

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N° 094

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Adrien LÉRY

Né le 1^{er} mars 1985 à Bourges (18)

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2015

**Quelle perception les patients ont-ils de l'information
transmise par leur médecin généraliste ?**

**Analyse des déterminants potentiels pouvant intervenir dans ce cadre
de la relation médecin-patient**

Président : Madame la Professeur Angélique Bonnaud-Antignac

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Meuret

Membres du jury : Madame la Professeur Maryvonne Hourmant
Monsieur le Professeur Jean-Paul Canevet

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	6
➤ Figures -----	6
➤ Tableaux -----	7
ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
PREAMBULE	10
➤ L'INFORMATION -----	10
A. Généralités	10
B. Qui informe?	10
C. À qui ?	10
D. Comment ?	11
E. Quoi ?	11
F. En cas de litige ou désaccord ?	12
G. Situations particulières	13
1. Personnes mineures	13
2. Personnes majeures sous tutelle	13
3. La fin de vie	13
H. Synthèse	13
➤ LE CONSENTEMENT -----	14
A. Généralités	14
B. Modalités	14
C. Situations particulières	14
➤ LA COMMUNICATION DANS LE SOIN -----	15
A. Généralités	15
B. Définition	15
C. Les modèles de base	15
D. Adaptation théorique dans le domaine de la santé	18
1. L'aspect thérapeutique de la communication	19
2. Les particularités du patient	20
3. Le langage au cœur de la communication	20
4. Les parasites	21
E. Synthèse	22
➤ LA RELATION MÉDECIN-MALADE -----	22
A. Généralités	22
B. Analyse conceptuelle de la relation thérapeutique	23
1. Approche philosophique et culturelle	23

2.	Approche historique et sociologique	24
3.	Approches pratiques et psychanalytiques	26
4.	Modèles à partir de la consultation	28
C.	L'éducation thérapeutique	28
D.	Synthèse	29

MATERIEL ET METHODES 31

➤	1/ Objectifs :	31
	A. Principaux :	31
	B. Secondaires :	31
➤	2/ Méthode :	31
	A. Choix de la méthode	31
	B. Recueil des données	32
	1. La population :	32
	2. Le questionnaire :	34
	C. Installation du matériel et méthode de collecte	35
	D. Exploitation des données	36
	E. Recherche bibliographique	37

RESULTATS 38

➤	1/ Caractéristiques sociodémographiques de la population	38
	1. Sexe:	38
	2. Âge :	38
	3. Situation familiale :	38
	4. Lieu d'habitation :	39
	5. Catégories socio-professionnelles :	39
➤	2/ Fréquentation des professionnels de santé	39
	1. Sédentarité médicale :	39
	2. Fréquence de consultation :	40
	3. Nombre d'hospitalisation :	40
➤	3/ État de santé de la population	41
➤	4/ L'image du médecin	41
	1. Sexe :	41
	2. Revenus :	42
	3. Qualités :	42
	4. Image du métier :	45
➤	5/ La perception de la transmission de l'information	46
	1. Satisfaction :	46
	2. Participation :	46
	3. Moyens d'information :	47
	4. Information sur les médicaments :	48
	5. Relation au médecin :	48
	6. Temps d'écoute :	49
➤	6/ Résultats concernant la population hospitalière	49
	A. Caractéristiques sociodémographiques	49
	B. Fréquentation des professionnels et état de santé de la population	50

C.	L'image du médecin	50
1.	Sexe :	50
2.	Revenus :	51
3.	Qualités :	51
4.	Image du métier :	52
D.	La perception de la transmission de l'information	52
1.	Satisfaction :	52
2.	Participation :	52
3.	Moyens d'information :	52
4.	Information sur les médicaments:	53
5.	Relation au médecin :	53
6.	Temps d'écoute :	54
➤	7/ Commentaires -----	54

ANALYSE **56**

➤	1/ Déterminants influençant la perception du patient en cabinet de médecine générale...-----	56
A.	...concernant sa participation aux décisions prises par les médecins sur sa santé	56
B.	...concernant sa satisfaction sur l'information donnée par le médecin généraliste	56
C.	...concernant le temps d'écoute du médecin	57
➤	2/ Déterminants influençant la perception du patient à l'hôpital...-----	57
A.	...concernant sa participation aux décisions prises par les médecins sur sa santé	57
B.	...concernant sa satisfaction sur l'information donnée par le médecin généraliste	58
C.	...concernant le temps d'écoute du médecin	58
➤	3/ Déterminants influençant la perception du patient dans la population globale (médecine de ville et hôpital)... -----	59
A.	...concernant sa participation aux décisions prises par les médecins sur sa santé	59
B.	...concernant sa satisfaction sur l'information donnée par le médecin généraliste	59
C.	...concernant le temps d'écoute du médecin	60
➤	4/ Comparaison de l'image du médecin généraliste dans la population en cabinet de ville et à l'hôpital -----	60
1.	Sexe :	60
2.	Revenus :	61
3.	Qualités :	62
➤	5/ Comparaison de la perception du patient en cabinet de ville et à l'hôpital -	63
1.	Satisfaction :	63
2.	Participation :	63
3.	Moyens d'information :	64
4.	Information sur les médicaments :	65
5.	Relation au médecin :	65
6.	Temps d'écoute :	66

DISCUSSION **68**

➤	1/ Discussion sur la méthode/ Validité interne -----	68
A.	Choix de la recherche quantitative	68
B.	Représentativité des échantillons	68

1. La population	68
2. Les médecins et cabinets médicaux	69
C. Le questionnaire et l'analyse	70
D. Biais	70
➤ 2/ Discussion sur les résultats/ Validité externe-----	71
A. L'image du médecin	71
1. Statut :	71
2. Qualités ou profil liés au métier de médecin:	72
3. Les attentes des patients	73
B. Perception des patients vis-à-vis de l'information	74
1. Moyens d'information :	74
2. Satisfaction :	76
3. Participation aux décisions :	76
4. Information sur les médicaments :	78
5. Relation au médecin :	79
6. Temps d'écoute :	80
C. Déterminants influant sur la perception des patients concernant la transmission de l'information	81
D. Apports de l'analyse de la population hospitalisée	82
 CONCLUSION ET PERSPECTIVES	 84
 ANNEXES	 88
➤ Annexe 1 : Professionnels de santé (158) -----	88
➤ Annexe 2 : Questionnaire final-----	88
➤ Annexe 3 : Installation du matériel dans les salles d'attente des cabinets -----	91
➤ Annexe 4 : modification de la phrase finale explicative pour les questionnaires distribués à l'hôpital-----	92
➤ Annexe 5 : Exemple de saisie des données quantitatives avec le logiciel Excel® pour Mac 2011 -----	92
 BIBLIOGRAPHIE	 93
 RESUME	 104

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

<i>Figure 1 : le modèle de Shannon et Weaver</i>	16
<i>Figure 2 : le modèle de Wiener</i>	16
<i>Figure 3 : modèle selon Jakobson</i>	17
<i>Figure 4: la roue de la communication</i>	21
<i>Figure 5 : organigramme d'inclusion des patients</i>	34
<i>Figure 6: Répartition de la population en fonction de l'âge</i>	38
<i>Figure 7: Nombre de médecins généralistes consultés au cours de sa vie</i>	40
<i>Figure 8: Fréquence de consultation du médecin généraliste</i>	40
<i>Figure 9: Avez-vous eu une maladie grave?</i>	41
<i>Figure 10: Revenus du médecin généraliste</i>	42
<i>Figure 11: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste</i>	44
<i>Figure 12: Métiers les plus respectables</i>	45
<i>Figure 13: Métiers les plus prestigieux</i>	45
<i>Figure 14: Moyens utilisés pour s'informer en cas de problème de santé</i>	47
<i>Figure 15: Confiance accordée à la qualité de l'information donnée par:</i>	47
<i>Figure 16: Description du relationnel avec son médecin généraliste</i>	48
<i>Figure 17: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter?</i>	49
<i>Figure 18: Nombre de médecins généralistes consultés au cours de sa vie</i>	50
<i>Figure 19: Fréquence de consultation du médecin généraliste</i>	50
<i>Figure 20: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste</i>	51
<i>Figure 21: Description de l'information donnée par le médecin concernant les médicaments</i>	53
<i>Figure 22: Description du relationnel avec son médecin généraliste</i>	53
<i>Figure 23: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter?</i>	54
<i>Figure 24: Quel sexe doit avoir le médecin généraliste? Comparaison entre patients en cabinet et hospitalisés</i>	61
<i>Figure 25: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste (population de cabinet)</i>	62
<i>Figure 26: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste (population hospitalière)</i>	62
<i>Figure 27: Comparaison du sentiment de participation aux décisions concernant sa santé entre patients de cabinet et hospitalisés</i>	63
<i>Figure 28: Comparaison des moyens d'information utilisés par les patients de cabinet et hospitalisés</i>	64
<i>Figure 29: Comparaison de la qualité de l'information attribuée par les patients de cabinet et hospitalisés</i>	64
<i>Figure 30: comparaison de l'information donnée sur les médicaments entre patients de cabinet et hospitalisés</i>	65
<i>Figure 31: comparaison du relationnel avec le médecin entre patients de cabinet et hospitalisés</i>	66
<i>Figure 32: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter? (Population de cabinet)</i>	67
<i>Figure 33: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter? (Population hospitalière)</i>	67
<i>Figure 34: Expérience quant à la possibilité de participer aux décisions portant sur le traitement prescrit par le médecin habituel, 2010 (ou année la plus proche)</i>	77

Tableaux

<i>Tableau 1 : les parasites dans la communication</i>	22
<i>Tableau 2 : comparaison des différents modèles relationnels médecin-patient selon Emanuel et Emanuel</i>	25
<i>Tableau 3 : les attitudes nécessaires de l'ACP selon Rogers</i>	27
<i>Tableau 4 : liste et caractéristiques des cabinets de médecins généralistes participant à l'étude</i>	32
<i>Tableau 5 : activités professionnelles de la population</i>	39
<i>Tableau 6 : attentes des patients</i>	43
<i>Tableau 7 : satisfaction vis-à-vis de l'information donnée par le médecin généraliste</i>	46
<i>Tableau 8 : principales caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés</i>	49
<i>Tableau 9 : métiers les plus respectables et prestigieux selon la population hospitalisée</i>	52
<i>Tableau 10 : analyse statistique du lien déterminants/participation aux décisions</i>	56
<i>Tableau 11 : analyse statistique du lien déterminants/satisfaction sur l'information</i>	57
<i>Tableau 12 : analyse statistique du lien déterminants/temps d'écoute</i>	57
<i>Tableau 13 : analyse statistique du lien déterminants/participation aux décisions</i>	58
<i>Tableau 14 : analyse statistique du lien déterminants/satisfaction sur l'information</i>	58
<i>Tableau 15 : analyse statistique du lien déterminants/temps d'écoute</i>	59
<i>Tableau 16 : analyse statistique du lien déterminants/participation aux décisions</i>	59
<i>Tableau 17 : analyse statistique du lien déterminants/satisfaction sur l'information</i>	60
<i>Tableau 18 : analyse statistique du lien déterminants/temps d'écoute</i>	60
<i>Tableau 19 : comparaison des activités professionnelles des patients de l'étude à la population de Loire Atlantique et à la population nationale (source : INSEE, recensement de 2011) en pourcentage</i>	69

ABRÉVIATIONS

ACP	Approche centrée sur la personne
BVA	Société française d'études de marché et d'opinion
Cf.	Confère
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSP	Code de la santé publique
Dr.	Docteur
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
ETP	Éducation thérapeutique du patient
<i>Et al.</i>	<i>Et alii</i> (et d'autres)
Ex.	Exemple
FG	Focus group
HAS	Haute autorité de santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LV	Langage verbal
LNV	Langage non verbal
LPV	Langage para-verbal
MG	Médecin généraliste
N°	Numéro
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Pr.	Professeur

INTRODUCTION

Le médecin a pour rôle essentiel, au sens étymologique du terme, de soigner, de guérir (du latin *medicus*). Pour autant, s'attarder uniquement sur l'aspect technique de ses fonctions réduirait considérablement la complexité de la relation médecin-patient. En effet la caractéristique principale du médecin est de s'établir autour d'une personne, malade ou non : tout médecin est en ce sens impliqué dans une relation avec l'humain.

C'est ainsi que le médecin a toujours conservé dans la société une image et un rôle lui conférant une sorte d'aura, garante d'un certain respect.

Dans le domaine de la santé, même si d'autres problèmes sont soulevés aujourd'hui, on ne peut nier que la relation médecin-patient a évolué de manière considérable dans les 50 à 100 dernières années. D'un lien intrinsèquement asymétrique conférant au médecin un pouvoir paternaliste, elle devient de plus en plus une relation contractuelle où le patient peut se faire acteur du soin et maître des décisions concernant sa santé.

L'évolution sociétale semble accorder à l'individu une place centrale. Ce constat est également indéniable dans l'accès aux soins : le patient est et sera légitimement de plus en plus revendicateur d'informations justes sur sa santé. À l'heure de l'information globalisée et d'internet, n'apparaît-il pas nécessaire de s'interroger (voire de se remettre en question ?) sur la transmission de l'information médicale par les médecins aux patients ? Et surtout, qu'en pensent les patients ?

C'est ainsi qu'est né ce travail, avec pour objectif d'établir un visuel de la perception des patients quant à la représentation qu'ils ont aujourd'hui du médecin d'une part et à la qualité des informations qu'il transmet d'autre part. Cette analyse s'appuiera sur les déterminants sociodémographiques pouvant interférer mais également façonner les contours de cette question.

Nous nous baserons pour cela sur une lecture et un examen de la littérature disponible à ce sujet mais aussi sur l'étude de l'enquête réalisée auprès des patients.

PRÉAMBULE

L'INFORMATION

A. Généralités

Comme établi dans le code de la santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » et « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention » (1).

Il est à souligner que si une personne ne souhaite pas être informée d'un diagnostic ou pronostic, cette volonté doit être respectée sauf en cas de risque de transmission à des tiers.

L'information est donc un devoir du professionnel de santé et un droit du malade.

B. Qui informe?

Tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences, selon les règles professionnelles applicables (2). Le Code de la Santé Publique (CSP) y inclut les professions médicales, les professions de la pharmacie et les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaire de puériculture et ambulanciers (annexe 1).

Plusieurs professionnels de santé, au sein d'un établissement ou d'un réseau de soins, peuvent échanger des informations sur un patient à condition :

- Qu'ils aient adhéré au projet de santé définissant la structure sanitaire dans laquelle ils exercent.
- Qu'ils aient recueilli le consentement du patient (cf. paragraphe consentement).

De plus, les informations concernant un patient pris en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé sont réputées être confiées à l'ensemble de l'équipe (3).

C. À qui ?

À toute personne en capacité de recevoir l'information avec des modalités particulières pour les mineurs ou majeurs sous tutelle.

Cela induit la liberté de la décision concernant sa santé, en partenariat avec le professionnel de santé. Il s'agit avant tout d'un droit de la personne humaine mais aussi du droit de toute personne au respect de sa vie privée (4). Le consentement libre et éclairé est donc indispensable à la réalisation de tout acte ou traitement sauf lorsque la personne est incapable d'exprimer sa volonté. Dans ces situations, la personne de

confiance, la famille ou à défaut un des proches doit être obligatoirement consulté sauf si urgence ou impossibilité.

D. Comment ?

Les dispositions légales établissent la nécessité d'une délivrance de l'information lors d'un entretien individuel. Les modalités du cadre sont ensuite des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sans obligation légale (5):

- l'entretien individuel permet une certaine adaptation à la situation de la personne et de la laisser s'exprimer.
- ce temps nécessite du tact, de la disponibilité, et donc une écoute et prise en compte des attentes de la personne.
- Il est souvent essentiel d'informer progressivement et en plusieurs fois ainsi que de réitérer ou d'actualiser l'information.
- Le temps oral est primordial mais des documents écrits avec des informations hiérarchisées, synthétiques, claires, courtes et compréhensibles apparaissent intéressants en complément, voire des supports multimédias (sites internet,...)

L'entretien en présence d'un accompagnant ou d'une personne de confiance est également possible, avec un intérêt tout de même de proposer une conservation individuelle. L'usage d'un interprète si la personne est étrangère ou d'un assistant de communication en cas d'handicap sensoriel ou moteur est recommandé.

E. Quoi ?

Comme défini par la loi du 4 mars 2002, le médecin a l'obligation d'informer le patient sur (6):

- les différents actes (investigations, traitements, actions de prévention), leur nature, leur utilité.
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles de l'acte, donc appréciés selon les données acquises de la science.
- Les alternatives thérapeutiques, les autres solutions
- Les risques nouvellement identifiés après réalisation de l'acte

Rappelons qu'en cas de refus par le patient, le médecin doit l'informer des conséquences prévisibles de celui-ci tout en le respectant. Pour autant, si le refus met en danger la vie de la personne, le praticien doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.



" SAY 'EH??' "

Dessin de Grizelda (site www.cartoonstock.com)

F. En cas de litige ou désaccord ?

Il appartient maintenant au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé, et ce par tout moyen, c'est-à-dire des indices écrits, des témoignages... Différentes jurisprudences ont amené à affiner cette notion :

- « il ne peut être exigé d'un médecin qu'il remplisse par écrit son devoir de conseil ». En corollaire, Les indices écrits deviennent des preuves quasi irréfutables (7).
- L'arrêt Hédreul (8) qui précise que le médecin doit pouvoir prouver qu'il a informé.
- Si besoin, de façon non disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi, une dérogation au respect du secret médical pourrait être accordée (9).

G. Situations particulières

1. Personnes mineures

Elles reçoivent l'information et participent à la prise de décision de façon adaptée à leur degré de maturité mais leurs droits sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Le médecin peut se dispenser du consentement dans le cas où le mineur souhaite garder le secret sur son état de santé, donc s'oppose à la consultation du ou des titulaire(s) et que l'acte s'impose pour sauvegarder sa santé. Le mineur dont les liens de famille sont rompus et qui est couvert par la sécurité sociale consent seul (10).

2. Personnes majeures sous tutelle

Elles sont représentées par le tuteur en toutes circonstances, mais sont associées aux informations et décisions de façon adaptée à leurs facultés de discernement.

3. La fin de vie

La volonté des malades en fin de vie (phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable) de limiter ou arrêter tout traitement doit être respectée après information de ce dernier (11). Hors d'état d'exprimer sa volonté, les décisions prises médicalement de façon collégiale (12) prennent en compte en premier lieu d'éventuelles directives anticipées établies moins de 3 ans avant l'état d'inconscience, puis par ordre prévalent, l'avis de la personne de confiance, de la famille ou à défaut d'un proche.

Le projet de loi n°52 concernant les soins de fin de vie en cours d'élaboration pourrait augmenter le poids des directives anticipées en les rendant opposables et instaurer un droit du patient à une sédation profonde, ce qui renforcera de fait la nécessité d'information du malade en soins palliatifs (13).

H. Synthèse

Les modifications légales apportées sur l'information, notamment avec la loi du 4 mars 2002, remettent le patient au cœur du soin. On peut citer un article de la revue Prescrire datant de 2011 : « Les patients veulent savoir » (14).

Mais elles introduisent aussi la présence régulatrice, « sourde » du législateur (6), induisant plutôt un rapport de force qu'une véritable coopération. La loi aurait dû d'abord nous interroger sur l'abord de la relation de soin, au cœur du métier, afin de mieux l'intégrer dans notre pratique. Et si le ressenti du patient en tant que personne dans un cadre de soin était mieux enseignée, vécue et distillée dans la formation médicale comme peut l'être les bruits du cœur par ex., cela aurait permis une évolution vers un contrat synallagmatique naturel, induit. Le risque est que l'évolution de la relation soignant-soigné se fasse sous pression législative. Peut-être que la corporation médicale aurait dû intégrer ces questions autour de l'information dans une formation globale à la relation soignant-soigné ?

LE CONSENTEMENT

A. Généralités

Parallèlement à l'évolution de la relation médecin-patient, la notion de consentement libre et éclairé a fait irruption dans plusieurs textes législatifs européens et américains dans la seconde moitié du XXème siècle. Elle est définie par l'article 1111-4 du CSP (15) en France : « aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Il est donc un droit de la personne humaine, le droit à l'autodétermination.

B. Modalités

Bien évidemment l'information est un préalable au consentement. J-M Clément, disait (16): « il ne peut y avoir de consentement sans information ; mais, par contre, il peut y avoir information sans consentement ».

De plus, le droit au refus est mis en exergue, et ce choix doit être respecté par le médecin avec prise d'un temps de réflexion et nécessité de réitérer l'information. Comme dit précédemment, si ce refus peut engager le pronostic vital, le médecin doit tout faire pour convaincre la personne d'accepter les soins.

Le consentement est bien sûr révocable à tout moment, et il n'y a pas de forme (orale, écrite, auditive...) obligatoire sauf dans certains domaines (formulaire écrit en recherche biomédicale, consentement écrit des parents pour le don du sang d'un de leur enfant...)

Enfin, contrairement à l'information, la charge de la preuve du consentement n'est pas définie légalement (17).

C. Situations particulières

Elles concernent les personnes mineures, et majeures protégées, comme décrites dans le contexte de l'information.

À noter que les personnes mineures peuvent donner leur consentement sans accord des titulaires de l'autorité parentale pour certains actes relevant de leur stricte intimité, comme la contraception ou l'interruption volontaire de grossesse (parfois des « autorisations » de connaissances majeures sont demandées).

LA COMMUNICATION DANS LE SOIN

A. Généralités

Les progrès considérables de la médecine dans les domaines thérapeutiques, pharmacologiques, technico-logistiques ont été largement mis en exergue ces dernières années, puisque responsables en partie de l'allongement de l'espérance de vie dans les pays occidentaux. Mais le risque est d'exclure de toutes ces discussions le principal concerné : le patient. Il est heureusement des questions qui ont permis de replacer le malade au centre du discours, et ce à un niveau sociétal, avec notamment la question de la fin de vie et des soins palliatifs.

Dès lors le patient revendique d'être acteur de sa santé, et il est du devoir du corps médical de s'adapter à cette aspiration. Comment ? En étudiant les mécanismes de la relation soignant/soigné d'une part, et en ayant une idée des codes de la communication dans le soin d'autre part. L'ensemble de ces éléments permettra une meilleure appréhension du malade, de sa maladie à travers son vécu, son entourage, sa culture... et donc un soin de plus grande qualité.

B. Définition

Étymologiquement, la communication signifie en premier lieu « mettre en commun » (du latin *communis* qui a donné « commun ») puis son sens s'est élargi à « être en relation avec » (du latin *communicare* au sens d' « être en relation avec », « s'associer »). Aujourd'hui, le terme de communication est un peu galvaudé puisqu'associé aux nouvelles technologies, à la diffusion d'une image, de son image. On parle des métiers de la « com' », de plan de « com' ».

Pourtant initialement, le partage est la valeur principale dans la communication, et c'est ainsi qu'il faut l'appréhender dans le soin : « confondre communication et relation serait extrêmement préjudiciable à la reconquête d'un temps réel, convivial et solidaire, dont des êtres de plus en plus nombreux ressentent la nécessité vitale »(18).

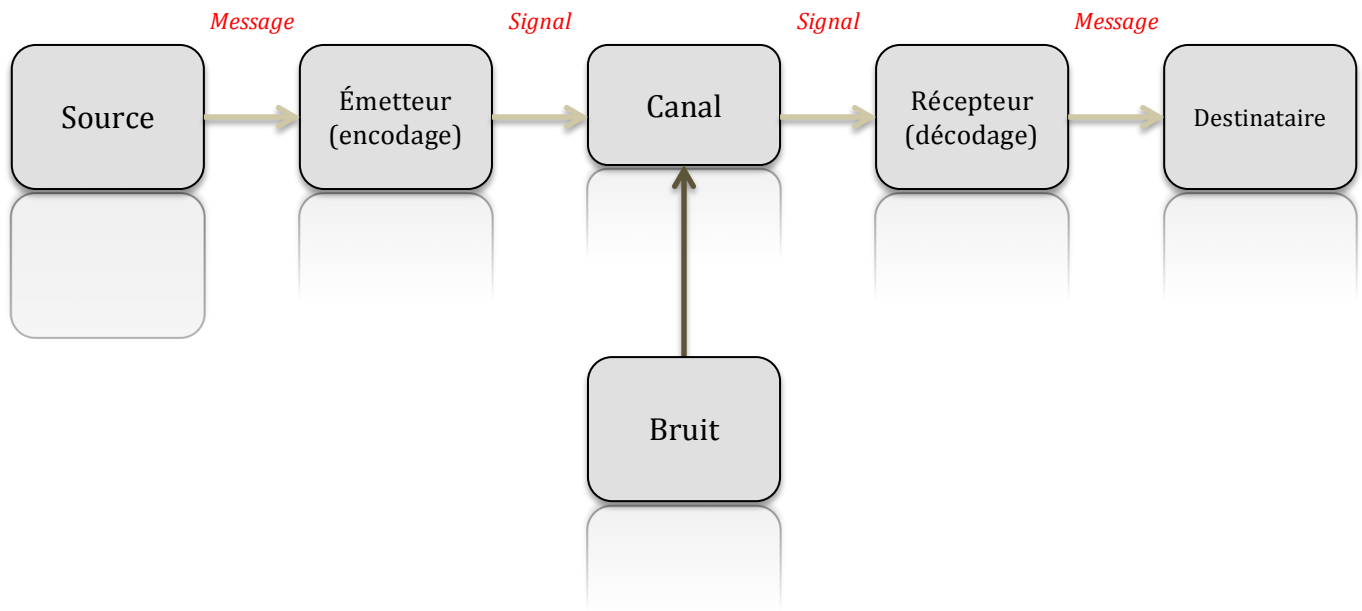
C. Les modèles de base

Le sociologue Lasswell sera le premier à théoriser un schéma de la communication s'articulant autour de 5 questions : qui ? Dit quoi ? Comment ? À qui ? Avec quels effets ? (Modèle des 5W). Les éléments suivants : émetteur, message, canal, récepteur et effets ont donc permis de définir un premier modèle (19).

De façon concomitante, mais dans le domaine de la télégraphie et du renseignement militaire, et donc à d'autres fins, deux scientifiques mathématiciens américains, Shannon et Weaver viendront conceptualiser ces éléments. Leur objectif à cette époque était d'améliorer la transmission en luttant contre le bruit. Shannon définira le système général de la communication que Weaver « humanisera » plus tard en 1949 en

introduisant la notion de caractère sémantique du message ou du bruit, en plus du caractère technique (20).

Figure 1 : le modèle de Shannon et Weaver



Un sujet « source » transmet en mode « émetteur » une information à un « destinataire », alors en mode « récepteur » via un « canal » (ex. : télégraphe, téléphone...). Le message est « encodé », transformé en signal, puis « décodé » par le récepteur.

Ce modèle linéaire de transmission de l'information n'inclut pas toutes les dimensions de la communication (psychologiques, sociologiques...) dans un environnement donné.

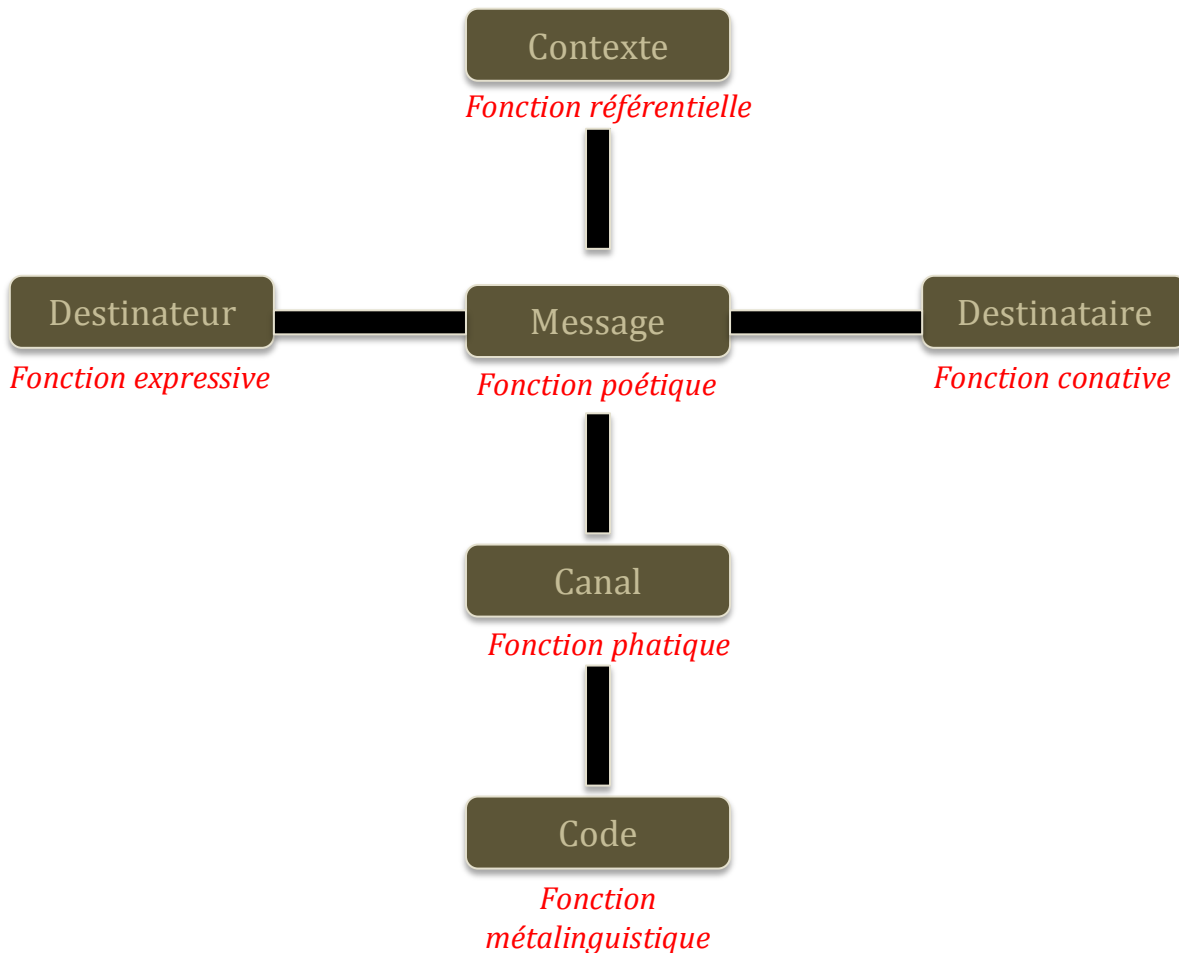
Ce modèle de base est amélioré par l'introduction d'une dimension dynamique, d'interrelation entre l'émetteur et le récepteur. C'est Norbert Wiener, chercheur et mathématicien américain et considéré comme le père fondateur de la cybernétique (21), qui, en 1948 amènera la notion de « feedback » ou rétroaction entre le récepteur et l'émetteur : l'information se transmet selon une boucle d'interactions (22).

Figure 2 : le modèle de Wiener



Jakobson, linguiste russe, a développé en 1963 un modèle de communication entre individus permettant une conceptualisation des fonctions du langage, dont chacune est associée à un élément de la communication (23).

Figure 3 : modèle selon Jakobson



Description des 6 fonctions :

- La fonction expressive : relative à l'émetteur, elle est centrée sur le sujet qui parle (sentiments, mimiques, émotions...).
- La fonction conative : relative au destinataire, est utilisée par l'émetteur pour l'influencer (inciter à écouter, demander, proposer...).
- La fonction phatique : relative au contact, elle est utilisée pour l'établir, le maintenir ou l'interrompre (ex. : allô ?).
- La fonction métalinguistique : relative au code, elle permet l'explication du langage.
- La fonction référentielle : centrée sur le contexte, elle permet de définir le monde entourant l'émetteur et le récepteur.
- La fonction poétique : relative au message, elle permet d'en faire un objet esthétique par sa forme, sa tonalité, son rythme, sa sonorité...

Enfin, Abraham Moles, professeur et ingénieur, définira un modèle canonique de la communication regroupant l'ensemble des modèles précédents. Il y présentera

l'individu comme entouré d'une sphère personnelle à travers laquelle il interagit avec le monde (24): la communication se place dans un contexte spatio-temporel hétérogène où deux entités, individu ou système sont situées en un lieu et à une époque différents et mettent en commun leurs sphères personnelles à travers le canal de communication (25).

Il ajoutera aux éléments déjà connus (émetteur, récepteur, message, notion de codage/décodage, canal et code) la notion de répertoire de chaque interlocuteur (ou éléments de connaissances propres à chacun (25)) et de bruit (ou éléments susceptibles de brouiller la communication).



