

Le « bon médecin » : enquête auprès des patients

The « Good Doctor » : a Survey in the Opinion of Patients

Jean-Marie BONNETBLANC, Agnès SPARSA, Serge BOULINGUEZ*

Résumé **Contexte** : Le public utilise souvent le terme « bon médecin » pour désigner le professionnel de santé auquel il se réfère ou souhaite s'adresser. **But** : Analyser la notion de « bon médecin » comme besoin ressenti par une population. **Méthodes** : Nous avons préparé un court texte explicatif pour des personnes consultant en dermatologie, malades et accompagnants, indiquant qu'ils venaient dans un lieu de formation médicale. Dans chaque réponse ont été identifiés et colligés des mots clefs. Un essai de regroupement des mots clefs par item définissant un champ de compétence a été fait. **Résultats** : Nous avons interrogé 103 personnes (51 femmes, 51 hommes, 1 non précisé, âge 10-91 ans). Seules 4 personnes avaient la même définition pour le médecin et le bon médecin et 2 n'avaient pas défini le « bon médecin ». La majorité des patients font une grande différence entre le médecin et le bon médecin, portant sur des habiletés de communication et les qualités humaines et professionnelles. **Discussion** : Nos résultats rejoignent les réponses exposées récemment dans la littérature, majoritairement le fait de médecins. Malgré certaines limites, cette enquête apporte des éléments quantitatifs sur certains besoins ressentis et sur les dimensions de la compétence professionnelle, et qualitatifs sur le vocabulaire utilisé par les patients, ce qui permet d'influer sur les objectifs de formation. Ces données sont issues d'un vécu mais expriment bien des besoins ressentis, voire attendus par une population. Elles pourraient être exploitées comme information auprès d'étudiants pour les aider à préparer leur formation professionnelle.

Abstract **Background**: To designate the health professional they refer to or address to receive medical advises, patients use frequently the expression « good doctor ». **Objective**: To analyse the expression « good doctor » as a need felled by a population. **Material**: A short text was written in the attention of individuals who came in a dermatology department, patients and accompanying persons, explaining that their consultation was taken place during the pedagogical formation of doctors. In each answer, key words were identified and collected. We have tried to categorize each key word based on competencies. **Results**: 103 answers were analysed. Only 4 persons out of 103 have considered the doctor and the « good doctor » identical, and 2 out of 103 did not define the « good doctor » at all. The majority of patients have found a great difference between the doctor and the « good doctor », mainly on communication skills, and human and professional qualities. **Discussion**: Our results are similar to the answers recently reported, which essentially involved health professionals. Despite certain limitations, our study quantifies some needs and provides certain clarity about the professional competence and supplies a large word list used by patients. These data originate from personal experiences of patients and the real need of a population. In prospective, the results from patient's statements could influence the objectives of medical formation or may give information to medical students contributing positively to their professional training.

Pédagogie Médicale 2006;7:174-9

*Service de Dermatologie - Centre hospitalier régional et universitaire Dupuytren - 2 avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex
Correspondance : J-M. Bonnetblanc - Service de Dermatologie CHRU Dupuytren - 2 avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex.
Téléphone : +33 (0)5 55 05 67 58 - Télécopie : +33 (0)5 55 05 64 47 - Mailto:jean-marie.bonnetblanc@chu-limoges.fr

Introduction

Le public utilise souvent l'expression « bon médecin » pour désigner le professionnel de santé auquel il se réfère ou souhaite s'adresser. Les notions sous-tendues par cette locution semblent évidentes. Elles ont été exprimées par exemple au travers d'éditoriaux et de courriers publiés récemment dans le *British Medical Journal*. Cependant, il s'agissait principalement d'opinions émanant de médecins^{1, 2, 3}. Il est intéressant de vérifier si cette appréciation correspond à l'attente formulée par les patients, qui cherchent à avoir la meilleure qualité de soins possible et qui souhaitent que le médecin auquel ils s'adressent soit un « bon médecin ». Dans le cadre de la formation universitaire, il semble utile d'informer l'étudiant sur ce que le malade attend de lui en tant que professionnel. Dans une enquête préliminaire, nous avons cherché à savoir, à l'aide d'un questionnaire ouvert, si les personnes non-médecins avaient une définition du médecin différente de celle du bon médecin.

