

Étude originale

Attentes et perceptions de la **qualité de la relation** entre médecins et patients

Étude qualitative par la méthode du *focus group*

Par **Alain Moreau**,
MCAMG,
département de MG,
université Claude
Bernard, Lyon 1
**Marie-Cécile
Dedienne**,
MG, 38110 Cessieu ;
L Sarrassat,

**Philippe
Hauzanneau**,
département de MG,
Grenoble ;
José Labarère, unité
d'évaluation, CHU,
Grenoble,
JL Terra

RÉSUMÉ :**Objectif :**

xxxxxxxxxxxx

Méthode :

xxxxxxxxxxxx

Résultats :

xxxxxxxxxxxx

Perspectives :

xxxxxxxxxxxx

Rev Prat Med Gen xxxxxxxx.

Le concept de qualité des soins recouvre des points de vue différents entre patients et médecins. Le patient a des attentes vis-à-vis du soin et des perceptions variables qu'il exprime en termes de satisfaction ou de non-satisfaction. La qualité voulue (spécifiée) par les professionnels ne correspond pas toujours à la qualité délivrée.¹

Qu'est-ce que la qualité d'une relation entre le médecin et son patient ? Peut-on l'évaluer et sur quels critères ? Quels sont les critères consensuels, ceux spécifiques d'une part aux médecins, et d'autre part aux patients ? Quels sont ceux qui soulèvent des problèmes ?

Une étude qualitative, réalisée avec la méthode d'entretiens de groupes approfondis dite de *focus group* (FG), a été entreprise en région Rhône-Alpes pour répondre à ces questions. Le point de vue des patients a déjà fait l'objet d'une précédente publication.² Le but du présent article est d'exposer le point de vue des médecins, puis de le comparer avec celui des patients, afin de dégager les critères communs consensuels, les critères spécifiques et les critères problématiques, et enfin de les confronter aux données de la littérature.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les entretiens de groupes approfondis dits de *focus group* font partie des méthodes d'enquêtes qualitatives particulièrement adaptées à la thématique de la relation médecin-malade.³

L'étude a été réalisée dans le nord du département de l'Isère et dans l'agglomération lyonnaise, entre mars et juin 2001. Les médecins ont été recrutés dans le cadre des associations de FMC et d'un groupe de pairs. La conduite de réunion et la modération des groupes ont été effectuées par des médecins formés à l'animation et responsables de l'étude.

Les « *focus groups* médecins » ont permis aux médecins de s'exprimer sur la qualité voulue et celle délivrée, mais aussi sur ce qu'ils perçoivent des attentes des patients.

Les questions suivantes ont été posées :

- Quels sont les critères d'une bonne relation ?
- Pouvez-vous évaluer la relation que vous avez avec votre patient ?
- Pouvez-vous juger de la qualité de cette relation ?
- Quelles sont les attentes de vos patients dans le domaine de la relation ?
- Quel est le bon déroulement de la consultation ?
- Qu'est-ce qui inspire confiance dans cette relation ?
- Qu'est-ce qui rend cette relation satisfaisante pour votre patient ?
- Qu'est-ce qui peut faire douter ou décevoir le patient dans cette relation ?

Population étudiée

Le premier et le deuxième *focus group* ont été organisés sur Lyon avec des médecins de ville ou semi-urbains (FG1, FG2) ; le troisième a eu lieu à Virieu-sur-Bourbre dans le Nord-Isère avec des médecins ruraux (FG3) ; et le dernier s'est déroulé sur Lyon avec un groupe de pairs lyonnais (FG4) [v. tableau].

TABLEAU I – CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS

	Hommes	Femmes	Âge
FG1	5	3	28 à 54 ans
FG2	4	2	30 à 53 ans
FG3	5	3	35 à 50 ans
FG4	4	2	45 à 55 ans

Analyse

Le corpus des entretiens a été intégralement retranscrit sur support informatique. Une analyse lexicale manuelle a été réalisée par le thésard formé à cet effet ; il était présent comme observateur lors de tous les entretiens. L'analyse s'est attachée à identifier les occurrences et à lister les verbatim correspondants. Les occurrences ont ensuite été organisées en critères positifs et problématiques dans le cadre des dimensions inspirées du « Patient Satisfaction Questionnaire ». ⁴