Dessin de Aster (site www.dessindepresse.com)

D. Adaptation théorique dans le domaine de la santé

Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier dans la communication professionnelle en santé (26) propose une approche dialogique de la consultation formée de trois composantes :

- Le contexte
- L'interaction définissant la relation
- Les contenus

Le dialogue permet un échange verbal réfléchi, avec une volonté sous-tendue de parvenir à une compréhension mutuelle. Or quand un individu entretient un dialogue avec l'autre, il entretient aussi un dialogue avec lui-même (27). D'autres solutions, d'autres façons de voir les choses sont élaborées par l'individu, et ce processus ne cesse jamais dans le temps. De ce point de vue, le médecin ne peut tenir pour acquis une entente définitive avec un patient, qui peut reconsidérer ses décisions. Dans cette

perspective dialogique, il y a une évolution mutuelle, un partenariat, intégrant une nécessaire remise en question du médecin.

Sont ainsi présentés six principes généraux de la communication s'appliquant aux professions de santé (26):

- La rétroaction fait partie intégrante de la communication, avec l'influence que peut avoir celle-ci sur chacun des interlocuteurs.
- La communication comporte une cogestion du dialogue: ce sont les participants qui définissent le degré de coordination, de cohérence de l'interaction mais également l'asymétrie.
- Il est impossible de ne pas communiquer, dans le sens qu'une interprétation est forcément faite par un individu des éléments visuels ou verbaux de son interlocuteur.
- La communication interpersonnelle est irréversible, et toute parole une fois exprimée ne peut être retirée. Nous avons probablement tous déjà exprimé quelque chose à un patient en lui disant après «ne prenez pas en compte ce que je viens de vous dire». Et pourtant, c'est dit, et cela peut influencer le comportement de la personne.
- La communication est un processus complexe
- La communication est contextuelle, elle est donc dépendante d'un contexte psychologique, relationnel, situationnel et socioculturel.

1. L'aspect thérapeutique de la communication

Trois éléments parmi d'autres auront une place importante dans la dimension thérapeutique de la communication (28):

□ L'EFFET PLACEBO :

Venant du latin signifiant «je plairai», il correspond à un phénomène neurophysiologique bénéfique inhérent à toute thérapeutique en plus de l'effet attendu.

Il participe à améliorer l'état psychique, émotionnel et physique de la personne et est essentiellement lié à la qualité de la relation soignant/soigné. La personnalité et la conviction du thérapeute sont un des piliers de l'effet placebo, se ressentant dans sa façon de communiquer et d'acquiescer la confiance du patient. D'autres l'appelleront « le guérisseur silencieux » (29).

□ L'EFFET ANXIOLYTIQUE :

La maladie aiguë ou chronique génère un stress. Une bonne communication permettant une bonne transmission de l'information peut contribuer à une guérison ou réhabilitation plus rapide.

□ L'ADHÉSION AUX SOINS :

C'est avec une communication adaptée à la pathologie, au niveau socioculturel du patient et à ses connaissances médicales que le patient peut plus facilement adhérer aux soins, et donc avoir une meilleure observance. L'éducation thérapeutique par exemple,

enjeu de santé publique majeure, se base en grande partie sur cette adhésion aux soins, et donc sur la qualité relationnelle établie par les soignants.

2. Les particularités du patient

Chaque situation de soin amène à la rencontre d'un individu, d'un être humain. Il est nécessaire de prendre en compte plusieurs paramètres caractérisant le patient afin de ne pas dépersonnaliser la relation, et donc la déshumaniser (26):

- le vécu du patient
- l'origine socioculturelle pouvant modifier les représentations d'une situation par le patient
- la personnalité du patient
- les émotions
- l'état psychique du moment

Il ne peut donc il y avoir une bonne façon de communiquer, uniformisée ou protocolisée.



Dessin de Deligne publié par Géraldine Goulinet (blog)

3. Le langage au cœur de la communication

Nous communiquons par la parole, et nous croyons souvent que beaucoup de choses passent à travers les mots. Mais les gestes ont pourtant un rôle primordial dans l'échange (ex. : le langage des signes). Dans le domaine de l'hypnose par exemple, on utilise l'ordre de l'évaluation émotionnelle faite par le cerveau pour arriver à l'état de conscience hypnotique : c'est la technique du « VAKO », initiales de

Visuel/Auditif/Kinesthésique/Olfactif (28). C'est une forme de décryptage de la communication pour mieux la maîtriser et arriver aux objectifs de l'hypnose.

Dans cet échange, plusieurs langages entrent en jeu (30):

- Le langage verbal (LV), qui pour le soignant, sera d'autant plus efficace lorsqu'il sera adapté à celui du patient, impliquant donc une observation et écoute active.
- Le langage non-verbal (LNV), utilisé pour l'essentiel automatiquement, correspond aux messages transmis à travers les attitudes, la gestuelle, les mimiques...et peut jouer un rôle de « méta-communication » en précisant dans quel registre le message doit être placé et donc compris.
- Le langage para-verbal (LPV), c'est-à-dire tout ce qui touche à la manière de parler, de manier les sons et les silences du langage (timbre de la voix, rythme du phrasé, notion de *pacing* respiratoire correspondant à une synchronisation avec les mouvements respiratoires...).

Dans la roue de la communication, l'importance des gestes (LNV) est majoritaire à 55%, puis viennent la modulation de notre voix (LPV) à 38% et les mots (LV) à 7%.

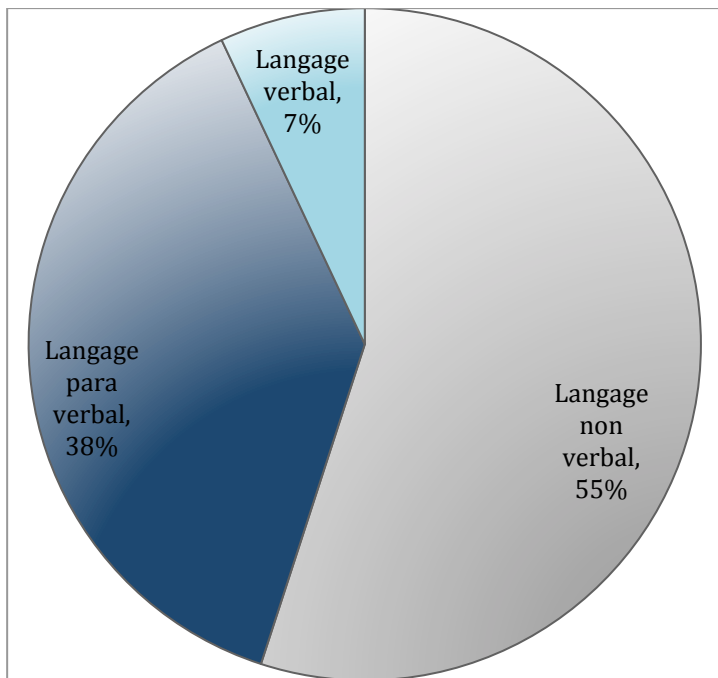


Figure 4: la roue de la communication

Ces proportions peuvent varier en fonction du contenu de la communication et du contexte émotionnel (28).

4. Les parasites

Ils correspondent aux éléments pouvant interférer dans l'interaction entre 2 personnes. On en distingue 2 grands types (28):

Types	Exemples
Liés à l'environnement	Bruits, odeurs d'hôpital, blouses, cardiomonitoring...
Liés à l'individu	Convictions personnelles, préjugés...

Tableau 1 : les parasites dans la communication

E. Synthèse

Si on en revient aux éléments de base définissant les principes de la communication, dénués du sens galvaudé donné aujourd'hui, ils ont de nombreuses applications dans le domaine du soin. Ils permettent d'améliorer la compréhension des attentes, besoins ou ressentis du patient (31). Le Dr Alex Mozar dans une communication du CNOM (6) le confirme : une bonne communication favorise à terme un meilleur ajustement psychologique face à la maladie.

Mais ils donnent lieu aussi à une prise de recul sur sa propre pratique en tant que professionnel, et donc à une éventuelle remise en question. Tate, avec un titre suggestif disait « soigner (aussi) sa communication » (32), ouvrage référence en la matière. Or l'interrogation sur soi va dans le sens d'une amélioration des pratiques.

Cela bien sûr pose la question légitime d'une formation ou d'un enseignement obligatoire de la communication dans le cadre de compétences relationnelles, toutes aussi nécessaire que les compétences scientifiques pures à l'action de soigner, soulager, accompagner...

LA RELATION MÉDECIN-MALADE

A. Généralités

L'évolution de la société, particulièrement dans le domaine de la santé où la place du malade s'est profondément modifiée en quelques décennies, permet aujourd'hui d'installer la relation médecin-malade au cœur de nouveaux enjeux. De nombreux chercheurs et médecins l'étudient aujourd'hui sous différents angles (celui de la communication, de l'information, des droits, de l'éducation...) dans un objectif de définir des relations de soins bonifiées, et donc de tendre à une médecine « meilleure » pour le patient, que ce résultat soit objectif ou subjectif.

Plusieurs approches ont permis de réfléchir la relation thérapeutique, et donc d'en appréhender les particularismes.

B. Analyse conceptuelle de la relation thérapeutique

1. Approche philosophique et culturelle

L'étude de la relation médecin-malade et du consentement au soin apparaît relativement récente au regard de l'Histoire. En effet, et en France particulièrement, ce colloque singulier est culturellement fondé sur le principe de bienfaisance à l'égard du malade, « en état de faiblesse par sa maladie et son ignorance » (33). C'est la définition du modèle paternaliste, où le médecin est celui qui sait ce qui est bon pour le patient, comme un père pour son enfant. Le Pr Louis Portes, Président de l'Ordre des Médecins en 1950, déclarait « Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir » (34). Ce modèle du médecin décideur, historiquement commun aux pays anglo-saxons et latins, est celui dont la France est le plus empreint jusqu'au années 60-70 et la révolution biomédicale.

L'approche émergente dans les pays anglo-saxons en post-guerre est celle du modèle de l'autodétermination du patient, de l'autonomie ou modèle informatif du patient décideur. Suzanne Rameix, dans *Les fondements philosophiques de l'éthique médicale* (35), analyse le fondement de l'autonomie dans la pensée anglo-saxonne où la liberté est une indépendance négociée, la notion d'individualité étant essentielle. Et cette vision libérale construira ce modèle du patient décideur qui transpose à la relation médicale le modèle du contrat de prestation de service (36). La valeur première n'est pas de faire le bien du patient mais de respecter sa liberté (37).

Or cette conception de l'autonomie selon Suzanne Rameix est différente de celle de la philosophie continentale française notamment, issue de la pensée de Kant et de Rousseau. L'autonomie, du grec *autos* = soi-même et *nomos* = la loi, ou faculté de se donner à soi-même la loi de son action, ne peut par définition que produire des lois, impliquant une universalité. Il y a donc des devoirs universels dans le cadre de l'autonomie à respecter. La notion de consentement, témoin du principe d'autonomie, entrera, tardivement certes, dans la loi française mais réfléchit dans ce cadre universel. C'est ce qui peut expliquer par exemple les différences d'abord des sujets concernant la bioéthique, le refus de traitement, l'usage de la drogue... entre les Etats-Unis et la France (38).

Ainsi, en y associant les différences conceptuelles sur l'identité personnelle et le rapport au corps humain entre les modèles anglo-saxons et français, s'établirait une « troisième voie » de la relation thérapeutique en France, n'étant ni le paternalisme bienfaisant, ni le pur respect de l'autonomie. L'équilibre de cette troisième voie nécessiterait une réaffirmation constante du principe d'autonomie (dans les différentes législations sur les droits des patients, l'information, le consentement...) et une responsabilisation des soignants à ne pas tomber dans une « indifférence coupable » (35).

2. Approche historique et sociologique

a) Théorie « fonctionnaliste » de Parsons (1951) (39)

La maladie représente une déviance menaçant l'ordre social, le médecin est un régulateur social. C'est un modèle de relation consensuel asymétrique. Le médecin doit maîtriser une compétence technique et offrir une prise en charge universelle, orientée vers la collectivité. Le malade quant à lui a pour devoir de souhaiter aller mieux en recherchant une aide compétente et pour droit d'être reconnu comme malade, non responsable de son incapacité et donc d'être soigné.

Chacun joue un rôle social attendu et la relation thérapeutique est fondée sur une forte réciprocité. Cette théorie a été conçue dans le cadre des maladies aiguës

b) Théories de Szasz et Hollander (1956) (40)

Ils étoffent la théorie de Parsons en considérant trois styles de relation médecin-malade liés aux caractères aigus ou chroniques des maladies. Ici, le médecin est toujours considéré comme actif et le patient est soit actif, soit passif. Ainsi s'établit un style basé sur l'activité-passivité, où le médecin agit sur un patient inerte ou inactif, celui soutenu par la guidance-coopération, faite de conseils du médecin et d'une collaboration obéissante du patient et enfin celui de la participation mutuelle, où le patient est partenaire actif d'un échange avec le médecin qui aide le patient à s'aider lui-même (41).

c) Théorie de Freidson (1970) (42)

Selon lui, la relation thérapeutique, asymétrique, amène par essence à des dynamiques d'hostilité, d'ambivalences et est donc antagoniste. De nombreux conflits sont possibles : culture professionnelle/culture profane, logique de soin/respect de la vie quotidienne du patient, autonomie du médecin/autonomie du patient... Il n'y a donc dans ce modèle pas de consensus à priori entre le médecin et le malade. Concrètement, il ajoutera deux styles à ceux décrits précédemment selon que le médecin est passif ou actif (patient guide-médecin coopératif et patient actif-médecin passif).

Dans la lignée de ces travaux, les sociologues « interactionnistes » accoleront à la relation médecin-malade une dépendance vis-à-vis des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille, les proches...) en plus de leur interaction duelle (43). Le contexte organisé et structuré de l'exercice de la médecine (médecine individuelle libérale ou collective hospitalière, soins de prévention ou curatifs...) sera également développé pour affiner cette théorie.

d) Modèle de Corbin et Strauss (1985) (44)

C'est une relation de partenariat où la négociation permet d'envisager la rencontre médecin-malade comme ouverte, et où la parole de chacun pourra influencer le déroulement de la consultation et les choix en découlant. Cette négociation repose sur quatre caractéristiques : une position hiérarchique non figée, un ordre mis en place entre les deux acteurs non définitif, des éléments définis au cours de la négociation non prédéterminés et le temps comme une donnée essentielle, un processus d'apprentissage parfois nécessaire pour faire évoluer le patient (45). C'est un modèle de co-construction issu de la démocratie sanitaire (46).

e) Analyses synthétiques contemporaines

Plus récemment en 1992, Emanuel et Emanuel (47) retiennent quatre modèles de relation médecin-malade idéaux-typiques parfaitement résumés dans ce tableau comparatif selon Fournier et Kazaret (43) :

Tableau 2 : comparaison des différents modèles relationnels médecin-patient selon Emanuel et Emanuel

	PATERNALISTE	INFORMATIF	INTERPRÉTATIF	DÉLIBÉRATIF
Valeurs du patient	Objectives et partagées par le médecin et le patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral
Devoirs du médecin	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime	- Fournir une information factuelle pertinente - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	- Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	- Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables - Informer le patient - Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient
Conception de l'autonomie du patient	Assentiment à des valeurs objectives	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin
Conception du rôle du médecin	Gardien, tuteur	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant

Au début du XXI^e siècle dans la littérature anglo-saxonne mais également en France, plusieurs équipes (48–52) dressent des typologies de colloques singuliers qui restent actuellement des références : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée. Ces auteurs évaluent la valeur de ces différentes interactions (53):

- Le modèle du médecin décideur affilié au modèle paternaliste est jugé dépassé et peu répandu, excluant totalement le patient de la décision.
- Le modèle du patient décideur ou modèle informatif est également imparfait car il suppose la compréhension et l'assimilation par le patient de connaissances complexes et que le médecin soit uniquement un technicien, excluant cette fois-ci le médecin de la décision.
- Le modèle de la décision partagée, associant les modèles interprétatif et délibératif, est jugé comme positif car réservant une place active aux deux protagonistes, et semble correspondre aux attentes actuelles de la société en France.

Le concept de décision médicale partagée (« *shared decision-making* » ou de révélation des préférences) est aujourd'hui évalué dans plusieurs études françaises (54–56) et internationales, confirmant la remise en cause du modèle paternaliste et sa place prépondérante en médecine hospitalière ou générale. En témoigne le document datant de 2013 de l'HAS dressant un état des lieux du « décider ensemble » entre patients et professionnels de santé (57).

Pour autant il ne peut être érigé comme modèle unique, la complexité de la relation thérapeutique médecin-patient allant bien au-delà des seules considérations d'échange.

3. Approches pratiques et psychanalytiques

a) Balint

À travers son livre référence *Le médecin, son malade et la maladie* (58) écrit en 1957, Michael Balint (1896-1970), psychiatre psychanalyste anglais d'origine hongroise a eu pour ambition de discuter collectivement les problèmes psychologiques afférents à l'exercice de la médecine en réunissant plusieurs médecins généralistes. Ainsi sera créée le premier groupe Balint, terme définissant un groupe de travail (aujourd'hui pas forcément des médecins généralistes) canalisé par un leader plutôt psychanalyste, où chacun pourra dire ce qu'il pense spontanément sur un cas exposé par un participant, permettant ainsi d'analyser de façon profonde le travail avec le patient et de ressortir les ressources pour s'en occuper.

À partir de l'observation de ces groupes, Balint a créé et théorisé des concepts devenus références dans l'analyse de la relation soignant-soigné (59) :

- Le médecin médicament (ou remède médecin).
- Les différents niveaux de diagnostic : le diagnostic focal est centré sur le symptôme alors que le diagnostic approfondi est plus adapté au patient et ses particularités sociales, culturelles, familiales, environnementales voire spirituelles.
- La confusion des langues, traduisant la différence de langage et donc potentiellement de sens et de représentation des mots entre le médecin et le patient.

- La fonction apostolique « signifie d'abord que le médecin a une idée vague mais inébranlable du comportement que doit adopter un patient quand il est malade » (58). C'est la représentation faite du malade par le médecin selon ses propres valeurs, croyances et traits de personnalité. Un des aspects également de cette fonction est le besoin du médecin de montrer sa bienveillance envers ses patients.
- La relation que le malade entretient avec sa maladie, faisant notamment émerger la notion de bénéfice secondaire procuré par la maladie à un patient lors de situations d'échecs thérapeutiques.
- La compagnie d'investissement mutuel, spécifique de la médecine générale, puisque se traduisant par l'ensemble des liens noués avec le patient dans le cadre du suivi et de la continuité des soins. Cette bonne connaissance du patient dans sa globalité et la relation de confiance réciproque présente de nombreux avantages mais parfois quelques risques (dépendance, « ronronnement »,...).

Selon Balint, une formation réussie entraînera « un changement limité bien que considérable de la personnalité du médecin » et de sa pratique.

b) Rogers

En 1961, Carl Rogers (1902-1987), psychologue américain, définit l'approche centrée sur la personne (ACP) qui pourra être adaptée à la relation centrée sur le patient. Elle met l'accent sur trois attitudes fondamentales du thérapeute (60) :

Attitudes	Définitions
Empathie	- Être capable de comprendre les sentiments et les actions du patient - Être capable d'explorer le mode de vie du patient, ses problèmes, les solutions qu'il a pu trouver lui-même - Sentir le monde du patient comme s'il était le sien
Congruence ou authenticité	- Être capable de se sentir à l'aise avec le patient, avec la réalité qu'il vit - Être capable de se sentir à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées - Être ce qu'il est, qualité de présence et de cohérence avec soi-même, et non pas un rôle
Chaleur et non-jugement	- Développer sa capacité à porter attention à son patient de façon inconditionnelle et positive et à l'accepter tel qu'il est, avec ses propres sentiments et expériences

Tableau 3 : les attitudes nécessaires de l'ACP selon Rogers

Dans la particularité de la relation médecin-patient, il faut ajouter à ce modèle la nécessaire communication de ces expressions au patient : ce dernier doit éprouver ou percevoir quelque chose de la congruence, de l'empathie et de l'acceptation manifestées par le médecin pour que cela aboutisse.

4. Modèles à partir de la consultation

La relation thérapeutique bénéficie également d'études à partir de l'analyse de la consultation et de ses différentes étapes, tâches ou dimensions. Ainsi sont par exemple définis la prise de contact initiale, le temps de recueil d'informations, de traduction de la demande, de transmission d'informations, de négociation et de choix avec le patient, de récapitulation des points d'accord, de préparation de la relation à long terme et enfin de clôture de la rencontre (61).

On peut citer entre autres :

- Les modèles de Byrne et Long (1976) (62), le guide d'observation Calgary-Cambridge (1996) (63) ou le modèle P-R-A-C-T-I-C-A-L (1997) (64) fondés sur des étapes dans la consultation.
- Le modèle de Neighbour (1987) (65) établissant cinq points de contrôle ou le modèle de Cohen-Cole et Bird (1989) (66) avec « Three Function Approach » encadrant la consultation.
- Le modèle de Pendleton, Tate, Schofield et Havelock (1984) (67) basé sur des tâches à effectuer au cours de la consultation.
- Les modèles centré sur le patient (2001) (61) et modèle BARD (2002) (68) s'appuyant sur les dimensions de la consultation.

De même la démarche de *counseling* ou relation d'aide développée à partir des travaux de Rogers et aujourd'hui très en vogue, propose en premier lieu conseils et accompagnements de la personne, favorisant l'expression de son choix.

Ces modèles sont intéressants du point de vue du médecin car ils peuvent s'inscrire plus facilement dans un apprentissage et une formation, associant la théorie de concepts avec la mise en pratique à travers le déroulement d'une consultation. Le lien est fait dans ce cadre d'apprentissage avec l'enseignement de la communication.

C. L'éducation thérapeutique

Un exemple concret de relation médecin-patient témoignant de sa complexité est celui de l'éducation thérapeutique du patient. Selon l'OMS, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (69). Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Enjeu majeur dans la prise en charge de nombreuses maladies (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires, psychiatrie, maladies neurologiques chroniques, greffés...), elle se réfère à une démarche pédagogique dite raisonnée qui concerne aussi bien le patient que le soignant et dont la première finalité est de comprendre l'histoire, la trajectoire en santé du patient (59). À l'issue de ce travail, des modalités d'intervention éducative tenant compte d'un patient acteur de la situation peuvent être déterminées et un accord peut être fixé entre les deux partenaires. En plus peuvent se greffer des situations d'évaluation/régulation mises en œuvre par les deux protagonistes.

Après les phases d'intervention initiales, les modalités de la continuité du processus de l'ETP peuvent prendre plusieurs formes : consultation éducative, réunion de groupe, intervention à distance par les technologies de communication, intervention de masse...

Aujourd'hui, le recul sur l'ETP permet de remarquer que, d'une part les acteurs de l'ETP ont des difficultés à identifier les modèles théoriques principalement utilisés dans leur démarche de soin (70), et que d'autre part, quels que soient les modèles théoriques utilisés dans la relation de soin, dont découlent les modèles théoriques éducatifs (pédagogique, didactique, cognitivo-comportementaliste, *counseling*), aucun ne semble plus efficace que l'autre (71).

Cela montre bien la difficulté de théoriser la relation médecin-patient vu sa complexité et la nécessaire prise en compte de l'individualité dans sa globalité à chaque rencontre.



Dessin de Violay (blog lcf974.wordpress.com)

D. Synthèse

Ainsi, la relation thérapeutique, et de surcroît médecin-malade, ne peut se penser que du point de vue des protagonistes : nombreux sont les facteurs (socio-culturels, individuels...) expliquant sa complexité. Chaque rencontre est unique, chaque colloque est singulier. Or cela implique, si on envisage une réflexion du corps médical pour améliorer son approche de la relation, de mettre le principe de l'adaptation au centre de l'échange. L'asymétrie de cette relation doit être mutualisée par la capacité d'adaptation du médecin. Il peut se donner les moyens d'être le garant de la bilatéralité de la relation pour un meilleur soin. Pour autant, il est important que le médecin généraliste pense aussi le patient comme une personne à part entière, libre, au-delà du « colloque

singulier » (72) avec des choix sortant parfois des considérations morales, éthiques, culturelles de celles du médecin.

**Le respect mutuel
patient/médecin ne s'obtient
que grâce à une adaptation....**

incorrect



correct



**....compréhensive du médecin
tenant compte des us et
coutumes en vogue.**

Dessin de Cécile Bour (site santecaricature.fr)

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1/ Objectifs :

A. Principaux :

- Evaluer la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information apportée par leur médecin généraliste.
- Identifier les facteurs potentiels influant sur leur perception de la transmission des informations par le médecin généraliste.

B. Secondaires :

- Identifier des éléments pouvant conduire à modifier nos pratiques en terme de relationnel.
- Comparer le ressenti de patients vis-à-vis de la transmission de l'information entre médecine de ville et hospitalière.
- Discuter de l'image du médecin généraliste en 2015.
- Discuter des pistes de réflexion pour l'intégration d'un enseignement du « relationnel » médecin-patient dans les études de médecine.

2/ Méthode :

A. Choix de la méthode

De nombreuses études ont été réalisées sur l'information dans la relation médecin-malade. L'évolution des lois ces dernières années sur les droits des patients notamment sont là pour en témoigner. Pour autant l'évaluation de la satisfaction des patients reste trop souvent l'apanage d'enquêtes d'opinion grand public.

Le choix d'une méthode descriptive quantitative s'est établi sur le fait que l'objectif était d'une part d'avoir un aperçu du ressenti des patients en ce qui concerne la transmission des informations par leur médecin mais d'autre part de déterminer d'éventuels facteurs influençant cette perception. Or une méthode qualitative était adaptée à la première partie de l'objectif avec la possibilité d'ailleurs de faire émerger des éléments nouveaux, mais pas à la seconde partie.

B. Recueil des données

Ce travail a consisté en une étude transversale descriptive avec un recueil de données prospectif.

1. La population :

La population interrogée était celle de la patientèle de plusieurs médecins généralistes de Loire Atlantique, en cabinet de groupes ou seuls, exerçant en milieu rural, semi-rural et urbain.

Tableau 4 : liste et caractéristiques des cabinets de médecins généralistes participant à l'étude

Nombre de médecins	Sexe	Type cabinet	de	Présence d'une secrétaire	Communes et habitants
2	Hommes	Seul		Non	Riaillé, 2200 hab.
2	Hommes	Seul		Non	Joué-Sur-Erdre, 2400 hab.
1	Homme	Seul		Non	Saint-Mars-La-Jaille, 2550 hab.
4	2 femmes/2 hommes	Groupe		Oui	Varades, 3500 hab.
7 d'attente 4)	(salle pour 2 femmes/5 hommes	Groupe		Oui	Ancenis, 7500 hab.
4 d'attente 2)	(salle pour 3 femmes/1 homme	Groupe		Oui	Bouguenais, 18500 hab.
3	2 femmes/1 homme	Groupe		Oui	Saint-Herblain, 45000 hab.
1	Homme	Seul		Non	Nantes, 290000 hab.
2	Femmes	Groupe		Oui	

Les cabinets étaient contactés par téléphone et les médecins concernés étaient ensuite rencontrés personnellement afin de donner leur aval. Aucun refus n'a été signalé.

Ces cabinets ont été choisis par leur proximité géographique par rapport à mon domicile d'une part, et la volonté d'étude de bassins de populations différents d'autre part (milieu rural, milieu urbain avec population migrante importante, milieu urbain de centre ville...).

L'étude s'est limitée à ces cabinets du fait d'une contrainte de logistique d'un côté, de temps de l'autre puisque déjà avec ceux-ci elle s'est déroulée sur plusieurs mois.

Secondairement a été décidé d'augmenter la population de l'étude afin d'amener une nouvelle variable de comparaison selon le lieu de recrutement de la population : ainsi le questionnaire a également été distribué à des patients hospitalisés au centre hospitalier de Cholet en Maine et Loire, lieu où je travaille, dans les services de néphrologie,

endocrinologie, pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale et médecine polyvalente. Il s'agit d'un centre périphérique de taille intermédiaire (758 lits) situé à la limite de quatre départements (Maine et Loire, Deux-Sèvres, Vendée et Loire Atlantique).

La taille de l'échantillon nécessaire permettant une analyse de données statistiquement significatives a été calculée à priori à partir de la formule suivante:

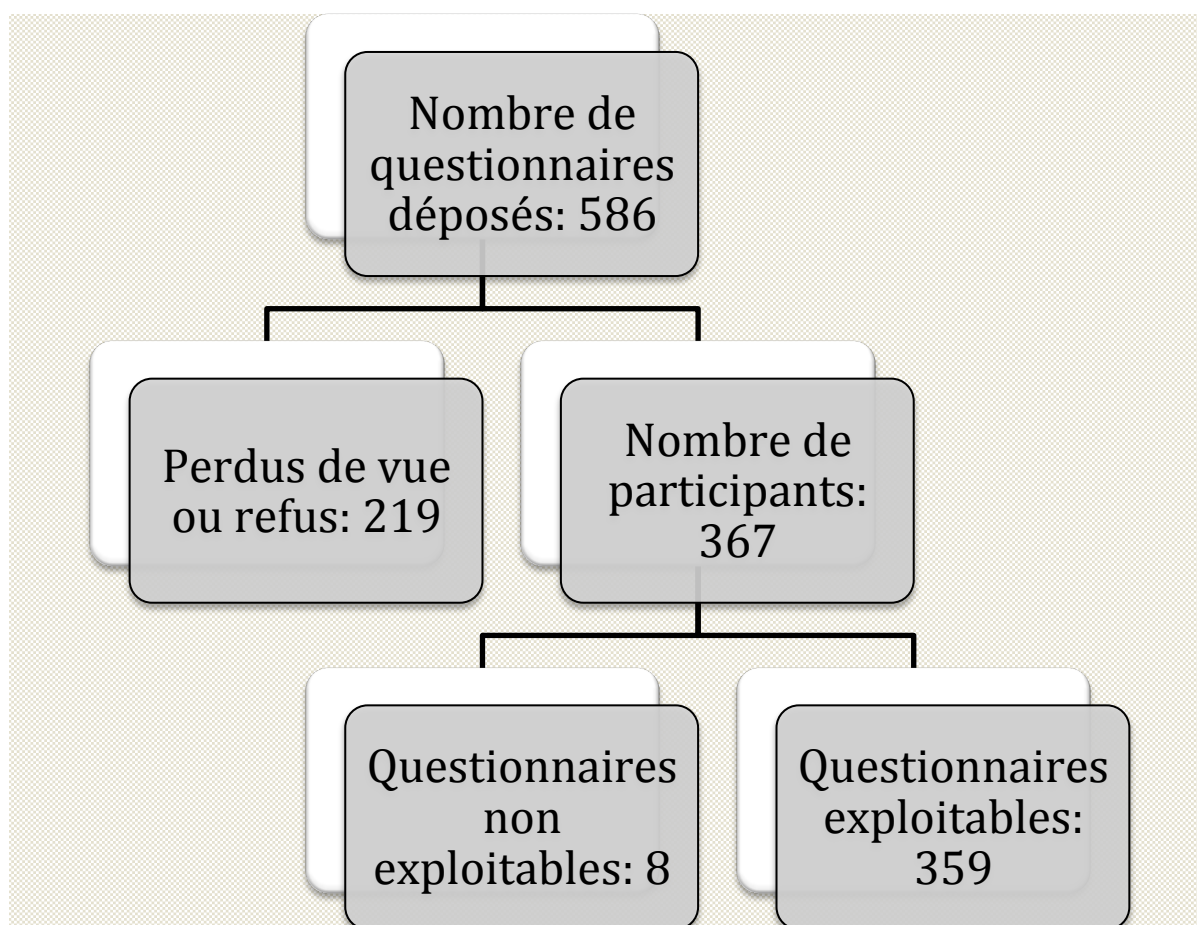
$$n = \frac{t^2 \times p(1 - p)}{e^2}$$

- n = taille de l'échantillon
- t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)
- p = proportion estimée de patients ayant une bonne perception de la transmission de l'information (soit 85% pour notre étude, proportion moyenne des enquêtes de satisfaction)
- e = marge d'erreur, fixée habituellement à 5%

La taille de l'échantillon nécessaire ainsi obtenu était de **n = 196**

Le critère d'inclusion était l'âge supérieur ou égal à 11 ans (fixé arbitrairement car correspondant à l'âge d'entrée dans le cycle du second degré, c'est-à-dire le collège). Étaient exclues les personnes refusant de participer à l'étude ou de remplir le questionnaire, ainsi que les personnes présentant des troubles cognitifs, du comportement ou de la vigilance. Le remplissage partiel du questionnaire ne constituait pas tout le temps un critère d'exclusion : seuls les patients n'ayant pas ou mal répondu à plus de 5 questions sur 13 étaient exclus.

