

Qu'est-ce qu'un bon médecin ?

What is a good physician?

Gladys IBANEZ¹, Philippe CORNET¹ et Cassian MINGUET²

1 Département de médecine générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Université Pierre et Marie Curie, Paris, France

2 Centre académique de médecine générale, Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, Belgique

Manuscrit reçu le 21 janvier 2010 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 25 avril 2010 ; accepté pour publication le 12 novembre 2010

Mots clés :
Médecin ;
pédagogie ;
enseignement

Résumé – Problématique : Le but déontologique de tout médecin enseignant est de promouvoir la formation de « bons docteurs ». Intuitivement, ces qualités sont nombreuses. Certaines se confondent avec celles d'un « bon être humain ». Quelles sont les qualités requises pour être un bon médecin ? **Méthodes :** Synthèse méthodique de la littérature par interrogation de la base Medline et BDSF à l'aide des mots-clés « *Good doctor* » or « *Good physician* ». Inclusion des études réalisées dans un contexte général de soins, publiées en anglais, français ou espagnol. Exclusion des réflexions personnelles. **Résultats :** Sur les 168 articles initiaux, sélection de 10 pour analyse. La population étudiée a comporté entre 103 et 1488 personnes. Cinq points de vue différents ont été envisagés : celui des patients, des médecins, des médecins enseignants, des étudiants en médecine et du personnel paramédical. Le nombre de qualités attribuées à un « bon médecin » a varié entre 7 et 756. Ces qualités ont été classées selon 3 catégories : les compétences médicales, les compétences relationnelles dans la relation avec le patient et dans la relation avec les collègues et les valeurs morales/éthiques. **Discussion et conclusion :** Ces qualités font partie des responsabilités inhérentes à la profession. La charte sur le professionnalisme médical définit le professionnalisme médical comme la base d'un contrat social entre les médecins et la société. Le médecin enseignant se doit d'appréhender ces notions en tenant compte de la complexité de leur application pour pouvoir les transmettre à ses étudiants.

Keywords:
Physician;
educational
methods;
teaching

Abstract – Issue: The aim of all medical teachers is to promote the training of “good physicians”. To this end, there are numerous intuitive qualities, some of which are those of a “kind human being”. What qualities are required of a good physician? **Methods:** Methodically summarizing the existing literature through the study of the Medline database and the French public health database (BDSF) using the following keywords: “Good doctor” or “Good physician”. Included are studies carried out in the general context of medical care and published in English, French or Spanish. Personal viewpoints were excluded. **Results:** From 168 initial articles, 10 were selected for analysis. The populations examined involved between 103 and 1488 individuals. Five different viewpoints were evaluated: those of patients, physicians, physicians involved in teaching, medical students, and paramedical personnel. The number of qualities attributed to a “good physician” varied between 7 and 756 and were grouped into 3 categories: medical competencies, interpersonal competencies as they apply to the relationship with patients and colleagues, and moral/ethical aspects.

Discussion and conclusion: These qualities are part of the responsibilities inherent to the medical profession. The charter of medical professionalism defines medical professionalism as the foundation of a social contract between physicians and society. Physicians involved in teaching have a moral duty to adhere to these concepts, whilst taking into account the complexity of their application in order to pass the concepts on to their students.

Introduction

L'exigence déontologique qui s'applique à tout médecin enseignant est de promouvoir la formation de « bons médecins »^[1]. Intuitivement, les qualités d'un « bon médecin » semblent nombreuses : efficacité, compétence, pédagogie, recherche, rapidité, écoute, disponibilité, prudence, etc.^[2-4]. Si l'enseignement pratique s'envisage notamment par modèles de rôles^[5], pouvons nous prétendre (les médecins enseignants) être de « bons médecins » ? Quelles qualités importantes devraient être transmises à nos étudiants^[6] ?