RÉSULTATS DES FOCUS GROUPS MÉDECINS

Critères positifs exprimés par les médecins

Critère global. La satisfaction réciproque et le fait que le patient revienne ultérieurement en consultation étaient considérés comme des critères de bonne relation. En revanche, cette qualité ne se mesure pas à sa durée, car elle est évolutive dans le temps. « Une bonne relation c'est une sensation, un contentement personnel », « c'est de l'impression... on est content... on est malheureux » « c'est quelque chose de naturel... un lien ressenti » qui s'exprime de manière non verbale. La confiance était considérée comme un critère clé dans la relation, « fragile », un « capital jamais définitif » avec crédit et débit. On se situe dans la subjectivité, la perception et l'expérience vécue.

Critères de l'ordre de la compétence biomédicale et technique. Les médecins estimaient que les patients souhaitent un médecin efficace, expérimenté et faisant un diagnostic précis. Pour cela, le médecin doit pratiquer un examen consciencieux, si possible complet, mais qui peut aussi être partiel. Cet examen représente un moment de communication non verbale important avec le toucher du médecin et les attitudes du patient en position allongée. Il faut maintenir une distance professionnelle et rester objectif dans la démarche médicale. L'importance d'un dossier médical bien tenu a été soulignée.

Le médecin ne doit pas nuire à son patient. Il doit savoir exprimer un doute et connaître ses limites en sachant prescrire des examens complémentaires à bon escient ou demander un avis spécialisé. Une bonne entente et concordance entre médecins généraliste et spécialiste sont nécessaires. Le rôle du généraliste est aussi d'accompagner le patient, de faire le lien avec l'hôpital et d'obtenir des aides sociales.

Critères de compétence communicative et relationnelle
Le médecin généraliste doit entretenir une relation personnalisée et respecter le patient. Une relation de type empathique et chaleureuse était souhaitée. Le médecin doit écouter activement le patient afin de le comprendre, de décrypter une demande cachée, de percevoir ses véritables attentes et d'y répondre. La prise en compte des attentes doit se faire dans un cadre éthique et de manière hiérarchisée. Il faut prendre en considération toute plainte, symptôme et problème. Le travail d'écoute doit se faire par un questionnement ouvert, le silence et la reformulation. « La disponibilité d'écoute est plus importante que la disponibilité de temps, même si c'est plus facile d'écouter quand on a le temps ». S'intéresser au quotidien et se souvenir de ce qui se passe lors des consultations étaient jugés importants. Le travail d'explication apparaissait comme essentiel à beaucoup de participants pour une relation de qualité au même titre que l'écoute. Le médecin généraliste doit être capable de s'adapter à chaque patient, accepter ses préférences, ne pas juger, rassurer, conseiller, convaincre et négocier. Cela n'empêche pas de cadrer la consultation et de faire preuve de fermeté. Il faut rester cohérent entre ce qui est fait et ce qui est dit (congruence). Cette relation d'échange (délibérative) doit permettre une décision partagée. Les médecins ont souligné que la relation est aussi l'affaire du patient qui doit respecter le médecin, comprendre qu'il a besoin de repos et qu'il a droit à une vie personnelle.

Critères de gestion du temps, d'accessibilité, de disponibilité et de commodité. La gestion du temps apparaissait plutôt problématique. La ponctualité, un rituel sécurisant (comme l'exa-

men clinique), une tenue vestimentaire correcte, une présentation physique habituelle semblaient utiles aux participants. La présence d'un secrétariat et des locaux accueillants (avec séparation entre lieu d'examen et bureau possible) se sont avérés importants. Mais l'accès direct (téléphonique en particulier) du médecin était considéré comme plus apprécié par les patients, contrastant avec l'agacement ressenti par certains médecins d'être dérangés en cours de consultation. « La disponibilité totale du médecin n'est pas obligatoire... il faut éduquer la clientèle ». Tous ces critères n'ont pas été abordés par le *focus group* rural.

Aspects financiers. Les besoins des médecins concernant une bonne rémunération ont été exprimés. Il faut que « le médecin y trouve son compte... en banque ». Ces critères n'ont pas été abordés par 2 *focus groups* : le FG « groupe de pairs » et le « FG1 urbain ».

