* 1997 May;47(418):275-9
39. Jones J, Duncan H. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-380.
40. Jones R. Why do qualitative research? Editorial. *BMJ* 1995;311:2.
41. Khunti K. Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. *Fam Pract* 1999 Oct;16(5):489-94.
42. **Kitzinger** J. Qualitative research: Introducing focus groups . *BMJ* 1995;311:299-302 .
43. Kravitz RL *et ai*. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med* 1994;9:75-81.
44. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd Edition. Thousand Oaks-London-New Delhi: *Sage publications*,2000:125-155, 195-206.
45. Kuzel AJ, Moore SS. Choosing a specialty during a generalist initiative: a focus group study. *Fam Med* 1999 Oct;31(9):641-6.
46. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. 1996 ; 35-37
47. Labarere J, François P. Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature. *Rev apidemiol. Et Santé Publ.*, 1999 ; 175-184.
48. Labarere J. Développement et validation d'un instrument standardisé d'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés. *These med.* Grenoble,1998.
49. Laine C, Davidoff, lewis C. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physician' opinions. *Ann Intern Med* 1996;125:640-645.
50. Lefèvre P. L'accompagnement en médecine générale. *Rev Prat MG* 1996; 336:35-42.
51. Lehmann F *et ai*. Physician-patient interaction: a reliable and valid check-list of quality. *Can Fam Physician* 1990; 36:1711-5.
52. Malterud K, Baerheim A, Hunskaar S, Meland E. Focus groups as a path to clinical knowledge about the acutely and severely ill child. *Scand J Prim Health Care* 1997 Mar;15(1):26-9.

53. Martin D, Regehr G, Hodges B, McNaughton N. Using videotaped benchmarks to improve the self-assessment ability of family practice residents. *Acad Med* 1998 Nov;73(11):1201-6.
54. Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Fam Pract* 1999 Dec;16(6):627-32.
55. Mays N, Pope C. Qualitative research: observational methods in health care settings. *BMJ* 1995;311: 182-184.
56. Mays N, Pope C. Qualitative research: Rigor and Qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-112.
57. McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997 Jan 18;314(7075):193-8.
58. Minel Sophie. Enseignement de la relation médecin- malade. Etat des lieux et proposition d'un outil d'évaluation. *Thèse med.* Paris,2001.
59. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade ? *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 13(477) : 1835-8.
60. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Control Assessment* 1998;2(16).
61. Murray SA, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Little A. Listening to local voice: adapt ting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *BMJ* 1994;308:698-700.
62. Naish J, Brown J, Denton B. Intercultural consultations: investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. *BMJ* 1994; 309: 1126-8.
63. Nyman KC, Sheridan B. Evaluation of consulting skills of trainee general practitioners. *Aust Fam Physician* 1997 Jan; 26 Suppl 1:S28-35.
64. Pope C, Mays N. Qualitative Research; reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-45.
65. Pouchin D, Attali C, De Butler J et al. Médecine générale. Concepts et pratiques. CNGE. Paris : *Masson*.1996.11-157.
66. Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice : literature review. *Soc.Sci.Med* 1994;39;5: 655-670.

67. Reid AL. Understanding our patients. An anthropological approach. *Aust Fam Physician* 1998 Jul;27 Suppl 2:S99-102.
68. Rodary F. Médecine et soins relationnels : quelle réalité ? *Rev Prat Med Gen* 1997;399:36-42.
69. Rortveit G, Schei E. Should we make a bid for SATS? Evaluation of a new educational project in family practice. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999 Aug 20;119(19):2869-72.
70. Roter D *et al.* Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA* 1997; 277(4): 350-6.
71. Rouy JL. Synthèse et communication en médecine générale. *Rev Educ Med* 1986 ;IX (5) : 25-30.
72. Roy A. The measurement of patient satisfaction. *Journal of public health medicine* 1992;14;3:236-249.
73. Salomé J. Relation d'aide et formation à l'entretien. 3^e édition. Lille : *Presses universitaires de Lille*, 1993 ; 81-88 ; 108 ; 125.
74. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction : a controlled study. *Br Med* 1990; 301 : 968-70.
75. Senand R *et al.* Esquisse par des patients de leur médecin généraliste. *Rev Prat Med Gen* 1995; 318:65-70.
76. Senand R. Prise en charge des événements de vie en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 1997; 382/383:35-41.
77. Senez B, Orvain J, Doumenc M. Qualité des soins: revue à travers la littérature des outils et critères utilisés en médecine ambulatoire. *ANAES/ service évaluation en secteur libéral* 2000.
78. Shye D, Freeborn DK, Romeo J, Eraker S. Understanding physicians' imaging test use in low back pain care: the role of focus groups. *Int J Qual Health Care* 1998 Apr;10(2):83-91.
79. Simpson SH, Farris KB, Johnson JA, Tsuyuki RT. Using focus groups to identify barriers to drug use in patients with congestive heart failure. *Pharmacotherapy* 2000 Jul;20(7):823-9.
80. Smith J, Scammon D, Beck S. Using patient focus groups for new patient services. *Jt Comm J Qual Improv* 1995 ;21 : 22-31.
81. Smith LF, Eve R, Crabtree R. Higher professional education for general medical practitioners: key informant interviews and focus group findings. *Br J Gen Pract* 2000 Apr;50(453):293-8.
82. Southern DM, Batterham RW, Appleby NJ, Young D, Dunt D, Guibert R. The concept mapping method. An alternative to focus group inquiry in general practice. *Aust Fam Physician* 1999 Jan;28 Suppl 1:35-40.

83. Steine S, Arnstein F, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam pract* 2001;18;4:410-418.
84. Steine S, Finset A, Laerum E Words and language used by patients when describing consultation with general practitioners. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000 Jan 30;120(3):354-6.
85. Steven ID, Thomas SA, Eckerman E, Browning C, Dickens E. A patient determined general practice satisfaction questionnaire . *Aust Fam Physician* 1999 Apr;28(4): 342-8.
86. Strasser R, Harvey D. The GP as gatekeeper? *Aust Fam Physician* 1999 Dec;28(12):1213-4
87. Van der Waal M, Casparie A, Lako C. Quality of care: a comparison of preferences between medical specialists and patients with diseases. *Soc.Sci.Med.* 1996; 42; n° 2; 643-649.
88. White J *et al.* e Oh, by the way... 'r: the closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med* 1994; 9:24-8.
89. Wilkin D, Hallam L, Doggett M-A. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford: *Oxford university*:16-19 , 230-261.
90. Zinn W, Furutani N . Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination. *J Gen Intern Med* 1996 Sep;11(9):525-32.

ANNEXES

ANNEXE 1

REUNION VILLEFONTAINE DU 12/03/01

Les questions posées :

Est-ce que vous pouvez juger de la qualité de la relation avec votre médecin ?

Quel est le bon déroulement d'une consultation ?

