



## QUALITÉ DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE

essentiel d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins en médecine générale, même si l'Anaes souligne qu'elle est actuellement « essentiellement vécue comme reliée au contexte économique ».<sup>5</sup>

Il importe d'évaluer la satisfaction au regard de critères émanant du point de vue du patient. La littérature anglo-saxonne



Déterminants de la satisfaction.<sup>3</sup>

abonde d'instruments standardisés d'évaluation de la satisfaction des patients. Ceux-ci ont été diffusés au terme d'un processus de développement et de validation rigoureux. En revanche, peu d'outils sont actuellement disponibles en langue française. Il est probable que le contenu des questionnaires anglo-saxons n'est pas approprié au contexte français, du fait des spécificités respectives des systèmes de santé. Préalablement au développement de questionnaires de satisfaction, il est nécessaire d'identifier les critères sur lesquels le patient juge la qualité d'une relation médecin-patient et les attentes qu'il exprime au regard de chacun de ses critères.<sup>6</sup>

L'objectif de l'étude<sup>7</sup> était de faire émerger, du point de vue du patient, les attentes et les critères de qualité perçue de la relation médecin-patient en médecine générale, à l'aide d'une méthode d'enquête qualitative : le *focus group*.<sup>8</sup>

### MÉTHODE

#### Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a porté sur une revue de la littérature consacrée à l'évaluation de la qualité de la relation médecin-malade 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*. Une autre recherche sur Medline a été davantage centrée sur la méthode des focus groups avec les mots clés suivants : *family practice and focus group and patient-physician relationship*. Des articles du *British Medical Journal*, de la revue *Prescrire* et un article de synthèse sur le sujet<sup>9</sup> ont aussi été exploités. Au terme de cette recherche, 2 questionnaires anglo-saxons<sup>10</sup> ont été retenus : le MISS, utilisé pour mesurer la satisfaction après une expérience du système de soins et privilégiant l'aspect relationnel ; le PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire), le plus utilisé, qui mesure la satisfaction générale en rapport à une offre de soins avec ou sans référence à une consultation donnée. Fondé sur les données de la littérature et sur le point de vue des patients, le

PSQ avec ses 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. Ces grands thèmes nous ont servi à organiser les résultats de l'étude afin de les comparer aux items des 2 questionnaires.

#### Patients

L'étude a été réalisée dans le nord du département de l'Isère et dans l'agglomération lyonnaise, entre mars et juin 2001.

La population d'étude était constituée de « patients potentiels ». Il s'agissait de sujets adultes volontaires et sélectionnés par choix raisonné, en panachant les modalités de recrutement et les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, et origine géographique). Au total 28 sujets, répartis en 4 groupes, ont participé à l'étude. Un groupe était composé de membres d'un club du 3<sup>e</sup> âge implanté en milieu urbain (n = 8) ; un deuxième était constitué de membres d'une association de quartier implantée en milieu semi-urbain (n = 8) ; un troisième était constitué de jeunes mères recrutées au sein d'une association implantée en milieu semi-urbain (n = 8) ; un quatrième comprenait des sujets issus de la « patientèle » de 3 médecins généralistes exerçant en milieu rural (n = 4).

#### Méthode d'enquête

**Focus group.** L'enquête a été réalisée par entretiens de groupes approfondis (*focus group*).<sup>11</sup> C'est une méthode d'enquête qualitative particulièrement adaptée aux travaux exploratoires.<sup>12,13</sup> Sa mise en œuvre dans le champ médical est répandue dans les pays anglo-saxons. En utilisant l'interaction de groupe comme élément dynamisant, le *focus group* permet de mieux comprendre ce que les gens pensent et ressentent sur un sujet, un produit ou un service, à partir de la réalisation d'entretiens de groupes.<sup>14</sup> Il est particulièrement adapté à l'étude des comportements, des expériences vécues et des attentes. Il constitue une technique de collecte de données sensible aux variations culturelles et aux différents types de population qui peuvent utiliser le système de santé.<sup>15</sup>

**Le guide d'entretien.** En pratique, le projet a été piloté par un comité pluridisciplinaire associant 4 médecins généralistes (dont 2 généralistes enseignants des universités de Lyon et Grenoble), un médecin psychiatre universitaire de Lyon expert auprès de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), et un médecin méthodologiste de l'université de Grenoble. Le guide d'entretien a été développé au terme de l'analyse de 5 entretiens individuels de patients, du contenu des principaux questionnaires standardisés publiés dans la littérature internationale, et de l'interrogation de praticiens ayant une expérience dans l'évaluation de la satisfaction des patients. Le guide d'entretiens comportait 6 relances principales allant du plus général au plus particulier :

- 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 été réalisées au cours des entretiens. Elles visaient à vérifier la compréhens-

sion du discours produit.