Les autorités de santé ont récemment défini les compétences attendues d'un étudiant en médecine en fin d'étude. Aux États-Unis, l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* a ainsi défini les six compétences suivantes^[7] : les capacités de communication, l'aptitude à soigner les patients, le savoir médical, l'amélioration et l'apprentissage basés sur la pratique, la pratique intégrée au système de santé et le professionnalisme. Dans le cadre du processus de Bologne, l'*European Core Curriculum* a défini de manière similaire les neuf compétences suivantes^[8,9] : les compétences cliniques, les capacités de communication, la pensée critique, la prise en compte des objectifs de santé publique, la formation continue, le professionnalisme, l'enseignement, le travail en équipe et les connaissances théoriques. D'autres travaux ont été menés de manière similaire dans d'autres pays tels que le Canada^[10] ou le Royaume-Uni^[11].

Au sein de la société, les qualités et attributs du « bon médecin » varient selon les points de vue envisagés. Ces représentations font appel à divers concepts épistémologiques inclus dans des approches sociologiques, anthropologiques, philosophiques, médico-économiques, etc. Le présent

travail s'est intéressé à ces représentations au travers d'une approche médico-économique et pédagogique. À partir d'une revue méthodique et systématique de la littérature, son objectif était d'identifier les principales qualités « d'un bon médecin », telles qu'elles ressortent d'études originales effectuées respectivement auprès de soignés et de soignants.

Matériel et méthodes

Stratégie de recherche documentaire

Une revue de la littérature a été réalisée à partir de la base de données bibliographiques MEDLINE et de la Banque de données en santé publique (BDSP) en utilisant les termes suivants : « *Good doctor* » or « *Good physician* » (dernière recherche en juillet 2010). Aucun terme Mesh correspondant n'a été retrouvé. Les limites utilisées ont été les suivantes : « human », « anglais », « espagnol », « français ».

Sélection des études

Au terme de cette recherche, 143 articles ont été trouvés sur MEDLINE et 15 articles sur la BDSP. Toutes les études répondant à l'objectif principal de l'étude ont été retenues pour l'analyse. Les études originales utilisant une méthode quantitative ou qualitative ont été retenues. Les textes d'opinion (réflexions personnelles, tribunes, éditoriaux, etc.) ont été exclus de l'analyse. Les références bibliographiques citées dans ces articles ont également été étudiées. Au terme de cette recherche, 10 articles ont été retenus pour analyse (figure 1).

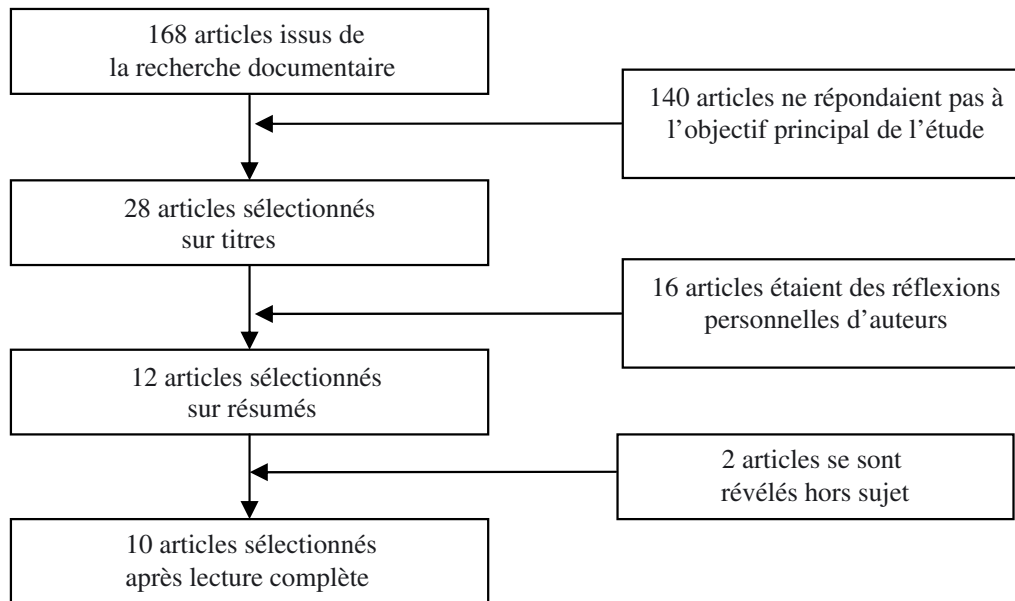


Fig. 1. Sélection des articles.