Qu'est-ce qui vous inspire confiance dans cette relation ?

Qu'est-ce qui vous satisfait dans cette relation ?

Comment sont sélectionnés les médecins remplaçants ? Pourquoi sont-ils méfiants sur le diagnostic ? Cela entraîne pour nous une certaine méfiance et nous ne pouvons pas leur faire confiance.

Il faudrait que les médecins dialoguent plus avec leur patient car si le patient ne pose aucune question la discussion est très pauvre.

Je parle de « mon » médecin. Car il me connaît.

J'aimerais avoir le temps d'expliquer ce qui m'arrive et pouvoir dire que j'ai mal. Ce qui est faussé dans la relation c'est que le patient va mal lorsqu'il vient, et que c'est un peu son papa ou sa maman qu'il va voir. Si on enchaîne tout de suite sur un questionnaire j'ai l'impression que mon mal est mis de côté.

Après, j'aime bien que le médecin m'explique ce qui m'arrive, pour le confronter à toutes les idées que je me suis faites.

Manque de compréhension de la fatigue. Ne propose pas d'arrêt de travail. Qui doit évaluer cela, le médecin ou le malade ?

L'opinion d'un médecin sur un autre. La critique des médecins entre eux. Je n'apprécie pas, il ne faut le faire descendre de son piédestal, il a pu se tromper. J'ai gardé sa confiance.

Je ne vois le médecin que lorsque je suis malade, j'aimerais pouvoir le revoir en dehors aussi pour savoir comment ne pas retomber malade. Parfois cela est proposé par un coup de téléphone. Besoin de prévention. Documents sur la santé ailleurs que chez le médecin il serait bien de pouvoir les trouver chez les médecins. Rôle de conseil, de prévention, de suivi.

J'ai le sentiment que l'on a de plus en plus de relation de client à médecin et de moins en moins de patient à médecin. Quand ce n'est pas de relation de client à cabinet médical. On n'est plus rien on n'existe plus en tant que personne, c'est une usine.

Pour avoir un RDV chez son généraliste il faut maintenant 2 ou 3 jours. Le mercredi elle ne vient pas. La disponibilité rapide et la personnalisation. L'esprit du médecin de famille. C'est plus commercial maintenant.

RDV ponctualité ; pas de place dans la salle d'attente.

Accueil, que l'on m'écoute, une consultation qui va amener à un diagnostic et que l'on m'explique ce que j'ai. Que l'on me propose des thérapeutiques, que j'ai le choix. Que l'on choisisse ensemble.

Par contre que le médecin soit capable de faire la part entre ce qui vaut la peine de s'arrêter ou pas. Les médecins sont contrôlés.
Non ils ne sont pas contrôlés.

Le lien d'argent ?

L'argent cela est vite occulté car il ne doit pas en rester beaucoup pour le médecin. Avec les 1/3 payant, on peut ne rien déboursier. La notion d'argent revient à la pharmacie si on nous propose des génériques qui seront moins chers.

Qu'il soit expérimenté. Pas trop jeune.

Mon médecin est à l'écoute . Il me bouscule un peu pour que fasse mes examens . J'ai probablement fait le choix de mon médecin. J'ai quelqu'un en face de moi. Parfois je vois quelqu'un d'autre, qui est dans l'équipe, qui a mon dossier. Les relations ne sont pas trop distantes.

Le médecin doit être désintéressé ?

Non pas vraiment car il faut bien qu'il vive.

J'aime être écouté avoir un diagnostic. Et on ne l'a pas forcément si on ne le demande pas . Ensuite comprendre le traitement. Avoir un commentaire, des explications, une durée, les effets. Pouvoir en discuter lors d'une consultation suivante. J'aime aussi avoir un choix, tel traitement pourrait apporter cela, on pourrait le compléter si besoin par tel autre ... Ce temps de discussion est un peu trop court.

Je demande au médecin un travail d'intelligence. Son abord sympathique, chaleureux ou non m'importe peu. Qu'il écoute , qu'il essaie de comprendre, qu'il m'interroge de façon très consciencieuse. Je veux chercher et comprendre avec lui. Qu'il ne se contente pas d'informations superficielles de ma part. J'accepterais de payer plus cher pourvu que cela soit sérieux.

Deuxièmement qu'il m'explique. On a besoin de comprendre. De la prévention, de prendre de l'intelligence par rapport à la vie et aux soins. De mesurer les risques, de connaître les effets secondaires, les conséquences.

Par rapport aux effets des médicaments. Moi je lis la liste des effets secondaires. J'aime que le médecin m'explique tout cela.

Que le médecin partage son intelligence.

Notre médecin explique d'emblée; donne les indications sur les effets escomptés.
Si il n'y a pas de bons résultats je vais à l'hôpital.

J'ai laissé un cabinet médical de groupe car on était considéré comme des numéros.

En Suisse notre fille a du consulter, et ils ont fait directement une prise de sang. J'ai trouvé cela bien.

La ponctualité est importante. Le fonctionnement par RDV est important.

Qu'il me dise la vérité même si cela est grave. Dans une relation de confiance.

C'est un sentiment désagréable de le sentir pressé, qui fausse la relation. Parce que on n'a pas le temps de poser les questions. Ce serait mieux qu'il se limite dans le nombre de personnes à voir . Ou si une personne a raté son RDV elle doit revenir .

Pour le suivi médical, il m'est arrivé d'aller chez le médecin avec plusieurs motifs pour ne pas le déranger avec peu. Et puis effectivement ce ne sont pas toujours des choses urgentes, alors je concevrais très bien que le médecin me dise de revenir pour terminer les motifs non urgents lors d'une autre consultation. Ou aussi pour faire le tour de la question. Reconsidérer les événements de vie qui me mènent vers la maladie, revoir tout dans la globalité. Etre aiguillée vers d'autres soins si besoin. Malaise, difficultés à vivre.
Le rôle de conseil, médecin de premier recours.

Moi j'aurais l'impression que d'aller voir un spécialiste en premier, ce serait être découpé en tranches.

Je préfère aller voir un généraliste avant qui me dirait : ce serait peut-être bien que tu ailles voir quelqu'un autre, plus spécialisé parce que c'est vrai que les spécialistes, le peu que j'en ai vu, c'est un peu ça, c'est à dire que le moment où j'ai été opéré de l'intestin le chirurgien parlait d'un problème de tuyauterie, en même temps c'était rassurant mais j'ai trouvé la comparaison un peu limite.

Mais attends je reviens à René, il disait qu'il ne comprenait pas qu'on lui prenne sa tension, que le médecin ne parle pas, et puis ou alors, qu'il fait des grimaces et cela angoisse le patient et il n'osait même pas poser la question combien j'ai de tension car le médecin lui-même ne pensait pas à lui dire.

C'est ça, c'est l'explication comme on disait toute à l'heure, toutes les choses qui sont faites, voilà je vous fais ça.