Figure 5 : organigramme d'inclusion des patients



2. Le questionnaire :

Avant d'être distribué dans la population étudiée, ce questionnaire a été testé par une vingtaine de personnes choisies arbitrairement dans mon entourage afin de faire ressortir des défauts de fond et de forme (ex. : enchaînement entre certaines questions, incompréhension de l'intitulé...).

Le questionnaire final (annexe 2), imprimé en une page recto/verso afin de limiter la quantité de papier consommé, commençait par une phrase d'introduction courte insistant sur l'anonymat :

Madame, Monsieur,

Merci de votre participation à cette thèse qui clôture mes études de médecine et pourra contribuer à améliorer la pratique médicale.

Ce questionnaire recto-verso est strictement anonyme, et les données mentionnées ne seront utilisées que pour l'analyse des résultats.

Le questionnaire s'organisait ensuite en trois parties :

- la première, avec des demandes non numérotées, constituait le recueil des caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, lieu d'habitation, profession, personnes vivant sous le même toit), de la fréquentation des professionnels de santé (sédentarité médicale, fréquence de visites au cabinet, nombre d'hospitalisations) et de l'état de santé des patients.

- la seconde, correspondant aux questions de 1 à 5, étudiait l'image du médecin généraliste : son sexe, sa place dans la société, sa présentation, les attentes prioritaires des patients.
- la troisième, des questions 6 à 12, explorait le point de vue des patients sur l'information médicale en générale (leur implication, les moyens utilisés, leur satisfaction) mais également en particulier concernant leur médecin généraliste (leur satisfaction, leur lien, le temps d'écoute).
- La question 13 laissait place aux commentaires libres.

Les données recueillies notamment dans la première partie ont été ensuite regroupées en sous-catégories :

- Concernant l'âge, critère libre, un regroupement en quatre tranches d'âge a été réalisé : **moins de 25 ans**, de **26 à 45 ans**, de **46 à 65 ans** et **plus de 65 ans**.
- Concernant la profession, huit catégories ont été établies en référence à la nomenclature des catégories socio-professionnelles de l'INSEE datant de 1999. Elles ont ensuite été dispersées dans deux sous-groupes : les **actifs** (travailleurs actifs) et **inactifs** (chômeurs, sans emploi, étudiants, retraités, homme ou femme au foyer, incapacité de travailler...) inspirés des définitions de l'INSEE pour permettre des analyses statistiques correctes vu les faibles effectifs.
- Concernant les lieux d'habitation, deux catégories ont été établies selon le zonage en aires urbaines (ZAU) et en unités urbaines défini par l'INSEE caractérisant ainsi les espaces à **dominante urbaine** (formés des pôles urbains et du périurbain) et ceux à **dominante rurale** (formés de petites unités urbaines et des communes rurales).
- Concernant la situation familiale, deux catégories : les personnes **en couple** ou **célibataire** ainsi que les personnes **avec** ou **sans enfants**.
- Concernant le nombre d'hospitalisation, deux catégories : peu ou non hospitalisés (**inférieur ou égal à 5**) et souvent ou très souvent hospitalisés (**supérieur à 5**).
- Concernant la fréquentation du médecin généraliste, deux catégories : ceux n'ayant connus qu'un médecin et les autres.

La question 4 qui traitait des attentes des patients a fait l'objet d'un particularisme pour faciliter la lecture des résultats du fait de la variabilité de réponses, et ce malgré les exemples fournis à titre indicatif. Ainsi différents substantifs proches par leur signification ont été regroupés sous le même terme (ex: bon diagnostic/bon médicament/efficacité correspondent au terme compétence; ouverture le week-end/facilité de rendez-vous englobé dans disponibilité ; franchise/honnêteté/sincérité avec vérité...).

C. Installation du matériel et méthode de collecte

Le questionnaire était distribué dans les cabinets de médecine générale avec deux types de procédures possibles :

- en salle d'attente avec une feuille explicative affichée au mur, un caisson de « questionnaires à remplir » et une pochette plastique fermée avec l'indication « questionnaires remplis » où remettre son questionnaire (annexe 3).

- auprès de la secrétaire qui proposait le questionnaire aux patients avec une phrase explicative et à qui les patients le remettaient.

Du 24 juin au 17 octobre 2014, les questionnaires furent distribués pour une durée de 2 à 3 semaines environ pour chaque médecin, avec des appels téléphoniques de suivi du remplissage chaque semaine. 30 questionnaires étaient donnés par médecin soit un total de 450 distribués en cabinet.

Pour les patients hospitalisés, je me présentais dans la chambre et expliquais le principe de l'étude, en insistant sur l'anonymat et sur l'utilisation du questionnaire uniquement comme objet de l'étude, indépendamment de leur médecin traitant. Je repassais un peu plus tard dans la journée ou le lendemain pour récupérer directement le questionnaire (la phrase explicative finale présente sur le questionnaire a de ce fait été modifiée (annexe 4)). Le recueil a été réalisé du 6 octobre 2014 au 30 janvier 2015.

D. Exploitation des données

La saisie des réponses aux questionnaires et l'analyse des résultats se sont effectués sur le logiciel Microsoft Excel® (annexe 5). Les questionnaires avec plus de 5 questions sur 13 non remplies étaient exclus, soit 8 questionnaires non exploitables. Tous les commentaires libres ont été recueillis et synthétisés si nécessaire.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R®, gratuitement téléchargeable, et de l'interface en ligne BiostaTGV, site développé par une équipe d'épidémiologie affiliée à l'INSERM et l'Université Pierre et Marie Curie. Elles consistaient en la comparaison de données qualitatives nominales dans l'objectif d'évaluer leur indépendance. Pour se faire, deux tests ont été utilisés :

- ⇒ Le test du Chi-deux (χ^2) qui permet de mesurer l'indépendance entre 2 variables qualitatives X et Y à respectivement n_x et n_y modalités pour des effectifs attendus supérieurs ou égal à 5. Le risque alpha était de 5%. Il a pour objectif de déterminer dans quelle mesure des effectifs relatifs à un ou plusieurs caractères observés sur un ou plusieurs échantillons sont conformes aux effectifs attendus sous l'hypothèse nulle. Voici sa formule mathématique :

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(O_{i,j} - E_{i,j})^2}{E_{i,j}}$$

Avec :

- $O_{i,j}$ la valeur observée
- $E_{i,j}$ la valeur attendue sous l'hypothèse d'indépendance

- ⇒ Le test de Fisher qui correspond à l'alternative au χ^2 sans aucune contrainte d'échantillon, et donc utilisable pour les petits échantillons dans notre population ($n < 5$). Le risque alpha était également de 5%.

Certains tableaux de contingence présentant plusieurs modalités pour deux variables, les statistiques ont été réalisées à chaque fois en essayant de minorer au

maximum le nombre de modalités, afin d'avoir des effectifs plus importants et des risques de se tromper moindre. Par exemple, la satisfaction des patients quant à l'information apportée par le médecin, jugée par « toujours », « souvent », « rarement » et « jamais » a été remodelé en deux groupes : « plutôt satisfaits » avec les deux premiers avis et « plutôt insatisfaits » avec les deux derniers.

E. Recherche bibliographique

Le logiciel Zotero® a été utilisé dans le stockage des données de recherche et dans l'écriture du travail pour intégrer les références bibliographiques.

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de différents ouvrages clefs (2,17,32,73) et sur internet via plusieurs sites :

- SUDOC
- PUBMED
- NANTILUS (portail documentaire de la faculté de Nantes)
- Google
- CISMEF et INFOCLINIQUE
- Portails de recherche en sciences humaines : Ethique et santé (Réseau Rodin), CAIRN info, PERSEE

Les mots clés utilisés ont été :

- « information du patient », « transmission de l'information médicale », « satisfaction des patients », « communication médicale », « relation médecin/patient ».
- « patient information », « shared decision making », « health communication », « physician-patient relationship », « patient's expectations ».

RESULTATS

1/ Caractéristiques sociodémographiques de la population

1. Sexe:

Dans la population de cabinet de médecine générale, correspondant à 247 questionnaires analysés, 78,1% des répondants (soit 193) étaient des femmes et 21,9% (soit 54) étaient des hommes.

2. Âge :

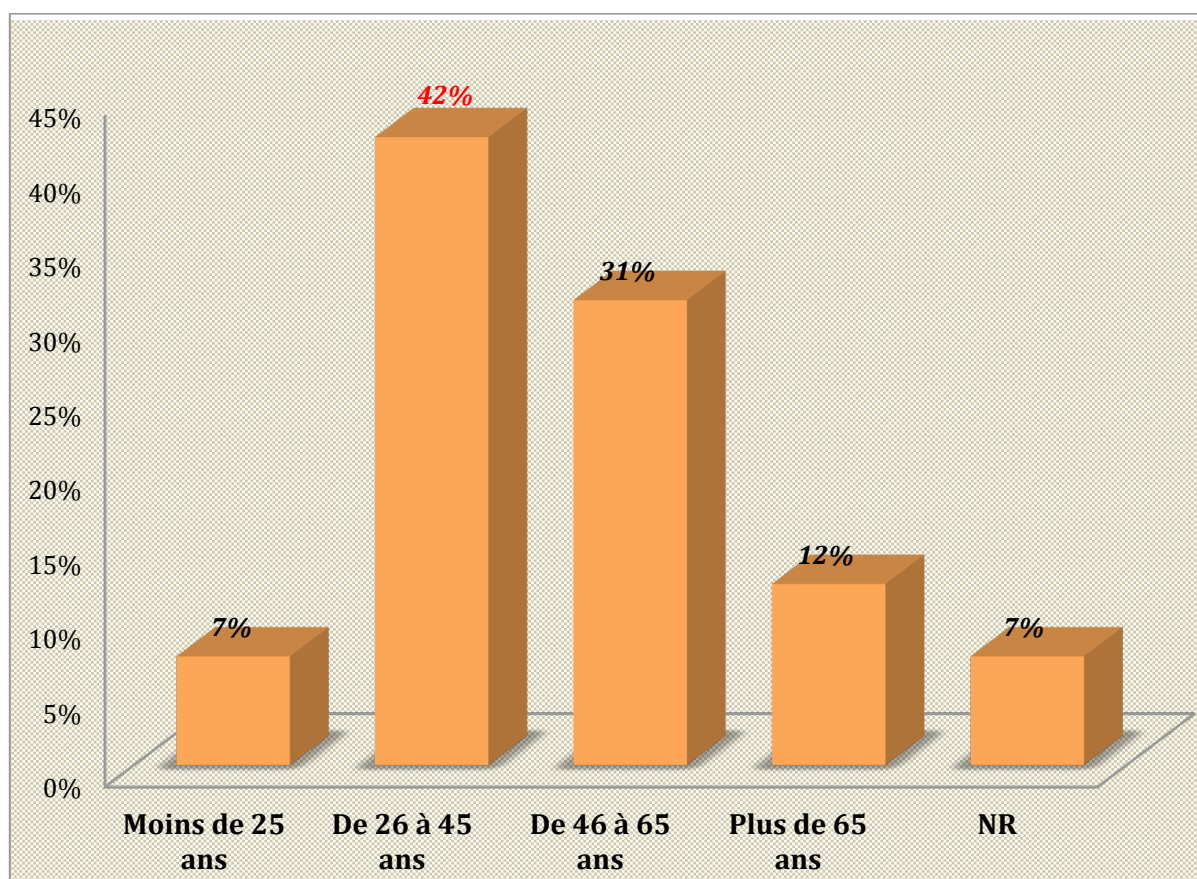


Figure 6: Répartition de la population en fonction de l'âge

La moyenne d'âge était calculée à 50 ans et la médiane à 44 ans.

3. Situation familiale :

- 70,4% des personnes soit 174 se sont déclarées en couple, alors que 29,6% étaient célibataires.
- 54,3% des interrogés vivaient avec au moins un enfant à domicile.

- Seules 13 personnes soit 5,3% logeaient avec leur(s) parent(s).
- 15,4% vivaient seul à domicile, alors que 84,6% avaient au moins une personne vivant avec eux.

4. Lieu d'habitation :

Dans notre population, la répartition entre la ville et la campagne était plutôt équilibrée puisque 43,7% vivaient dans un espace à dominante urbaine alors qu'ils étaient 40,1% en milieu rural. 40 personnes, soit 16,2%, n'ont pas déclarés leur lieu d'habitation.

5. Catégories socio-professionnelles :

Le taux de réponses a été de 85%, soit 15% de non-répondants. La répartition s'est établie comme ceci :

PROFESSIONS	EFFECTIFS (en nombre)	EFFECTIFS (en %)
Agriculteurs	1	0,4%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1	0,4%
Cadres supérieurs, professions intellectuelles et libérales	16	6,5%
Professions intermédiaires	38	15,4%
Employés	65	26,3%
Ouvriers	16	6,5%
Retraités	52	21,1%
Etudiants	9	3,6%
Sans emploi et autres inactifs	12	4,9%

Tableau 5 : activités professionnelles de la population

2/ Fréquentation des professionnels de santé

1. Sédentarité médicale :

94% des personnes souhaitent consulter autant que possible le même généraliste, 4% ne préfèrent pas (2% de non-répondants).

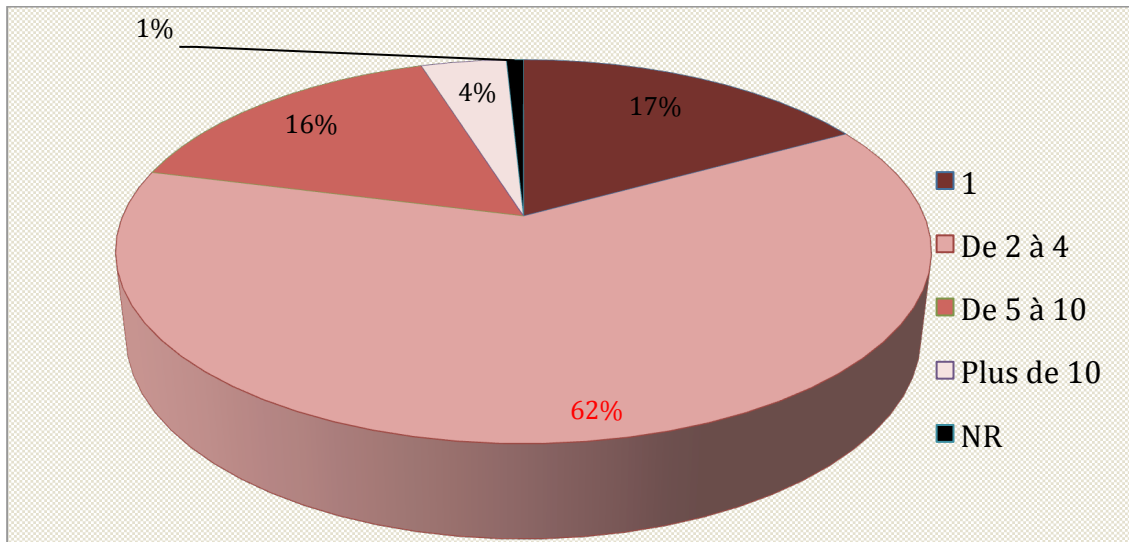


Figure 7: Nombre de médecins généralistes consultés au cours de sa vie

La majorité des sondés (62%) a consulté 2 à 4 médecins généralistes avec la volonté d'un suivi au cours de leur vie.

2. Fréquence de consultation :

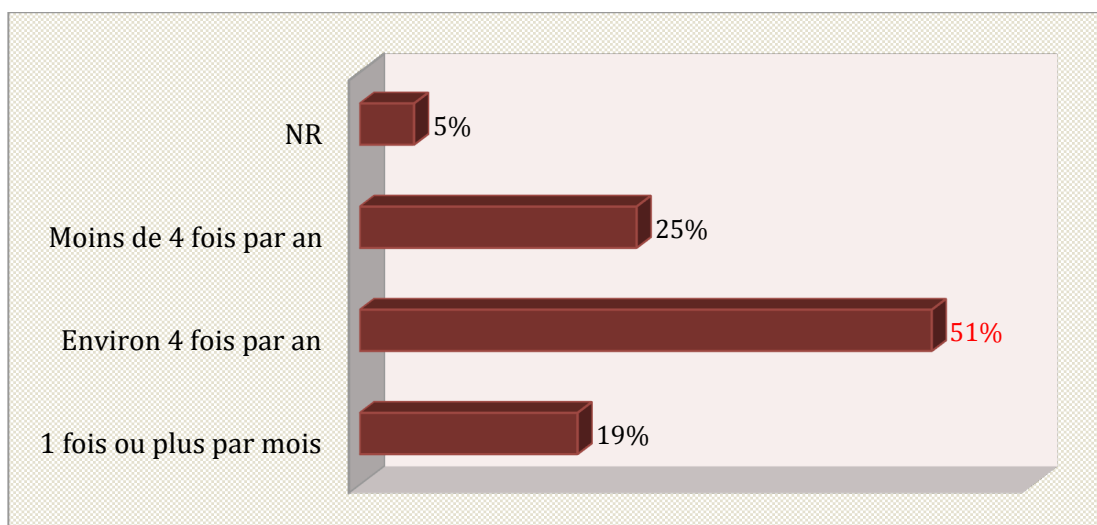


Figure 8: Fréquence de consultation du médecin généraliste

Un peu plus de la moitié de la population (51%) consultait son médecin une fois par trimestre environ.

3. Nombre d'hospitalisation :

Correspondant à une question libre, elle a ensuite été divisée en 2 sous-groupes :

- Les personnes non ou peu hospitalisées, représentaient la majorité, à savoir 67%.
- Les personnes souvent ou très souvent hospitalisées étaient 44, soit 18%. (15% de non-répondants).

3/ État de santé de la population

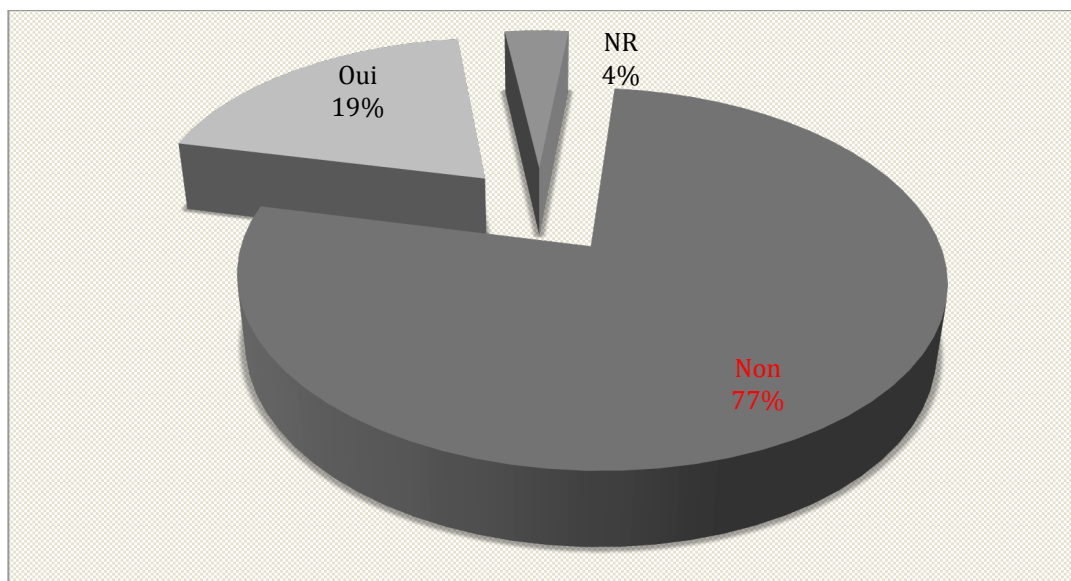


Figure 9: Avez-vous eu une maladie grave?

Le nombre de personnes considérant avoir été gravement malade (48, soit 19%), correspond au nombre de personnes souvent ou très souvent hospitalisées (44), même si le nombre de non-répondants est moindre (4%).

4/ L'image du médecin

1. Sexe :

Une écrasante majorité des interrogés (90,3%) n'accorde pas d'importance au sexe du médecin. Seize personnes (soit 6,5%) souhaitent spécifiquement une femme et huit (soit 3,2%) un homme.

2. Revenus :

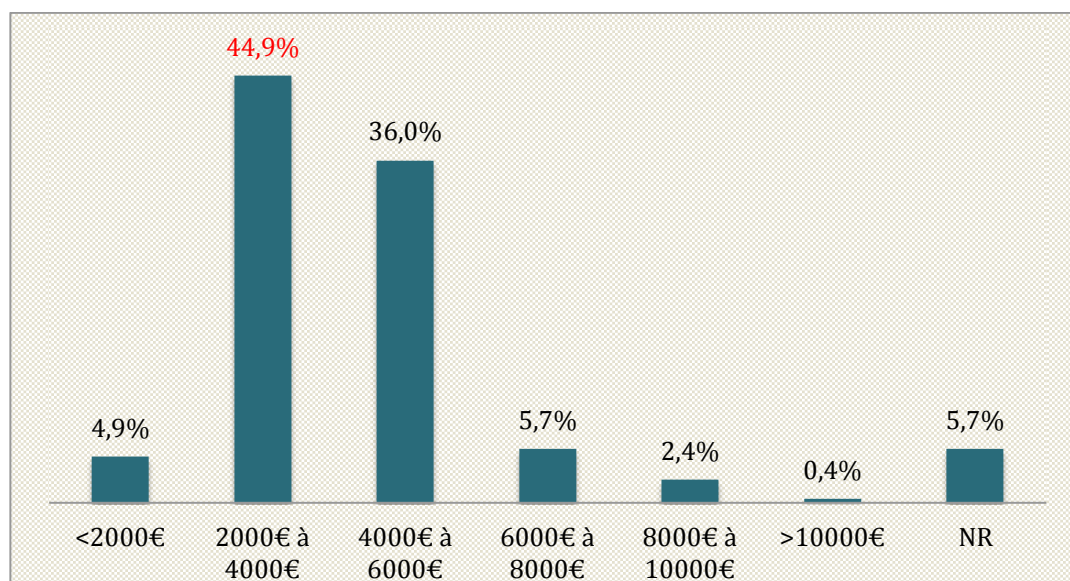


Figure 10: Revenus du médecin généraliste

80,9% de la population estime les revenus des médecins généralistes compris entre 2000€ et 6000€, avec près de la moitié plutôt entre 2000€ et 4000€.

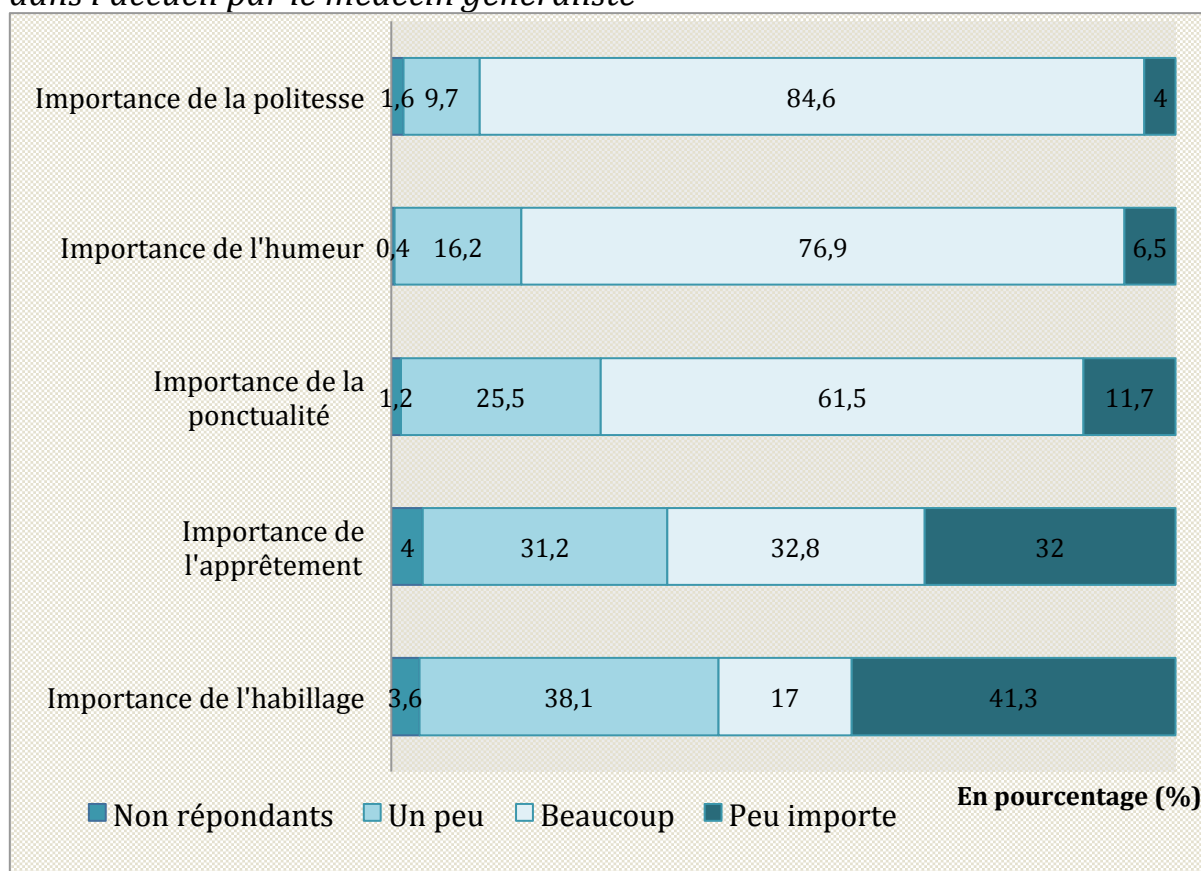
3. Qualités :

L'écoute, la compétence et le fait de bien soigner sont les trois qualités principales attendues d'un médecin généraliste pour les interrogés, citées respectivement par 156, 131 et 51 personnes sur 247. Il y a 76 non-réponses d'enregistrées, soit 10,3% du total possible.

Tableau 6 : attentes des patients

Qualités liées au métier	Compétence 17,7%
	Soigne bien 6,9%
	Disponibilité 6,3%
	Ponctualité 2,4%
	Suivi régulier 2%
	Professionnalisme 1,6%
	Autres : réactivité, savoir orienter (0,7%), perspicacité (0,5%), propreté, énergique (0,4%), dépistage, connaissance du patient (0,3%), homéopathie, passion du métier, délivrance de peu de médicament, compétence en pédiatrie (0,1%)
Qualités humaines	Gentillesse 2,7%
	Humanité 2,7%
	Attention 2,2%
	Ne juge pas 1,8%
	Autres : accueillant (0,8%), ouverture d'esprit (0,5%), simplicité (0,4%), drôle, patience (0,1%)
Qualités liées à l'échange/au relationnel	Ecoute 21,1%
	Dire la vérité 4,6%
	Être rassurant 1,6%
	Autres :
Qualités liées à la communication	Donner des explications 4,7%
	Informar 1,8%
	Autres : conseiller (0,8%)
Qualité liée au secret médical	Confidentialité 1,5%

Figure 11: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste



La politesse, l'humeur et la ponctualité sont des éléments qui ont beaucoup d'importance aux yeux des patients interrogés (respectivement 84,6%, 76,9% et 61,5%). A l'inverse beaucoup moins d'importance est accordé à l'apprêtement (63,2% au total de « un peu » ou « peu importe ») ou aux habits (79,4%).

4. Image du métier :

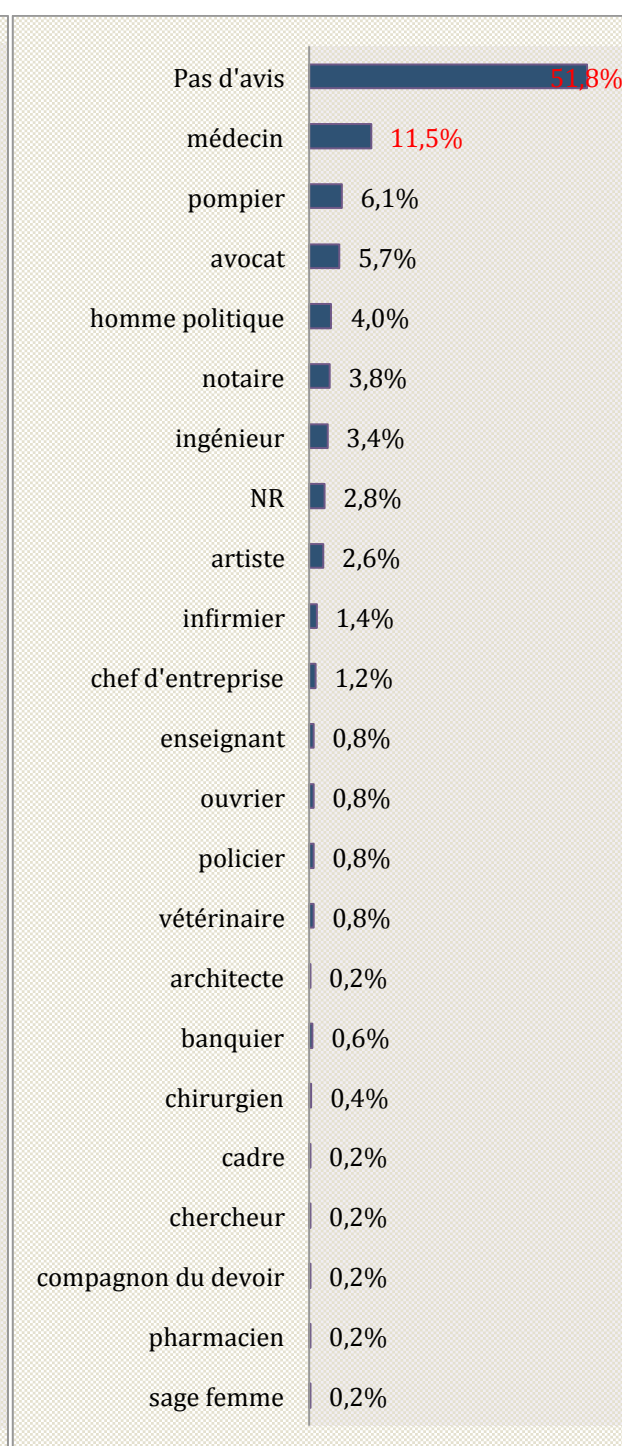
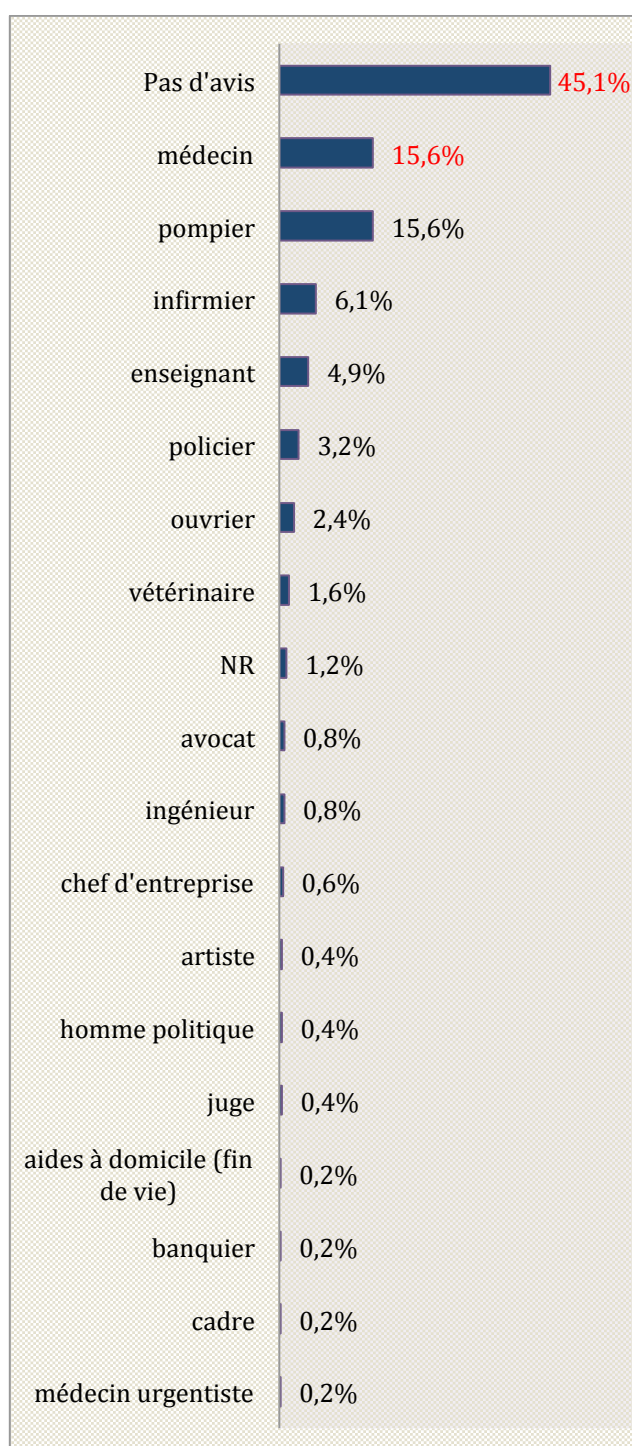


Figure 12: Métiers les plus respectables *Figure 13: Métiers les plus prestigieux*

Environ 1 patient sur 2 n'avait pas d'avis quant à la respectabilité (45,1%) ou au prestige (51,8%) des métiers les uns par rapport aux autres. Pour autant, la profession de médecin est considérée comme faisant partie des plus respectables (15,6%) et apparaît comme la plus prestigieuse (11,5%), avec celle de pompier.