Synthèse des résultats

Les attributs et qualités cités pour définir un « bon médecin » ont été recensés pour l'ensemble des études sélectionnées. Trois médecins ont analysé ces données de façon indépendante afin de définir une liste de thèmes rendant compte et regroupant les qualificatifs cités. Les discordances entre chercheurs ont été résolues après discussion pour aboutir à un consensus sur les thèmes proposés. Deux personnes supplémentaires indépendantes du projet ont également été recrutées pour coder les qualificatifs obtenus en thèmes. Au terme de cette étape, aucun nouveau thème n'a été proposé.

Résultats

Présentation des études

Dix études publiées entre 1994 et 2010 ont été réalisées dans différents pays d'Amérique, d'Europe ou d'Asie^[12-21]. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau I. Les études ont comporté une analyse qualitative, quantitative ou bien une approche mixte, qualitative et quantitative. L'échantillon de la

population étudiée dans chaque étude était compris entre 103 et 1488 personnes (tableau II). Différents points de vue ont été envisagés : ceux des patients, des médecins, des médecins enseignants, des étudiants en médecine ou du personnel paramédical.

Qualités décrites dans les études

Le nombre de qualités attribuées à un « bon médecin » variait selon les études entre 7^[13] et 756^[20]. Par souci de clarté, lorsque le nombre de qualités décrites dans l'article original était supérieur à 20, seules les qualités les plus citées (25 % plus fréquentes ou qualités citées plus de 10 fois) sont présentées dans le tableau II (soit quatre au minimum). Les qualités les plus souvent décrites étaient : les connaissances théoriques, les compétences cliniques, une bonne communication et l'engagement dans la formation continue. Les qualités les moins souvent citées dans les études étaient : la prise en compte des croyances du patient^[16,17], l'amabilité du médecin^[15,16], son optimisme^[17], le temps passé avec le patient^[14], son organisation, sa patience^[12].

Certaines des qualités citées ont une signification intuitive, d'autres ont pu être explicitées

Tableau I. Description des articles sélectionnés.

Premier Auteur	Année de parution	Journal	Pays	Contexte de recrutement des personnes interrogées	Méthodologie de l'étude			Analyse effectuée
					Type de questionnaire	Principales questions posées	Mode de recueil des réponses	
Abu-Hilal M ^[12]	2006	Br J Hosp	Angleterre	- Étude descriptive	Questionnaire à réponses fermées	- Principales qualités pour être un bon médecin - 3 principales qualités pour être un bon médecin	Questionnaire rempli par les groupes de personnes interrogées	- Description des résultats - Comparaison entre les réponses de groupes de personnes interrogées
Bendapudi NIM ^[13]	2006	Mayo Clin Proc	États-Unis	- Étude multicentrique descriptive - Parmi 14 services médicaux proposés dans les établissements « Mayo Clinic »	Questionnaire à réponses ouvertes	- Meilleure expérience avec un médecin de la clinique - Moins bonne expérience avec un médecin de la clinique - Amélioration proposée concernant la qualité du vécu des patients	Entretien téléphonique	- Codage des entretiens par 2 médecins, puis 2 étudiants en médecine - Identification de thèmes de « comportements appréciés »
Bonnetblanc JM ^[14]	2006	Pédagogie Médicale	France	- Étude monocentrique descriptive - Consultation ambulatoire dans un service de dermatologie	Questionnaire à réponses ouvertes	- Qu'est-ce qu'un médecin ? - Qu'est-ce qu'un bon médecin ?	Questionnaire rempli par le patient et remis à la secrétaire ou au médecin	- Regroupement de mots-clés par type de compétences citées - Comparaison de la fréquence des comportements cités aux 2 questions posées

Tableau I. suite.