Et donner l'impression que le médecin c'est lui qui sait et que le patient n'a pas à savoir.

Un médecin qui commente ce qu'il fait cela vous paraît important.

Oui tout à fait, on participe.

C'est une espèce d'univers de langage, de sous titrage de tout ce qu'il fait.

Oui mais aussi commenter les actes qu'il peut solliciter auprès d'autres services, il nous prescrit une analyse de sang, on va dans un laboratoire et on se fait prélever un peu de son sang, lui reçoit par un canal qu'il connaît les résultats et nous, nous en recevons une copie avec la facture. Quant on regarde notre analyse de sang , bon il y a notre résultat et entre parenthèses des minima et des maxima. La dernière analyse que j'ai fait était bonne sauf une valeur mais à aucun moment on ne m'a commenté cela. C'est le seul qui a un peu commenté cela. Moi si on ne m'explique pas, je ne suis pas malade. Si on ne me dit pas que cela va mal forcément cela va bien.

J'ai souvent l'impression qu'il n'a pas confiance en son client. Moi j'ai alors du mal à avoir confiance en lui.

Ca se passe comment un médecin qui n'a pas confiance en son client ?

Il n'explique pas les choses, il ne dit pas.

Je me suis arrêté de fumer il y a 3 ans. J'avais déjà fait 3 tentatives. La 1^o fois je me suis arrêté 17 mois et j'ai pris 17 kg, je me suis arrêté 14 mois et j'ai pris 14 kg, je lui ai dit Docteur je veux arrêter de fumer, il m'a dit pas de problème vous voulez le patch ? J'ai dit oui il m'a dit OK : 115 F. J'étais content j'ai arrêté mais n'empêche qu'à l'arrivée j'avais 27 Kg à perdre et qu'il ne s'est occupé de rien. Il ne m'a pas dit : bon arrêter de fumer on s'occupera du reste ensuite vous reviendrez pour d'autres consultations. Lorsque je l'ai revu il a juste remarqué que j'avais maigri mais ne s'est pas occupé de savoir comment j'avais fait .

Mais aujourd'hui ils sont encore plus sûrs de leur science et plus méprisants que par le passé car d'un clic de souris sur leur PC ils savent que vous êtes venu il y a tant de temps, qu'ils vous avaient prescrit telle chose et que vous avez tant de jours.

Ils ne nous font pas confiance et ils n'ont pas une vision globale de notre santé, et à long terme. Peut-être aussi que nous ne les traitons pas bien nos médecins. Mais je crois qu'on a tous eu à un moment donné un sentiment de culpabilité : à se dire j'attends d'avoir plusieurs motifs avant de consulter ou une fois dans le cabinet on n'ose pas aller jusqu'au bout des choses de peur de lui faire perdre du temps car on a déjà tant attendu et que l'on pense aux autres qui attendent. Alors que moi j'attendrais, pas au premier degré, qu'il soit à ma disposition. Qu'à cet instant là qu'il n'ait que moi à l'esprit, qu'il n'ait que moi à s'occuper, que je devienne la chose la plus importante pour lui comme je le suis pour moi.

Et puis il y a la notion de l'urgence car on a du mal à le joindre il n'est jamais libre. Comment faire faut-il aller à l'hôpital ? Le WE cela pose problème.

(Oui les médecins ont appris à faire du ski maintenant)

Oui, cela il faut. Mais quand je vois comment se passent les urgences à l'hôpital je me dis qu'il ne faut pas aller à l'hôpital non plus.

Moi j'ai l'exemple d'une collègue qui est assistante sociale et qui a travaillé dans un service dans lequel une personne était préposée à répondre immédiatement à toute demande qui était ressentie comme étant urgente ensuite elle aiguillait selon le cas . Cela était très satisfaisant et pour les usagés et pour les professionnels. Même dans le milieu médical ce serait bien. La notion d'urgence n'est pas la même pour celui qui demande et celui qui reçoit.

ANNEXE 2

REUNION DE VIRIEU DU 17/03/01

Questions :

- *qu'attendez-vous de votre relation avec votre médecin ?*
- *comment doit se dérouler la consultation ?*
- *qu'est-ce qui vous inspire confiance dans cette relation ?*
- *qu'est-ce qui vous satisfait dans cette relation ?*
- *qu'est-ce qui peut vous faire douter de votre médecin ?*
- *qu'est-ce qui vous déçoit dans cette relation ?*

L'écoute. Qu'il prenne le temps d'écouter ce que l'on a à dire.

Patient/client : ¼ d'heure par patient c'est peu. S'il prend son temps, je suis un patient, s'il n'en prend pas je suis un client.

L'écoute. Qu'il réponde à mon mal. Cela dépend pourquoi j'y vais, si c'est un problème de mal-être, qu'il sache m'écouter et que j'ai un retour. Car j'ai besoin de savoir ce qu'il pense. Mon médecin c'est le médecin de famille, il sait me conseiller, c'est aussi un assistant social.

J'ai eu à faire à 3 médecins. Une jeune femme qui m'a suivi dans la période où j'ai eu mes grossesses. Puis l'autre en déménageant où j'ai eu l'impression d'être une cliente. Je rentrais et on me disait qu'est-ce qui vous faut aujourd'hui. Alors, je dirais que le médecin que j'ai trouvé maintenant c'est « mon » médecin. Il prend le temps de l'écoute si s'est nécessaire, c'est son côté d'écoute et de réassurance qui est important. Il a su nous adresser dans un centre spécialisé alors que le pneumologue ne savait plus que faire.

Le médecin de campagne, c'est un généraliste parce qu'il fait tout, toutes les matières. J'ai besoin d'être maternée, si le médecin me dit de faire quelque chose, je le fais. C'est un médecin de famille.

La relation est importante pour moi, la capacité du médecin à établir le contact. Entre un praticien hyper technique et froid et un praticien relationnel et un peu moins compétent, j'irais dans la relation, dans le sens où il a développé ses capacités de médecin de famille de campagne qui était dans la continuité du curé avec une capacité d'écoute.

Le recadrage, c'est à dire la capacité à nous remettre sur une réalité. (On va parfois chez le médecin avec son propre diagnostic et il est important de se retrouver comme patient). Certains médecins deviennent prescripteurs de l'attente du malade (qu'est-ce que vous avez, qu'est-ce que vous voulez ?). Pour moi c'est de l'égarement. J'attends de lui qu'il me rassure, qu'il me remette sur le chemin si je divague.

Résumé : compréhension, connaissance et écoute.

La consultation :

Pourquoi je viens, où j'ai mal ? Et de la réassurance.

Qu'il laisse le temps d'expliquer, tout dépend pourquoi on vient (il n'y a pas de durée type mais cela dépend du motif), qu'il prenne le temps d'examiner, de regarder le point sensible. Si c'est un problème relationnel, l'auscultation n'est pas obligatoire. Tout dépend à quelle fréquence on va le voir.