Viennent ensuite des métiers liés à l'humain sur le versant respectable (pompier, infirmier, enseignant) alors que des professions de pouvoir et d'autorité vont ressortir sur le versant prestige (avocat, homme politique, notaire).

5/ La perception de la transmission de l'information

1. Satisfaction :

D'une façon générale, les patients sont plutôt satisfaits (236 sur 247) de l'information donnée par le médecin généraliste.

Tableau 7 : satisfaction vis-à-vis de l'information donnée par le médecin généraliste

Question 9	EFFECTIFS (nombre)	EFFECTIF (%)	GLOBAL
Toujours	95	38,5%	Plutôt satisfaits : 95,5%
Souvent	141	57,1%	
Rarement	9	3,6%	Plutôt insatisfaits : 4%
Jamais	1	0,4%	
NR	1	0,4%	
TOTAL	247	100	

2. Participation :

Ils ont le sentiment de participer aux décisions concernant leur santé pour 81,8% d'entre eux (28,3% toujours et 53,4% souvent) contre 17,4% qui ne se sentent pas actifs (16,6% rarement et 0,8% jamais).

3. Moyens d'information :

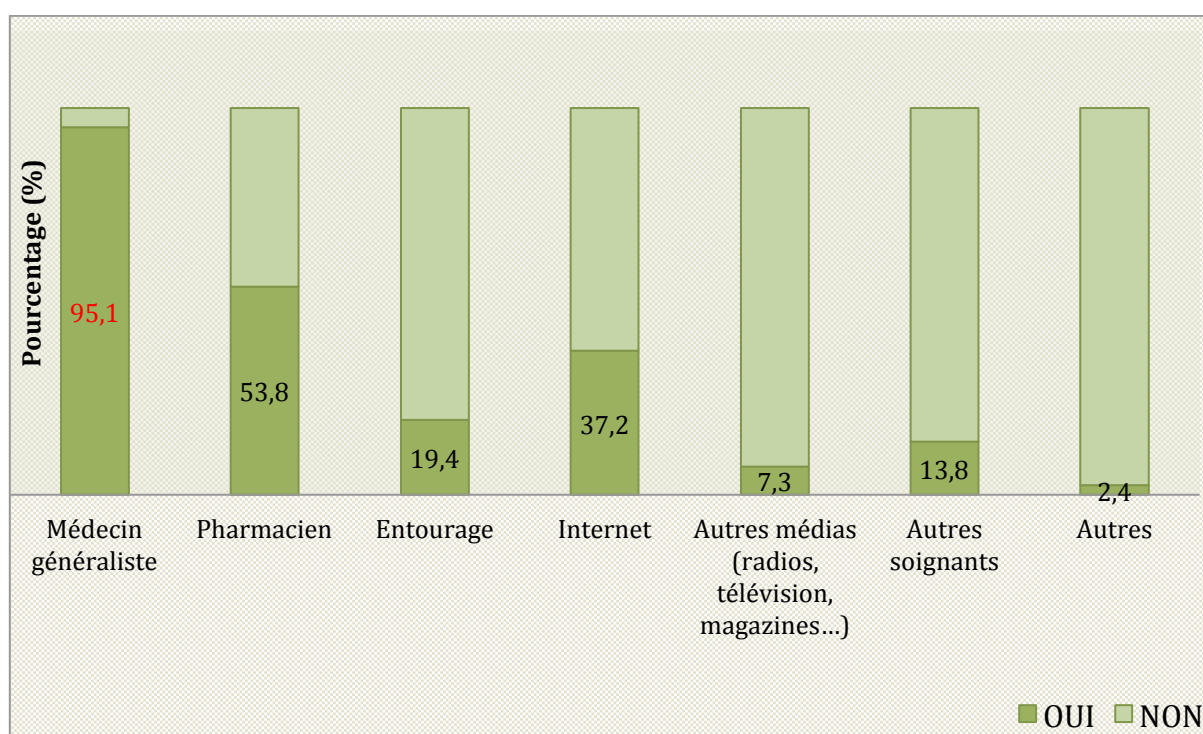


Figure 14: Moyens utilisés pour s'informer en cas de problème de santé

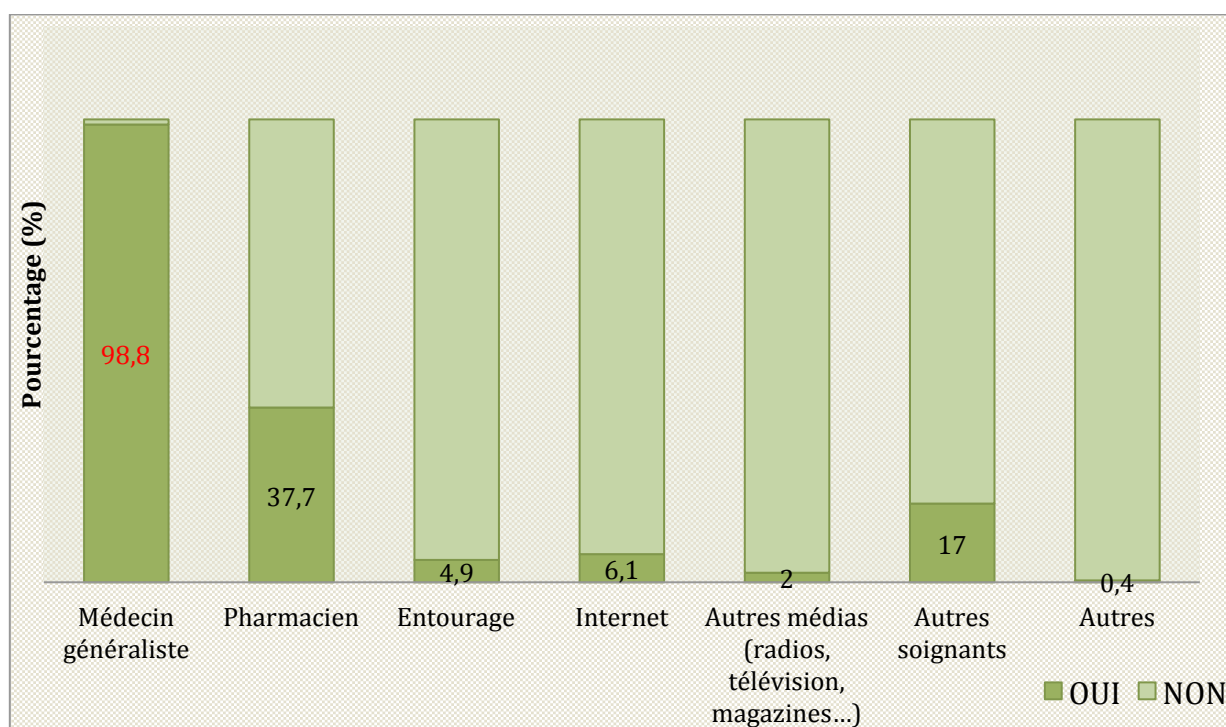


Figure 15: Confiance accordée à la qualité de l'information donnée par:

Le médecin généraliste reste le principal vecteur d'information en cas de problème de santé dans 95,1% des cas, et surtout celui à qui on accorde le plus sa confiance en terme de qualité de l'information donnée (98,8% des cas).

Le pharmacien est un autre professionnel de santé régulièrement consulté en matière d'information (53,8% des cas), et l'utilisation d'internet prend une part de plus en plus grande (37,2% des cas). Mais la qualité de l'information apportée par internet est sérieusement remise en question puisqu'ils ne sont plus que 6,1% à lui faire confiance.

4. Information sur les médicaments :

- Pour 67,6% d'entre eux le médecin généraliste leur parle de façon très simple et claire, leur permettant une bonne compréhension.
- 30,4% trouvaient qu'il utilisait parfois des mots compliqués mais qu'il les expliquait après.
- Ils étaient 9,7% à considérer que leur médecin n'expliquait pas suffisamment les prescriptions.
- Quatre personnes soit 1,6% de la population trouvaient qu'il ne disait jamais rien sur les médicaments.

Sept patients ont proposé librement une réflexion : la plupart soulignait leur implication à poser des questions sur les médicaments amenant alors à une réponse du médecin. Une expliquait qu'elle ne voulait pas se soigner avec des médicaments et que son médecin ne la comprenait pas, une autre déclarait : « les termes sont souvent trop compliqués ».

5. Relation au médecin :

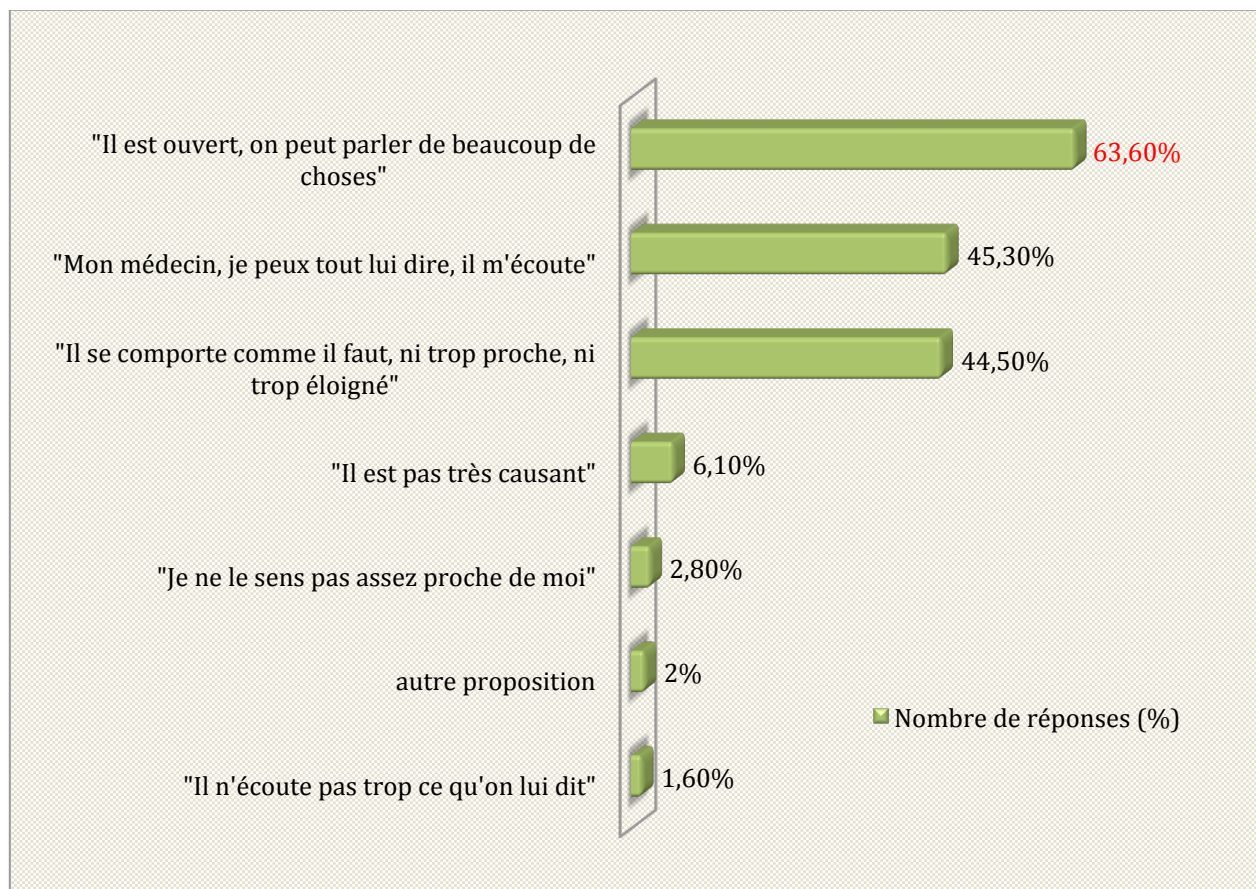


Figure 16: Description du relationnel avec son médecin généraliste

Les autres propositions (2% soit n=5) mettaient en avant soit le manque de temps ou la rapidité de l'échange, soit amenaient à un commentaire sur leur médecin expliquant leur choix (ex. : « super gentil », « rassurant »...).

6. Temps d'écoute :

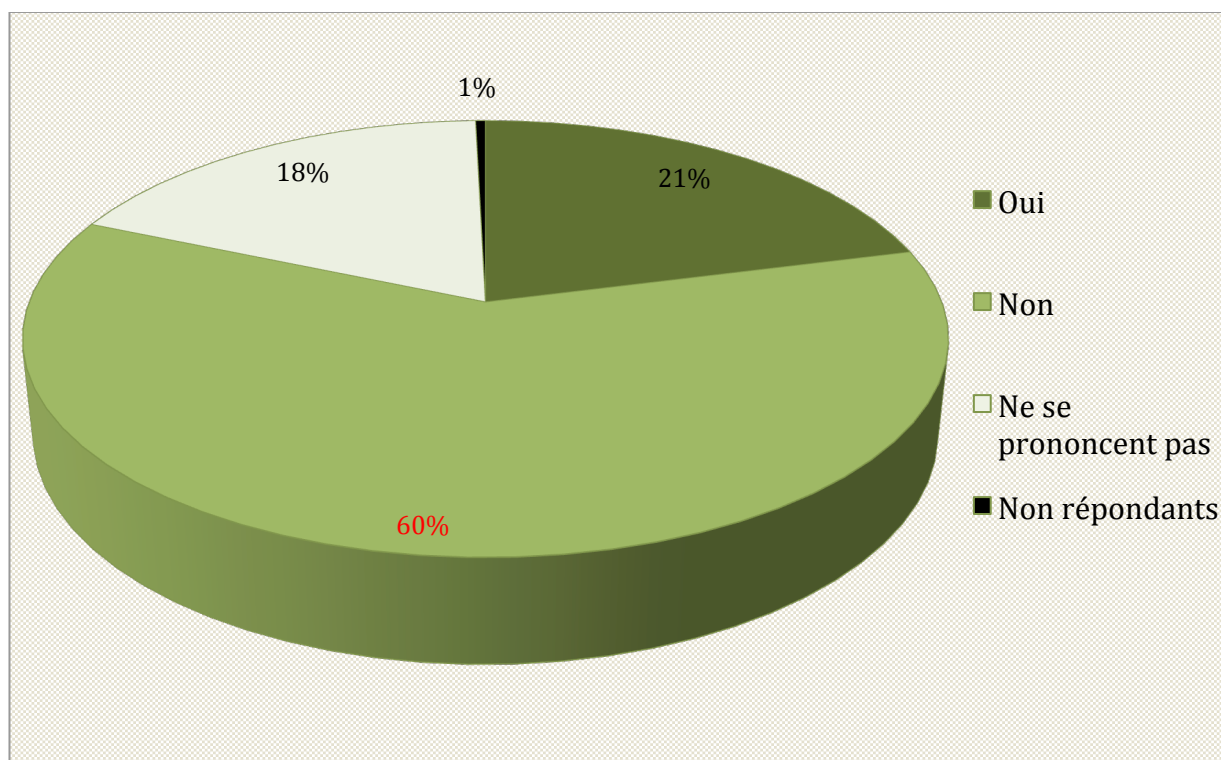


Figure 17: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter?

6/ Résultats concernant la population hospitalière

A. Caractéristiques sociodémographiques

NOMBRE TOTAL DE PATIENTS		112
SEXE	Femmes	52% (58)
	Hommes	48% (54)
Moyenne d'âge		65 ans
Médiane		69,5 ans
Vivant en couple		61% (68)
Vivant avec un enfant		27% (30)
LIEU D'HABITATION	Milieu rural	31% (35)
	Milieu urbain	51% (57)
		Non répondants : 18% (20)

Tableau 8 : principales caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés

En ce qui concerne la profession, l'âge moyen étant beaucoup plus important que dans la population de cabinet de médecine générale, 64,3% des interrogés sont retraités et il n'y a aucun étudiant ni artisan/commerçant/chef d'entreprise.

B. Fréquentation des professionnels et état de santé de la population

Logiquement, la population hospitalière est particulièrement plus âgée car plus vulnérable. Cela a également des conséquences quant aux caractéristiques sur la fréquentation des professionnels de santé et l'état de santé de la population:

- 46% des interrogés (soit 52) ont déclarés avoir eu une maladie grave, contre 19% dans la population de cabinet.
- 35% (soit 39) étaient souvent ou très souvent hospitalisés contre 18% en cabinet, avec en plus un nombre de non répondants plus important (28% contre 15%).

Pour autant la volonté de consulter le même généraliste (94% de réponses positives), le nombre de médecins consultés au cours de sa vie et la fréquence de consultation du médecin généraliste étaient comparables entre les deux populations en terme de chiffres.

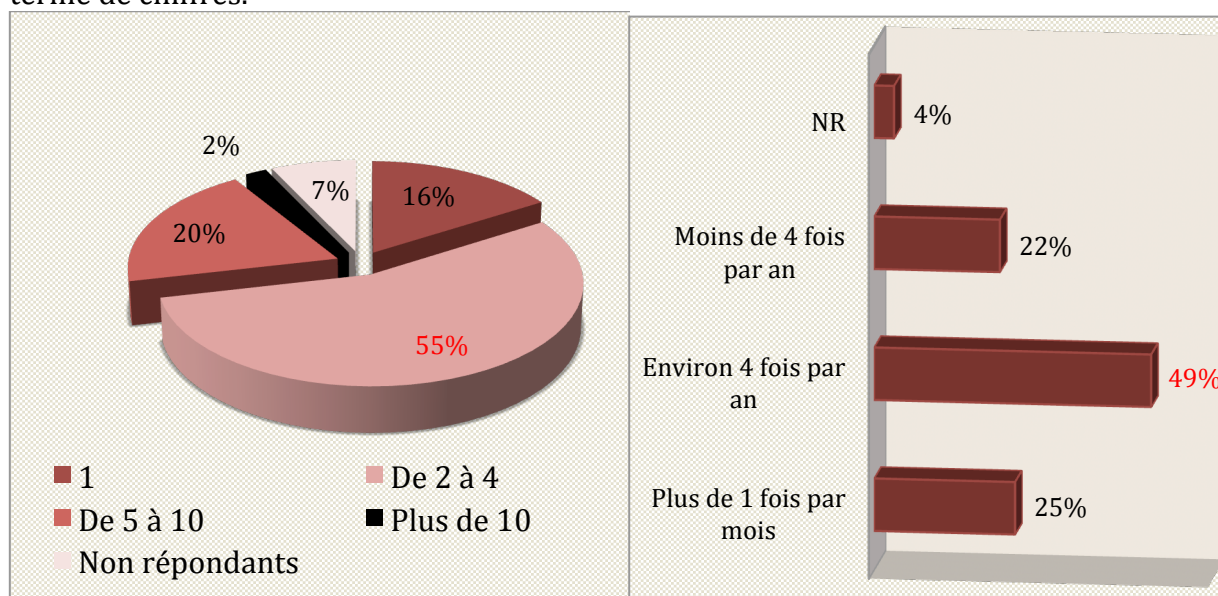


Figure 18: Nombre de médecins généralistes consultés au cours de sa vie *Figure 19: Fréquence de consultation du médecin généraliste*

C. L'image du médecin

1. Sexe :

88% des personnes interrogées n'accordaient pas d'importance au sexe du médecin généraliste, donc en proportion équivalente à la population de cabinet.

2. Revenus :

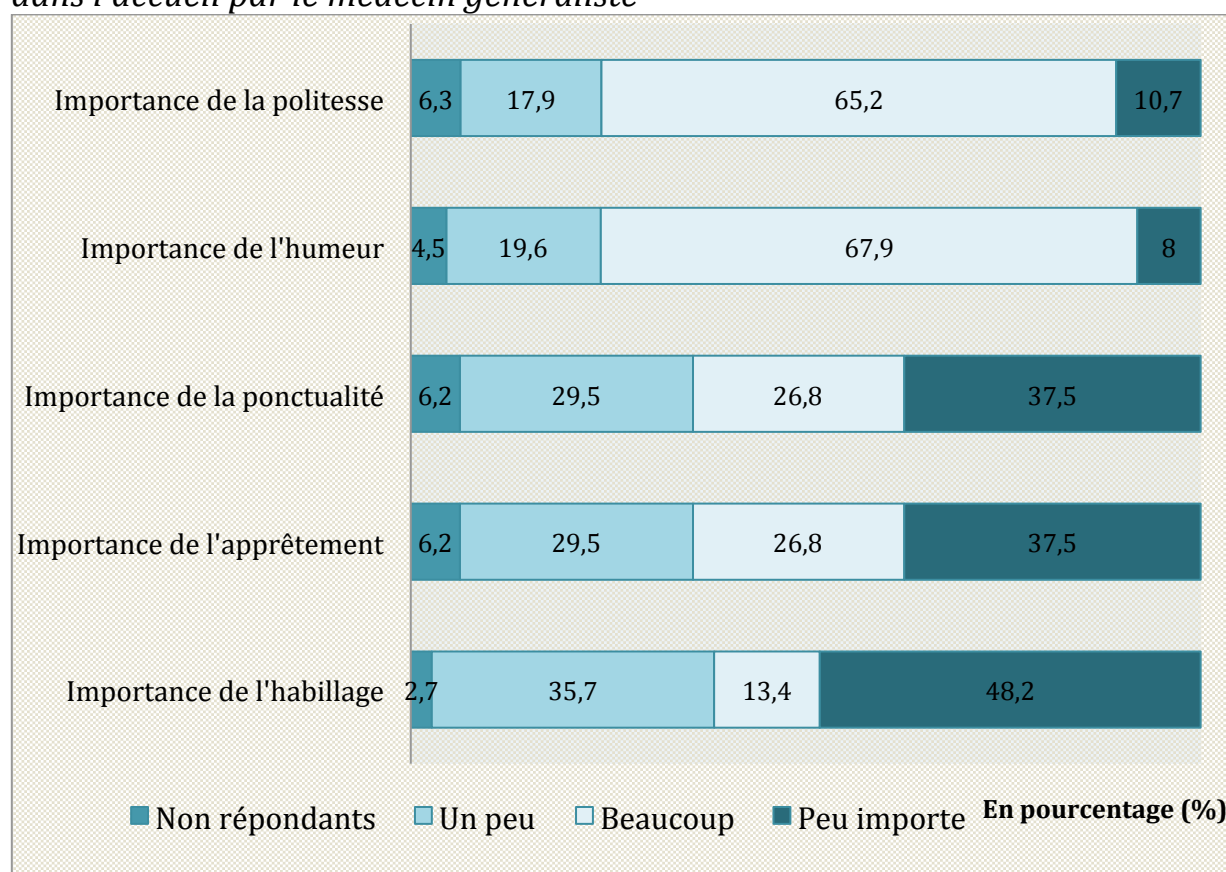
La question des revenus amenait à plus de disparités :

- Le nombre de non répondants était en proportion 3 à 4 fois plus importante que dans le premier échantillon (19,6% contre 5,7%).
- Plus de la moitié des personnes voyaient les revenus compris entre 2000€ et 6000€ (59% soit 66 patients) avec une équivalence parfaite entre 2000€ et 4000€ et 4000€ et 6000€ (29,5% et 29,5%).
- Une proportion plus grande se prononçait pour des revenus plus hauts (de 6000€ à >10000€) pour le médecin généraliste (15,1% contre 8,5% dans la population de cabinet).

3. Qualités :

Les attentes principales des patients hospitalisés sont similaires en proportion à celles de la population de cabinet, avec en premier lieu la compétence, l'écoute puis le fait de bien soigner (16,7% de non répondants).

Figure 20: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste



Pour l'ensemble des caractéristiques évaluées, le taux de patients hospitalisés les jugeant comme ayant beaucoup d'importance est moindre, alors que les proportions sont pour chaque item plus grandes en ce qui concerne la réponse « peu importe » (5,2% en moyenne de non répondants).

4. Image du métier :

Tableau 9 : métiers les plus respectables et prestigieux selon la population hospitalisée

	Métiers les plus respectables	Métiers les plus prestigieux
Non répondants (%)	50,4%	73,3%
3 premiers métiers	Médecin, pompier, infirmier	Médecin, pompier, artiste

À noter qu'une proportion plus grande de personnes hospitalisées n'a pas d'avis quant au prestige des métiers les uns par rapport aux autres que dans la population de cabinet (73,3% contre 51,8%). Les métiers les plus respectables et prestigieux à leurs yeux restent par ailleurs médecin et pompier.

D. La perception de la transmission de l'information

1. Satisfaction :

91,1% des patients hospitalisés sont globalement satisfaits de l'information donnée par le médecin généraliste (31,3% de « toujours » et 59,8% de « souvent »). Seul 8,9% sont rarement satisfaits (n=10).

2. Participation :

Plus de personnes en proportion ont la sensation de ne pas participer aux décisions prises par les médecins concernant leur santé (26,8% contre 17,4% dans la population de cabinet). Ils restent majoritaires tout de même à se sentir actif dans les soins (26,8% de « toujours » et 42,9% de « souvent »).

3. Moyens d'information :

Les moyens principaux utilisés par les patients hospitalisés pour s'informer sont : le médecin généraliste en majorité (94,6%), puis le pharmacien (37,5%) et internet (19,6%) en proportion moindre qu'en population de cabinet.

Le médecin reste le garant d'une information de qualité pour 93,8% d'entre eux, et il n'est clairement pas fait confiance à internet (3,6% soit n=4).

4. Information sur les médicaments:

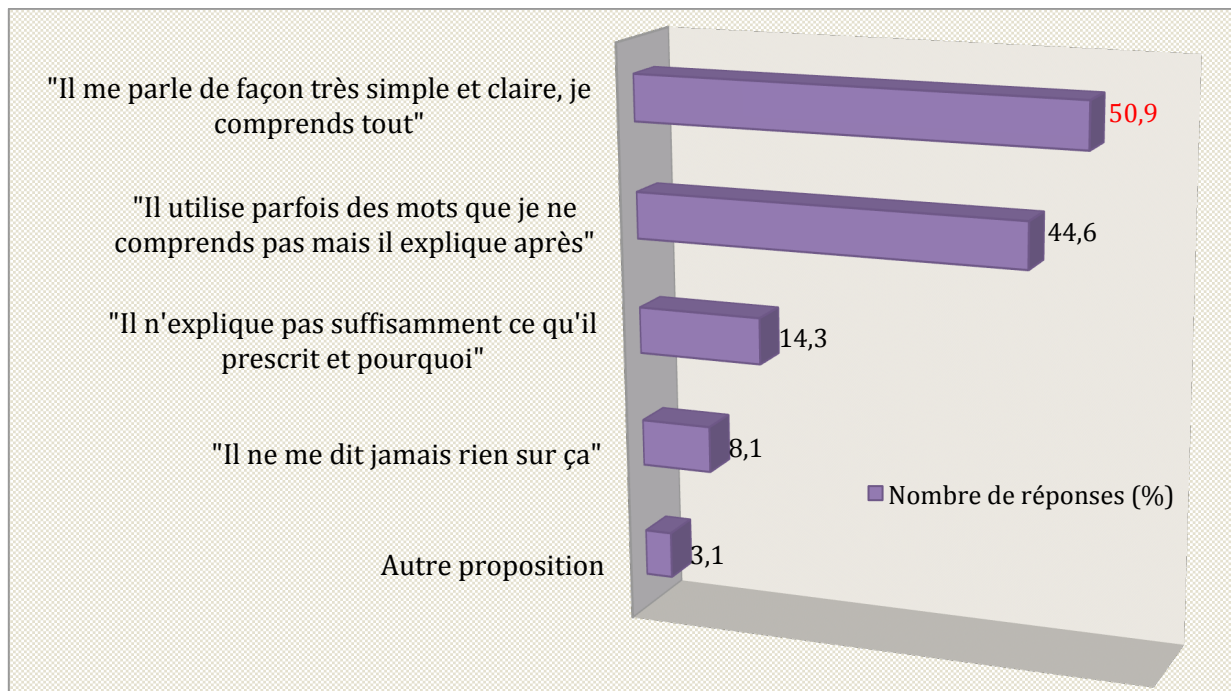


Figure 21: Description de l'information donnée par le médecin concernant les médicaments

Deux personnes ont fait une autre proposition : « je pose des questions » et « parfois il raconte trop sa vie ». Une autre expliquait son absence de réponse par des soins uniquement en homéopathie, et donc sans médicament.

5. Relation au médecin :

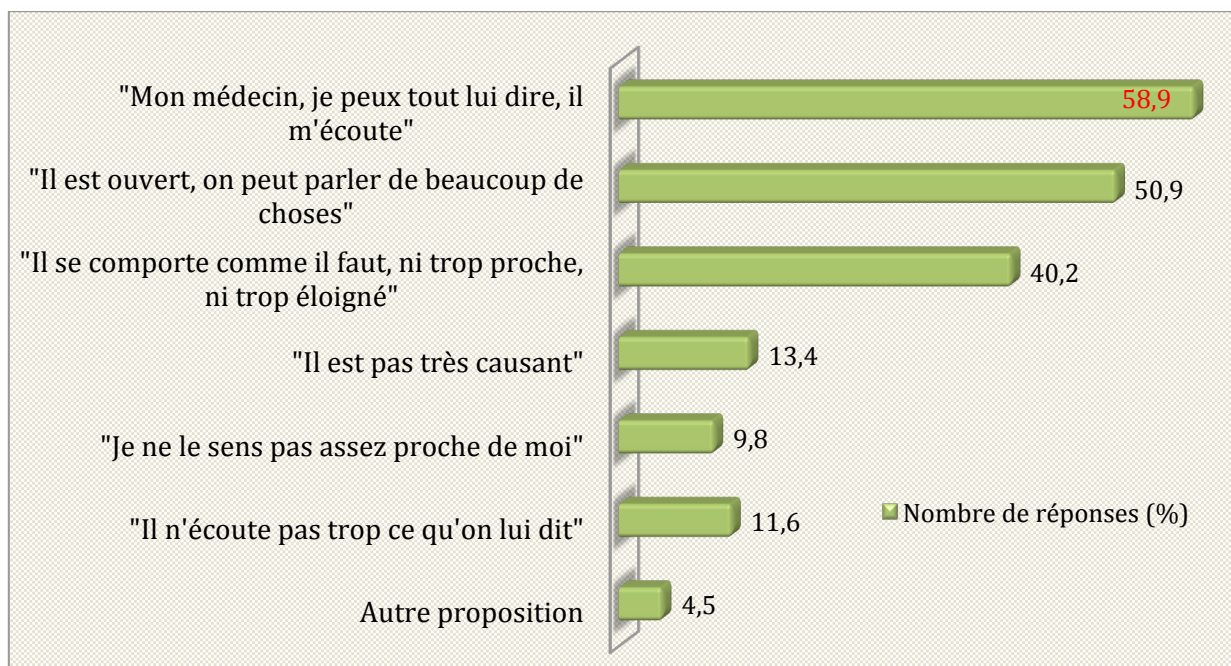


Figure 22: Description du relationnel avec son médecin généraliste

Les cinq « autres propositions » (4,5%) mettaient en avant le temps pris ou non pour l'écoute du patient ou la dépendance du relationnel selon le caractère grave ou non de la maladie. Une soulignait la « véritable relation de confiance car médecin de famille depuis très jeune (5 ans) ».