Premier Auteur	Année de parution	Journal	Pays	Contexte de recrutement des personnes interrogées	Méthodologie de l'étude			Analyse effectuée
					Type de questionnaire	Principales questions posées	Mode de recueil des réponses	
Fasce E ^[15]	2009	Rev Méd Chile	Chili	- Étude descriptive - Faculté de médecine	Questionnaire à réponses ouvertes	- Liste des attributs que devrait avoir un bon médecin	Même questionnaire rempli par les étudiants en cours et envoyé par voie électronique aux médecins	- Identification des indices de disponibilité lexicales (IDL) de chaque attribut - Identification de réseaux sémantiques entre les attributs cités
Fones CS ^[16]	1998	Singapore Med J	Singapore	- Étude descriptive - Médecins membres de l'Association Médicale de Singapour - Patients en salle d'attente d'hôpital, de centre de santé	- Construction du questionnaire par une recherche sur Medline + par 3 <i>focus groups</i> - Questionnaire à réponses fermées	- Importance des qualificatifs cités sur une échelle de Likert	Envoi du questionnaire à réponses fermées	- Regroupement en domaines à partir des qualificatifs cités - Description des résultats - Comparaison entre les réponses des groupes de personnes interrogées

Tableau I. suite.

Premier Auteur	Année de parution	Journal	Pays	Contexte de recrutement des personnes interrogées	Méthodologie de l'étude			Analyse effectuée
					Type de questionnaire	Principales questions posées	Mode de recueil des réponses	
Leahy M ^[17]	2003	Ir Med J	Irlande	- Étude multicentrique descriptive - 7 centres en Irlande	- Questionnaire à réponses ouvertes chez 100 % des personnes interrogées - Questionnaire à réponses fermées chez 20 % des personnes interrogées	- Par quel type de médecin souhaitez-vous être soigné, vous ou un membre de votre famille (3 qualités/attributs ou caractéristiques) ? - Importance des qualificatifs cités sur une échelle de Likert	- Regroupement en domaines à partir des qualificatifs cités - Description des résultats (moyenne, médiane et rang)	
Maudsley, G ^[18]	2007	Med Edu	Royaume-Uni	- Étude multicentrique descriptive - Faculté de médecine	- Questionnaire à réponses ouvertes dans une cohorte d'étudiants en 1999 (début de 1 ^{re} année) - Questionnaire à réponses fermées dans une cohorte d'étudiants en 1999 (fin de 1 ^{re} année, milieu de 3 ^e année et cohorte de 2002)	- Description du « bon docteur » - Importance des qualificatifs	- Regroupement en domaines à partir des qualificatifs cités - Description des résultats (pourcentage, rang) - Questionnaire rempli par une cohorte d'étudiants en médecine en 1999 et 2001 à 3 moments : début 1 ^{re} année, fin 1 ^{re} année et milieu 3 ^e année	

Tableau I. suite.

Premier Auteur	Année de parution	Journal	Pays	Contexte de recrutement des personnes interrogées	Type de questionnaire	Méthodologie de l'étude		
						Principales questions posées	Mode de recueil des réponses	Analyse effectuée
McBride C ^[19]	1994	Arch Fam Med	États-Unis	- Étude descriptive précédée d'une étude pilote - Randomisation des personnes contactées dans le territoire des États-Unis	- Questionnaire à réponses fermées	- Importance des 7 compétences suivantes dans la performance d'un médecin : communication, éthique, coopération entre professionnels de santé, promotion de la prévention, utilisation de la technologie, prise en compte du coût pour le patient - Cotation de leur médecin personnel sur chacune des 7 compétences	Entretien téléphonique	- Description des résultats (incluant le type de médecin personnel)
Sehiralti M ^[20]	2010	J Med Ethics	Turquie	- Étude monocentrique descriptive - Faculté de médecine	- Questionnaire à réponses ouvertes	- Lister les attributs que devrait avoir un bon médecin - Cotation de leur médecin personnel sur chacune des 7 compétences	Questionnaire rempli par les étudiants en médecine de 1 ^{re} année	- Description des résultats - Regroupement en domaines à partir des qualificatifs cités - Comparaison entre les réponses des personnes interrogées par sexe

Tableau I. suite.