Le médecin doit reconnaître ses limites. Qu'il sache envoyer ailleurs, à un spécialiste (car parfois il peut y avoir un problème entre autre, lorsque le médecin connaît trop bien son patient). Il a le droit de ne pas savoir. Ce n'est pas une machine et j'espère qu'il ne le deviendra jamais avec l'informatique. Cela me fait peur.

Si c'est un problème chronique il est important qu'il y ait un moment d'écoute et un examen systématique. J'en ai besoin, en sortant je me sens alors bien.

1° Salle d'attente : l'abattage si j'arrive dans une salle pleine, c'est invivable en plus c'est un foyer de microbes. Si la clientèle est bien gérée on attend pas. Je tolère 1 personne dans le cabinet et 1 personne dans la salle d'attente.

2° Idem dans la réception téléphonique. Capacité à répondre à la demande, la gestion de la prise de RDV par une secrétaire. Et la capacité de réorienter pour les gardes.

3° l'écoute

4° la reformulation en recadrant

5° que la porte soit ouverte après si on a d'autres questions même en ayant quitté le cabinet.

Pour le médecin c'est une double contrainte. Pour le temps, il n'y a pas de temps idéal mais le risque que la salle d'attente se remplisse.

La confiance :

Réussite dans l'introduction d'un traitement qui n'était pas facile.

Le contact est mauvais si le médecin est là à mâcher un chewing-gum. Le spécialiste ne l'a même pas ausculté, il a proposé un test respiratoire (car cela est bien payé !)

Autres choses qui irritent dans la présentation du médecin. :

Une posture mal tenue, négligée.

RAS pour les vêtements.

Savoir convaincre pour aller en hospitalisation.

Médecin qui maîtrise, qui n'hésite pas trop. Qui connaît ses limites et oriente si besoin, avec un courrier pour expliquer.

Si il est fatigué, mais qu'il le dise.

L'ordre dans le cabinet RAS

Qu'il se déplace rapidement si s'est une urgence.

L'ordre est important. La tenue vestimentaire aussi. Que ce soit correct, simple.

Qu'il soit à mon écoute.

Qu'on me dise la vérité même si s'est une maladie grave. Et que l'on m'explique tout.

La vérité n'est pas bonne à entendre par tous, mon médecin le sait.

Au téléphone : sensation auditive.

Dans la salle d'attente, l'ambiance est importante.

Au cabinet : l'ordre et le rangement.

Les vêtements ne sont pas importants mais l'alignement, l'accord entre la façon dont on s'habille et ce que l'on est.

Les attitudes, la maîtrise, connaître ses limites. Pas de confusion entre soi et sa fonction.

La qualité du suivi, collecter l'info même s'il y a des consultations spécialisées. C'est le médecin généraliste qui collecte l'information.

On ne peut juger la compétence de quelqu'un si ce n'est sur les résultats mais dès le début il y a quelque chose qui nous fait rester ou pas.

La vie est faite d'étapes. Un médecin peut ne pas convenir à un moment et convenir plus tard.

(ex : un médecin qui vient de la ville, temps d'adaptation, d'ajustement réciproque)

Celui de la campagne est plus à l'écoute. Le monde rural est méfiant.

Parfois on ne vient pas du même milieu comportemental et on a besoin d'ajustement . Au bout d'un moment il y a adaptation, les repères s'accordent.

Le doute

S'il se trompe, s'il faisait une grosse erreur. Tout dépend comment il le présenterait

S'il ne reconnaît pas son erreur.

S'il me mentait.

Si on a un avis contraire de son médecin de la part de quelqu'un d'autre.

Qu'il fasse le même diagnostic pour tout le monde et si le déroulement de la consultation est le même.

Qu'il me traite toujours de la même façon.

Le résultat, s'il est mauvais, surtout plusieurs fois.

Absence de mise en œuvre rapide de moyens adaptés en cas d'urgence (ex : infarctus chez la belle-mère dont elle est décédée)

Retard en ne prévenant pas rapidement l'entourage.

Prescription de fortes doses de tranquillisants pour une personne âgée qui avait régulièrement des malaises.

Un changement de traitement perpétuel ou une grande liste de médicaments.

Quelle est l'influence des informations des autres sur votre médecin ?

Si quelqu'un critique mon médecin, je le défends car j'ai confiance.

Le doute ne peut venir qu'au travers de l'expérience.

S'il accepte de noter un médicament, que c'est moi qui fais la prescription.

Moi je regarde dans le Vidal systématiquement, même si je ne peux pas dire que j'ai un doute.



Le doute il vient sur des effets secondaires. Si on découvre après coup la présence d'une molécule qu'on ne souhaite pas prendre (ex : les corticoïdes). N' a - t'on pas été entendu ou compris ? C'est le décalage entre les affirmations du médecin et les données de la notice.

Le manque d'informations après un geste ou un traitement.

La déception :

Pas de RDV possible.

Dans quel délai attend - on un RDV ?

Dans la semaine si ce n'est pas urgent. C'est inacceptable au delà d'une semaine. Sinon le jour même ou le lendemain si chose aiguë.
Un jour si il est fatigué, moins réceptif.

L'insécurité :

Ne pas savoir quel médecin est de garde. Le temps qu'il met pour venir. Peur qu'il se perde aussi.

En plus, en garde il ne nous connaît pas.

*(La bonne tenue du dossier, dossier informatisé,
La carte vitale et le carnet de santé. Bons éléments)*

Si les médecins n'arrivent pas à se mettre d'accord sur un tour de garde et que je suis obligé d'aller à l'hôpital.

Si appel du médecin traitant un jour férié il faut qu'il y ait indication sur les coordonnées du médecin de garde.

Accessibilité, continuité et maintenance d'une filière.

Changement d'orientation brutale : on choisit un médecin qui pratique une certaine sorte de médecine, s'il change brutalement de mode thérapeutique avec moi cela va me mettre un doute et me décevoir. Parce que l'on est sur un chemin ensemble.

L'argent :

Pour moi ce n'est pas important car on est remboursé correctement.

On peut avoir un doute s'il y a une grande variation entre le comportement du médecin et ce que l'on entend être conseillé par la sécurité sociale (prendre la carte vitale, ne pas donner trop de médicaments).

Pour les médecins non conventionnés, on peut se poser la question : est-il intéressé par l'argent ? ou un médecin qui convoque sans arrêt et qui fait payer ou à l'inverse un médecin qui reverra rapidement pour vérifier un traitement et qui ne va pas faire payer de consultation. Importance du geste sans le rapport avec l'argent.

Il y a une trop grande différence d'honoraire entre les généralistes et les spécialistes alors que parfois les temps passés sont plus longs chez le généraliste.

Niveau de rémunération et déontologie : j'ai vu un spécialiste de renommée nationale négocier le traitement pour des questions de coût. De plus, on est parfois pas très bien accueilli, on n'a pas les résultats attendus et on revient sur notre généraliste. Et entre temps on a payé 2 ou 3 fois le spécialiste.