6. Temps d'écoute :

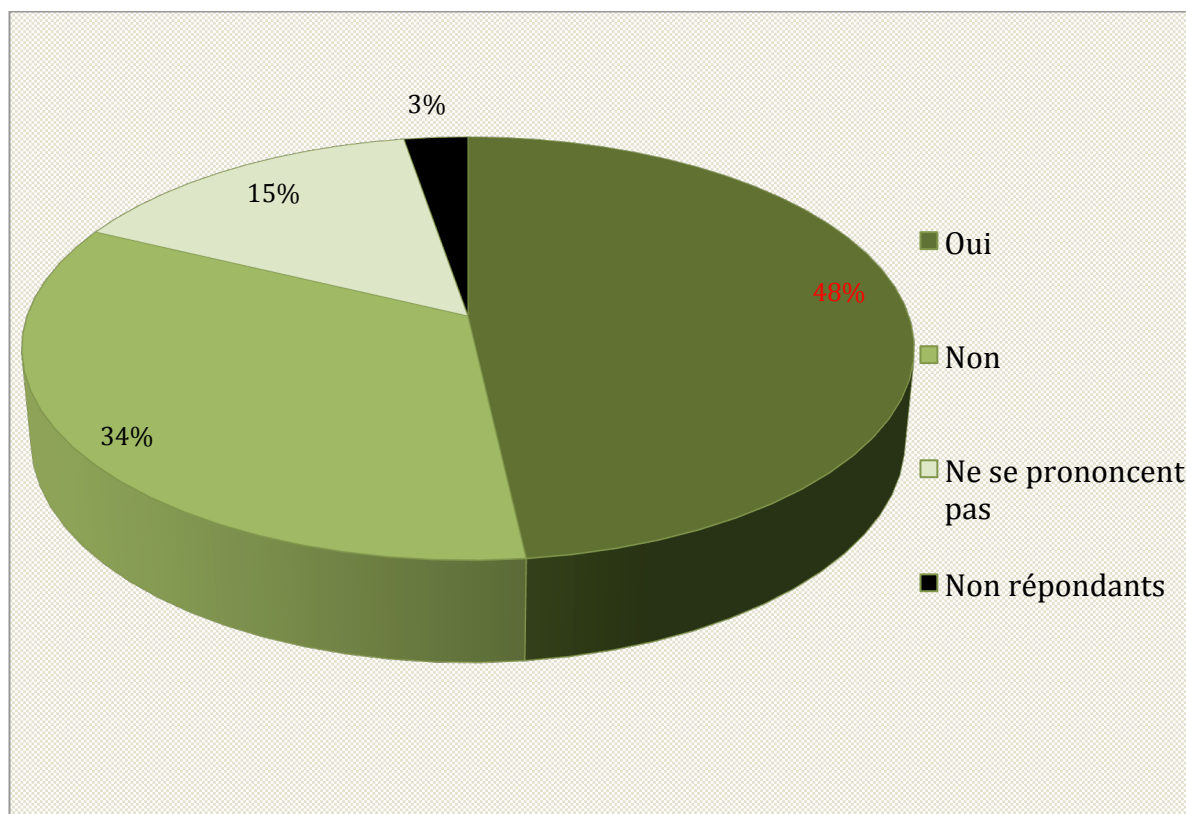


Figure 23: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter?

7/ Commentaires

Sur 354 questionnaires analysés, 64 commentaires libres ont été faits. Leur analyse mettait en avant plusieurs sujets :

- L'importance du **médecin généraliste de proximité**/rural (« mon médecin est comme un médecin de famille, plus proche qu'un médecin des villes ») et **les inquiétudes quant à l'avenir** (« il serait temps que des généralistes arrivent dans les campagnes »).
- Le rapport du médecin traitant à **la prescription médicamenteuse** (« les prescriptions (...) étant souvent les mêmes, (...) je tends à soigner les maux sans aller le voir ») ainsi qu'aux **médecines douces** ou alternatives (« il faudrait plus de naturopathes ou d'herboristes »).
- L'évocation d'**autres professionnels de santé** (« À quand un questionnaire sur le service des urgences, service à améliorer en priorité ! ») et de **la coordination des soins** avec le généraliste (« ne pas oublier de faire le lien avec les cliniques ou hôpitaux après une intervention »).

- La **secrétaire**, son importance (« le 1^{er} accueil au médecin reste la secrétaire médicale ») voire ses difficultés (« accueil téléphonique des secrétaires parfois laisse à désirer »).
- Une certaine **compréhension** voire compassion **sur les difficultés des médecins généralistes** (« j'aimerais plus de temps accordé mais il semble que le MG a déjà de nombreuses missions à réaliser. Il n'est pas psy ») et parfois des conseils (il serait intéressant que chaque généraliste adapte son vocabulaire selon le degré de compréhension , « faire preuve d'empathie »).

Certains complimentaient personnellement leur médecin (« j'ai la chance d'avoir un médecin exceptionnel »), ou la profession en général (« sans vous on est rien ! »). Des encouragements m'étaient destinés (« bonne chance », « sujet très intéressant »).

D'autres exposaient clairement des remarques négatives ou critiques très diverses la plupart du temps (« les médecins écrivent mal, on ne comprend jamais l'ordonnance », « de plus en plus de médecins sont loin du serment d'Hippocrate ; l'argent est malheureusement leur moteur », « pas facile pour les rendez-vous »).

Enfin, des remarques portaient sur la forme du questionnaire et certaines questions (« pourquoi devoir choisir alors que chaque métier est honorable ? »).

ANALYSE

1/ Déterminants influençant la perception du patient en cabinet de médecine générale...

A. ...concernant sa participation aux décisions prises par les médecins sur sa santé

Tableau 10 : analyse statistique du lien déterminants/participation aux décisions

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,131	Fisher
Sexe	0,02	χ^2
Profession	0,109	χ^2
Lieu d'habitation	1	Fisher
Vivre seul/avec conjoint	0,506	χ^2
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,197	χ^2
Présence/absence de maladie grave	0,561	χ^2
Nombre de généralistes	0,311	χ^2
Fréquence de consultation	0,368	χ^2
Nombre d'hospitalisations	0,038	χ^2

Le sexe du patient ou le fait d'avoir été peu ou beaucoup à l'hôpital sont des facteurs pouvant jouer quant au sentiment de participer aux décisions concernant sa santé.

B. ...concernant sa satisfaction sur l'information donnée par le médecin généraliste

Tableau 11: analyse statistique du lien déterminants/satisfaction sur l'information

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,038	Fisher
Sexe	0,694	Fisher
Profession	1	Fisher
Lieu d'habitation	0,74	Fisher
Vivre seul/avec conjoint	0,489	Fisher
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,759	Fisher
Présence/absence de maladie grave	0,691	Fisher
Nombre de généralistes	1	Fisher
Fréquence de consultation	0,689	Fisher
Nombre d'hospitalisations	1	Fisher

Seul l'âge est un facteur pouvant intervenir dans l'appréciation de la satisfaction du patient sur la transmission de l'information médicale.

C. ...concernant le temps d'écoute du médecin

Tableau 12 : analyse statistique du lien déterminants/temps d'écoute

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,293	Fisher
Sexe	0,21	χ^2
Profession	0,101	χ^2
Lieu d'habitation	0,731	χ^2
Vivre seul/avec conjoint	0,27	χ^2
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,772	χ^2
Présence/absence de maladie grave	0,102	χ^2
Nombre de généralistes	0,827	χ^2
Fréquence de consultation	0,536	χ^2
Nombre d'hospitalisations	0,239	χ^2

2/ Déterminants influençant la perception du patient à l'hôpital...

A. ...concernant sa participation aux décisions prises par les médecins sur sa santé

Tableau 13 : analyse statistique du lien déterminants/participation aux décisions

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,517	Fisher
Sexe	0,02	χ^2
Profession	0,504	χ^2
Lieu d'habitation	0,853	χ^2
Vivre seul/avec conjoint	0,883	Fisher
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,749	χ^2
Présence/absence de maladie grave	0,42	χ^2
Nombre de généralistes	0,772	Fisher
Fréquence de consultation	0,189	χ^2
Nombre d'hospitalisations	0,867	χ^2

Comme chez les patients de ville, le sexe et notamment le fait d'être une femme semble améliorer le sentiment de participer aux décisions de santé chez les patients hospitalisés.

B. ...concernant sa satisfaction sur l'information donnée par le médecin généraliste

Tableau 14 : analyse statistique du lien déterminants/satisfaction sur l'information

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,021	Fisher
Sexe	0,906	χ^2
Profession	0,063	Fisher
Lieu d'habitation	0,149	Fisher
Vivre seul/avec conjoint	0,081	Fisher
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,284	Fisher
Présence/absence de maladie grave	0,488	Fisher
Nombre de généralistes	0,652	Fisher
Fréquence de consultation	0,912	Fisher
Nombre d'hospitalisations	0,472	Fisher

C. ...concernant le temps d'écoute du médecin

Tableau 15 : analyse statistique du lien déterminants/temps d'écoute

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,23	Fisher
Sexe	0,78	χ^2
Profession	0,218	Fisher
Lieu d'habitation	0,463	Fisher
Vivre seul/avec conjoint	0,01	Fisher
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,455	Fisher
Présence/absence de maladie grave	0,976	χ^2
Nombre de généralistes	0,675	Fisher
Fréquence de consultation	0,204	Fisher
Nombre d'hospitalisations	0,384	χ^2

3/ Déterminants influençant la perception du patient dans la population globale (médecine de ville et hôpital)...

A. ...concernant sa participation aux décisions prises par les médecins sur sa santé

Tableau 16 : analyse statistique du lien déterminants/participation aux décisions

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,882	Fisher
Sexe	0,0001	χ^2
Profession	0,52	χ^2
Lieu d'habitation	0,906	χ^2
Vivre seul/avec conjoint	0,826	χ^2
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,51	χ^2
Présence/absence de maladie grave	0,37	χ^2
Nombre de généralistes	0,261	χ^2
Fréquence de consultation	0,399	χ^2
Nombre d'hospitalisations	0,11	χ^2

B. ...concernant sa satisfaction sur l'information donnée par le médecin généraliste

Tableau 17: analyse statistique du lien déterminants/satisfaction sur l'information

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,0069	Fisher
Sexe	0,991	χ^2
Profession	0,252	χ^2
Lieu d'habitation	0,409	χ^2
Vivre seul/avec conjoint	0,078	χ^2
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,318	χ^2
Présence/absence de maladie grave	0,446	χ^2
Nombre de généralistes	1	Fisher
Fréquence de consultation	0,618	Fisher
Nombre d'hospitalisations	0,376	Fisher

C. ...concernant le temps d'écoute du médecin

Tableau 18 : analyse statistique du lien déterminants/temps d'écoute

FACTEURS	VALEUR P	TYPE de TEST
Âge	0,001	χ^2
Sexe	0,111	χ^2
Profession	0,0001	χ^2
Lieu d'habitation	0,643	χ^2
Vivre seul/avec conjoint	0,343	χ^2
Vivre avec/ sans enfant(s)	0,038	χ^2
Présence/absence de maladie grave	0,02	χ^2
Nombre de généralistes	0,58	χ^2
Fréquence de consultation	0,221	χ^2
Nombre d'hospitalisations	0,043	χ^2

4/ Comparaison de l'image du médecin généraliste dans la population en cabinet de ville et à l'hôpital

1. Sexe :

La majorité des personnes n'accordent que peu d'importance au sexe de leur médecin généraliste mais la population hospitalisée exprime tout de même en proportion une volonté plus forte de médecin de sexe masculin ($p= 0,044$).

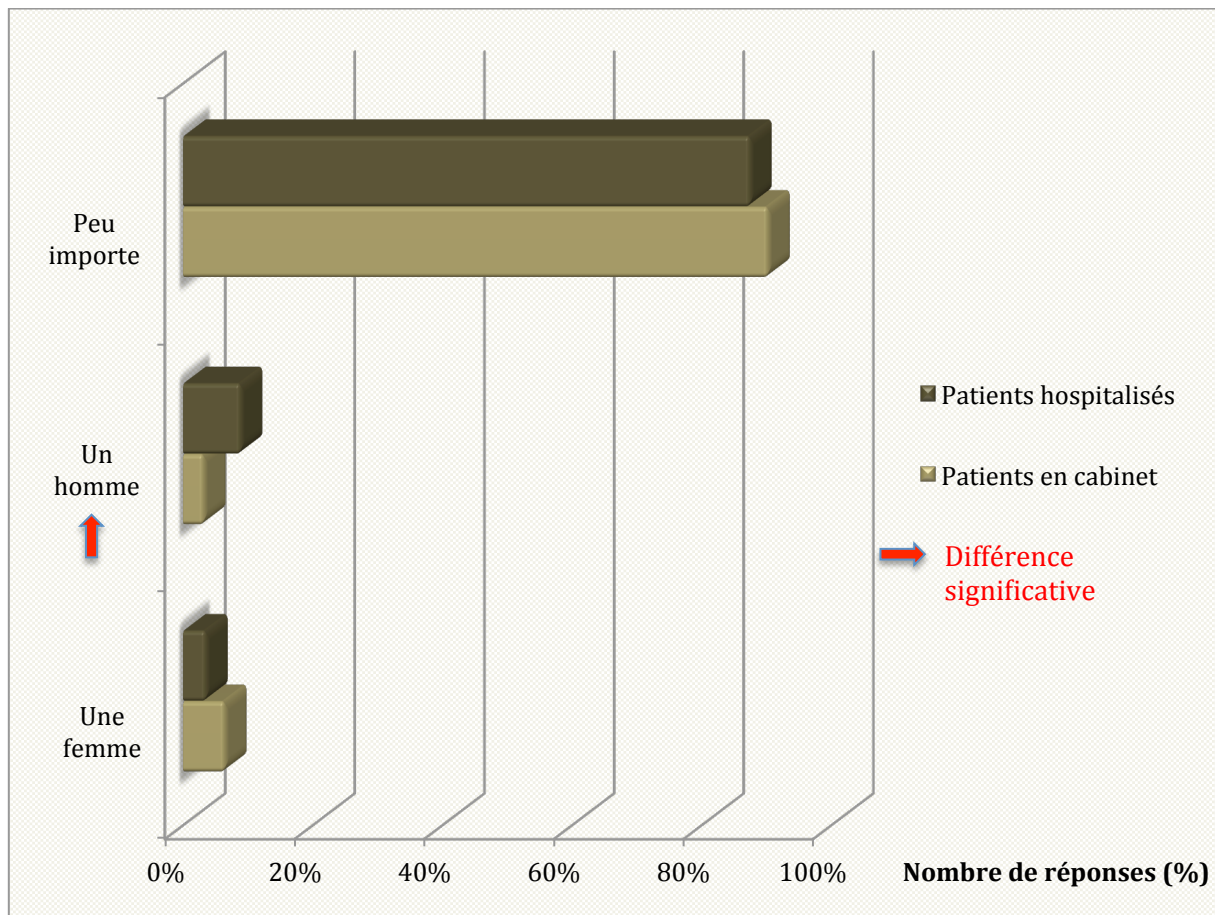


Figure 24: Quel sexe doit avoir le médecin généraliste? Comparaison entre patients en cabinet et hospitalisés

2. Revenus :

Les deux populations considèrent sans différence notable que les généralistes gagnent par mois dans les mêmes niveaux de revenus, soit entre 2000€ et 6000€ pour la majorité ($p=0,08$).

3. Qualités :

Figure 25: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste (population de cabinet)

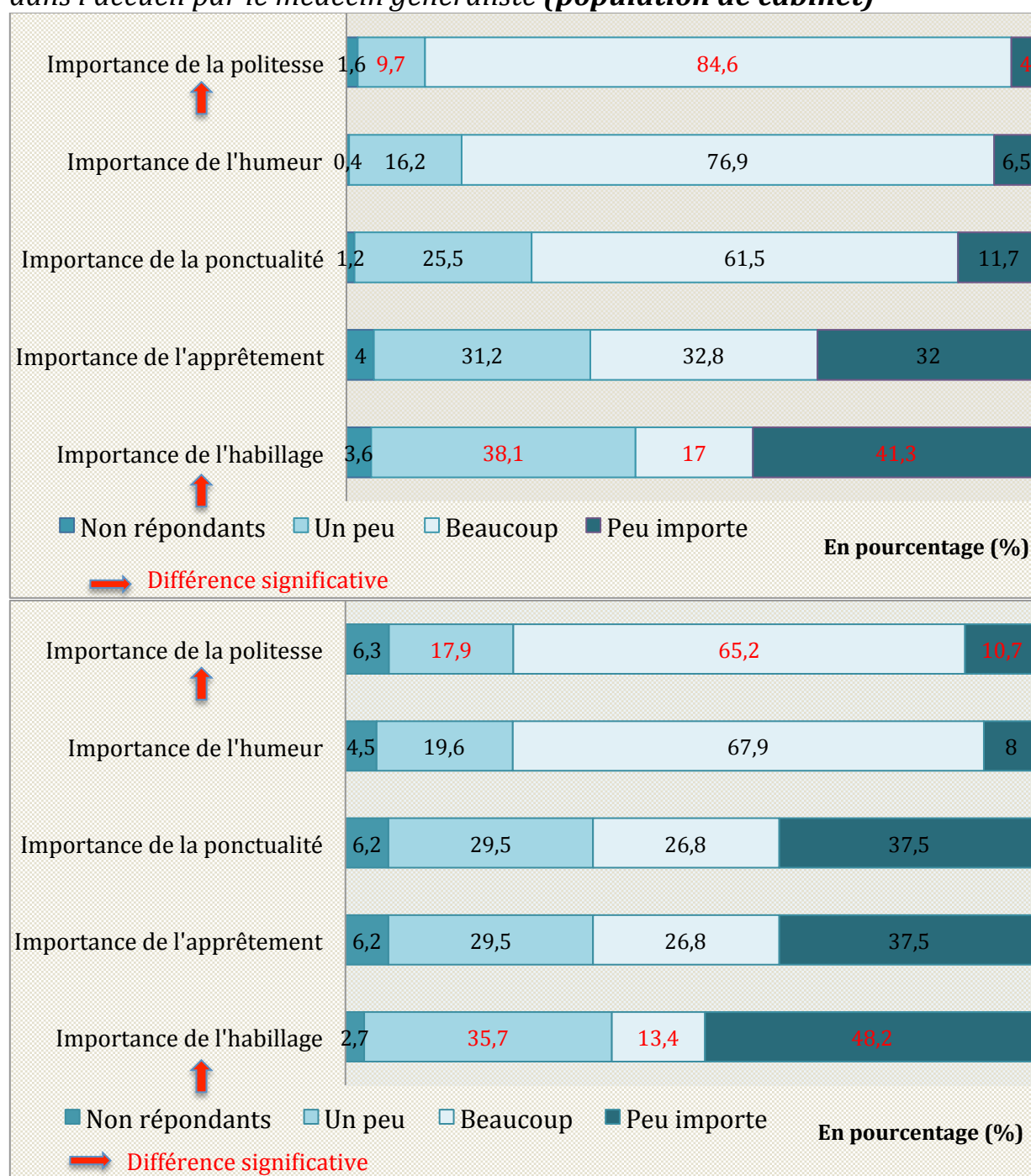


Figure 26: Importance accordée par les patients à différentes caractéristiques dans l'accueil par le médecin généraliste (population hospitalière)

Les patients hospitalisés accordent formellement moins d'importance à la politesse et à la ponctualité du médecin généraliste que la population de cabinet ($p_1=0,001$ et $p_2=1,4.10^{-10}$), alors qu'aucune différence n'est constatée pour l'apprêtement, l'habillement et la bonne humeur entre les 2 populations (respectivement $p=0,44$, $p=0,45$ et $p=0,46$).

5/ Comparaison de la perception du patient en cabinet de ville et à l'hôpital

1. Satisfaction :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0,063$) quant à la satisfaction concernant la transmission des informations par le médecin. D'une façon globale, les patients sont plutôt satisfaits (94,2%, dont 36,3% de « toujours » et 57,9% de « souvent »).

2. Participation :

Les patients hospitalisés ont moins souvent le sentiment d'être acteurs des soins dans les décisions les concernant ($p=0,029$) que les patients de cabinet, comme illustré par le graphique ci-dessous :

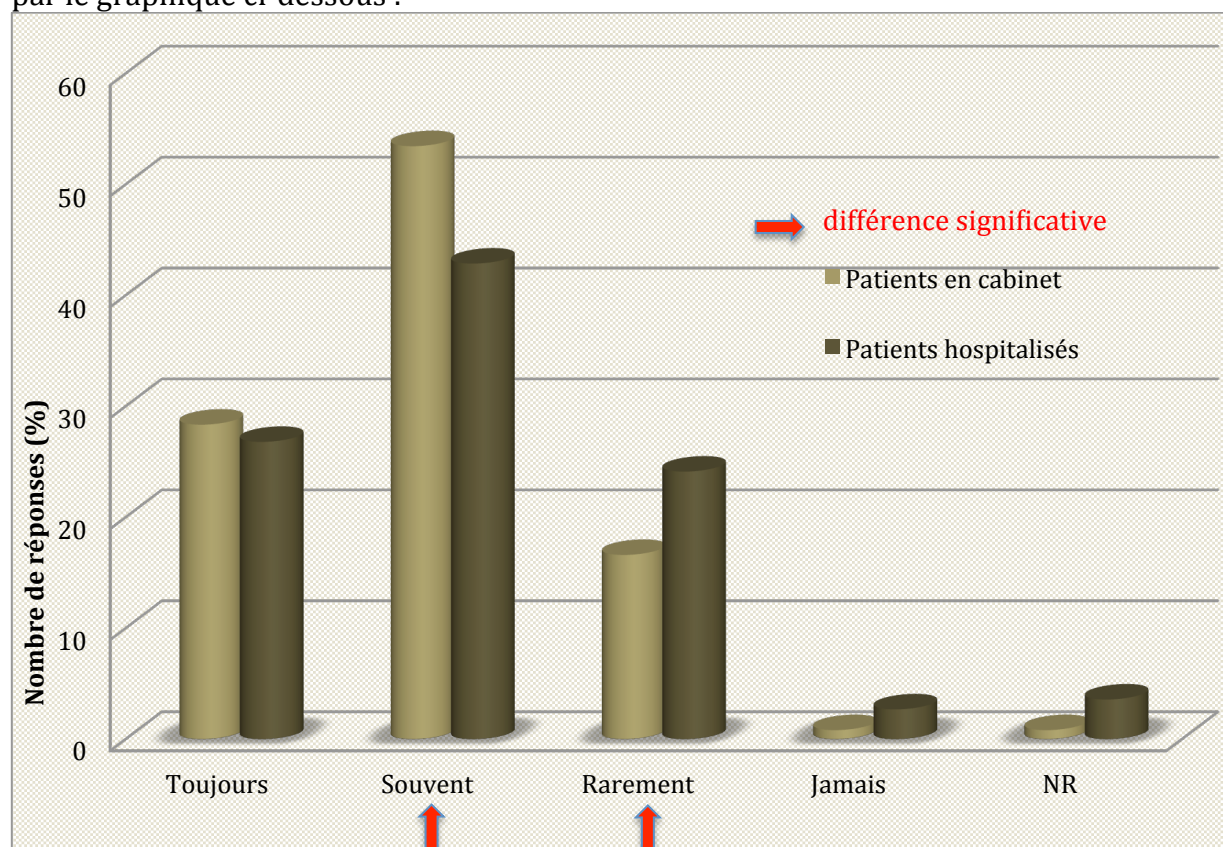


Figure 27: Comparaison du sentiment de participation aux décisions concernant sa santé entre patients de cabinet et hospitalisés

3. Moyens d'information :

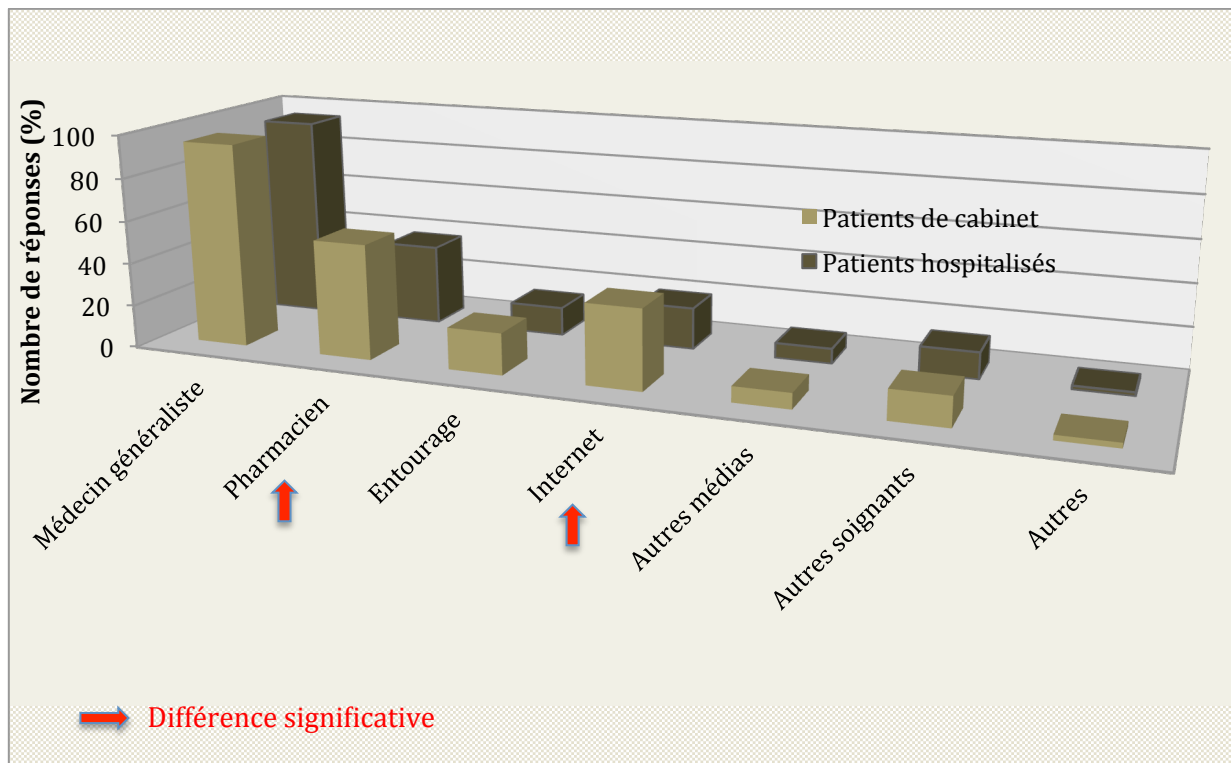


Figure 28: Comparaison des moyens d'information utilisés par les patients de cabinet et hospitalisés

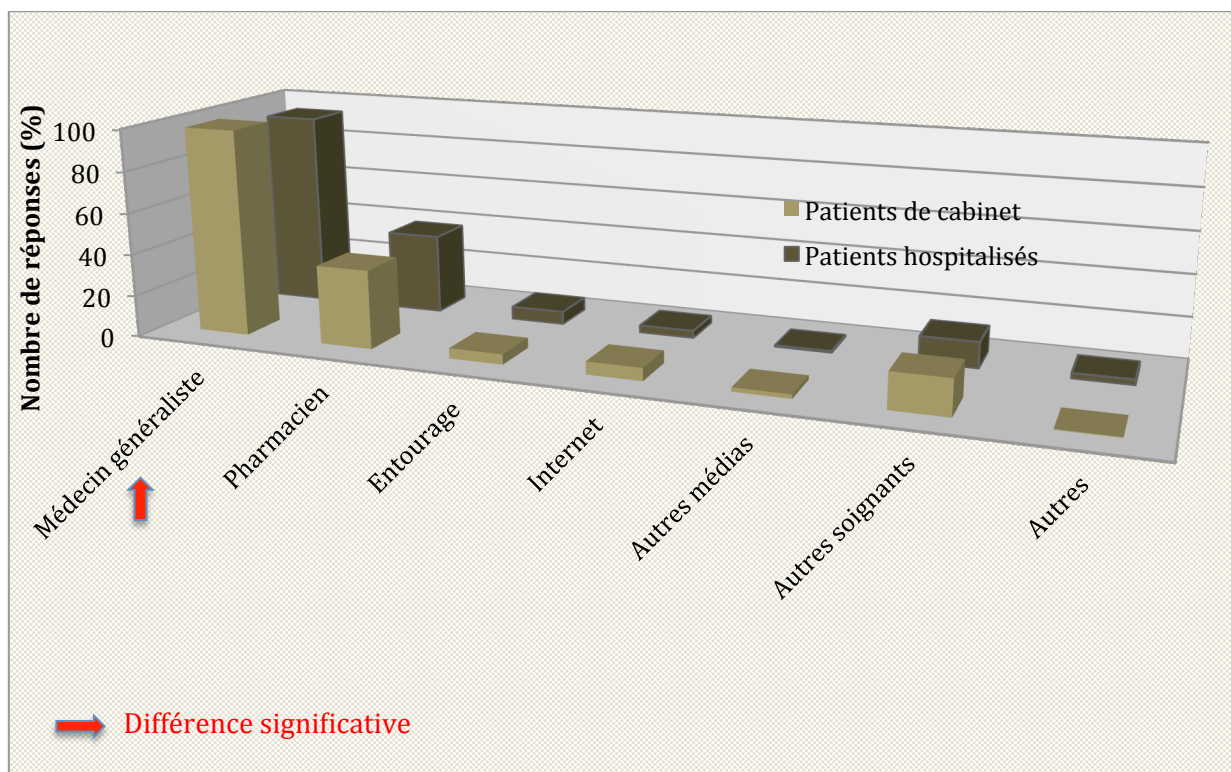


Figure 29: Comparaison de la qualité de l'information attribuée par les patients de cabinet et hospitalisés

Le pharmacien et internet sont des moyens d'information plus utilisés par les patients de cabinet que par les patients hospitalisés ($p_1=0,004$ et $p_2=0,0009$) mais leur qualité est jugée équivalente. À l'inverse, le médecin généraliste est le moyen d'information privilégié pour l'ensemble de la population mais les patients de cabinet lui font légèrement plus confiance en terme de qualité ($p=0,012$).

4. Information sur les médicaments :

D'une façon générale, les patients hospitalisés font ressortir une plus grande insatisfaction concernant le message délivré par le médecin lorsqu'il leur parle des médicaments prescrits.

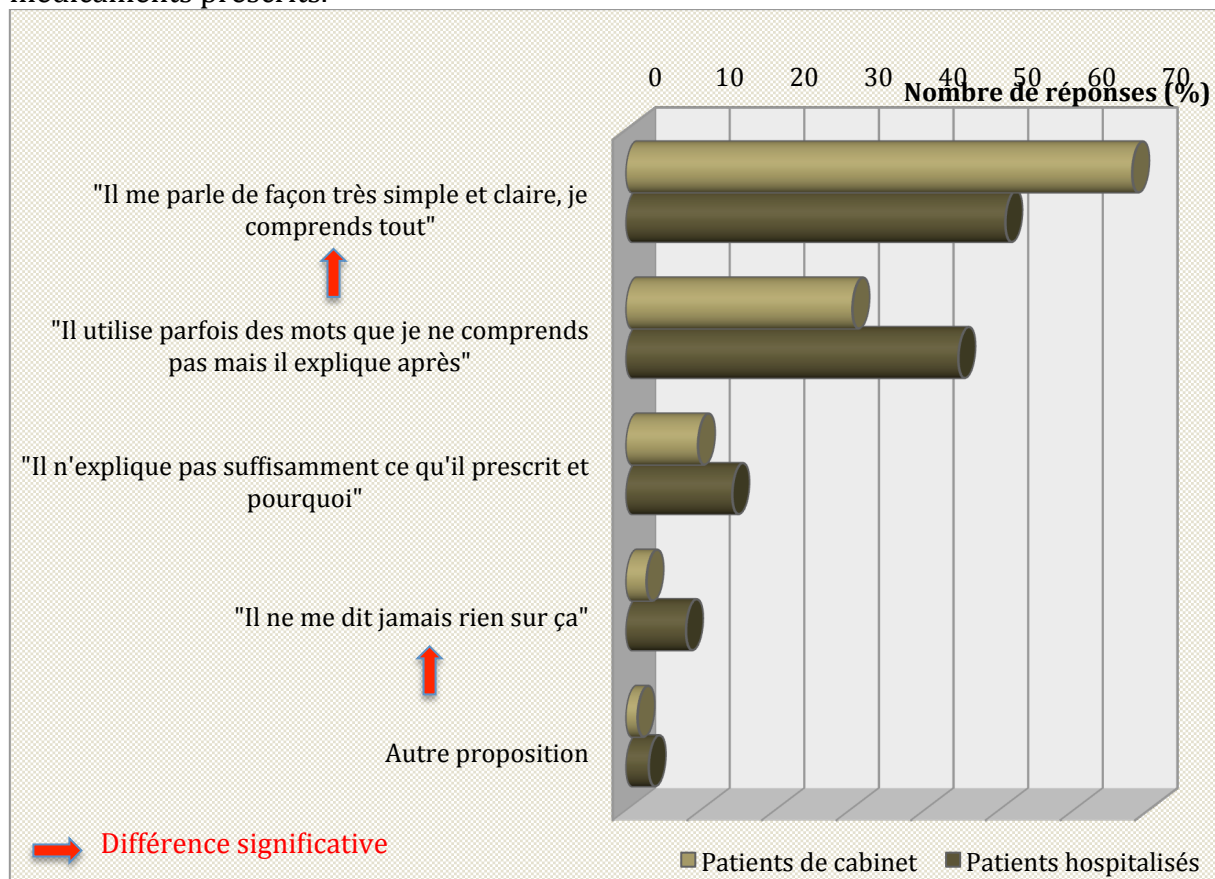


Figure 30: comparaison de l'information donnée sur les médicaments entre patients de cabinet et hospitalisés

Ils sont moins nombreux à considérer de façon significative que le médecin leur « parle de façon très simple et claire » ($p=0,002$) mais plus à avoir la sensation qu'« il ne dit jamais rien sur ça » ($p=0,0044$).