Premier Auteur	Année de parution	Journal	Pays	Contexte de recrutement des personnes interrogées	Type de questionnaire	Méthodologie de l'étude			Analyse effectuée
						Principales questions posées	Mode de recueil des réponses		
Wright SM ^[21]	1998	NEJM	Canada et États-Unis	- Étude multicentrique cas/témoïn - Cas : médecins universitaires cités comme « d'excellents modèles » de médecins - Témoins : médecins universitaires non cités comme « d'excellents modèles » de médecins	- Questionnaire à réponses fermées	- Caractéristique/attributs des médecins interrogés	- Questionnaire rempli par les médecins universitaires	- Description des résultats - Comparaison des caractéristiques et des attributs cités entre les cas et les témoins avant et après ajustement statistique	

Tableau II. Principales qualités d'un bon médecin selon les études.

Premier auteur, Nombre de personnes au total (N)	Point de vue	Nombre de personnes (n)	Catégorisation des qualités	Principales qualités souhaitées
Abu-Hilal M ^[12] N = 375	Étudiants en médecine	95	-	Compétences cliniques, connaissances théoriques, connaissance des limites, bonnes manières au lit du malade, empathie, honnêteté
	Médecins	60		Compétences cliniques, connaissance des limites, connaissances théoriques, accessibilité, capacité d'écoute
	Chirurgiens	41		Compétences cliniques, connaissance des limites, travail en équipe, connaissances théoriques, professionnalisme
	Infirmières	108		Compétences cliniques, accessibilité, connaissance des limites, professionnalisme, travail en équipe
	Patients	85		Accessibilité, compétences cliniques, connaissances théoriques, capacités d'écoute, connaissance des limites
Bendapudi N M ^[13] N = 192	Patients	192	-	De confiance, empathique, humain, personnel, direct, respectueux, consciencieux
Bonnetblanc J-M ^[14] N = 103	Patients	103	Dimensions cognitives, techniques, intégratives, contextuelles, relationnelles, affectives/morales, tournure d'esprit	Capacité d'écoute, explications claires, qualité du diagnostic
Fasce E ^[15] N = 151	Étudiants en médecine	47	-	Excellence, empathie, responsable, compétences médicales, respectueux, engagement dans la formation continue, amabilité, vocation de service, capables de compromis
	Médecins	104		Honnêteté, engagement dans la formation continue, habileté, empathie, amabilité, éthique, capables de compromis, responsable, excellence

Tableau II. suite.

Premier auteur, Nombre de personnes au total (N)	Point de vue	Nombre de personnes (n)	Catégorisation des qualités	Principales qualités souhaitées
Fones CS ^[16] N = 674	Médecins et étudiants en médecine	274	Caractéristiques cognitives, conitives, émotionnelles, interpersonnelles, et éthiques/morales	Connaissance théoriques, engagement dans la formation continue
	Patients	400		Responsable, respectueux et de confiance, intérêt du patient supérieur aux intérêts financiers
Leahy M ^[17] N = 599 + 120	Patients	Questions ouvertes : 599 Questions fermées : 120	Caractéristiques cognitives, conitives, interpersonnelles, émotionnelles et éthiques/morales	Connaissances théoriques, engagé dans la formation continue, responsable et de confiance, respectueux et confidentiel, intelligent et brillant
Maudsley G ^[18] N = 973 + 515	Étudiants en médecine	Questions ouvertes : 973 Questions fermées : 515	-	Empathie, communication avec le patient/écoute, compétences diagnostiques, expérimenté, abordable, réfléchi sur sa pratique, personne équilibrée, responsable professionnellement, efficient/bien organisé.
McBride C ^[19] N = 640	Patients	640	-	Compétences techniques, communication avec le patient, éthique, coopération avec les soignants, promotion de la prévention en santé, bon usage des technologies, coût pris en compte pour le patient
Sehiralti M ^[20] N = 127	Étudiants en médecine	127	Compétences relationnelles et communication, intégrité professionnelle, intégrité personnelle, connaissances théoriques et compétences cliniques	Cordialité, bonne communication, humanité, bienveillance, comportement respectueux, non attaché aux biens matériels, ouvert d'esprit, respectueux, empathie, honnête, juste, compétence professionnelle, tolérance, humilité, de confiance, patience, être « une bonne personne », persévérant, éthique, responsable, généreux, soucieux du patient
Wright SM ^[21] N = 341	Médecins enseignants	341	Compétences innées, acquises	Plus de 25 % du temps en enseignement, prise en compte des aspects psychosociaux, clinicat réalisé, bonne relation médecin malade, aimant son métier