Le généraliste ré explique il n'est pas forcément le plus coté, mais peut faire une lecture aux vues de sa connaissance du patient. Il devient le superviseur du chemin que l'on a parcouru. Eventuellement réticences pour certaines personnes en dehors des consultations à 115F .Les jours fériés par ex.

Attentes sur la façon dont le médecin demande ses honoraires ?

Non à la fin de la consultation c'est normal.

En France le libre choix du médecin existe mais il est limité par les distances au sein du département. Les km sont à la charge du patient.

L'argent est lié au temps que l'on va passer dans le cabinet. A compétence égale, le patient aura plus confiance peut-être s'il a passé 20 mn dans le cabinet par rapport à 10 mn. Facteur temps/durée. La qualité que l'on a reçue. Et de l'autre côté il y a le besoin du médecin de vivre.

On pourrait imaginer d'autres modes de paiement.

Est-ce que le généraliste devrait connaître la carte tarifaire de son réseau de spécialistes ?

Oui, par exemple pour éviter les dessous de table.

Accès direct du malade à son dossier ?

Non, car on n'est pas sûr de pouvoir tout interpréter.

Oui, si on doit changer de médecin, on peut repartir avec .

Le carnet de santé existe et si il est bien rempli il peut servir à cela.

ANNEXE 3

REUNION MERMOZ DU 17/04/2001

Qu'est-ce qui vous inspire confiance dans la relation avec votre médecin ?

La confiance.

Des renseignements.

La disponibilité du médecin.

Avant j'avais quelqu'un de gracieux qui discutait, causait, puis en venant ici je suis tombée sur un médecin qui ne disait rien qui était muet, il fallait que ce soit moi qui l'interroge. « Dr vous me soignez pourquoi ? » Il me prenait la tension sans me donner le résultat. Cela est très désagréable alors je l'ai laissé.

Un médecin avec qui on soit en confiance.

Qu'il nous considère comme une personne et pas comme un objet.

On a besoin de renseignements sur ce que l'on a.

De savoir ce que l'on risque.

Qu'il nous tienne au courant des médicaments qu'il nous donne.

Moi je lis les notices.

Moi je ne les lis pas car le Dr sait ce qu'il fait.

Il pourrait nous dire quels peuvent être les effets voulus et les effets secondaires.

La confiance qu'est-ce que c'est ?

On a confiance au départ.

Un médecin qui soit causant.

Qu'il sache faire un bon diagnostic. Ou qu'il n'hésite pas à nous envoyer chez un spécialiste et s'en attendre trop.

Parfois avec l'habitude des consultations, il y a une routine qui s'installe, il ne vous demande plus rien, et il marque les médicaments.

Qu'il établisse un dossier.

Dans le renouvellement de votre ordonnance quel comportement vous attendez ?

Qu'il nous examine , qu'il fasse une visite complète. Car on peut avoir quelque chose que l'on ne sache pas.

Il ne faut pas qu'il s'installe dans la routine.

A la fin de la consultation ?

Qu'il invite à revenir s'il y a du nouveau. Ou à surveiller quelque chose comme la température.

Des indications sur la suite.

Qu'est-ce qui vous déçoit vraiment ?

Dr qui ne parle pas.

Si on est pas satisfait on change de médecin.

Moi je ne veux pas changer de médecin car il est près de chez moi. Et puis il a mon dossier.

Si le généraliste nous envoie chez le spécialiste qu'ils se tiennent au courant. Ça c'est prendre la personne pour une personne.

De quel autre chose aimez-vous parler avec votre médecin ?

Si on a un à côté.

On n'a pas le temps.

De la famille et réciproquement.

Mais souvent il est bien pris, il a des coups de téléphone.

Il faut une certaine amabilité du médecin, car cela rassure.

La franchise. S'il a un doute, qu'il le dise, et adresse à quelqu'un d'autre.

D'autres patients ont besoin d'être rassurés et ont peur si on leur fait craindre quelque chose.

Oui mais sinon on peut lui reprocher de ne rien avoir dit.

Parfois il le dit à la famille. C'est au médecin de juger. Il faut connaître son patient.

Comment aimez-vous être associé aux décisions qui concernent votre santé ?

On fait confiance au départ et si cela ne va pas on revient le voir pour lui demander de passer des examens.

Il y a des choses que l'on est obligé de demander, passer une radio.

On ne devrait pas, il sait ce qu'il faut faire.

Il peut nous expliquer quel traitement on pourrait faire et on en parle ensemble.

En principe on doit faire ce qu'il nous dit.

Non pas obligé.

Oui mais quand on y connaît rien.

Pour des traitements lourds c'est important de nous demander notre avis.

En ville on ne manque pas de médecins.

Parfois c'est pour gagner de l'argent qu'ils travaillent en ville.

A la campagne c'est une vocation.

Les banlieues c'est encore autre chose.

A la campagne c'est plus familier.

Le téléphone.

Le secrétariat c'est mieux car cela évite si on est en consultation de l'attendre en étant déshabillé. Et pour les urgences il est tout de suite prévenu.

Pour les RDV le secrétariat c'est bien ; mais pour avoir un renseignement c'est bien de pouvoir parler directement au docteur.

L'exercice en groupe c'est bien. Si un est absent on peut en consulter un autre. Dans le meilleur des cas ils ont un dossier commun.

Au niveau pudeur, je ne voudrais pas être examiné par mon neveu qui est médecin.

Moi je préfère que ce soit une femme.

Moi j'ai de la réticence par rapport à l'examen car je suis si « moche » !

Si on connaît bien son docteur on n'est pas gêné.

ANNEXE 4

REUNION DE VILLEFONTAINE N°2 DU 8/6/01

Les questions posées :

Est-ce que vous pouvez juger de la qualité de la relation avec votre médecin ?

Quel est le bon déroulement d'une consultation ?

Qu'est-ce qui vous inspire confiance dans cette relation ?

Qu'est-ce qui vous satisfait dans cette relation ?

Ce qui est important avec le médecin s'est d'être en confiance, de pouvoir tout dire à son médecin, qu'il n'y ait ni barrière ni d'interdit et que l'on sente qu'il y a un suivi, que l'on peut toujours compter sur lui, qu'il est là. Moi, des fois j'appelle, j'ai envie de lui dire quelque chose, elle est disponible même au téléphone. Je n'ai pas changé de médecin depuis que je suis là car je veux qu'il y ait un suivi. C'est mon médecin de famille, elle nous connaît tous elle nous suit tous. Je veux une relation suivie, régulière qui dure.

Moi depuis que je suis là je vais au cabinet le plus proche, j'avais une femme médecin et j'ai du changer pour son confrère (dans un cabinet de groupe) car elle n'avait plus de place. Cela a été un moment, jusqu'au jour où j'ai eu un problème avec lui.