5. Relation au médecin :

Presque toutes les propositions montrent que le ressenti en terme de relationnel est différent entre patients hospitalisés et patients de cabinet. Ils s'accordent pour dire que le médecin « se comporte comme il faut, ni trop proche, ni trop éloigné » ($p=0,44$).

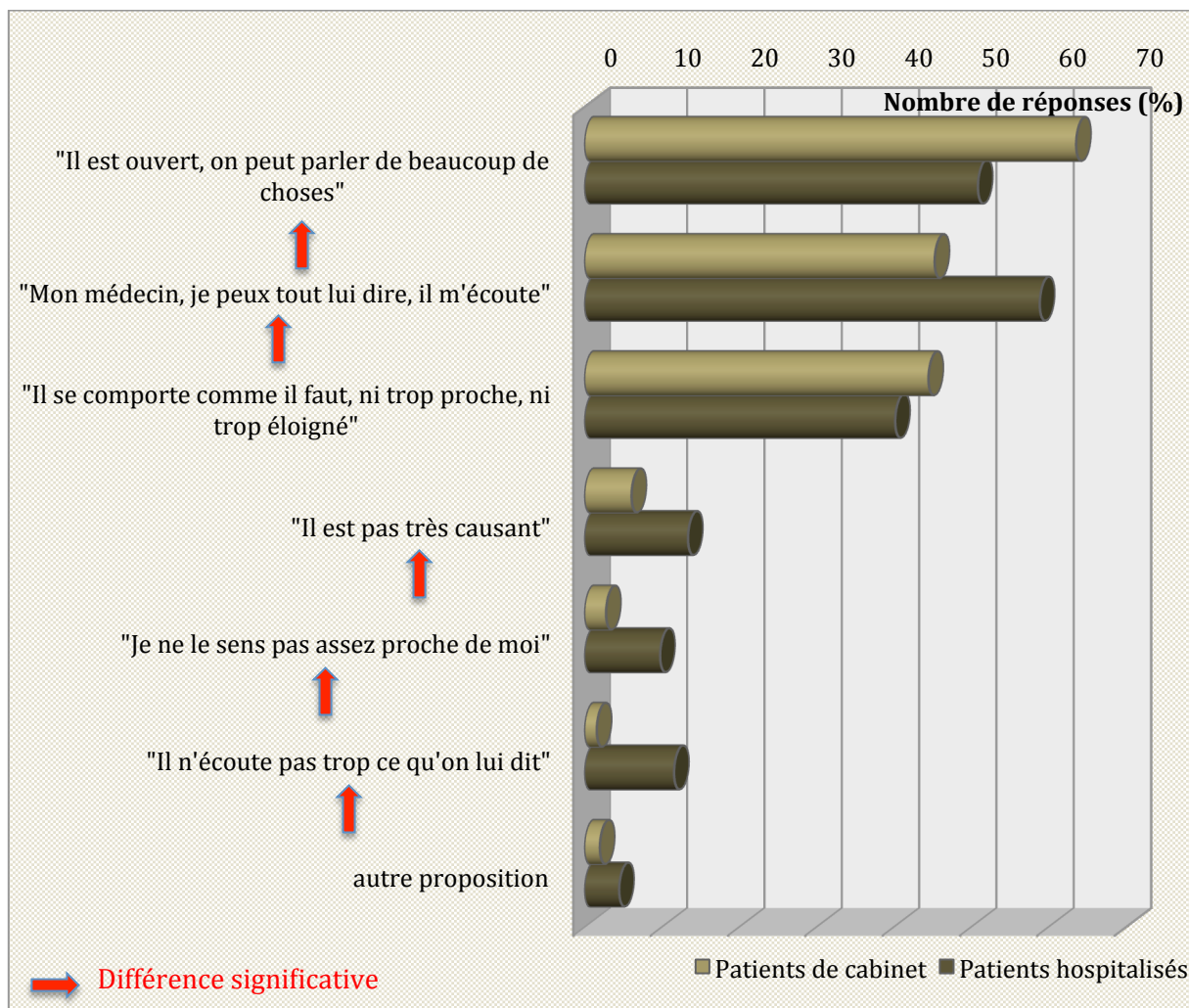


Figure 31: comparaison du relationnel avec le médecin entre patients de cabinet et hospitalisés

Il est à noter que les patients hospitalisés expriment de façon légèrement plus importante un mécontentement (« il est pas très causant », « je ne le sens pas assez proche de moi », « il n'écoute pas trop ce qu'on lui dit »), ce qui reste pour autant mineur dans la population.

6. Temps d'écoute :

Si on considère la population de cabinet et d'hospitalisés ensemble, environ la moitié considère le temps d'écoute du médecin comme suffisant (52,1%, soit 187 personnes sur 359). Ce qui veut dire également que l'autre moitié s'interroge d'un côté (17,3%) ou souhaiterait une écoute plus importante de l'autre (29,5%).

Les patients hospitalisés expriment distinctement beaucoup plus une volonté d'un temps d'écoute plus important ($p=2,771.10^{-7}$) que les patients de cabinet.

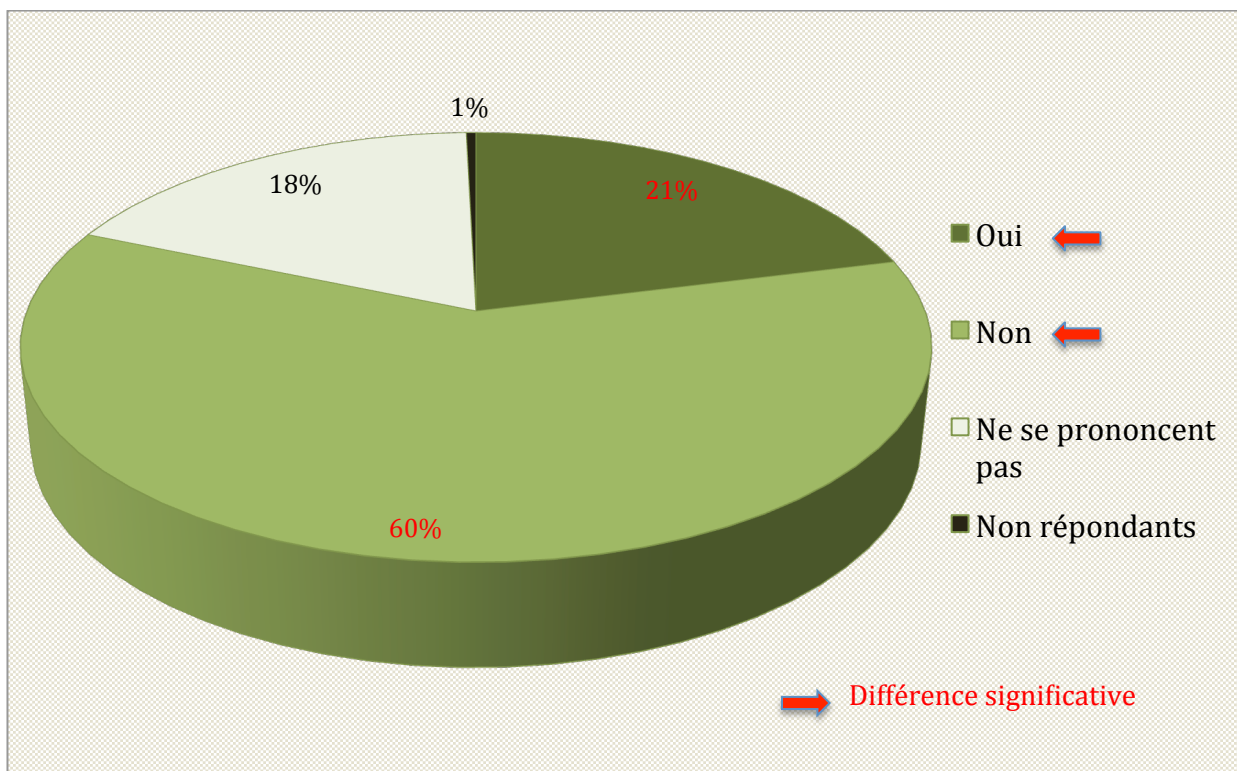


Figure 32: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter? (Population de cabinet)

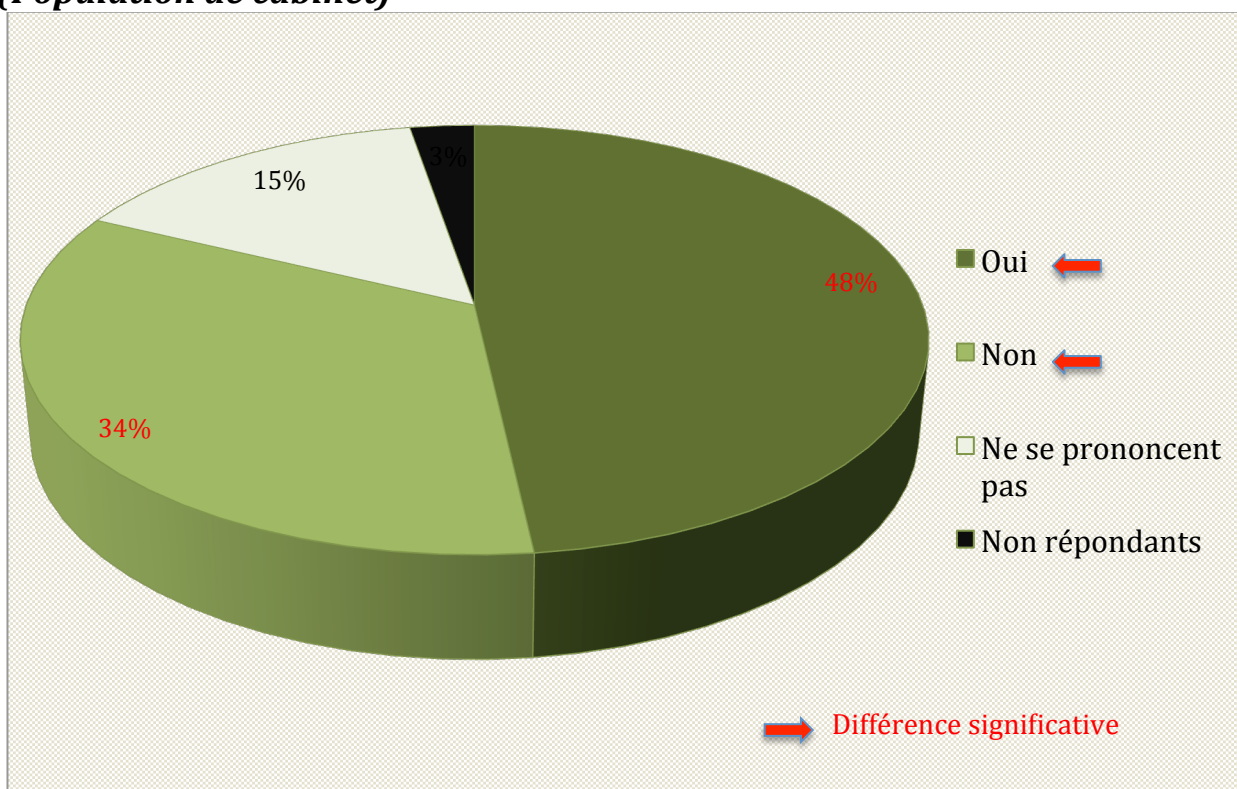


Figure 33: Le médecin devrait-il prendre plus de temps pour vous écouter? (Population hospitalière)

DISCUSSION

1/ Discussion sur la méthode/ Validité interne

A. Choix de la recherche quantitative

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information transmise par leur médecin généraliste en identifiant les facteurs potentiels d'influence de ce ressenti. La méthode quantitative a été retenue car elle permet une identification des déterminants du fait du nombre de cas, justifiant ainsi l'utilisation d'outils statistiques.

Pourtant, l'évaluation de la satisfaction en soi, qui plus est avec un objectif de compréhension de la perception des patients, aurait été intéressante à étudier par une méthode qualitative : l'analyse aurait été plus spécifique pour chacun des cas mais n'aurait rendu possible la constitution de facteurs influents.

B. Représentativité des échantillons

1. La population

Dans cette étude, les femmes étaient beaucoup plus représentées (78,1%) que les hommes (21,9%), soit un sexe-ratio déséquilibré de 0,28 par rapport à la population française (sexe-ratio de 0,94 (74)). Une des hypothèses expliquant cette différence est que les femmes consultent plus fréquemment leur médecin généraliste (75) probablement du fait du suivi gynécologique, de leur accompagnement plus fréquent aux consultations de l'enfant et d'une prévention plus grande que les hommes. De plus, il est probable que les femmes répondent plus aux questionnaires en général que les hommes.

Il est ainsi légitime de se demander si une proportion plus équilibrée aurait modifié les résultats, le sexe étant une donnée avec des différences statistiquement significatives dans nos résultats.

La répartition par tranche d'âge correspond globalement aux répartitions calculées dans la population de Loire Atlantique en 2015 (76), avec une légère augmentation des « 25-45 ans » au profit des « moins de 25 ans » probablement du fait de leur consultation plus importante et autonome du médecin.

Le tableau ci-dessous permet de comparer les catégories socio-professionnelles de l'échantillon en proportion avec celle de la population de Loire Atlantique en 2011 et la population nationale en 2013 (77,78) :

PROFESSIONS	POPULATION de l'ÉTUDE	POPULATION de LOIRE ATLANTIQUE (pour 15 ans et plus)	POPULATION NATIONALE
Agriculteurs	0,5%	0,4%	1%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0,5%	1,7%	3,3%
Cadres supérieurs, professions intellectuelles et libérales	7,6%	6,7%	9,3%
Professions intermédiaires	18%	15,8%	13,5%
Employés	30,9%	25,2%	16%
Ouvriers	7,6%	5%	12,3%
Retraités	24,8%	27,9%	31,9%
Sans emploi et inactifs dont étudiants	10%	17,3%	12,6%

Tableau 19 : comparaison des activités professionnelles des patients de l'étude à la population de Loire Atlantique et à la population nationale (source : INSEE, recensement de 2011) en pourcentage

On remarque que notre étude surreprésente les employés et professions intermédiaires, au détriment des personnes sans-emploi ou étudiants, des artisans et des retraités. La proportion de cadres, d'agriculteurs et d'ouvriers est par contre comparable aux moyennes départementale et nationale.

La proportion de personnes vivant en couple était plus importante dans notre étude que celle de la population de Loire Atlantique en 2011 (77) (70,4% contre 61,8%).

Globalement, il était difficile pour ce type d'étude, avec un nombre de cas tel et des outils logistiques statistiques limitant la randomisation, d'avoir une population représentative de la population départementale ou française.

2. Les médecins et cabinets médicaux

Notre population de médecins chez qui les questionnaires étaient déposés est constituée de 15 hommes (soit 57,7%) et 11 femmes (soit 42,3%). Rappelons qu'en France en 2014, sur 102140 omnipraticiens, 42,4% étaient des femmes (79), notre étude apparaît représentative de la population de médecins généralistes français de ce point de vue là. Par ailleurs à l'échelle départementale, on note une féminisation un peu plus importante (47% de femmes) chez les généralistes.

Vingt exerçaient en cabinet de groupe parmi notre population (soit 76,9%) contre six en cabinet individuel (soit 23,1%) ce qui est assez représentatif des chiffres dans les Pays de La Loire en 2011 (67% de généralistes exerçant en cabinet de groupe (80). Cela

traduit bien la particularité de notre région puisque le mode d'exercice en cabinet tombe à 54% à l'échelle de la France (80).

Enfin le nombre de médecins de notre étude exerçant en milieu rural est de 19%, en sachant que la Loire Atlantique est un département à forte densité médicale (81) mais avec des disparités importantes sur le territoire. Ainsi nous avons de façon arbitraire une répartition moindre de médecins en rural qu'en semi-urbain (42%) et en urbain (39%).

C. Le questionnaire et l'analyse

L'élaboration du questionnaire s'est inspirée du livre de François de Singly *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes (3^{ème} édition)*(82), ce qui a permis d'éviter certaines maladresses notamment en ce qui concerne les informations générales recueillies. Par ailleurs, les tests préalables ont probablement permis d'éviter de grossières erreurs de forme dans les questions ou de leur interprétation.

Il a également été soumis à la critique du Docteur François Meuret, directeur de thèse.

Maintenant, le peu de données sur le sujet de la transmission de l'information, abordé d'une façon si générale et donc soumis à une certaine subjectivité incite à penser que la formulation de certaines questions par exemple avec des phrases de transcription d'une oralité (ex. des questions 10 et 11) peut constituer un biais de mesure. Il en est de même pour l'utilisation de termes possiblement non compris par tous (« la volonté d'un suivi » dans les informations générales ou « à propos du relationnel » dans la question 11), ou le manque de questions ouvertes pour faciliter le recueil et l'analyse, qui aurait peut-être permis d'affiner la pensée des personnes interrogées.

Dans l'analyse des données, des biais potentiels peuvent également apparaître :

- Malgré une relecture pour l'ensemble des questionnaires, la retranscription sur Excel® s'est effectuée manuellement par une seule personne et donc est soumise à de possibles égarements.
- Les tests statistiques ont été réalisés deux fois pour chaque analyse, ce qui n'empêche pas là non plus l'erreur. De plus, deux statisticiens du service d'évaluation médicale et d'épidémiologie du CHU de Nantes, Brice Leclère et Emmanuelle Anthoine, ont été sollicités pour accompagner ce travail en terme de méthodologie statistique.

D. Biais

Un des biais évident de cette étude est le biais de sélection. En effet, l'enquête s'est déroulée comme cela a été décrit uniquement dans des cabinets de médecine générale de Loire Atlantique, sur une période de l'année différente pour chaque cabinet (vacances...), avec un temps différent là-aussi pour chaque médecin (de 2 à 3 semaines). Il en est de même avec les procédures du recrutement : biais de volontariat pour les questionnaires déposés en libre service en salle d'attente, biais de refus pour ceux

proposés par la secrétaire. Cela peut par exemple expliquer la proportion plus importante de femmes ou de personnes entre 26 et 45 ans ayant répondu.

Les perdus de vue constituent également un biais de sélection dans le déroulement de l'enquête.

Outre les biais de mesure décrits en lien avec le questionnaire, d'autres biais de classement sont à noter :

- Les refus de réponses par les patients en libéral, ou à l'hôpital.
- Le biais de minimisation/accentuation des réponses possible par le fait que, conscient ou pas, les patients pouvaient penser, étant dans le cabinet de leur médecin que ce dernier aurait accès aux résultats. Ce biais est également valable à l'hôpital, les patients étant certains de ne pas être jugés par leur médecin.
- Un biais lors du recrutement à l'hôpital lié à la subjectivité de l'enquêteur, induit par la phrase de présentation précisant de façon plus explicite l'absence de visualisation des résultats par le médecin traitant.

2/ Discussion sur les résultats/ Validité externe

A. L'image du médecin

1. Statut :

Dans notre étude, le médecin reste une profession ayant un statut particulier dans la société : il est, avec pompier, la profession considérée comme la plus respectable pour ceux ayant un avis sur la question, soit 15,6% de l'ensemble des interrogés. C'est un travail dans le soin, dans le lien humain, comme peuvent l'être les autres professions dites « les plus respectables » citées (pompier, infirmier, enseignant).

Or plusieurs auteurs ont mis en lumière une dégradation de ce statut au cours des dernières décennies dont le Dr. Reinflot en 1985 qui décrit dans sa thèse une bascule « du mythe d'antan à la réalité d'aujourd'hui » (83). Selon elle, notamment après les événements de mai 1968 puis les lois sur l'avortement en 1975, toutes les formes de pouvoirs sont contestées et l'image respectée du médecin n'est pas épargnée. Cela est confirmé plus récemment dans le sondage d'opinion BVA de février 2008 montrant qu'une majorité de français (50%) ont le sentiment que la bonne image des médecins généralistes s'est plutôt détériorée ces dix dernières années (84).

C'est un métier encore notable : le médecin gagne plutôt bien sa vie (revenus moyens supposés en majorité entre 2000€ et 6000€) et est estimé puisqu'il représente la profession « la plus prestigieuse » la plus fréquemment relevée selon notre étude.

Déjà en 1962 étaient rapportées par le Dr. Jagu différentes enquêtes qui décrivaient notamment que le métier de médecin était celui pour lequel les gens avaient le plus de considération et où « un homme qui (y) a réussi gagne le plus largement sa vie » (85). Le même sondage BVA beaucoup plus contemporain (84) est concordant puisqu'il établit le

médecin comme la profession la plus prestigieuse pour 58% des français devant l'enseignant(e) (36%) et l'infirmier(e) (31%).

La thèse de 2008 du Dr. Jean-Baptiste Bonnet (86) qui étudie l'image du médecin généraliste par des patients issus d'une population de l'agglomération nantaise au moyen de la méthode focus group fait également ressortir cet aspect de notable, avec une certaine réussite sociale. Pour autant l'auteur n'y décrit qu'une faible évolution de ce sentiment de prestige qui semble s'être amoindri.

2. Qualités ou profil liés au métier de médecin:

Le médecin conserve aux yeux des personnes interrogées une place d'interlocuteur unique, où la fidélité est importante. En effet 94% de notre population souhaite conserver autant que possible le même généraliste. Même si la majorité des personnes (62%) a été soignée en moyenne par 2 à 4 médecins généralistes au cours de sa vie en dehors des remplaçants ou consultations occasionnelles, il semble qu'une fois le « bon médecin » trouvé, elle le garde. Bien sûr de nombreux aspects autres sont à prendre en compte dans l'analyse de la sédentarité médicale (déserts médicaux, accès aux soins...)

Une grande majorité de personnes (90,3%) de notre échantillon est indifférente au fait que le médecin généraliste soit un homme ou une femme. Cela est confirmé par un certain nombre de travaux : par exemple une thèse de 2005 montre que la féminisation en médecine générale est favorablement accueillie par les patients, la plupart confirmant qu'ils ne choisissent pas leur médecin en fonction du sexe et que les compétences n'y sont pas liées non plus (87).

Il est pourtant à noter qu'il existe une différence statistiquement significative concernant le critère « sexe du généraliste » entre la population de cabinet et la population hospitalière ($p=0,044$) : les patients hospitalisés sont très légèrement plus demandeurs de médecins de sexe masculin alors que ceux de cabinets libéraux légèrement plus de sexe féminin. Cela pourrait s'expliquer par l'âge de la population hospitalisée plus élevé, comparativement à une population de cabinet plus féminine et en âge de suivi gynécologique par le généraliste plus fréquente.

De ce statut social existant depuis longtemps, empreint de respect, il reste auprès de quelques patients une importance accordée au « paraître » du médecin, c'est-à-dire à sa tenue vestimentaire et à sa façon de s'apprêter puisqu'ils sont respectivement 17% et 32,8% à le mettre en avant dans notre enquête. Mais ces chiffres sont quand même bien inférieurs à ceux d'études antérieures : en 1985, 43% des patients accordaient de l'importance à la tenue vestimentaire (83), puis 50% en 1998 (88) contre 38% en 2007 (89).

Par ailleurs, avec un cœur de métier fondé sur la relation entre individus, les patients considèrent comme primordiales la politesse (84,6% d'entre eux), la bonne humeur (76,9%) et dans une moindre mesure la ponctualité (61,5%).

- La première caractéristique, la politesse, traduit la base d'une relation humaine aux yeux des gens. Jean-Jacques Rousseau disait « la véritable politesse consiste à marquer de la bienveillance aux hommes ; elle se montre sans peine quand on en a » (90).

- La seconde, la bonne humeur, donc la jovialité, l'entrain ou la gaieté, semble un peu plus surprenante dans un cadre de soins, surtout s'agissant du médecin généraliste. Pourtant, si on l'apparente à l'humour et au rire, elle a été utilisée à de nombreuses reprises, en témoigne les associations nationalement reconnues de clowns à l'hôpital ou les thérapies par le rire. Deux thèses récentes confirment son intérêt en médecine générale: la première datant de 2004 (91) met en avant que l'humour n'empêche pas de prendre un sujet très au sérieux et qu'il est un outil inestimable pouvant servir de levier, présent à presque toutes les consultations. La seconde réalisée en 2012 (92) confirme l'opinion tout à fait favorable des patients à l'utilisation de l'humour par leur médecin généraliste, pouvant renforcer la relation médecin-patient mais également favoriser la guérison ou diminuer l'anxiété. Mais son emploi est soumis à des précautions : prudence et adaptation au patient sont des règles à respecter.
- Enfin la ponctualité est formellement retrouvée comme un élément important pour les patients, puisqu'elle est également citée à de nombreuses reprises dans leurs attentes principales. Elle semble ainsi représenter une marque de respect d'une part mais également un critère de jugement d'autre part. Le travail de thèse du Dr. Clara Métois (93) en 2013 montrait que l'augmentation du temps d'attente est à l'origine d'une baisse de la satisfaction des patients vis-à-vis de la consultation, traduisant l'enjeu de la ponctualité en médecine générale.

La comparaison de la population hospitalière et de cabinet vient nuancer légèrement ces résultats. En effet, il est établi une différence statistiquement significative entre les deux en terme d'importance concernant la ponctualité ($p=1,4.10^{-10}$) et la politesse ($p=0,001$). La population hospitalière n'accorde en majorité que peu d'importance à la ponctualité (37,5%) et en moindre proportion à la politesse (65,2% contre 84,6% y accordant beaucoup d'importance). Il est difficile d'expliquer ces différences : les patients hospitalisés ont-ils une notion de l'attente et donc de la ponctualité biaisée par leur situation ? La proximité des relations humaines à l'hôpital fait-elle diminuer la place de la politesse dans l'échange intime avec le médecin généraliste ?

3. Les attentes des patients

Dans notre population, deux attentes principales sont amplement plus citées que les autres : la qualité d'écoute en premier lieu (21,1%) puis la compétence (17,7%). Viennent ensuite le fait de bien soigner (6,3%), la disponibilité (6,3%) et le fait de donner des explications (4,7%). Ces attentes prioritaires sont en accord avec plusieurs études en France ou à l'étranger. Par exemple une étude internationale a comparé les priorités des patients à l'égard des soins de médecine générale dans différents pays (94) : elle montre des opinions communes entre patients au Royaume-Uni, Norvège, Suède, Danemark, Pays-Bas, Allemagne, Portugal et Israël quant à une volonté d'obtenir assez de temps lors de la consultation ou sur la capacité du médecin à rendre les patients libres de parler de leurs problèmes. Ces deux éléments sont induits par une bonne qualité d'écoute. Une autre étude française datant de 2011 (95) a montré que la qualité clinique « perçue », associant la minutie de l'examen clinique, la réalisation d'action de prévention et d'éducation à la santé et la capacité du médecin à répondre aux conséquences physiques du problème de santé, composait le cœur du point de vue des usagers pour le soin en médecine générale. La compétence du médecin est la traduction de la qualité clinique « perçue » subjectivement par le patient.

D'une façon plus globale, toutes les qualités définies comme liées à l'échange/au relationnel constituent 28,9% de l'ensemble des attentes des patients de notre étude. Si on y associe les qualités liées à la communication (donner des explications, informer, conseiller) pouvant s'intégrer de fait dans l'échange entre deux individus, cela représente 36% des attentes. Cela était également confirmé par cette même étude française de 2011 (95) qui a établi, sur 40 aspects du soin en médecine générale, divisés en quatre dimensions (relation médecin-patient, qualité clinique « perçue », organisation du soin et caractéristiques de la structure et du médecin) les plus importants : la relation médecin-patient est la dimension la plus citée (5 aspects sur 7) et « l'obtention d'informations sur le problème de santé » constitue la priorité principale pour près de 80% des usagers.

Bien sûr les qualités liées à l'échange ne suffisent pas pour établir le profil du « bon » ou du « parfait » médecin généraliste. Une thèse de 2013 (96) par exemple allait dans ce sens puisqu'elle rejetait l'hypothèse principale selon laquelle les usagers de médecine générale accordaient plus d'importance aux items relevant de la relation médecin-patient définis par le questionnaire EUROPEP développé par un groupe de travail européen et centré sur la satisfaction des patients. Le domaine primordial pour les gens était ainsi la « continuité des soins-coopération » et le critère premier la « confidentialité du dossier médical ».

En témoigne pour notre étude le nombre de propositions faites par les patients concernant leurs trois attentes principales (question libre) : 36 étaient citées après regroupement des éléments considérés comme proche dans leur signification. Cela traduit bien la diversité des attentes des patients envers leur médecin.

B. Perception des patients vis-à-vis de l'information

1. Moyens d'information :

Lorsque les personnes interrogées en cabinet ont un problème de santé quel qu'il soit, elles utilisent presque toutes leur médecin traitant pour s'informer (95,1% des répondants), et cela est valable aussi pour les personnes interrogées à l'hôpital. Le médecin généraliste est donc un acteur privilégié par les patients d'échanges en matière de santé.

Les autres moyens d'information régulièrement utilisés par les patients sont le pharmacien (53,8%) et internet (37,2%). Le pharmacien a de ce fait un rôle important à jouer en matière d'informations sur la santé, apparaissant comme un médiateur « au carrefour » de la chaîne de soins (97). De même, de nombreuses études françaises et internationales prouvent que l'utilisation d'internet en matière de santé ne cesse de s'accroître (98-102).

Pour autant, utilisation d'un moyen d'information et confiance accordée à ce moyen ne vont pas forcément de pair : c'est en partie le cas pour le pharmacien (53,8% à l'utiliser mais 37,7% à lui faire confiance) mais surtout pour internet (37,2% d'utilisateurs mais 6,1% à lui faire confiance). La thèse du Dr. Soulard (103) confirme ce

manque de fiabilité de l'information trouvée sur internet : 64,7% des interrogés la trouve « pas toujours fiable » et 12,8% « plutôt non fiable ».

Or, c'est la grande différence mise en avant dans notre étude en ce qui concerne l'utilisation des moyens d'information : le médecin généraliste est le premier maillon de la chaîne d'information selon les patients, mais aussi celui à qui on fait le plus confiance (98,8%) sur l'information reçue.



"I'M SORRY DOCTOR, BUT AGAIN I HAVE TO DISAGREE."

Dessin paru dans un article du BMJ de Jadad (104) (diffusé sur site du Dr Dupagne www.atoute.org)

À noter la place prise par les métiers du soin (13,8% d'utilisateurs et 17% de confiance accordée) traduisant sûrement l'importance de l'échange humain en matière de santé aux yeux des gens.

L'évaluation de la population hospitalière ne modifie pas ce point de vue : même si une différence statistiquement significative est retrouvée entre population de cabinet et hospitalière sur la confiance accordée au médecin sur la qualité de l'information ($p=0,012$), celle-ci concerne toujours 93,8% des interrogés. Par contre, les patients hospitalisés sont moins utilisateurs du pharmacien et d'internet en proportion en matière d'informations médicales, renforçant là-aussi la place du médecin traitant.

Afin d'évaluer le ressenti des patients sur la transmission de l'information par le médecin généraliste, nous avons abordé cet aspect de la relation soignant-soigné de

plusieurs manières : la satisfaction, leur impression de participation, le rapport aux médicaments, le lien relationnel avec leur médecin, le temps d'écoute.

2. Satisfaction :

Nombreuses sont les études évaluant la satisfaction des patients à propos de leur médecin généraliste. Par contre, l'expertise plus spécifique de la transmission de l'information par le médecin, n'a que peu fait l'objet d'investigations. Deux thèses récentes ont attiré notre attention :

- Celle de Mailys Michot (105) datant de mars 2002 qui montrera que pour 85,8% des patients les médecins généralistes accordent une attention satisfaisante à leurs déclarations et que pour 77,7% ils apportent à leurs questions des réponses satisfaisantes. Une information dite claire et loyale aura tendance à rassurer 87,3% des patients.
- Celle de Séverine Cognet (106) datant de 2004 qui mettra en évidence l'écrasante majorité de personnes (96%) considérant important d'être bien informé. Il ressortait un intérêt des patients pour leur santé et pour l'information (71% par ex. des interrogés estimaient qu'il n'y avait aucune situation justifiant de ne pas être informé). 68% déclarait même souhaiter que leur généraliste consacre une consultation au seul but de mieux les informer dans le cas d'une maladie contraignante.

Notre étude va dans ce sens puisque, concernant l'information donnée par le généraliste, 57,1% sont « souvent » satisfaits et 38,5% sont « toujours » satisfaits, soit 95,5% de la population plutôt satisfaits.

L'analyse de la population hospitalière n'infirme pas cette bonne impression générale puisqu'ils restent 91,1% de satisfaits.

Nous n'avons pas trouvé de travail mettant en avant quelque chose de défavorable ou négatif en général sur le rapport médecin généraliste/patient, ce qui est plutôt rassurant. Maintenant, cette évaluation ne concerne que la satisfaction vis-à-vis de la transmission de l'information globalement, et pas la prise en compte des différents paramètres dans le détail.