Matériel et méthodes

Nous avons interrogé des personnes consultant en ambulatoire dans le service de dermatologie au Centre hospitalier régional et universitaire de Limoges et leurs accompagnants éventuels. Une feuille leur était remise lors de leur inscription au secrétariat, leur indiquant qu'ils consultaient dans un hôpital universitaire, lieu de formation des médecins, et que nous souhaitions recueillir leur opinion pour nous aider à cette formation. Deux questions à réponses ouvertes étaient posées : 1) pour vous, qu'est-ce qu'un médecin ? 2) pour vous, qu'est-ce qu'un bon médecin ? Les réponses étaient ouvertes et les personnes interrogées remettaient leur feuille au secrétariat ou au médecin consultant. Nous avons prévu d'arrêter l'enquête à 100 personnes interrogées.

Les verbatims de toutes les réponses remises ont été systématiquement analysés. Nous avons colligé les mots-clefs correspondant à un verbe, un adjectif ou une locution employés par les répondants et concernant une qualité, une caractéristique ou un attribut potentiellement rattachables à une compétence du médecin (*Tableau 1*). Les mots cités plusieurs fois étaient comptabilisés. Un essai de regroupement de ces mots clefs par types de compétence a ensuite été fait en fonction d'une classification récemment publiée⁴. Une liste a été établie pour le médecin et le bon médecin. Cette analyse a été faite indépendamment et en parallèle par deux d'entre nous (JMB, AS).

Tableau 1 :
Exemple d'identification de mots-clés

Pour vous qu'est-ce qu'un médecin ?

Une **aide**, un **secours** indispensable.
Une **compétence** et un **savoir** spécifiques.
Une personne de **pouvoir** (il a la vie de ses patients entre les mains).

Pour vous qu'est-ce qu'un bon médecin ?

Qualité d'**écoute**, **considération** du patient (mauvais médecin : le patient a l'impression d'être une « chair à soigner »). Donne des **explications compréhensibles** (pas de détails trop techniques et de charabia inaccessible à un non initié). Apport de **solutions** claires et efficaces.
Suivi du patient.

L'analyse statistique a été faite dans un premier temps en analyse univariée pour chaque mot-clef exprimé plus de 5 fois et ensuite pour chaque champ de compétence (test du Chi 2 pour séries appariées et test exact de Fischer pour séries appariées). Les items du champ de compétence présentant un $p < 0,25$ ont ensuite fait l'objet d'une analyse par régression logistique à pas descendant tenant compte de l'appariement.

Résultats

Cent trois personnes ont répondu à cette enquête (51 femmes, 51 hommes, 1 d'âge et de sexe non précisés ; âges extrêmes : 10-91 ans). La répartition des tranches d'âge par dizaine était identique entre hommes et femmes ($p = 0,51$). Quatre personnes ont formulé la même définition pour le « médecin » et le « bon médecin » et deux n'ont pas défini le « bon médecin ».

Respectivement 86 et 128 mots-clefs ont été recensés pour le « médecin » et pour le « bon médecin » ; cinquante mots-clefs étaient communs aux deux. Le mot compétence était cité cinq fois pour chaque groupe. Parmi les mots clefs cités plus de cinq fois, et en dehors de « diagnostic » et « guérir/guérison » qui semblent être des notions partagées, de nettes différences apparaissent entre les deux conceptions du médecin et du bon médecin (*Tableau 2*).

Le regroupement des mots clefs par types de compétence montre que la majorité des patients définit davantage le bon médecin sur la base des habiletés de communication et des qualités humaines et professionnelles dans ses typologies affectives ($p < 0,001$) et relationnelle ($p < 0,001$). Le médecin appartient à la typologie intégrative ($p < 0,0001$) (Tableau 3). Ces trois paramètres sont d'ailleurs les seuls paramètres retenus pour le modèle de régression logistique. Mais lorsque l'on tient compte des trois paramètres en même temps, la dimension affective est à la limite de la significativité, suggérant une relation dépendante entre « affectif » et « relationnel » (interaction significative) (Tableau 4). La notion de pouvoir qui n'appartient pas à une dimension de la compétence était citée 10 fois pour le médecin et deux fois pour le bon médecin.