Critères problématiques exprimés par les médecins

Les médecins ressentiaient comme problématique le manque d'assurance (surtout ceux qui étaient remplaçants) à opposer au mythe de la toute-puissance que le médecin est supposé posséder. Les médias étaient mal vécus car ils diminuent le niveau de confiance vis-à-vis des médecins et par là même remettent en cause le pouvoir médical.

Même si certains aspects de la relation peuvent s'apparenter à une relation amoureuse (« qu'il m'aime ! »), il faut pouvoir se distancier (« on ne vit pas que là-dedans »). Le médecin doit se méfier de la relation de séduction, d'attitudes trop interprétatives ou trop défensives face à l'agressivité et à l'opposition du patient souvent mal vécues. Chacun doit tenir compte de son caractère, de ses sentiments et l'exprimer au patient. Les remplaçants remarquaient que les patients sont souvent à l'image du médecin. De nombreuses interrogations ont porté sur les aspects transférentiels : « pourquoi certains patients reviennent alors qu'on a l'impression que ça n'a pas marché ? Pourquoi certains nous quittent pour presque rien ? ».

Le fait d'être femme médecin peut entraîner un sentiment d'avoir à prouver plus. La présence d'un tiers et le téléphone perturbent la relation. Les médecins ont largement insisté sur leur difficulté à gérer leur temps face à des patients exigeants. La relation « consommériste » n'était pas appréciée. Ils ont exprimé une certaine ambivalence face à la quantité de patients qui peut nuire à la qualité des soins mais « rassure » sur le plan financier. La formation à la relation a été jugée mauvaise bien que cet aspect ait été peu abordé.

DISCUSSION

À propos de la méthode

Il s'agit, à notre connaissance, de la première enquête qualitative par *focus group* réalisée en France pour explorer le point de vue des médecins généralistes sur la qualité de la relation médecin-patient.

La méthode ici utilisée partage les limites inhérentes aux méthodes d'enquête qualitative. Les résultats obtenus n'ont pas pour objectif d'être généralisables et reproductibles. L'échantillonnage ne répond pas à un objectif de représentativité, comme cela est le cas dans les enquêtes. En revanche, les critères retenus pourraient faire secondairement l'objet d'études quantitatives auprès d'échantillons représentatifs pour pondérer leurs valeurs respectives. Ces critères pourraient être utilisés dans l'élaboration d'un questionnaire français de satisfaction pour une démarche de qualité en médecine ambulatoire. L'étude n'a pas été financée, et les médecins ont été recrutés sur la base du volontariat dans des groupes de FMC et un groupe de pairs. Les médecins étaient motivés par le thème et finalement assez homogènes. L'objectif du *focus group* est de faire émerger les différents points de vue sur un thème précis. Cette méthode confronte et stimule l'expression des expériences grâce à la dynamique du groupe, ce que ne font pas les interviews individuels approfondis. Il a été choisi de faire des *focus groups* séparés entre médecins et patients pour permettre une expression plus libre des

critères problématiques, éviter une confrontation directe éventuellement trop conflictuelle et garder une certaine homogénéité des groupes, comme il est recommandé dans la pratique des *focus groups*. La formation à l'analyse des étudiants thésards n'a pas été effectuée par des professionnels du domaine de la sociologie, mais par des médecins ayant une expérience de l'évaluation et de la démarche qualité et responsables de l'enseignement de la relation médecin-malade. Le descriptif du non-verbal n'a pas été recueilli. Les caractéristiques individuelles de chaque membre du groupe médecins n'ont pas été prises en compte. Les différences entre les *focus groups* urbains et ruraux ne se sont pas révélées significatives sauf pour les « critères de gestion du temps, accessibilité, disponibilité et commodité » qui n'ont pas été abordés par les ruraux. La problématique de l'argent n'a pas non plus été abordée par 2 *focus groups* sur 4 dont le groupe de pairs.

Comparaison entre les critères exprimés par les « FG médecins » et les « FG patients »

Dans ce paragraphe, nous abordons la comparaison entre les critères qui ont émergé dans les *focus groups* médecins et ceux qui ont été exprimés dans les *focus groups* patients : 2 critères communs, critères spécifiques et critères problématiques.

Les critères communs consensuels entre médecins et patients.