3. Participation aux décisions :

Le sentiment de participation aux décisions correspond à la traduction de la volonté d'être acteur du soin. Elle est une autre façon d'interroger le patient sur la place qu'il souhaite occuper dans la relation médecin/patient. Sur ce versant, la satisfaction globale reste élevée mais de façon constante moindre que sur la transmission de l'information : 81,8% se sentent actifs pour eux ou leur(s) enfant(s). En comparaison, la thèse précédemment citée de Séverine Cognet (106) retrouvait une proportion proche de 75% de personnes interrogées ayant le sentiment de participer aux décisions. Le rapport de l'OCDE (107) datant de 2013 avec des données collectées surtout en 2010 interrogeait également cet élément :

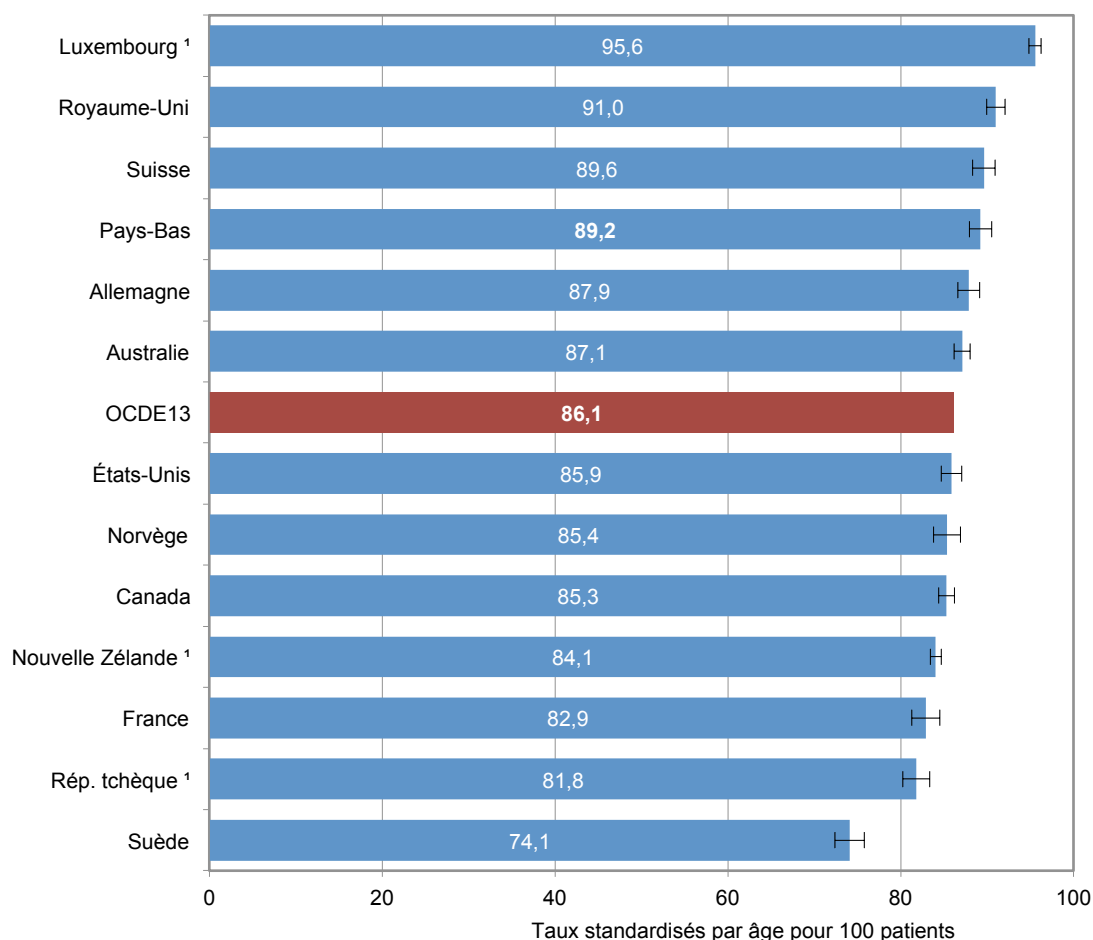


Figure 34: Expérience quant à la possibilité de participer aux décisions portant sur le traitement prescrit par le médecin habituel, 2010 (ou année la plus proche)

La France faisait parti des pays les plus critiques mais avec tout de même 81,8% des patients exprimant leur possibilité d'être acteur concernant les décisions portant sur les traitements prescrits.

Un rapport intéressant commandé par la Commission Européenne et la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs (108) vient tempérer ce sentiment de participation aux décisions : il met en avant une incompréhension du terme « participation des patients », signifiant mettre les patients au cœur du processus de soins, et donc rend difficile d'interprétation les éléments d'enquêtes utilisant ce terme. Il est en effet souvent assimilé selon ce rapport au respect du traitement médical et des ordres du médecin, ce qui ne correspond aucunement à la réalité de sa signification.

Là-aussi la comparaison avec la population hospitalière est intéressante car, certes elle confirme cette tendance majoritaire mais en mettant en avant une différence statistiquement significative pour les personnes ayant « souvent » le sentiment de participer aux décisions (42,9% contre 52,4%). De plus il est à noter une proportion non négligeable de personnes n'ayant que rarement (24,1%) voire jamais (2,7%) l'impression de participer aux décisions, avec ici également une différence statistiquement significative pour ceux ayant répondu « rarement » (24,1% à l'hôpital contre 16,6% en cabinet).

4. Information sur les médicaments :

Le parti a été pris de proposer des phrases plutôt « orales » aux patients interrogés afin d'évaluer d'une manière différente une forme d'expression de la satisfaction ou non en matière d'information, et ce de façon plus précise sur les médicaments. Ainsi il ressort globalement une satisfaction de l'information reçue, puisqu'ils sont 67,6% à trouver que le médecin leur parle d'une manière claire et 30,4% que même si il y a des mots compliqués, le médecin les explique ensuite. L'insatisfaction restait peu représentée (9,7% considéraient que le médecin n'expliquait pas suffisamment et 1,6% qu'il ne disait jamais rien).

La thèse de Lise Brosset sur *La confiance du patient en son médicament, poids du médecin traitant et influence des médias dans cette relation* de 2013 (109) montre bien que le médecin reste la personne de confiance en ce qui concerne les médicaments pour 100% des personnes interrogées, amenant à penser que cette confiance rejaillit sur celle envers la prescription médicamenteuse. Pour autant l'explication de la prescription d'un traitement, mais aussi de sa maladie, ses mécanismes et complications, ainsi que des conseils favorise la compliance : le patient doit avoir reçu l'information qui lui est nécessaire (110). Les recommandations du Royal College Of General Practitioners, organisme d'affiliation professionnelle des médecins généralistes du Royaume-Uni, vont d'ailleurs dans ce sens (111). Et un comportement de non-observance par exemple peut-être directement lié à un échange d'information déséquilibré entre le médecin et le patient (112).

À l'inverse, l'information des patients pourrait-elle avoir un effet nocebo, dans le sens où, donnée, elle amènerait à plus de plaintes d'effets indésirables ? Ce n'est pas ce que dit une étude de 1990 qui confirme l'absence de différence entre deux cohortes de patients, l'une informée des effets indésirables potentiels du médicament pris et pas l'autre concernant l'observance et l'apparition de ces effets (113).

La manifestation d'une certaine complexité dans les phrases employées par le médecin généraliste par un tiers environ des sondés (30,4% de « il utilise parfois des mots que je ne comprends pas mais les explique après ») montre l'importance de l'utilisation d'un vocabulaire adapté. Ce dernier fait d'ailleurs parti de 21 critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-malade retenus par une équipe canadienne (114). D'autres mettent en avant la possibilité d'utilisation d'un langage commun et intelligible pour parler des médicaments, à savoir la DCI (115). Il existe bien sûr des outils d'aide pour impliquer les patients dans les décisions sur les médicaments, et ce de façon compréhensible (111).

Or la comparaison avec la population hospitalisée amène un bémol à cette satisfaction générale : un ensemble de 22,4% en cumulé (14,3% trouvant que le médecin n'explique pas suffisamment et 8,1% qu'il ne dit jamais rien sur ça) a exprimé dans notre étude une insatisfaction quant à l'information sur les médicaments, ce qui montre l'utilité de s'interroger sur « la bonne façon » de la transmettre afin d'améliorer ces impressions. La différence était statistiquement significative pour la proposition « il ne me dit jamais rien sur ça » ainsi que sur « il me parle de façon très simple et claire, je comprends tout », soit un taux de 50,9% au lieu de 67,9% pour les patients interrogés en

cabinet. On peut se dire en effet que si $\frac{1}{4}$ des patients environ ont l'impression que l'information sur les médicaments est mal faite, il est un risque proportionnel de non-observance et de non-adhésion aux soins.

5. Relation au médecin :

Encore une fois dans la forme nous avons privilégié des propositions telles qu'énoncées à l'oral, favorisant possiblement une expression plus libérée qu'avec des suggestions plus classiques. De plus, la question ouverte pour témoigner d'un ressenti, qui plus est concernant une personne (le médecin) que l'on critique difficilement « à voix haute » aurait pu provoquer un moindre taux de réponses. La possibilité de choix multiples rend difficile l'interprétation puisque de nombreux patients ont par exemple répondu à la fois que le médecin, « je peux tout lui dire », qu'« il est ouvert, on peut parler de beaucoup de choses » et qu'« il se comporte comme il faut, ni trop proche, ni trop éloigné ». De même négativement une même personne a pu déclarer qu'« il est pas très causant » en même temps qu'« il n'écoute pas trop ce qu'on lui dit ».

Il se dégage tout de même une description favorable du relationnel avec son médecin généraliste sous-tendue par plus de la moitié des interrogés (63,6% de « il est ouvert, on peut parler de beaucoup de choses »). On peut souligner que presque 20% de différence existe entre cette proposition et les deux suivantes nommées également fréquemment (« mon médecin, je peux tout lui dire il m'écoute » et « il se comporte comme il faut, ni trop proche, ni trop éloigné »). Cela est significatif pour les gens : le fait de parler de tout sous-entendu d'autres choses que de la maladie associé à une certaine ouverture d'esprit, est très important.

44,5%, donc une proportion moindre, ont déclaré que le médecin généraliste « se comporte comme il faut, ni trop proche, ni trop éloigné ». Est-ce à penser, pour ces 20% de moins environ que la première proposition citée, que certains patients souhaitent soit une proximité plus importante, plus amicale, ou à l'inverse une distance clairement établie avec leur médecin généraliste ? Impossible de conclure.

Les énoncés plus désavantageux (« il est pas très causant », « je ne le sens pas assez proche de moi » et « il n'écoute pas trop ce qu'on lui dit ») représentent 10,4% en cumulé, ce qui semble négligeable si on convient des doublons. On peut dire qu'il y a tout de même une petite proportion de personnes ayant un médecin généraliste choisi, et pouvant en changer qui, selon eux, n'a pas une approche relationnelle qui leur convient.

Il est difficile vu la forme de cette question de trouver des éléments de comparaison dans la littérature. Une étude qualitative française par méthode *focus group* datant de 2001 avait fait émerger des critères de qualité perçue de la relation médecin-patient en médecine générale par les usagers du système de santé libéral français (116): dans les dimension « aspects interpersonnels, vécu relationnel et affectif » et « communication et techniques utilisées », il ressortait que le patient attend du médecin qu'il le considère comme une personne, qu'il attache de l'importance à l'écoute des problèmes psychologiques et porte attention aux événements de vie, sans juger ni culpabiliser mais aussi qu'il sache le convaincre, négocier si nécessaire ou qu'il l'invite au suivi. Cela montre bien que le bon équilibre à trouver dans la relation est complexe, associant une certaine proximité, familiarité mais aussi une distance nécessaire pour un jugement plus objectif amenant à des conseils pertinents.

La comparaison avec la population hospitalière concernant les énoncés positifs envers le relationnel avec son médecin montre une différence statistiquement significative pour « il est ouvert, on peut parler de beaucoup de choses » (50,9% contre 63,6% en cabinet) et « mon médecin, je peux tout lui dire, il m'écoute » (58,9% contre 45,3% en cabinet). L'écoute et l'ouverture d'esprit restent plébiscitées, ce qui correspond aux attentes exprimées des patients (cf. A. L'image du médecin).

Par ailleurs elle fait émerger une nouvelle donnée : l'expression d'un mécontentement dans la relation avec son médecin est plus libérée, et ce de façon significative pour chaque proposition. En cumulé, cela correspond à un taux de 34,8%, donc non négligeable, mais d'interprétation délicate si on admet les choix multiples possibles. Même mineur dans la population globale pour notre étude, le ressenti négatif en terme de relationnel pour les patients existe. Même si on est dans une relation humaine où tout ne peut être parfait, le médecin reste une personne de soins qui a les outils pour s'adapter au mieux à la personne en face de lui, et cela passe par un travail d'amélioration du relationnel pour un meilleur soin.

6. Temps d'écoute :

La question du temps d'écoute intègre des problématiques autres que la relation soignant/soigné, notamment l'organisation d'un cabinet, la surcharge de travail...pour lesquels les patients peuvent exprimer un mécontentement mais semblent également faire preuve d'une certaine indulgence et compréhension. On sait également que le temps de la rencontre est représenté en temps réel et en temps perçu, avec des différences statistiquement significative entre les deux (117,118), or la satisfaction du patient est corrélée parfois à la surestimation du temps de consultation ou temps ressenti (117).

Pour autant dans notre étude, une proportion moindre que pour la satisfaction sur la transmission des informations ou la participation aux décisions mais tout de même majoritaire de 60% de personnes considère que le médecin ne doit pas prendre plus de temps pour les écouter. Cela peut s'interpréter de deux manières : soit les patients estiment que le médecin prend assez de temps pour les écouter personnellement, soit que le temps consacré à l'écoute en général est suffisant.

Cette inadéquation en proportion entre la satisfaction des patients sur la transmission de l'information (95,5%) et le temps d'écoute (60%) est révélatrice justement de ce qu'englobe le paramètre « temps d'écoute ». Celui-ci se conçoit comme du temps ressenti par le patient pour s'exprimer auprès de son médecin, mais aussi de façon plus générale dans une attitude du médecin. Séverine Klein et Lydie Moronvalle le définissent bien dans une thèse de 2004 sur la communication et la relation médecin-patient (119): l'écoute, critère largement plébiscité par les patients, englobe plusieurs notions. Elle se définit en tant que marque d'intérêt du médecin, en tant que marque de soutien ou comme la possibilité pour le patient de s'exprimer, y imprimant ainsi les critères de temps d'écoute, de durée et de disponibilité.

Concrètement, si le médecin a pris objectivement dix minutes pour écouter son patient mais qu'il exprimait un stress du temps qui passe en vue de ces consultations à venir par exemple, cela jouera négativement sur la perception du patient concernant le « temps d'écoute ». C'est d'ailleurs comme cela que Braddock et Snyder (120) parle du temps disponible du médecin : il présente selon eux une signification éthique avec des implications spécifiques pour la relation médecin-patient, pour la promotion du bien-

être, pour l'entretien de la fidélité et pour préserver la justice. Il préfère ainsi parler du concept de « suffisamment de temps ».

Par ailleurs, il est intéressant de réfléchir ces chiffres à l'inverse en les mettant en parallèle aux attentes des patients. Si la qualité d'écoute est la principale attente des patients selon notre échantillon (cf. A. 3. attente des patients), pourquoi cette proportion certes majoritaire de 60% n'est-elle pas plus importante ? Aurions-nous des éléments à améliorer dans notre capacité d'écoute ?

De plus, la comparaison avec la population interrogée à l'hôpital vient contredire complètement ces résultats avec des différences statistiquement significatives. En effet, la proportion de patients souhaitant plus de temps d'écoute par leur médecin généraliste tend à s'inverser par rapport à celle de cabinet (passant de 21% à 48%), devançant le nombre de personnes ne le souhaitant pas (34% pour une proportion de 60% en cabinet). Nous n'avons pas retrouvé d'études menées en cabinet, à l'hôpital ou autre allant dans ce sens.

Cette expression d'un temps d'écoute plus important dans une population est primordiale car elle est une preuve certaine de la difficulté d'unanimité concernant ces questions autour de la relation médecin-patient du fait des conditions d'étude, du type de population... Elle met surtout en avant un mécontentement plus fort qu'une satisfaction d'une population concernant un des critères fondamentaux des attentes concernant un médecin généraliste (116,119,121).

C. Déterminants influant sur la perception des patients concernant la transmission de l'information

Notre étude a permis de mettre en évidence deux déterminants formels intervenant sur la perception par les patients de la transmission de l'information par le médecin généraliste, que cela concerne la population interrogée en cabinet, à l'hôpital ou la population globale :

- ⇒ Le sexe est une variable concernant le sentiment de participation aux décisions prises par les médecins. D'une façon générale, les hommes manifestent plus d'insatisfaction en proportion que les femmes quant à leur implication active dans la relation de soins avec leur médecin généraliste.
- ⇒ L'âge, même avec une satisfaction majoritaire de la population de cabinet et hospitalisée ensemble (94,2%) concernant la transmission de l'information, est un facteur qui influe sur ce ressenti. On remarque notamment un mécontentement plus marqué des « moins de 25 ans » et des « plus de 65 ans » pour les populations hospitalière et globale dans le jugement des capacités de communication des informations.

Spécifiquement pour la population interrogée en cabinet, il est également retrouvé un lien statistique entre le nombre d'hospitalisations au cours de sa vie et l'impression de participation aux décisions : avoir été plus de cinq fois hospitalisé détermine plus de satisfaction sur la sensation de participer aux décisions. Est-ce à penser que l'expérience de l'hospitalisation, et en extrapolant de la maladie, amène le patient à prendre encore plus à bras le corps son rôle d'acteur du soin, maître de sa santé ?

Uniquement pour la population hospitalisée cette fois-ci, le fait de vivre en couple amène à être plus critique sur le temps d'écoute accordé par le médecin généraliste, et à en souhaiter plus. À l'inverse, la personne vivant seule apparaît majoritairement satisfaite du temps d'écoute. Peut-être est-on moins exigeant dans la demande d'écoute lorsque l'on vit seul, puisque le médecin quelque soit le temps accordé est déjà juste un interlocuteur.

Enfin, et ce uniquement lorsque l'on prend la population de façon globale (de cabinet + hospitalisée), il est caractérisé plusieurs déterminants en ce qui concerne la volonté ou non d'un temps plus grand pris par le médecin généraliste pour écouter le patient : l'âge, la profession, le fait de vivre avec ou sans enfant, le fait d'être gravement malade ou pas et le nombre d'hospitalisations. Pour caricaturer, un homme, inactif (retraité, étudiant, sans emploi...), sans enfant, qui a été hospitalisé de nombreuses fois et qui se juge porteur d'une maladie grave exprime en proportion plus grande un désir de plus de temps d'écoute de la part du médecin généraliste. Cela correspond bien aux analyses statistiques prises séparément puisque le temps d'écoute est le seul élément de la relation médecin/patient pour lequel une division franche s'est retrouvée dans les résultats comparant la population de cabinet et la population hospitalisée, alors que chaque population étudiée individuellement ne retrouvait pas de déterminant pour ce paramètre (cf. Analyses statistiques).

D. Apports de l'analyse de la population hospitalisée

Cette étude propose d'évaluer la perception concernant la transmission des informations par le médecin généraliste en évaluant la satisfaction de personnes sur plusieurs paramètres. Recrutées en cabinet de médecine générale dans le département de Loire Atlantique, les résultats retrouvés sont assez conformes à ceux obtenus dans d'autres études sur le critère de l'information (105,106) mais aussi en général sur la satisfaction autour du médecin généraliste. Acteur de premier recours, le médecin généraliste est un professionnel accessible, qui est là pour notre bien et pour lequel nous ne pourrions de ce fait exprimer de l'insatisfaction.

Pourtant, la comparaison dans notre étude à une population recrutée différemment, dans un autre contexte que celui d'une consultation au cabinet, a mis évidence en premier lieu des nuances quant aux expressions majoritairement positives des patients sur leur sentiment de participer aux décisions, sur l'information donnée sur les médicaments, sur le vécu du relationnel dans le binôme médecin/patient et sur le temps d'écoute accordée par le médecin généraliste. Elle apporte quelques éléments objectifs pour dire « tout n'est pas si parfait » en la matière.

La parole, hors d'un contexte ne permettant que peu la critique, à fortiori sur une personne ayant un rôle social plutôt bienveillant, semble plus libérée et l'expression d'un ressenti négatif plus marquante. Cela accorde ainsi du crédit aux interrogations sur ces questions puisqu'elles sont le reflet d'une certaine réalité.

De plus, lorsqu'elle confirme des liens statistiques entre un déterminant (ex. : le sexe) et l'un des volets de la satisfaction concernant la transmission de l'information (ex. : le sentiment de participation aux décisions), à plus forte raison à l'échelle de la population

globale de l'étude (cabinet + hospitalisée), elle renforce la puissance de tels résultats, à la hauteur d'une étude locale évidemment.

Enfin elle permet clairement de s'interroger sur la réalité d'une expression de critiques envers son médecin généraliste et sa façon de communiquer les informations, ainsi que sur ses capacités relationnelles : pourquoi une population de cabinet est en majorité satisfaite du temps d'écoute accordé par son médecin (60%) alors qu'à l'inverse une population interrogée à l'hôpital souhaiterait en grande partie plus de temps d'écoute (48%) ? Soit le recrutement en cabinet est un biais dans un sens positif pour le médecin généraliste, soit le recrutement à l'hôpital fait exprimer plus d'insatisfaction envers son médecin. En tout cas cela montre la difficulté d'accéder à une réalité objective de la satisfaction des gens concernant leur médecin généraliste. Et cela ne prend pas en compte d'autres paramètres minimisant probablement les critiques (déserts médicaux laissant peu de choix de médecin, médecin de famille, demande plus forte que l'offre avec parfois refus de prise en charge...)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Comme confirmée par notre étude, l'écoute est une des principales attentes du patient concernant son médecin généraliste, et les qualités liées au relationnel et la communication du médecin font partie des priorités essentielles des patients, dans un objectif de soins optimaux. Et cela est d'autant plus important que le métier de médecin a dans la société une image respectée, avec un rôle primordial dans le lien humain social.

L'analyse du ressenti ou de la perception des points de vue des gens sur certains sujets est compliquée, et fait surtout appel à des enquêtes de satisfaction. Oui il semble que la population française soit majoritairement satisfaite de son médecin généraliste. Oui notre étude montre que, dans l'échange avec le médecin, la transmission de l'information en général apparaît correctement réalisée pour la majorité de notre échantillon.

Mais plusieurs éléments dénotent que tout n'est pas si irréprochable que cela : la mise en parallèle de deux types de population (de cabinet et hospitalière pour notre étude) a révélé des failles et nuances dans certains aspects jugés positivement du sujet « relation médecin-patient » (information sur les médicaments, temps d'écoute). Ils sont d'ailleurs probablement minimisés du fait des méthodes d'analyses de ces aspects.

La réflexion sur ce sujet à l'échelle sociétale semble plutôt aller dans ce sens : nombre de témoignages remettant en question les capacités d'annonce de diagnostic de maladies graves (73), révélation plus fréquente des plaintes des patients (souvent en majorité liées à des défauts en terme de communication (122,123)), ...

Durant ces cinquante dernières années, la médecine a fortement évolué en terme de progrès et d'avancées scientifiques. Mais la relation médecin/patient, concomitamment à la progression de la place de l'individu dans la société, a également considérablement changé, et ce de manière irréversible. Le patient devient de plus en plus acteur du soin, et la relation, d'une asymétrie paternaliste étiquetée bienveillante, se meut peu à peu en modèle de décision partagée, où l'échange est au cœur du processus amenant à un soin adapté.

Bien sûr une telle évolution doit être pensée, réfléchie, ce qui semble être le cas vu le nombre de publications concernant la relation médecin-patient, la communication ou l'information. Évidemment de nouvelles données émergent et vont poser question: le risque pour le médecin de devenir un prestataire de service, le risque de la parole toute-puissante du patient, la place d'internet, la place des autres cultures médicales,...

Cependant, ces questionnements d'idées ne doivent pas faire oublier la mise en pratique et le concret pour accompagner ces évolutions par des faits. À l'heure actuelle, la formation médicale française, prise dans la schizophrénie entre un examen national classant formaté d'évaluations de connaissances et un apprentissage pratique variable d'une politique universitaire à l'autre, oublie le principal ressort du métier de médecin : l'échange humain. Il est évident qu'en terme de partage avec les patients, les diversités des situations sont telles que tout ne peut pas être dit ou enseigné : le futur praticien découvrira « sur le tas » un bon nombre de choses, de sentiments ou d'émotions, de

réactions impulsives ou réfléchies, de comportements adaptés ou non... cela fait et constitue la richesse de notre métier.

Mais pourquoi n'existe-t-il pas un enseignement défini des grands principes de la communication dans le soin, de la relation soignant/soigné, de l'information, s'intégrant dans un apprentissage au lit du malade, et réparti tout au long de la formation médicale ? Oui on ne peut appréhender trop tôt et de façon sereine certaines situations de soins, qui confrontent le médecin à sa valeur d'homme : la fin de vie, la mort prématurée ou brutale, l'annonce de diagnostic... Pour autant n'a-t-on pas le droit d'avoir quelques éléments pour mieux s'en sortir en tant que professionnel ? Et encore une fois l'objectif est d'arriver à un meilleur soin, car un patient ou l'entourage d'un malade qui est bien informé, même d'un mal grave, exprime toujours une certaine satisfaction ou gratitude, car on parle de la santé, de la vie, de l'essence de tout être humain. Et mis à nu, on ne peut pas se permettre de passer à côté de ces moments souvent uniques dans la vie des gens, et pouvant rester des traumatismes à jamais (73).

J'ai toujours d'ailleurs été très surpris du décalage lorsque l'on considère ces moments de vie considérablement forts dans l'échange, pour lesquels le médecin, professionnel ayant reçu une formation, est souvent livré à lui-même, et le fait par exemple d'aboutir à un diagnostic correct dans une démarche de compréhension et réflexion sur un « cas clinique » humain.

Je prend brièvement un exemple concret : il y a peu, dans le service de néphrologie-endocrinologie-médecine polyvalente de l'hôpital de Cholet où je travaille, Mr S., 87 ans, arrivait pour une altération de l'état général avec chute. La démarche diagnostique nous amenait progressivement, au fil de l'examen clinique, de bilans biologiques et autres imageries à découvrir un cancer d'origine indéterminé métastasé, partout, en hépatique, cérébral... avec une espérance de vie de fait objectivement réduite (d'un point de vue de médecin, statistiquement parlant !!!). La compréhension croissante de la mauvaise nouvelle était progressivement expliquée aux patients et à sa famille. Objectivement, avec les moyens offerts dans un système de santé occidental comme le notre, seul ou en équipe, je pense que bon nombre de collègues auraient diagnostiqué la pathologie. Et c'est ce qu'on demande en premier au professionnel médical : au praticien de médecine générale ou d'un service de médecine, de bien faire son travail (donc faire le bon diagnostic pour donner le bon traitement), au chirurgien de bien faire son opération... Mais pour autant, le cœur de la courte histoire en compagnie de Mr S. résidait, du fait de cette découverte, dans des discussions autour de la mort, des volontés du patient, de l'organisation de la fin de vie prenant en compte les peurs, angoisses et incertitudes de chacun. Et ces échanges-là, si on ne les met pas en place, ou si on les fait maladroitement, sans empathie, avec des mots incompréhensibles, sans prendre le temps, sans écouter... alors je considère personnellement qu'on fait mal notre métier. Autant que faire un mauvais diagnostic, qui la plupart du temps se rattrape. Et comble du cynisme, pour attester de l'importance de ces liens humains, si même cette maladie grave n'était pas, personne, que ce soit le patient en fin de vie ou les proches correctement informés et accompagnés, ne vous en voudrait. Ou presque, caricaturons...

« La France fournit les meilleurs soins de santé généraux » du monde disait un rapport de l'OMS en 2000 (124). Un rapport de l'OCDE plus récent de 2013 allait toujours dans ce sens (107). Différents groupes indépendants ou fondations privées, en quête de comparaison de performances, classaient la France en 2014 entre la 8^e et 9^e

place pour leur système de santé, selon différents indicateurs (espérance de vie, coût de la sécurité sociale, PIB, accès aux soins, efficacité ou équité des soins,...)(125-127).

Le système global fonctionne correctement ? Oui, mais évalue-t-on la satisfaction des usagers du système de santé dans ce fonctionnement? On essaie, mais les outils d'évaluation ne sont souvent pas parfaits, comme montrer dans une méta-analyse de la littérature sur la satisfaction (128).

Et à l'échelle du médecin, n'est-il pas tout aussi important de bien savoir parler à son patient que de réfléchir aux situations diagnostiques, l'un et l'autre étant souvent interdépendants ?

On sait nous apprendre la conduite diagnostique et nous évaluer sur ce cheminement théorique, le parcours est bien plus épineux en ce qui concerne la relation humaine.

Pourtant, de nombreuses publications ont démontré l'importance de la qualité de la relation patient/médecin sur les résultats de soins, la satisfaction, l'observance (129-133). Et quelques pays ont intégré un enseignement autour de la communication, de l'information ou de la relation médecin-patient depuis plusieurs années dans la formation médicale continue : Canada en première ligne (134,135), Pays-Bas, Etats-Unis ou Suisse à moindre mesure. Même si on va vers une mauvaise approche de l'apprentissage de la communication, à savoir limiter le nombre de plaintes à l'encontre du corps médical, il existe des études « EBM » validant la démarche : une étude canadienne de 2007 par ex. a montré que les cliniciens qui avaient le moins bien réussi les tests de communication et de prise de décision médicale étaient les plus susceptibles de mécontenter leurs patients, mettant un lien entre l'habileté dans ce domaine et le taux de plaintes (136).

Selon Yedidia *et al* (137), les programmes de formation en communication améliorent même les compétences des étudiants en médecine. D'autres se sont déjà mis en action pour œuvrer à l'instauration de ces formations (138-140), qu'attend-on ?

En France, l'enseignement universitaire en médecine des thèmes autour de la relation médecin/patient se trouve essentiellement sous forme de cours magistraux (SHS= sciences humaines et sociales, psychologie médicale) ou d'études dirigées dans les premières années, pouvant aller jusqu'à des séminaires pratiques (141). Il existe également des groupes Balint à destination des étudiants de 2^e cycle ou 3^e cycle dans différentes universités (Paris-Descartes, Paris XII, Angers, Poitiers, Caen, Tours...) (142-146) ou parfois des ateliers (147). À Nantes notamment, la recherche est active autour d'une pédagogie de la relation médecin-patient et de la communication (148-150). Des colloques ou congrès avec des partenariats souvent internationaux (ex. : groupe d'action prioritaire « Communication » de la SIFEM= société internationale francophone d'éducation médicale (151)) autour de ces questions sont organisés (152-154). Cette description non exhaustive est citée en rappelant que l'enseignement de la relation médecin-patient est devenu obligatoire en 2000 avec la réforme des programmes officiels du deuxième cycle des études médicales.

À nous de prendre conscience, vue la place que prend la relation humaine dans ce métier, de la nécessité d'intégrer cet enseignement à la validation des stages pratiques qui occuperaient alors une place prépondérante dans la formation continue des étudiants en médecine en France. Cela passe par une poursuite des recherches apportant des preuves de cette nécessité d'une part (155), et de l'implication des médecins-enseignants et autres professionnels de ces questions (psychologues, infirmiers(ères), sociologues, anthropologues, ethnologues...) à investir et améliorer les politiques d'apprentissage aux niveaux des facultés.

Comme le dit Galam (156), la relation médecin-malade est évolutive, fruit d'une interaction entre patients, médecins et société. Elle devrait être un partenariat lucide, fondé sur la « vraie » vie, sans être exempte d'imperfections, d'incertitudes, de renoncements...L'adaptation à chaque situation est donc un maître mot. Et comme « c'est au médecin de faire tomber les barrières » (157) dans le cadre de la relation, la pertinence d'un enseignement dans ce sens semble plus qu'entériner. À nous de le mettre en œuvre.

ANNEXES

Annexe 1 : Professionnels de santé (158)

Professionnels de santé selon le CSP	
Professions médicales	- Médecin - Chirurgien-dentiste ou odontologiste (=professionnel des dents et de la cavité buccale), orthodontiste (spécialité d'orthopédie dento-faciale) - Sage-femme
Professions de la pharmacie	- Pharmacien - Préparateur en pharmacie et en pharmacie hospitalière
Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaire de puériculture et ambulanciers	- Infirmier ou infirmière - Masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue - Ergothérapeute et psychomotricien - Orthophoniste et orthoptiste - Manipulateur d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoire médical - Audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste, orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées - Diététicien - Aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers

Annexe 2 : Questionnaire final

Madame, Monsieur,

Merci de votre participation à cette thèse qui clôture mes études de médecine et pourra contribuer à améliorer la pratique médicale.