Discussion

Notre étude visait à étudier les représentations que se font les patients du « bon médecin ». L'approche résolument « positiviste » que nous avons adoptée confère à nos résultats des limites inhérentes à ce positionnement épistémologique. Ainsi, nous considérons implicitement que les notions de « médecin » et de « bon médecin » recouvrent des catégories naturelles, appréhendables par des traits « objectifs », plutôt que des « construits » humains résultant d'une relation entre deux personnes. Des approches alternatives, recourant à des méthodes de recherche de nature qualitative et interprétative, à partir de verbatims issus par exemple d'entretiens semi-structurés ou de groupes de discussions, permettraient incontestablement d'apporter un éclairage différent.

Tableau 2 :
Occurrence des citations des principaux mots clefs

Les mots « soigner, soins » sont proposés comme étant des attributs du médecin, le mot « écoute » comme étant celui du bon médecin.

Mots clefs	Médecin	Bon médecin	p (test de Chi2)
Ecoute	20	47	< 0,001*
Soigner, soins	48	13	< 0,001*
Explique, explications	2	17	< 0,001**
Diagnostic	14	15	ns**
Guérir, guérison	13	9	ns**
Confiance	5	13	0,04**
Connaissance	12	3	0,01**
Professionnel	9	1	0,01**
Temps	1	8	0,03**

Les tests statistiques sont calculés avec Epi-info

*(*test du Chi-2 pour séries appariées ; ** test de Fischer exact pour séries appariées). ns : non significatif*

Tableau 3 :
Répartition des mots-clés dans les dimensions de la compétence (analyse univariée)

Dimension	Médecin	Bon médecin	(OR ; IC)	p
Cognitif	49	27	0,55 (0,29-1,04)	0,064
Technique	6	2	0,5 (0,12-1,99)	0,31
Intégratif	95	44	0,17 (0,7-0,4)	< 0,0001
Contexte	19	21	0,82 (0,4-1,67)	0,59
Relationnel	38	124	8,83 (3,79-20,54)	< 0,0001
Affectif/moral	38	61	3,0 (1,51-5,93)	< 0,001
Tournure d'esprit	12	25	2 (0,85-4,67)	0,1

OR : *Odd ratio*. IC : *intervalle de confiance*

Tableau 4 :
Régression logistique à pas descendant à partir des champs de compétence en tenant compte de l'appariement

Champ de compétence	Odds ratio (IC)	p
Affectif/moral	2,23 (0,93-5,34)	0,071
Intégratif	0,26 (0,1-0,68)	0,0059
Relationnel	7,07 (2,98-16,77)	< 0,001

Ces limites étant assumées, on retient que les personnes interrogées font une différence entre le « médecin » et le « bon médecin ». Elles utilisent davantage de termes pour qualifier le bon médecin et les types de la compétence, tels que définis par Epstein et Hundert⁴, sont également différents, recourant plus souvent à des mots qualifiant des dimensions relationnelles, affectives et morales pour le « bon médecin ». Dans une enquête auprès de patients et de médecins généralistes, mais utilisant une liste fermée de 40 questions, le relationnel et l'écoute étaient apparus comme étant des attributs plus importants pour les patients, l'écoute arrivant en deuxième position, après la capacité à intervenir rapidement en cas d'urgence⁵.

La population interrogée était libre de répondre ou pas. Nous ne connaissons pas les raisons pour lesquelles un certain nombre des personnes -dont nous ignorons l'importance quantitative et les caractéristiques individuelles- n'ont pas répondu ; dès lors, il est impossible d'inférer quant à l'influence que cela a pu avoir sur la nature des résultats obtenus. Les personnes ont en outre été interrogées par écrit, ce qui induit un biais social très discriminant. Un autre biais peut résulter du fait que la population interrogée consultait par ailleurs en milieu médical hospitalier, même si la lecture des fiches montrait que les malades et les accompagnants avaient bien compris que nous demandions une réponse désignant le médecin en général.

Une seule fiche faisait allusion au spécialiste en dermatologie. On peut aussi discuter le rôle émotionnel de la consultation en milieu hospitalier sur la nature des réponses fournies, qui pourrait expliquer une absence de réponse. Les malades et les accompagnants avaient le temps de répondre et certains d'entre eux avaient une connaissance du service. Malgré ces biais de recrutement, nous pensons que les réponses sont en partie extrapolables à la population générale.