Dans ce cabinet médical on peut aussi bien voir l'un que l'autre. Je suis attachée au cabinet médical.

Oui mais parfois il n'y a plus de place avec l'un alors on est obligé de voir l'autre.

Cela pose problème avec mon enfant qui est difficile, qui n'aime pas aller voir les médecins. Etant obligé de l'emmener chez le monsieur cela s'est mal passé. L'attitude du médecin qui a un peu disputé ma fille m'a fait penser qu'il croyait que je l'élevais mal. J'ai mal vécu ce jugement de valeur. Le médecin ne doit pas culpabiliser les parents. Il m'a même dit qu'il faudrait voir un psychologue car il devait y avoir un problème avec le papa.

Le médecin ne doit pas nous juger. Si nous demandons un conseil il peut nous le donner mais il ne doit pas porter de jugement de valeur.

Autre problème, lorsque je l'ai vu pour la scarlatine de ma fille, il n'était pas sûr et m'a dit de juger plus tard s'il fallait donner l'antibiotique ou pas. Mais ce n'est pas facile de juger lorsque l'on est pas médecin. Le médecin doit être sûr de son diagnostic. Mais il a le droit de se tromper. Tout le monde a le droit de se tromper.

Quant on vient, on a une inquiétude et si lorsque l'on ressort, on en a encore plus... le jour où le médecin a découvert le souffle cardiaque de mon enfant, il a eu l'air si affolé que cela m'a fait très peur, alors que ce n'était que fonctionnel. Le patient doit être rassuré.

Lorsque mon enfant est tombé de trois mètres de haut, il ne savait comment faire, appeler les pompiers ou non. Ce manque d'assurance n'est pas agréable. En plus, il m'a demandé ensuite comment je comptais faire pour le régler.

Un jour il s'est trompé pour ma fille de quatre ans il avait donné des médicaments de nourrisson.

Je consulte au même cabinet, le monsieur, j'ai toujours eu réponse à mes attentes, c'est mon médecin généraliste, mon médecin gynécologue. Je n'ai jamais eu aucun souci. Avec mon petit il m'a bien conseillé pour aller voir un psychologue, il répond aux questions des enfants.

Un jour je l'ai vu arriver avec sa psychologie, quand il m'a dit qu'il devait y avoir un problème relationnel. Moi je ne savais pas que c'était de l'eczéma et je voulais juste qu'on la traite. Je ne venais pas chercher une consultation psychologique. Il voulait m'amener là dedans et moi je ne voulais pas. Le médecin doit s'adapter à la demande du patient.

Moi j'aime pouvoir consulter dans un cabinet médical pour n'importe quel problème (général ou gynécologique et pour les enfants)

C'est une bonne chose qu'ils aient leurs dossiers en commun.

Parfois il y a un manque de disponibilité, et on fait quoi avec son enfant qui est malade ? Les médecins font peu de visites c'est dommage.

Si on a un problème on aimerait qu'ils viennent tout de suite s'il y a un problème.

Il peut demander ce qui se passe et si s'est une urgence il arrive tout de suite. Par exemple ne pas venir au cabinet si l'enfant n'a pas de fièvre. Ou pour un vaccin il faut prendre RDV longtemps à l'avance. Moi j'aimerais ne pas avoir à organiser.

Sur la ville nouvelle c'est très sectorisé, et les médecins ne sortent pas de leur quartier pour les visites.

Le médecin sent l'urgence, il peut prendre l'enfant tout de suite s'il sent qu'il y a un problème grave.

Parfois il nous demande si cela est urgent et nous ne pouvons pas, il faudrait que ce soit lui qui fasse la différence.

Il doit sentir aussi l'angoisse des parents. Si le parent est très angoissé, il faudrait qu'il accepte de voir l'enfant tout de suite.

Moi j'apprécie qu'il me connaisse, qu'il sache mettre un visage sur mon nom.

J'aime qu'il y ait un diagnostic de posé.

Ou ce qui rassurerait ce serait que l'on me dise que cela n'est pas grave. Que l'on nous explique.

C'est bien si le médecin adresse dans ces cas chez le spécialiste.

Ce qu'il vaut voir aussi c'est que parfois on ne s'accorde pas ensemble donc ce peut être la même chose pour le médecin. Le problème se pose si on ne trouve pas de médecin avec lequel on accroche dans le quartier.

Le médecin de famille qui suivait mes grands-parents, parents et frères et sœurs ne répondait pas à mes attentes.

Il faut lui demander, s'il n'a pas répondu à tes questions.

Il faut qu'il prenne le temps d'écouter.

Parfois il prend son temps mais il écoute ou il n'écoute pas. Il a son idée et il veut que cela colle.

Dans le cabinet on a l'infirmière, elle est toujours là, elle fait les prises de sang, les pansements et les vaccins. Et on peut discuter.

Prendre le temps n'est pas toujours suffisant.

Quant on veut un médecin c'est important d'avoir la personne que l'on souhaite. Même si le médecin prend du temps il y a aussi le facteur personnel qui compte.

Il y a des médecins très disponibles mais avec lesquelles on n'a pas de temps. C'est très rapide il n'y a pas de relation intime.

Moi j'ai envie que mon médecin il me connaisse.

C'est important de pouvoir parler.

Oui mais si après le médecin n'a plus le temps de voir d'autres patients, il faudrait qu'il sache orienter vers un psychologue.

Je considère que l'on est partenaire avec le médecin. Il attend des choses de moi, moi j'attends des choses de lui. Il faut que l'on se complète s'il me dit s'est urgent il faut que je puisse relativiser.

On peut rencontrer un médecin que pour parler. C'est un mal comme un autre.

Si c'est un problème psychologique il faut que ce soit le patient qui y vienne et pas le médecin qui impose cette idée.

Cela rassure de savoir que l'on peut parler à son médecin qui vous connaît, bien même au téléphone pour avoir un conseil.

Le plus important c'est de pouvoir être en confiance. Le fait qu'il fasse partie du corps médical fait que j'ai envie de lui parler.

ANNEXE 5

Patient Satisfaction Questionnaire : PSQIII (1987)

La satisfaction générale:

- Je suis très satisfait des soins médicaux reçus.
- Des choses pourraient être améliorées dans les soins médicaux reçus.
- Toute choses considérées, les soins médicaux reçus sont excellents.
- Dans le système médical, des choses doivent être améliorées.
- Les soins que j'ai reçu sont parfaits.
- Je ne suis pas satisfait de certains aspects des soins que j'ai reçus.

Compétentes techniques et biomédicales:

- Lorsque j'ai besoin de soins médicaux, les médecins font attention à réaliser tout ce dont j'ai besoin en examens et traitements.
- Les médecins doivent être plus minutieux pour m'examiner.
- Je pense que le cabinet de mon médecin dispose de tout ce qu'il faut.
- Quelques fois les médecins me font douter de leur diagnostic.
- Les médecins qui s'occupent de moi connaissent les derniers développements médicaux.
- J'ai rencontré des médecins qui manquaient de compétences pour me soigner.
- Mes médecins sont très compétents et bien entraînés.
- J'ai des doutes sur les compétences des médecins qui me soignent.
- Les médecins ne m'exposent jamais à un risque inutile.
- Les médecins me donnent rarement des conseils pour rester en bonne santé.

Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif:

- Les médecins sont trop commerciaux et impersonnels vis à vis de moi.
- Les médecins font tout ce qu'il faut pour m'empêcher de me faire du soucis.
- Lorsque je reçois des soins médicaux, ils devraient prendre en compte mon intimité.
- Les médecins qui me soignent portent un authentique intérêt à ma personne.
- Parfois les médecins m'apparaissent insensées.
- Mes médecins me traitent avec amitié et courtoisie.
- Les médecins devraient m'accorder plus de respect.

La communication, techniques de communication:

- Les médecins savent expliquer pourquoi ils demandent des examens paracliniques.
- Quelques fois, les médecins utilisent des termes médicaux sans expliquer leur signification.
- Pendant mes consultations, je suis toujours invité à dire ce qui me semble important.
- Quelques fois, le médecin ignore ce que je dis.
- Les médecins écoutent attentivement ce que j'ai à dire.

Aspects financiers :

- Je suis rassuré de pouvoir bénéficier les soins médicaux dont j'ai besoin sans éprouver de difficultés financières.
- Je suis parfois soucieux de devoir payer de lourdes factures de médicaments.

- Sans compter les problèmes de santé que j'ai et que je pourrais avoir plus tard, je me sens protégé par rapport à des difficultés financières.
- Parfois il m'est difficile d'honorer mes dépenses en consultation de médecins.
- Je me sens protégé et assuré contre tout problème médical.
- J'ai plus à payer pour mes soins que je ne le peux.
- La somme que j'ai à payer pour couvrir ou assurer mes soins médicaux est raisonnable.
- Parfois, je me passe des soins dont j'aurais besoin car je ne peux me le permettre financièrement.

Le temps :

- Habituellement les médecins passent beaucoup de temps avec moi.
- Quelques fois ceux qui me soignent se dépêchent en s'occupant de moi.

Accessibilité, disponibilité, commodité :

- Si je dois être hospitalisé, je serais admis sans soucis.
- Il m'est difficile d'avoir des soins médicaux à partir d'une ordonnance succincte.
- Il m'est facile d'avoir des soins médicaux en cas d'urgence.
- Le cabinet médical où j'ai l'habitude d'aller devrait être ouvert plus longtemps.
- Les endroits où je peux bénéficier de soins sont bien situés.
- Au cabinet médical où je me rends, les gens attendent parfois longtemps des traitements urgents.
- Si je me pose une question, je peux joindre mon médecin.
- Je trouve qu'il est difficile d'obtenir rapidement un rendez-vous .
- Les horaires d'ouverture du cabinet où je me rends me conviennent.
- Habituellement, j'attends longtemps lorsque je suis chez le médecin.
- J'ai un accès facile aux spécialistes si j'en ai besoin.
- Je peux avoir des soins médicaux toutes les fois où j'en ai besoin.

ANNEXE 6

Medical Interview Satisfaction Scale: MISS (1996)

Prise en charge de l'angoisse:

- Le médecin me donne des explications sur ma maladie.
- Le médecin m'a juste expliqué quel était mon problème.
- Après avoir parlé à mon médecin, je savais quelle était la gravité de ma maladie.
- Le médecin m'a expliqué tout ce que je voulais savoir sur ma maladie.
- Après avoir parlé au médecin, je sais combien de temps cela prendra pour retrouver la santé.
- Après avoir parlé au médecin, je me sens bien mieux par rapport à mes problèmes.
- Le médecin a soulagé mes soucis par rapport à ma maladie.
- Parler avec le médecin ne m'a pas du tout soulagé par rapport à mes inquiétudes sur ma maladie.
- Le médecin est venu avec un bon plan pour m'aider.
- Cette visite du Dr ne m'a pas du tout aidé.
- Le médecin semble savoir que faire pour mes problèmes.

Communication, réconfort :

- je ne suis pas certain de savoir comment suivre les conseils du médecin.
- J'étais gêné en parlant au médecin
- Le médecin ne m'a pas permis de dire tout ce que je souhaitais sur mes problèmes.
- Le médecin n'a pas vraiment compris le principal motif de ma consultation.

Sympathie :

- le médecin semble s'intéresser à moi comme à une personne.
- Le médecin es chaleureux et amical avec moi.
- Je sens que ce médecin ne me traite pas comme un égal.
- Le médecin semble prendre mes problèmes au sérieux.
- Je me sens libre de discuter avec ce médecin à propos de sujets privés.
- Le médecin m'a donné une chance de dire ce que j'avais exactement à l'esprit.
- Je me suis senti compris par le médecin.
- C'est un médecin à qui je ferais confiance pour ma vie.
- J'hésite à recommander ce médecin à mes amis.
- Le médecin semble savoir ce qu'il fait.

Intention de compliance :

- j'espère que cela va être simple pour moi de suivre les conseils du médecin.
 - J'ai l'intention de suivre les conseils du médecin.
 - Cela va être difficile pour moi de suivre exactement ce que le médecin m'a dit de faire.
- Je ne suis pas sûr que le traitement du médecin vaille la peine qu'il va me causer.

ANNEXE 7

Medical Interview Satisfaction Scale : MISS (1978) Themes

Cognitif: 9 items

- Informations et explications données par le médecin.
- Compréhension du diagnostic.
- Compréhension des effets du traitement.
- compréhension de l'étiologie et du pronostic.

Affectif : 9 items

- Perceptions du patient concernant son traitement
- Relation de confiance avec le médecin
- Relation e sécurité avec le médecin
- Etre pris en considération par le médecin

Comportemental : 8 items

- Evaluation par le patient du comportement du médecin.
- Evaluation de son examen clinique.
- Evaluation des procédures de diagnostic.
- Traitements et conseils.