Ils recouvrent une bonne partie des critères cités dans la littérature.

- Critère global : la confiance.
- Critères de l'ordre de la compétence biomédicale et technique : médecin expérimenté, réalisant un examen complet, sachant prescrire des examens complémentaires à bon escient ou demander un avis spécialisé ; diagnostic précis ; dossier médical bien tenu.
- Critères de l'ordre de la compétence communicative et relationnelle : une relation personnalisée, empathique, basée sur l'écoute et répondant aux attentes de manière hiérarchisée ; s'intéresser au quotidien ; expliquer, ne pas juger, rassurer, conseiller, convaincre et négocier ; cadrer la consultation.
- Critères de gestion du temps, d'accessibilité, de disponibilité et de commodité : ponctualité ; tenue vestimentaire correcte ; présence d'un secrétariat ; accès direct (téléphonique notamment) du médecin (plus apprécié par les patients).

Les critères abordés spécifiquement lors des « FG patients ».

- Critères de l'ordre de la compétence biomédicale et technique : avoir le libre choix d'un médecin de famille, de premier recours, polyvalent, ayant une vision globale et préventive et assurant un bon suivi.
- Critères de compétence communicative et relationnelle : ne pas interrompre le patient ; donner et nommer un diagnostic ; avoir du tact dans l'abord des plaintes psychosomatiques ; demande parfois d'une relation d'« autorité médicale ».
- Critères de gestion du temps, d'accessibilité, de disponibilité et de commodité : proximité du cabinet, importance de la disponibilité et de la possibilité de pouvoir disposer de visite au domicile ou d'un conseil téléphonique ; plus d'exigence dans la ponctualité ; intérêts de l'exercice en groupe.
- Aspects financiers : les patients accordent peu d'importance à l'argent dans la relation et souhaitent avoir un médecin désintéressé avec ses tarifs modulables possibles.
- Des différences selon l'âge : les patients âgés ont une plus grande confiance et moins de doute sur le diagnostic du médecin ; les plus jeunes ont plus envie d'une relation partenariale et d'explications.

Les critères problématiques. C'est un aspect important et original de cette étude. Très rapidement, les patients et les médecins ont abordé spontanément les critères qui soulèvent des problèmes, des critères de non-qualité, des critères vécus négativement, non satisfaisants et non souhaitables. Ils peuvent être sources de conflits et de difficultés relationnelles.

– Les critères problématiques exprimés par les médecins (v. partie résultats) concernaient : le mythe de la toute-puissance supposée ; la difficulté à trouver la « bonne » distance avec le patient, les attitudes négatives, les traits de personnalité, les aspects transféren-

tiels ; le fait d'être femme médecin ; la gestion problématique du temps, les problèmes de disponibilité ; le manque de formation...

– Médecins et patients semblent d'accord pour faire du manque d'assurance du médecin et de la relation « consumériste » une source de difficultés.

– Les problèmes abordés spécifiquement par les patients étaient : le droit à l'erreur si le médecin a la franchise de la reconnaître ; la crainte des personnes âgées et des ruraux concernant le délai d'intervention et de l'accessibilité du médecin de garde en urgence (nuit, fin de semaine) ; un vécu des médecins urbains comme étant des personnes stressées qui considèrent les patients comme des « clients » ; un vécu négatif d'un médecin perçu comme pressé.

Critères de qualité de la relation et revue de littérature

Nous abordons ici les critères de qualité de la relation médecin-patient trouvés dans la littérature. Cette qualité est jugée selon 2 critères : la satisfaction et l'effet thérapeutique.

Satisfaction. La qualité de la relation est généralement évaluée au moyen d'enquêtes de satisfaction des patients.⁵⁻⁸ La satisfaction est considérée en soi comme un résultat légitime du processus de soins et un objectif nécessaire (mais pas suffisant) de toute relation médecin-patient. Les méthodes quantitatives d'enquête de satisfaction sont faciles à mettre en œuvre, mais elles sont aussi réductrices. La validité de leurs résultats est souvent discutable.⁹