dans les études. À titre d'exemple, dans l'étude de Maudsley *et al.*^[18], une « bonne capacité d'écoute » incluait une réponse aux besoins physiques et émotionnels du patient. Dans l'étude de Bonnetblanc *et al.*^[14], « des explications compréhensibles » consistaient à ne pas donner « de détails trop techniques et de *charabia* non accessible à un non initié ». Dans l'étude de Bendapudi *et al.*^[13], « l'humanité » comportait le fait « d'être attentif, prêt à consacrer le temps nécessaire à la consultation ou bien prêt à aider le patient dans les démarches non médicales ».

Les qualités citées différaient quelque peu selon la catégorie des personnes sollicitées (« soignants » ou « soignés »). Les qualités d'empathie, d'écoute et de respect étaient citées prioritairement dans cinq des six études portant sur les patients^[12-14,17]. Les compétences cliniques et les connaissances théoriques étaient citées comme étant les qualités principales dans les quatre études portant sur les médecins^[12,15,16,21]. Les études d'Abu-Hilal^[12] et de Fones^[16] utilisaient la même méthode pour interroger les médecins et les patients. Bien que les qualités citées soient sensiblement les mêmes, l'accessibilité, le respect et l'honnêteté apparaissaient au premier rang des qualités citées par les « soignés », à la différence des compétences techniques citées prioritairement par les « soignants ».

Les qualités citées pouvaient comporter quelques spécificités selon les pays considérés. L'étude américaine de McBride^[19] citait comme qualité à prendre en compte le coût du traitement pour le patient. L'étude asiatique de Fones^[16] (Singapour) identifiait le respect et l'engagement dans la formation médicale continue.

Synthèse des résultats

Les principales qualités d'un bon médecin ont été classées en trois catégories : les compétences médicales, les compétences relationnelles et les valeurs morales/éthiques (tableau III). Les compétences médicales comportaient principalement les connaissances théoriques, les compétences

cliniques et l'engagement dans la formation continue. Les compétences relationnelles ont elles-même été divisées en deux champs d'application, respectivement dans la relation avec le patient et dans la relation avec les autres soignants. Les qualités dans la relation avec le patient comportaient les capacités de communication (verbale et non verbale), ainsi que les capacités d'accompagnement du patient dans sa vie. Les qualités nécessaires aux relations avec les autres soignants (collègues, autres professionnels de santé, entourage du patient) comportaient la bonne coopération avec les autres acteurs de soins et le respect des collègues. Les valeurs morales et éthiques comportaient l'intégrité personnelle ou professionnelle, l'honnêteté du médecin ou encore la prise en compte du coût pour le patient.

Discussion

Sur la base de la revue méthodique et systématique de la littérature effectuée, la définition d'un « bon médecin » semble nécessiter trois composantes : des compétences médicales, des compétences relationnelles appliquées dans la relation avec le patient et avec les soignants et des valeurs morales/éthiques.

Cette revue présente des limites liées à la difficulté de comparaison des études entre elles pour des raisons méthodologiques : la formulation de la question posée pouvait différer d'une étude à l'autre (question ouverte ou fermée). De plus, il n'est pas exclu que la différence de réponses renvoie au rôle des implicites sémantiques. Par exemple, l'étude de Bonnetblanc *et al.* comparait les questions « qu'est-ce qu'un médecin ? » et « qu'est-ce qu'un bon médecin ? ». Les qualités humaines étaient particulièrement citées en réponse à la deuxième question. On peut alors s'interroger sur l'interprétation de la question posée : le « bon médecin » est-il un « médecin qui exerce une bonne médecine » ou bien un médecin qui, de plus, est doté de « bonté » ? Le rôle des implicites sémantiques pourrait également être évoqué dans les travaux de Bendapudi *et al.* ou encore de Wright *et al.* Dans le premier cas, la question posée faisait référence à la « meilleure expérience

Tableau III. Classification des qualités pour être « un bon médecin ».