ANNEXE 8

**Tableau récapitulatif des occurrences des focus groups et des questionnaires
PSQIII (1987), MISS (1978), MISS (1996).**

Occurrences	FOCUS	PSQIII	MISS(78)	MISS(96)
Compétences techniques et biomédicales				
Médecin de premier recours , polyvalent	+	-	-	-
Bons examen, diagnostic, expérience	+	+	+	-
Dossier médical bien tenu	+	-	-	-
Prise d'avis secondaires	+	+	-	-
Droit à l'erreur	+	-	-	-
Vision globale, prévention	+	+	-	-
Matériel médical adapté	-	+	-	-
Connaissances médicales à jour	-	+	-	-
Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif				
Mon médecin, le médecin de famille	+	-	-	-
Relation de confiance	+	+	+	+
Bon contact	+	+	+	+
Relation humaine avec franchise	+	+	+	+
Considéré comme une personne	+	+	+	+
Qualité de réassurance	+	+	+	+
Dire la vérité	+	-	-	+
Prise en compte des aspects psychologiques	+	-	+	+
Pas de jugement de valeur	+	-	-	-
Ecoute des événements de vie	+	-	-	+
Communication, techniques de communication				
L'écoute	+	+	+	-
Convaincre, négocier	+	+	+	+
Explications (diagnostic, traitement, examens)	+	+	+	+
Invitation au suivi	-	-	+	-
Intention de compliance	-	-	-	+
L'argent				
Médecin non mercantile	+	-	-	-
Médecin économe	+	-	-	-
Tarifs des consultations à revoir	+	-	-	-
Peu d'importance de l'argent	+	-	-	-
Couverture par les assurances	-	+	-	-
Crainte pour le coût des soins	-	+	-	-
Le temps				
La ponctualité	+	-	-	-
Avoir un temps d'écoute adapté à la demande	+	-	-	-
Plages d'ouverture du cabinet adaptées	-	+	-	-
Accessibilité, disponibilité, commodités				
La disponibilité	+	+	-	-
Réponse à l'urgence	+	+	-	-
La proximité	+	+	-	-
Libre choix du médecin	+	-	-	-
Exercice en groupe, secrétariat	+	-	-	-
Visites à domicile	+	-	-	-

ABBREVIATIONS

RMM : relation médecin-malade

MG : médecine générale ou médecin généraliste

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

JCAHO : Joint Commission on Accreditations of Health Organisations

PSQ: Patient Satisfaction Questionnaire

MISS : Medical Interview Satisfactory Scale

CMU : couverture médicale universelle

ALD : affection longue durée (pathologie prise en charge à 100% par la sécurité sociale)

PMI : Protection Médicale et Infantile

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
CONTEXTE.....	3
I. Relation médecin-malade.....	4
I.1 Les cinq fonctions de la médecine générale :	4
I.2 Influences réciproques entre démarche médicale et relation médecin-malade:.....	5
I.3 Cadres d'étude de la relation médecin-malade :	6
I.3.a E.H. Porter: la dynamique de l'entretien :	6
I.3.b Carl Rogers :	7
I.3.c Mickael Balint:	8
II. Satisfaction	11
II.1 Qualité des soins, satisfaction : concepts.....	11
II.1.a Qualité des soins et médecine:	11
II.1.b Définitions de la qualité et des critères de qualité:	12
II.1.c Quelle place laisser à l'évaluation de la satisfaction des patients ?.....	14
II.2 Enquêtes de satisfaction :	16
II.2.a Les attentes des patients :	17
II.2.b Les questionnaires de satisfaction :	18
III. Les focus groups : présentation de la méthode.....	20
III.1 Définition et synonymes :	20
III.1.a Définition :	20
III.1.b Synonymes :	20
III.2 Historique :	20
III.3 Place de l'outil :	20
III.4 Description :	21
III.4.a Le pré requis :	21
III.4.b La phase de programmation :	21
III.4.c Les questions posées lors du focus group :	21
III.4.d Le nombre de groupes à conduire :	21
III.4.e Environnement :	21
III.4.f Durée :	22
III.4.g Les participants :	22
III.4.h Le modérateur du focus group :	22
III.4.i Les conseils pour la transcription des interviews:	23
III.5 L'analyse du contenu :	23
III.5.a Les différentes caractéristiques de l'analyse :	24
III.5.b Les différentes sortes d'analyse :	24
III.6 Différentes applications :	27
III.7 Un avantage de cette méthode: l'interaction de groupe :	28
III.8 Validité de ses études : comment vérifier la validité des focus groups?	29
III.9 Peut-on généraliser une enquête par focus group ?.....	30
MATERIEL ET METHODE.....	31
I. Type d'étude :	32
II. Justification du type de méthode :	32
III. Méthodologie :	33
IV. Développement du guide d'interviews :	34
V. Les variables étudiées :	35
VI. Méthode d'analyse des entretiens :	35
VII. Critique de la méthode :	36
RESULTATS	37

I. résultats en Tableaux	38
I.1 Analyse transversale de la réunion de Villefontaine 1	38
I.2 Analyse transversale de la réunion de Virieu	42
I.3 Analyse transversale de la réunion de Mermoz	46
I.4 Analyse transversale de la réunion Villefontaine 2.....	49
II. Résultats naratifs.....	52
II.1 Résultats : critères positifs :	52
II.1.a Compétences techniques et biomédicales :	52
II.1.b Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif :	53
II.1.c Communication, techniques de communication :	55
II.1.d L'argent :	56
II.1.e Le temps :	57
II.1.f L'accessibilité, disponibilité, commodité :	57
II.2 Résultats : critères négatifs	59
II.2.a Compétences techniques et biomédicales :	59
II.2.b Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif :	60
II.2.c Communication, et techniques de communication.....	61
II.2.d L'argent :	62
II.2.e Le temps :	62
II.2.f L'accessibilité, disponibilité, commodité :	63
DISCUSSION.....	64
I. Les compétences techniques et biomédicales:	65
I.1 Le médecin de premier recours :	66
I.2 Le dossier médical :	66
I.3 L'examen :	66
I.4 Les avis complémentaires :	67
I.5 Le droit à l'erreur :	67
I.6 Une vision globale :	68
I.7 Thèmes supplémentaires des questionnaires :	68
II. Les aspects interpersonnels et le vécu relationnel et affectif:	68
II.1 Mon médecin :	69
II.2 Le partenariat :	69
II.3 Le contact et le relationnel :	70
II.4 La vérité :	70
II.5 L'absence de jugement :	71
III. La communication et les techniques de communication:.....	72
III.1 L'écoute :	72
III.2 Les explications :	73
III.3 Négocier et convaincre :	74
III.4 Thèmes supplémentaires des questionnaires :	75
IV. L'argent ou les aspects financiers :	75
IV.1 La notion d'argent est peu importante :	75
IV.2 Un médecin non mercantile :	76
IV.3 Un médecin économe :	76
IV.4 Les tarifs de consultations :	77
IV.5 Les items supplémentaires des questionnaires :	77
V. Le temps :	78
V.1 Le temps d'écoute :	78
V.2 La ponctualité :	78
V.3 Thèmes supplémentaires des questionnaires :	79

VI. L'accessibilité, la disponibilité et les commodités:	79
VI.1 La proximité :	79
VI.2 La disponibilité :	79
VI.3 L'urgence :	80
VI.4 Le mode d'exercice :	80
VII. En Conclusion :	81
CONCLUSIONS	82
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	92
ABREVIATIONS	113



Qui dicitur numerum leuodas, rependit quod dicitur
 Legem dicitur, Hippocrati quod dicitur.
 Democritus dicitur, Democritus, d. Caeleproprogo.
 Causa et quod dicitur, dicitur opus.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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.