Effet thérapeutique. Il est évalué par des essais comparatifs, randomisés ou non. Une récente revue de la littérature¹⁰ a rassemblé des essais cliniques qui ont montré l'efficacité thérapeutique de facteurs liés au médecin et intervenant dans la relation avec le patient. Il est difficile d'isoler ces différents facteurs ou critères qui se combinent le plus souvent. Les auteurs les ont classés en 2 catégories d'interventions : cognitives et cognitivo-émotionnelles. Certains facteurs ont été isolés, comme l'explication du médecin qu'elle soit orale ou écrite (intervention cognitive par excellence). Les interventions cognitivo-émotionnelles font intervenir différentes attitudes médicales comme la conviction, la suggestion, le renforcement positif, la réassurance, les conseils, l'empathie. Les différents critères de jugement pouvaient être l'évaluation de la douleur ressentie lors de l'infiltration du nerf maxillaire, l'amélioration de symptômes banals sans diagnostic de maladie grave (toux, mal de gorge...), la variation de la pression artérielle. Il est plus difficile de trouver des critères de jugement pertinents, fiables et reproductibles au sujet de l'empathie.¹⁰ Les études associant démarche explicative, attitudes relationnelles et encouragement des patients à poser des questions pendant les consultations, à obtenir les informations, à exprimer leurs émotions, et à dépasser la timidité sont très intéressantes sur le plan pratique. Elles se rapprochent davantage des conditions réelles de l'exercice médical. Ces interventions auprès de patients souffrant d'un ulcère gastro-duodénal, d'une hypertension artérielle ou de diabète ont permis à la fois une amélioration subjective de l'état de santé et du statut fonctionnel (moins de limitations physiques, moins de jours d'arrêt de travail...) et une diminution significative de la pression artérielle diastolique et de l'HbA_{1C}.¹² Une intervention comprenant un ensemble d'informations et une attitude affective optimiste et positive est potentiellement rassurante. Son effet peut être contraire si l'on rassure trop tôt avant même d'avoir écouté attentivement et d'avoir exploré la signification des symptômes pour le malade.⁵

En pratique, il semble extrêmement difficile de séparer distinctement le soin cognitif et le soin émotionnel : prendre le temps d'expliquer la maladie et son traitement au patient augmente l'attention portée à celui-ci et le rassure.

Les démarches éducatives et les stratégies de conseils ont aussi montré leur efficacité ; elles ont fait l'objet d'une méta-analyse.¹³ L'auteur a conclu à une efficacité dans l'adoption de comportements préventifs (tabagisme, consommation excessive d'alcool, troubles nutritionnels, contrôle pondéral), à un intérêt de l'autosurveillance avec

tenu d'un journal de bord descriptif, à un intérêt des conseils brefs (tabac, alcool) et des multi-supports audiovisuels. Les conclusions d'autres études sont souvent partiellement favorables, comme l'effet des conseils d'activité physique en soins primaires qui n'est efficace que chez la femme¹⁴ ou au mieux n'a qu'un effet modéré.¹⁵ Toutes ces données valident le concept initial de « remède médecin » de Balint¹⁶ qui faisait du réconfort et du conseil les composants essentiels de ce « médicament » médecin. Il comporte, comme pour tout médicament, des bénéfices, des risques et des contre-indications sans que l'on sache toujours quelle bonne dose prescrire. En conséquence, si l'on ne doit pas généraliser de façon absolue les résultats de ces études, il est intéressant de constater qu'ils sont en grande partie concordants avec les enquêtes de satisfaction des patients en ce qui concerne la relation avec leurs médecins et avec la conférence de consensus de Toronto.⁵

Les critères de la littérature non exprimés lors des FG patients et médecins :

- encourager à poser des questions ;
- donner un avis sur le pronostic ;
- établir un accueil verbal et visuel ;
- favoriser l'expression des idées du patient sur sa maladie et ses représentations ;
- résumer et clarifier les problèmes ;
- réaliser une compréhension commune en vérifiant que le patient a bien compris le diagnostic, le pronostic et le traitement ;
- se méfier des questions fermées, des conseils et propos rassurants prématurés.