Ce questionnaire recto-verso est strictement anonyme, et les données mentionnées ne seront utilisées que pour l'analyse des résultats.

INFORMATIONS GENERALES

- Âge :
- Sexe : ☐ M ☐ F
- Ville d'habitation :
- Personne(s) vivant au domicile avec vous :
☐ conjoint(e) ☐ enfant(s) ☐ parent(s) ☐ aucune
- Profession :
- Consultez-vous autant que possible toujours le même généraliste ? ☐ Oui ☐ non
- Combien de généralistes (en dehors des remplaçants) avec la volonté d'un suivi, diriez-vous avoir consulté au cours de votre vie ?
☐ 1 ☐ de 2 à 4 ☐ de 5 à 10 ☐ > 10
- Nombre d'hospitalisation au cours de votre vie :
- A quelle fréquence consultez-vous votre généraliste (pour vous ou votre(s) enfant(s)) ?
☐ + de 1 fois par mois ☐ environ 1 fois par trimestre ☐ - de 1 fois par trimestre
- Avez-vous eu une maladie grave ?
☐ oui ☐ non

PARTIE 1 : L'image du médecin :

1/ Selon vous, votre médecin généraliste doit-il être ?

- ☐ une femme ☐ un homme ☐ peu importe

2/ Parmi ces métiers : enseignant(e), chef d'entreprise, infirmier(e), ouvrier, cadre, avocat, policier, médecin, homme politique, notaire, pompier, vétérinaire, banquier, ingénieur, artiste, autres..., quels sont les 2 que vous trouvez :

⇒ les plus respectables	1)	2)	☐ Pas d'avis
⇒ les plus prestigieux	1)	2)	☐ Pas d'avis

3/ Selon vous, combien gagne en moyenne un médecin généraliste en France, par mois, en euros et net?

- ☐ <2000 ☐ 2000 à 4000 ☐ 4000 à 6000 ☐ 6000 à 8000 ☐ 8000 à 10000 ☐ >10000

4/ Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste en priorité? (3 réponses maximum)

- 1)
2)
3)

(**exemples** : de l'attention, de l'écoute, de la compétence, de l'information, des explications, de la gentillesse, qu'il soit disponible, de la ponctualité, qu'il soigne bien, qu'il n'ait pas de retard, de l'humanité, de la compassion, qu'il soit rassurant, qu'il ne vous juge pas, qu'il dise la vérité...)

5/ Trouvez-vous important pour un médecin :

	Un peu	Beaucoup	Peu importe
⇒ D'être bien habillé			
⇒ D'être bien apprêté (bien rasé, bien coiffé...)			
⇒ D'être à l'heure			
⇒ D'être de bonne humeur			
⇒ D'être poli			

PARTIE 2 : L'information médicale :

6/ Concernant votre santé (ou celle de votre(s) enfant(s)), avez-vous en général le sentiment de participer aux décisions prises par les médecins?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

7/ En cas de problème de santé (maladie, infection, pathologie bénigne...), quels moyens utilisez-vous pour vous informer ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ médecin généraliste | ☐ internet | ☐ autres soignants |
| ☐ pharmacien | ☐ autres médias (radio, télévision, magazines...) | ☐ autres : |
| ☐ entourage | | |

8/ En terme de qualité, vous accordez plus de confiance à l'information apportée par : (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ votre généraliste | ☐ internet | ☐ autres soignants |
| ☐ pharmacien | ☐ autres médias (radio, télévision, magazines...) | ☐ autres : |
| ☐ entourage | | |

9/ En général, êtes-vous satisfait de l'information donnée par le médecin généraliste ?

- ☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

10/ Que diriez-vous à propos de l'information transmise par votre médecin concernant les médicaments qu'il vous donne ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ « il me parle de façon très simple et claire, je comprends tout »
☐ « il utilise parfois des mots que je ne comprends pas mais il les explique après »
☐ « il n'explique pas suffisamment ce qu'il me prescrit et pourquoi »
☐ « il ne me dit jamais rien sur ça »
☐ autre proposition :

11/ Que diriez-vous à propos du relationnel avec votre médecin : (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ « mon médecin, je peux tout lui dire, il m'écoute »
☐ « il est ouvert, on peut parler de beaucoup de choses »
☐ « il est pas très causant »
☐ « il se comporte comme il faut, ni trop proche, ni trop éloigné »
☐ « je ne le sens pas assez proche de moi »
☐ « il n'écoute pas trop ce qu'on lui dit »
☐ autre proposition :

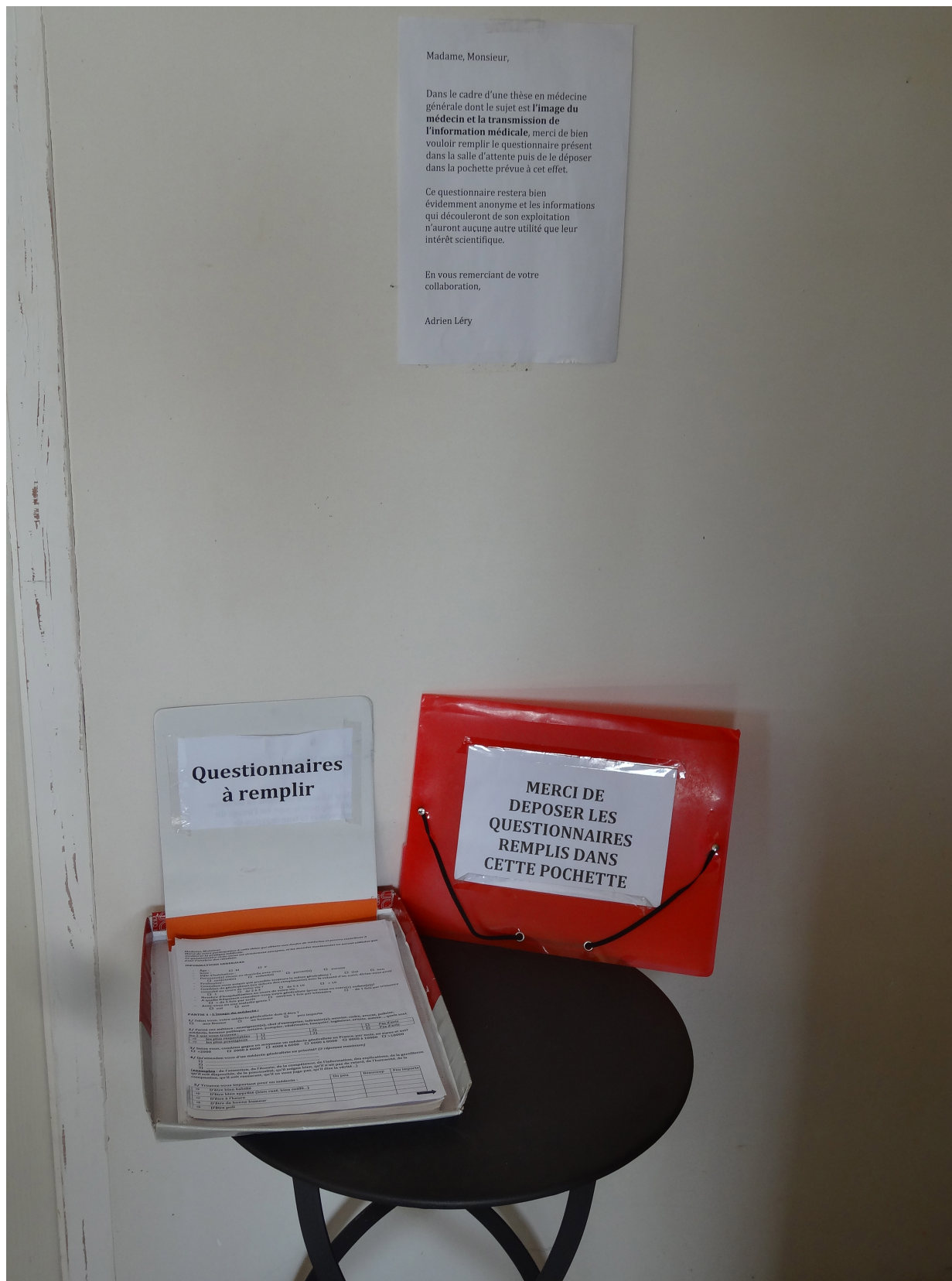
12/ Pensez-vous que votre médecin devrait prendre plus de temps pour vous écouter ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

13/ Ce questionnaire vous inspire-t-il d'autres commentaires :

**Merci pour le temps consacré à remplir ce questionnaire, vous pouvez le déposer dans la boîte à cet effet.
Pour recevoir les résultats de cette thèse, laissez votre adresse mail :.....@.....
Adrien Léry**

Annexe 3 : Installation du matériel dans les salles d'attente des cabinets



Annexe 4 : modification de la phrase finale explicative pour les questionnaires distribués à l'hôpital

Merci pour le temps consacré à remplir ce questionnaire, vous pouvez le donner à un des soignants du service.

Pour recevoir les résultats de cette thèse, laissez votre adresse mail :@.....

Adrien Léry

Annexe 5 : Exemple de saisie des données quantitatives avec le logiciel Excel® pour Mac 2011

N°	Age	Sexe	Ville	Domicile: conjoint	Domicile: enfant(s)	Domicile: parent(s)
1	33	F	1	1	1	0
2	43	F	1	1	1	0
3	39	F	1	1	1	0
4	69	M	1	0	0	0
5	NR	M	1	1	1	0
6	39	F	1	1	1	0
7	54	F	1	1	1	0
8	35	F	NR	1	1	0
9	34	F	1	1	1	0
10	33	F	1	1	1	0
11	49	F	1	0	1	0
12	35	F	1	1	1	0
13	56	F	1	1	0	0
14	40	F	NR	1	0	0
15	34	F	NR	1	1	0
16	47	F	1	1	1	0
17	57	M	1	1	0	0
18	36	F	1	1	1	0
19	53	F	1	1	1	0
20	32	F	1	1	1	0
21	38	F	1	0	1	0
22	NR	M	1	0	0	0
23	69	F	1	0	0	0
24	67	M	1	1	0	0
25	NR	F	1	1	1	0
26	40	F	1	1	1	0
27	28	F	1	0	1	0
28	61	M	1	1	0	0
29	44	F	1	1	1	0
30	17	F	1	0	0	1
31	32	F	1	1	1	0

Bibliographie

1. Article L1111-2. Code de la Santé Publique. Sect. 1, modifié par la LOI n°2009-879 juill, 2009.
2. Hoerni B, Bénézech M. L'Information en médecine: évolution sociale, juridique, éthique. Paris; Milan; Barcelone: Masson; 1994.
3. Article L1110-4. Code de la Santé Publique, modifié par la LOI n°2011-940 août, 2011.
4. Sargos P. L'information du patient et de ses proches et l'exclusion contestable du préjudice moral. Dalloz. 2008;192.
5. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. 2012 [cité 5 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
6. Commission National Permanente 2011-2012, Decanter B. L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun. Ordre National des Médecins; 2012 sept.
7. Cour de cassation, Arrêt du 4 avril 1995.
8. Requête 93-13326 du mardi 4 avril 1995, Cour de cassation, Chambre Civile 1.
9. Jurisdata n°1999-050021, conseil d'État, 13 janvier 1999.
10. Article L1111-5. Code de la Santé Publique, modifié par la LOI n°2005-370, JORF 23 avril, 2005.
11. Article L1110-10. Code de la Santé Publique, crée par LOI n°2002-303, JORF 5 mars 2002.
12. Article 37 et 38. Code de Déontologie, modifiés par décret n°2012-694 7 mai, 2012.
13. Claeys A, Leonetti J. Proposition de loi modifiant la loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Code de la Santé Publique juin 20, 2014 [consulté 22 juillet 2015]. Disponible sur: <http://www.elysee.fr/assets/Uploads/Rapport-et-proposition-de-loi-creant-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie.pdf>
14. Prescrire. Les patients veulent savoir. Rev Prescrire. déc 2011;31(338).
15. Article L1111-4. Code de la Santé Publique, modifié par LOI n°2005-370, JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai, 2005.
16. Clément J-M. Les grands principes du droit de la santé. Bordeaux: Études hospitalières; 2005. 216 p.
17. Charbit L. L'information médicale: informer le patient et le grand public, de l'obligation légale à la pratique. Paris: l'Harmattan; 2009. 95 p.
18. Rabhi P. Vers la sobriété heureuse. Arles: Actes Sud; 2013.

19. Rouzé V. Les modélisations de la communication [Internet]. Musiques&Communications. [consulté 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://rouzev.free.fr/spip.php?article25 - nb4>
20. Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication. Urbana: University of Illinois Press; 1964. 144 p.
21. Conway F, Siegelman J. Dark hero of the information age: in search of Norbert Wiener, the father of cybernetics. New York: Basic Books; 2005. 464 p.
22. Wiener N. La cybernétique information et régulation dans le vivant et la machine. Paris: Editions du Seuil; 2014. 376 p.
23. Jakobson R, Ruwet N. Essais de linguistique générale. 1: Les fondations du langage. Paris: Les Ed. de Minuit; 1978. 260 p.
24. Moles AA, Rohmer-Moles E, Lisle E. Théorie structurale de la communication et société. Paris; Milan; Barcelone: Masson; 1980. 295 p.
25. Gronier G, Sagot J-C. Le rôle des communications dans les projets de conception de produits: comparaison des situations de travail collectif en présence et à distance. Colloque de l'Association pour la Recherche Cognitive-ARCo'07: Cognition-Complexité-Collectif. Nancy: Acta Cognita; 2007. p. 291-302.
26. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005.
27. Billig M. Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology. New ed. Cambridge ; New York, NY, USA : [Paris]: Cambridge University Press ; Editions de la Maison des sciences de l'homme; 1996. 325 p.
28. Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles. Rueil-Malmaison: Arnette; 2013. 159 p.
29. Bensing JM, Verheul W. The silent healer: the role of communication in placebo effects. Patient Educ Couns. sept 2010;80(3):293-9.
30. Iandolo C, Vitali M. Guide pratique de la communication avec le patient: techniques, art et erreurs de la communication. Paris: Masson; 2007. 224 p.
31. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Académie nationale de médecine; 2006 juin.
32. Tate P. Soigner (aussi) sa communication: la relation médecin-patient. 4ème éd. Bruxelles: De Boeck; 2005. 226 p.
33. Rameix S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? Justice et psychiatrie: normes, responsabilité, éthique. Ramonville Saint-Agne [France]: Erès; 1998. p. 312.
34. Portes L. « Du consentement à l'acte médical » (Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950). In A la recherche d'une éthique médicale. Masson et PUF. 1955. p. 163.
35. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris: ellipses; 1996. 159 p.
36. Lefève C. Ethique et épistémologie « La relation médecin-malade » [Internet]. [consulté 30 avr 2015]. Disponible sur: <http://didel-old.script.univ-paris->

diderot.fr/claroline/backends/download.php?url=L0V0aGlxdWVfTDNfUmVsYXRpb25fbelkZWNpbl9tYWxhZGUvQ291cnNSRUxBVEIPTl9NRURFQ0lOTUFMQURFMjAxMy5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=ETHIQUEP2

37. Ravestein J. Réflexions sur l'autonomie du patient: le consentement comme système commun de signification. Colloque: Formes d'éducation et processus d'émancipation. Université de Rennes 2; 2012. p. 52.
38. Lamau. Le recours au principe d'autonomie en éthique clinique. *Revue d'Éthique et de Théologie Morale*. févr 2005;(234):63-70.
39. Parsons T. *The social system*. New ed. London: Routledge; 1991. 575 p.
40. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*. mai 1956;97(5):585-92.
41. Dixon T. Doctors, Patients and Relationships. *Can Fam Physician*. janv 1989;35:9-15.
42. Freidson E. *La Profession médicale*. Paris: Payot; 1984. 369 p.
43. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413.
44. Corbin J, Strauss A. Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative sociology*. 1985;224-7.
45. Roca R, Genolini J-P, Neyrand G. Les moments de négociation dans le jeu des interactions médecins-patients en consultation médicale. Université de Toulouse III; 2008 mai p. 1-4.
46. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse de doctorat: Médecine]. Paris VI; 2013.
47. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
48. Moumjid N, Ferdjaoui N, Carrère M-O. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale: les enseignements de la littérature internationale. 2000;(2):73-88.
49. Charavel M, Bremond A, Moumjid-Ferdjaoui N, Mignotte H, Carrere MO. Shared decision-making in question. *Psychooncology*. avr 2001;10(2):93-102.
50. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1982. mars 1997;44(5):681-92.
51. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy*. avr 1997;2(2):112-21.
52. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. juin 1999;49(443):477-82.

53. Bergeron H. Les transformations du «colloque singulier» médecin/patient: quelques perspectives sociologiques. Colloque: Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard, Paris, Presses de Sciences Po [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2007 [consulté 20 févr 2013]. p. 35-47. Disponible sur: http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/bergeron-colloque-mars2007.pdf
54. Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2014 [consulté 28 avril 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis,11357.html>
55. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville [Internet]. INPES; 2007 [consulté 5 mars 2015]. Disponible sur: http://relay-front.inpes.customers.artful.net/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_10.pdf
56. Jaulin M. La décision partagée en médecine générale: quelle représentation en ont les praticiens? Enquête auprès de 40 médecins généralistes [Thèse de doctorat: Médecine]. Nantes; 2004.
57. HAS. Patient et professionnels de santé: décider ensemble [Internet]. 2013 [consulté 28 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201310/12iex04_decision_medical_e_partagee_mel_vd.pdf
58. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996. 418 p.
59. Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier Masson; 2004. 206 p.
60. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris: InterEditions; 2005. 270 p.
61. Stewart M, éditeur. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2. ed., reprinted. Abingdon: Radcliffe Med. Press; 2007. 360 p.
62. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: H.M.S.O; 1976. 195 p.
63. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. mars 1996;30(2):83-9.
64. Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract. août 1997;14(4):295-301.
65. Neighbour R. The inner consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style. 2. ed. Oxford: Radcliffe; 2005. 275 p.
66. Cole SA, Bird J. The medical interview: the three function approach. Third edition. Philadelphia, PA: Elsevier, Saunders; 2014. 316 p.
67. Pendleton D, éditeur. The Consultation: an approach to learning and teaching. Oxford [Oxfordshire]; New York: Oxford University Press; 1984. 117 p.

68. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):444-5.
69. Organization World Health. Education thérapeutique du patient: programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques: recommandations d'un groupe de travail de l'OMS [Internet]. Copenhague; 1998 [consulté 30 avr 2015]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/10799>
70. Sudre P, Jacquemet S, Uldry C, Perneger TV. Objectives, methods and content of patient education programmes for adults with asthma: systematic review of studies published between 1979 and 1998. Thorax. août 1999;54(8):681-7.
71. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2010.
72. Hardy A-C. Travailler à guérir: sociologie de l'objet du travail médical. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2013. 301 p.
73. Fainzang S. La relation médecins-malades: information et mensonge. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2006; 2006. 159 p.
74. Insee - Population - Bilan démographique 2014 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France [Internet]. [consulté 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.ht
75. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. INSEE. oct 2002;(869).
76. Insee - Département de la Loire-Atlantique (44) - Population par sexe et âge - 2011 [Internet]. [consulté 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1B&millesime=2011&niveau=1&typgeo=DEP&codgeo=4
77. Insee - Département de la Loire-Atlantique (44) - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle - 2011 [Internet]. [consulté 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP6&millesime=2011&niveau=2&typgeo=DEP&codgeo=44
78. Insee - Population - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2013 [Internet]. [consulté 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02135
79. Insee - Santé - Médecins suivant le statut et la spécialité en 2014 [Internet]. [consulté 18 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
80. DREES, ORS, URPS-ml Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. 2013 [consulté 30 mars 2015]. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2013_4_exercicegroupe_panel2mgpdl.pdf
81. CNOM. L'Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2015 [Internet]. [consulté 21 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

82. Singly F de. Le questionnaire. Paris: A. Colin; 2012. 128 p.
83. Reinflét Walker-Viry S. Médecin généraliste: du mythe d'antan à l'image d'aujourd'hui d'après une enquête réalisée en Maine-et-Loire [Thèse de doctorat: Médecine]. Nancy; 1985.
84. Institut BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France, pour l'Académie de Médecine et le Sénat [Internet]. 2008 [consulté 30 mars 2015]. Disponible sur: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
85. Jagu D. Le médecin, canal d'informations. Les Cahiers de la Publicité. 1962;2(1):95-118.
86. Bonnet J-B. Image du médecin généraliste par les patients étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group [Thèse de doctorat: Médecine]. Nantes; 2008.
87. Mulquin R. Le généraliste dans la société française en 2004: à propos d'une enquête auprès de 230 habitants de la Haute-Garonne [Thèse de doctorat: Médecine]. Toulouse 3; 2005.
88. Thiebaut-Lerch C. Image du médecin généraliste en Alsace: enquête auprès de 314 patients [Thèse de doctorat: Médecine]. Strasbourg; 1998.
89. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007: évolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête auprès de 108 sujets de la vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Thèse de doctorat: Médecine]. Nancy; 2009.
90. Rousseau J-J. Du contrat social ou Principes du droit politique et autres écrits du contrat social. Paris: Libr. Generale Française; 2003. 319 p.
91. Carassus C. Intérêt et place de l'humour dans la relation médecin-patient en médecine générale [Thèse de doctorat: Médecine]. Toulouse 3; 2004.
92. Sanselme A-É. La place de l'humour dans la consultation de médecine générale: étude qualitative sur le ressenti des patients [Thèse de doctorat: Médecine]. Strasbourg; 2012.
93. Métois C. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecine généraliste: étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique [Thèse de doctorat: Médecine]. 2013.
94. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract. févr 1999;16(1):4-11.
95. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N, Cermes P. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'Économie de la Santé. mars 2011;(163).
96. Gaborieau Pauline LP. Qu'est-ce qu'un « bon médecin généraliste »? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du

- questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud [Thèse de doctorat: Médecine]. 2013.
97. Jacquemet S, Certain A. Éducation thérapeutique du patient: rôles du pharmacien. LNP. 2000;(367):269-75.
 98. Fox S. The Engaged E-patient Population [Internet]. Pew Internet And American Life Project; 2008 août [consulté 2 avr 2015]. Disponible sur: http://www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/2008/PIP_Health_Aug08.pdf.pdf
 99. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, Croyle RT, Arora NK, Rimer BK, et al. Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. Arch Intern Med. 12 déc 2005;165(22):2618-24.
 100. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, et al. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. BMC Public Health. 2007;7:53.
 101. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. Arch Intern Med. 28 juill 2003;163(14):1727-34.
 102. Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Health information seeking on the Internet: a double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005-2006. BMC Public Health. 2008;8:69.
 103. Soulard M. Les patients de médecine générale et leurs comportements de recherche d'informations médicales sur internet [Thèse de doctorat: Médecine]. Nantes; 2012.
 104. Jadad AR. Promoting partnerships: challenges for the internet age. BMJ. 18 sept 1999;319(7212):761-4.
 105. Michot M. Évaluation de l'information donnée au patient en médecine générale [Thèse de doctorat: Médecine]. Toulouse 3; 2012.
 106. Cognet S. Analyse de l'adéquation entre l'information délivrée par le médecin généralistes et les attentes de ses patients [Thèse de doctorat: Médecine]. Bordeaux 2; 2004.
 107. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2013: OECD Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013. 210 p.
 108. TNS Qual+. Eurobaromètre étude qualitative: Participation des patients [Internet]. Commission Européenne; 2012 mai [consulté 9 juin 2015]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_fr.pdf
 109. Brosset L. La confiance du patient en son médicament, poids du médecin traitant et influence des médias dans cette relation [Thèse de doctorat: Médecine]. Nantes; 2013.
 110. Schneider MP, others. Adhésion thérapeutique du patient chronique: des concepts à la prise en charge ambulatoire. Rev Med Suisse. 2013;386(20):1032-6.

111. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2009.
112. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale: peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques? [Thèse de doctorat: Médecine]. Versailles-Saint-Quentin-En-Yvelines; 2012.
113. Howland JS, Baker MG, Poe T. Does patient education cause side effects? A controlled trial. *J Fam Pract.* juill 1990;31(1):62-4.
114. Lehmann F, Côté L, Bourque A, Fontaine D. Physician-Patient Interaction: A Reliable and Valid Check-list of Quality. *Can Fam Physician.* oct 1990;36:1711-6.
115. Prescrire. La DCI: un langage commun, intelligible et international. *Rev Prescrire.* sept 2000;20(209):607-16.
116. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? Investigation par la méthode qualitative des focus groups. *Rev Prat Med Gen.* 22 mars 2003;(611).
117. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract.* 2002;52(485):1004-6.
118. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gossiau M, et al. « I want more time with my doctor »: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract.* oct 2004;21(5):479-83.
119. Klein S, Moronville L. La communication et la relation médecin-patient: critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale [Thèse de doctorat: Médecine]. Tours; 2004.
120. Braddock CH, Snyder L. The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* nov 2005;20(11):1057-62.
121. Senand R, Chambonet J-Y, Leauté S. Esquisse par les patients de leur médecin généraliste. *Rev Prat Med Gen.* 20 nov 1995;(318):64-70.
122. Vincent C, Phillips A, Young M. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet.* juin 1994;343(8913):1609-13.
123. Hickson GB. Patient Complaints and Malpractice Risk. *JAMA.* 12 juin 2002;287(22):2951.
124. Organisation mondiale de la santé. Pour un système de santé plus performant. Genève: OMS; 2000.
125. Björnberg A. Health Consumer Powerhouse: Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powerhouse Ltd.; 2015 janv p. 96.
126. Davis K, Stremikis K, Schoen C, Squires D. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally [Internet]. The Commonwealth Fund. 2014 [consulté 22 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>

127. Blomberg. Most Efficient Health Care 2014: Countries [Internet]. [consulté 22 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>
128. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1982. 1988;27(9):935-9.
129. Tuckett DA, Boulton M, Olson C. A new approach to the measurement of patients' understanding of what they are told in medical consultations. *J Health Soc Behav.* mars 1985;26(1):27-38.
130. Schoenthaler A, Kalet A, Nicholson J, Lipkin M. Does improving patient-practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. *Patient Educ Couns.* juill 2014;96(1):3-12.
131. Bertakis KD, Callahan EJ, Helms LJ, Azari R, Robbins JA, Miller J. Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine. *Med Care.* juin 1998;36(6):879-91.
132. Hall JA, Milburn MA, Roter DL, Daltroy LH. Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health Psychol.* janv 1998;17(1):70-5.
133. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* sept 2000;49(9):796-804.
134. La communication efficace... à votre service [Internet]. Santé Canada; 1999 [consulté 5 mars 2015]. Disponible sur: <http://clge.fr/IMG/pdf/lacommunicationefficacecanada.pdf>
135. Canada, Health Canada, Allium Consulting Group Inc. Talking tools II: putting communication skills to work. [Ottawa]: Health Canada; 2001.
136. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA.* 5 sept 2007;298(9):993-1001.
137. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpaitis AE, et al. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA.* 3 sept 2003;290(9):1157.
138. Llorca G. Communication médicale. Paris: Ellipses-Marketing; 1994. 159 p.
139. groupe d'action prioritaire « communication » de la SIFEM. La formation à la communication professionnelle en santé dans les facultés de médecine d'expression française: la nécessité d'agir! [Internet]. 2010 [consulté 19 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/pdf/FormationCommunication-CIDMEF-SIFEM-juillet-2010.pdf>
140. Lisha L. Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé: une analyse documentaire. Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011.
141. Gourrin É. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale [Thèse de

- doctorat: Médecine]. Bordeaux; 2014.
142. Fabre de Morlhon O. Les capacités empathiques sont-elles améliorées grâce au module « formation à la relation thérapeutique », un groupe Balint pour étudiants?: étude analytique quantitative avec groupe témoin [Thèse de doctorat: Médecine]. Paris VI; 2010.
 143. Even G. Enseigner la relation médecin-malade: présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie Médicale*. août 2006;7(3):165-73.
 144. Cherif Beck S. La relation médecin-patient et la formation initiale: l'expérience des groupes Balint pour étudiants de 3ème cycle [Thèse de doctorat: Médecine]. Strasbourg; 2011.
 145. Bégot MP. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre: étude qualitative de type entretiens semi-dirigés menés auprès des internes de médecine générale de la région Centre [Thèse de doctorat: Médecine]. Tours; 2012.
 146. Osmond L. Une formation à la relation médecin-malade: pourquoi? Comment?: création d'une initiation au groupe Balint à l'UFR de médecine de Caen [Thèse de doctorat: Médecine]. Caen; 2008.
 147. Atelier Communication Médecin patient [Internet]. [consulté 20 juin 2014]; Université Claude Bernard Lyon 1. Disponible sur: http://clge.fr/IMG/pdf/atelier_1_APC_communication.pdf
 148. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale*. août 2004;5(3):159-66.
 149. Bonnaud-Antignac A, Champion L, Pottier P, Supiot S. Videotaped simulated interviews to improve medical students' skills in disclosing a diagnosis of cancer. *Psychooncology*. sept 2010;19(9):975-81.
 150. Bonnaud-Antignac A, Grenier M-H, Mouzard A, Amar M. Enseignement de la relation médecin-patient en pédiatrie à des étudiants de médecine à partir de la méthode du Théâtre-Forum. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. sept 2009;57(6):510-6.
 151. Groupe d'action prioritaire « Communication » de la SIFEM [Internet]. www.sifem.net. [consulté 21 juill 2015]. Disponible sur: http://www.sifem.net/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=9
 152. Lussier M-T, Richard C, Millette B, Fostier P, Gomes J, Sommer J, et al. Modèle et outil pour l'apprentissage de la compétence en communication médicale. 11ème Congrès National du CNGE: exercer et enseigner la Médecine Générale - La médecine Générale dans les études médicales: de la licence au DES; 2011 nov 24; Bordeaux.
 153. Millette B, Gomes J. Place et modalités de la formation à la communication au cours des trois cycles des études médicales françaises. Enseigner, à tous les

médecins, la communication professionnelle avec les patients: un enjeu fondamental pour la qualité des soins; 2012 mai 12; Créteil.

154. SFTG. Les difficultés relationnelles avec nos patients: trouver la « bonne » relation thérapeutique. La Rochelle; 2012.
155. Richard S, Pardoën D, Piquard D, Fostier P, Thomas J-M, Vervier J-F, et al. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. Rev Med Brux. 2012;33(6):525-30.
156. Galam É. Relation médecin-malade: pour le meilleur et pour le pire. Médecine. 2009;5(5):231-4.
157. Froment A. Elaborer la décision avec le soigné. Rev Prescrire. 1999;19(201):870-1.
158. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [consulté 21 juill 2015]. Disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

NOM : LÉRY

PRÉNOM : Adrien

Titre de thèse :

Quelle perception les patients ont-ils de la transmission de l'information par leur médecin généraliste ? Analyse des déterminants potentiels pouvant intervenir dans ce cadre de la relation médecin-patient.

RÉSUMÉ

Contexte : La place de l'information donnée au patient en médecine générale est une composante essentielle de la complexe et singulière relation humaine entre le médecin et le patient. L'analyse de la satisfaction vis-à-vis de cet élément permettrait de dégager des points de réflexions en terme de communication et d'enseignement du relationnel.

Objectifs : Évaluer la satisfaction des patients concernant l'information transmise par leur médecin généraliste et identifier les facteurs sociodémographiques influant sur cette perception.

Méthode : Étude transversale descriptive à partir d'un questionnaire anonyme proposé en salle d'attente de 9 cabinets de Loire Atlantique entre juin et octobre 2014 puis aux patients hospitalisés au centre hospitalier de Cholet, jusqu'en janvier 2015.

Résultats : 247 patients de cabinet et 112 hospitalisés ont participé à l'étude. 95,5% des patients de cabinet sont satisfaits de l'information transmise par leur médecin généraliste. Ils ont eu le sentiment pour la majorité d'entre eux de participer aux décisions concernant leur santé et que leur médecin prend assez de temps pour les écouter. Le sexe et l'âge sont deux déterminants influant respectivement sur le sentiment de participer et sur la transmission de l'information. La comparaison avec la population hospitalisée permet de nuancer ces résultats.

Conclusion : Les patients semblent satisfaits de l'apport de leur médecin généraliste en matière d'information mais certains de ses aspects sont à améliorer. Sa place prépondérante dans la relation médecin-patient devrait inciter à intégrer un enseignement du relationnel et de la communication dans les études médicales en France.

MOTS CLÉS : information du patient, satisfaction, relation médecin/patients, communication