Un autre biais potentiel est celui de la justesse sémantique des mots utilisés. En dehors de quelques mots faisant référence à des concepts (humanisme, etc.), le vocabulaire utilisé apparaissait pertinent et utilisait des mots simples. Cette enquête a majoritairement concerné des adultes ; une enquête spécifique au milieu pédiatrique serait à faire. Elle pose le problème plus complexe de l'analyse de réponses d'enfants et de parents.

Les dimensions de la compétence ont été définies dans plusieurs articles. Dans une étude récente, Epstein et Hundert reconnaissent des dimensions cognitives, techniques, intégratives, contextuelles, relationnelles, affectives et morales, de tournure d'esprit (« *habits of mind* »)⁴. Si les aspects cognitifs, techniques et intégratifs sont en général bien développés dans l'apprentissage médical, les notions pédagogiques concernant l'affectif et le savoir faire sont plus difficiles à mettre en exergue lors de l'enseignement facultaire. Les objectifs et des moyens spécifiques pertinents pour l'apprentissage des dimensions relationnelles, affectives et morales de la compétence professionnelle sont plus adaptables au stage clinique⁶. Ainsi le modèle de rôle, les ateliers, les jeux de rôle, peuvent être des moyens pédagogiques utilisables dans cette optique^{7,8,9}. Un étudiant au fait de ces objectifs aura tendance à être plus performant³. Une évaluation spécifique des apprentissages est à développer à côté des épreuves de l'évaluation classante nationale, qui n'évalue que des connaissances, même sur des thèmes où le savoir faire est important¹⁰.

La notion de « bon médecin » est reconnue dans de nombreux pays. Une étude européenne avait montré que les malades mettaient en avant l'humanité, puis la compétence et la performance mais souhaitaient disposer d'un temps suffisant à la consultation et obtenir une information détaillée sur leur maladie de la part de leur médecin généraliste¹¹.

Les résultats de cette étude mériteraient peut-être d'être intégrés à un ensemble d'informations transmises aux étudiants qui envisagent d'entreprendre des études de médecine. Les modifications du comportement professionnel des étudiants au cours de leur curriculum sont un paramètre mal connu. L'attente des patients à leur égard est donc une information à leur transmettre tôt. Une enquête sur ce qu'ils pensent que les patients attendent d'eux serait intéressante. En contrepartie, un risque serait de fonder une sélection sur l'identification des seules qualités relationnelles, repérées préalablement aux études alors qu'elles peuvent être aussi considérées comme devant résulter d'un apprentissage, au détriment par ailleurs des aptitudes cognitives indispensables⁵. Une conclusion pourrait être empruntée aux propos d'une personne interrogée : « *un médecin est une personne qui essaye de soigner les gens, un bon médecin est une personne qui fait son possible pour soigner la personne* ».

Contributions

Jean-Marie Bonnetblanc et Agnès Sparsa ont élaboré le protocole de recherche et analysé les données. Serge Boulinguez a effectué l'analyse statistique. Jean-Marie Bonnetblanc a rédigé les versions successives du manuscrit.

Références

1. Hurwitz B, Vass A. What's a good doctor and how do you make one ? *BMJ* 2002;325:667-8.
2. Coulter A. Patients'view of the good doctor. *BMJ* 2002;325:668-9.
3. West M. How can good performance among doctors be maintained ? *BMJ* 2002;325:669-70.
4. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
5. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner : do patients and doctors have different views ? *Br J Gen Pract* 1997;47:805-9.
6. Bonnetblanc JM. Réflexions sur la réforme des études médicales en France vue de Montréal. *Ann Dermatol Vénéreol* 2003;130:405-7.
7. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors ? *BMJ* 2002;325:707-10.
8. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
9. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2005;6:178-85.
10. Cumming A. Good communications skills can mask deficiencies. *BMJ* 2002;325:676.
11. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1 : Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.

Manuscrit reçu le 15 décembre 2003 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 26 mars 2004 et le 11 juillet 2006 ; accepté pour publication le 12 juillet 2006.