Critères de bonne qualité de la relation médecin-malade qui ont montré leur efficacité thérapeutique par des essais comparatifs randomisés :

- Montrer de l'empathie (verbalement ou non) en essayant de comprendre les problèmes du patient même lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus.
- Montrer de l'intérêt par un examen soigneux.
- Tenir compte du rôle des communications non verbales, en particulier dans l'efficacité thérapeutique.
- Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et à poser des questions.
- Permettre d'exprimer ses attentes.
- Expliquer le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et informer sur le traitement avec éventuellement des explications écrites.
- Donner un avis sur le pronostic et rassurer chaque fois que c'est possible en le précisant bien verbalement (suggestion).
- Conseiller pour l'adoption de comportements préventifs (tabagisme, consommation excessive d'alcool, troubles nutritionnels, contrôle pondéral) avec intérêt des démarches d'autosurveillance (journal de bord), des conseils brefs (tabac, alcool) et multi-supports audiovisuels.
- Impliquer dans la décision thérapeutique.

Autres critères issus d'enquêtes de satisfaction

- Établir un accueil verbal (en prononçant le nom du patient) et un contact visuel.
- Demander les motifs de consultation.
- Ne pas interrompre le patient qui expose les motifs de consultation.
- Écouter attentivement en respectant les temps de silence.
- Réaliser une compréhension commune en vérifiant que le patient a bien compris le diagnostic, le pronostic et le traitement.
- Utiliser les questions ouvertes.
- Interroger sur les événements de vie.
- Favoriser l'expression des idées du patient sur sa maladie, ses croyances, ses représentations.
- Respecter ses préférences, ses valeurs.
- Résumer et clarifier les problèmes.
- Se méfier des questions fermées, des conseils et des propos rassurants prématurés.
- Savoir utiliser un style directif et conclure la consultation.

Ces thèmes non abordés lors des focus groups montrent la non-exhaustivité et les limites de cette méthode.

CONCLUSION

Dans cette étude, il existait un grand nombre de critères communs et consensuels entre les médecins et les patients, comme la relation de confiance basée sur une compétence professionnelle, des capacités d'écoute empathique, d'explications, de réassurance, de conseil... Cette base fournit un socle solide à une relation de qualité en accord avec les données de la littérature. Des critères plus spécifiques ou plus problématiques, des écarts de perception comme la disponibilité, la gestion du temps, la relation « consommériste », les aspects transférentiels peuvent être à l'origine de conflits potentiels qu'il faut apprendre à gérer. Cette diversité des critères qualitatifs et l'existence de critères spécifiques, d'une part aux médecins, et d'autre part aux patients, et problématiques rendent difficile une modélisation de la relation médecin-patient. Ils pourraient être validés par des enquêtes quantitatives et utilisés dans des questionnaires de satisfaction. Leur connaissance doit s'intégrer à la formation tant initiale que continue.

Références

1. Senez B, Orvain J, Doumenc M. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et critères utilisés en médecine ambulatoire. Anaes. Novembre 1999.
2. Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Moreau A. Relation médecin-malade : qu'attendent les patients ? Investigation par méthode « Focus group ». Rev Prat Med Gen 2003 ; 17 : 653-6.
3. Moreau A, Dedianne MC, Letriliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Med Gen 2004 ; 645 : 382-4.
4. Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures need and outcome for primary health care. Oxford : Oxford University Press : 230-7.
5. Simpson M, Buckman R, Stewart M et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 1991 ; 303 : 1385-7.
6. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. Med Care 1988 ; 26 : 657-75.
7. Labarère J, François P, Bertrand D, Peyrin JC, Robert C, Fourny M. Outpatient satisfaction: validation of a French language questionnaire, data quality and identification of associated factors. Clin Perform Qual Health Care 1999 ; 7 : 63-9.
8. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade ? Rev Prat Med Gen 1999 ; 477 : 1835-8.
9. Labarère J, François P. Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins : revue de la littérature. Rev Epidemiol Sante Publique 1999 ; 47 : 175-84.
10. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 2001 ; 357 : 757-62.
11. Redelmeier A, Molin JP, Tibshirani RJ. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. Lancet 1995 ; 345 : 1131-4.
12. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1988 ; 27 : S110-S127.
13. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counselling for three group of preventive health behaviour. Patient Educ Couns 1997 ; 32 : 157-73.
14. Writing group for the Activity Counseling Trial research group. Effect of physical activity counseling in primary care (ACT). JAMA 2001 ; 286 : 677-87.
15. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity interventions studies. Effectiveness and implications for practice and future

summary

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

research. J Fam Pract 2000 ; 49 : 158-68.

16. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1966.