**Les entretiens de groupe.** Ils ont été réalisés à distance de toute consultation médicale. Chaque groupe était constitué de 4 à 8 patients. Les médecins traitants des patients étaient absents. Les réunions étaient animées par 1 ou 2 modérateurs de formation médicale. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des patients. Ils se sont déroulés selon un scénario similaire comportant successivement : l'accueil des participants, la présentation des modérateurs, le rappel des objectifs de l'étude, l'énoncé des questions, l'échange avec les participants, et les remerciements. Ils ont duré entre 1 et 2 heures. Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas fixé par avance mais déterminé par la redondance des thèmes évoqués ou des discours produits.

### Analyse

Le corpus des entretiens a été intégralement retranscrit sur support informatique. Une analyse lexicale manuelle<sup>6,16</sup> a été réalisée par un des interviewers, présent à la totalité des entretiens. L'analyse s'est attachée à identifier les occurrences et à lister les verbatims correspondants. Les occurrences ont ensuite été organisées en critères positifs et négatifs, puis confrontées aux dimensions du Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ).<sup>7,10</sup> L'analyse lexicale a également été réalisée pour chaque groupe de façon à identifier les disparités de discours liées aux modalités de recrutements et aux caractéristiques des patients. Au terme de chaque étape, l'analyse lexicale a été soumise à l'avis d'un second médecin.

### RÉSULTATS

Les résultats ont été organisés en reprenant les dimensions du PSQ.

#### Compétences techniques et biomédicales

Dans le domaine des compétences techniques et biomédicales, 6 items prédominaient :

- le médecin généraliste est un médecin de premier recours, polyvalent ;
- qui doit tenir un dossier médical complet et informatisé si possible ;
- il doit réaliser un examen clinique complet lors de la consultation ;
- être capable d'établir un bon diagnostic du fait de son expérience ;
- il doit avoir une vision globale et préventive, ne pas hésiter à demander des avis complémentaires ;
- le patient lui reconnaît le droit à l'erreur s'il a la franchise de la reconnaître.

#### Aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif

Pour les aspects interpersonnels et le vécu relationnel et affectif de la relation, plusieurs occurrences ont été observées. Le médecin généraliste c'est « mon » médecin, le médecin de la famille, il doit être rassurant, développer avec le patient une relation qui évolue du paternalisme vers l'autonomie et qui doit conduire médecin et patient vers un partenariat. Un bon contact et des relations humaines franches sont appréciés ; le médecin doit considérer le patient comme une personne, savoir dire la vérité, attacher de l'importance à l'écoute des problèmes psychologiques et porter attention aux événements de

vie. Il lui faut du tact pour aborder les plaintes psychosomatiques. Il ne doit pas juger pour ne pas culpabiliser le patient.

#### Communication et techniques utilisées

Différents items ont été mis en évidence dans nos groupes à propos de la communication et des techniques utilisées. L'écoute active commence dès le début de la consultation, au moment où le patient « offre sa maladie » au médecin. Le patient apprécie que le médecin ne l'interrompe pas, ce qui participe à la relation d'aide. Il attend des explications sur l'examen physique, le traitement et les résultats d'analyses, il souhaite connaître le diagnostic, c'est-à-dire qu'il soit nommé. Il attend de son médecin qu'il sache le convaincre, négocier si nécessaire pour la réalisation d'exams et qu'il l'invite au suivi.

#### Argent et aspects financiers

Dans nos *focus groups*, 4 items concernaient l'argent et les aspects financiers. Dans la relation avec leur médecin, les patients estiment que l'argent a peu d'importance du fait du système de remboursement. Ils souhaitent un nécessaire désintéret du médecin pour l'argent et que ce dernier soit soucieux de réduire les dépenses de santé. Les patients évoquent la possibilité de moduler les tarifs des consultations en fonction du motif et du temps passé.

#### Temps

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

#### Accessibilité, disponibilité et commodités

Quant à l'accessibilité, la disponibilité et les commodités, plusieurs notions ont été abordées. La proximité du cabinet médical est toujours appréciée ainsi que la disponibilité du médecin et la possibilité d'obtenir une visite à domicile. Les personnes âgées vivant en milieu rural craignent les situations d'urgence survenant lors de la garde du fait du délai d'intervention nécessaire à un autre médecin. Le mode d'exercice en groupe et en maison médicale semble être un atout.

#### Différences liées aux caractéristiques des patients

Les discours différaient sensiblement en fonction de l'âge des patients et de leur lieu de résidence.

**Les personnes âgées** se sont montrées particulièrement demandeuses d'un examen physique complet, pratiqué par un médecin prévenant avec un bon contact, disponible pour leur rendre visite. Elles ont déclaré lui faire entièrement confiance et ne jamais douter de son diagnostic.

**Les adultes jeunes** déclaraient préférer une relation de partenariat dans laquelle ils pourraient choisir ce qu'il y a de meilleur pour eux à partir des explications données par leur médecin.

**En milieu urbain**, le stress des médecins serait plus facilement ressenti par des patients qui se sentiraient considérés plus comme des clients que comme des patients.

**En milieu rural**, du fait de l'éloignement, les sujets étaient plus soucieux de l'accès aux soins la nuit ou en fin de semaine, périodes pendant lesquelles les citadins peuvent avoir recours aux services de soins hospitaliers.