Premier auteur, Nombre de personnes au total (N)	Qualités requises	Principales dimensions de compétences ou qualités souhaitées
Abu-Hilal M ^[12] N = 375	Compétences techniques	Compétences cliniques, connaissance théoriques
	Compétences relationnelles	Capacité d'écoute, accessibilité, connaissance des limites, professionnalisme, travail d'équipe, manière d'être au lit du malade, empathie
	Valeurs morales/éthiques	Honnêteté
Bendapudi N M ^[13] N = 192	Compétences techniques	-
	Compétences relationnelles	Empathie, humain, personnel, direct, respectueux
	Valeurs morales/éthiques	De confiance, consciencieux
Bonnetblanc J-M ^[14] N = 103	Compétences techniques	Caractéristiques cognitives, techniques, intégratives, contextuelles
	Compétences relationnelles	Caractéristiques relationnelles, capacité d'écoute, explications claires
	Valeurs morales/éthiques	Caractéristiques affectives/morales, tournure d'esprit
Fasce E ^[15] N = 151	Compétences techniques	Excellence, compétences médicales, engagement dans la formation continue, habileté
	Compétences relationnelles	Honnêteté, empathie, amabilité, respectueux, capables de compromis
	Valeurs morales/éthiques	Éthique
Fones CS ^[16] N = 674	Compétences techniques	Caractéristiques cognitives, conitives
	Compétences relationnelles	Caractéristiques interpersonnelles, émotionnelles
	Valeurs morales/éthiques	Éthiques/morale
Leahy M ^[17] N = 599 + 120	Compétences techniques	Caractéristiques cognitives, conitives
	Compétences relationnelles	Caractéristiques interpersonnelles, émotionnelles
	Valeurs morales/éthiques	Éthiques/morale
Maudsley G ^[18] N = 973 + 515	Compétences techniques	Compétences diagnostiques, expérimenté, responsable professionnellement, efficient/bien organisé
	Compétences relationnelles	Empathie, communication avec le patient/écoute, abordable
	Valeurs morales/éthiques	Personne équilibrée
McBride C ^[19] N = 640	Compétences techniques	Compétences techniques, promotion de la prévention en santé, bon usage des technologies
	Compétences relationnelles	Communication avec le patient, coopération avec les soignants
	Valeurs morales/éthiques	Comportement éthique, coût pris en compte pour le patient
Shiralti M ^[20] N = 127	Compétences techniques	Connaissances théoriques et compétences cliniques
	Compétences relationnelles	Compétences relationnelles et communication
	Valeurs morales/éthiques	Intégrité professionnelle, Intégrité personnelle
Wright SM ^[21] N = 341	Compétences techniques	Plus de 25 % du temps en enseignement, prise en compte des aspects psychosociaux, clinat réalisé
	Compétences relationnelles	Relation médecin malade, aimer son métier
	Valeurs morales/éthiques	-

médicale connue ». Elle avait donc trait à une expérience « hors du commun », plutôt qu'aux qualités générales d'un « bon médecin ». Dans le deuxième cas, la méthode de l'enquête mettait probablement en valeur les attributs « universitaires » du « bon médecin », plutôt que les qualités scientifiques ou relationnelles. D'ailleurs, les qualités citées prioritairement dans ces deux études comportaient peu de « compétences techniques ». Est-ce à dire que « le bon médecin » est peu technique ou peu scientifique ? Cette conclusion serait absurde mais l'interprétation des questions influençait probablement le sens des qualités citées. Par ailleurs, les particularités géographiques et culturelles des lieux d'exercice ont pu également influencer les représentations de la population. Enfin, une revue portant sur les dimensions sociétales ou temporelles aurait pu apporter des arguments en faveur d'une évolution du concept du bon médecin^[22]. Selon les auteurs, toutes ces limites reflètent la nécessité de nuancer la définition du « bon médecin » selon le contexte d'étude.

Une revue systématique réalisée par Wensing *et al.*^[23] a décrit les principales qualités attendues par les patients de leur médecin généraliste. On y retrouvait les notions de compétences, d'accessibilité, de communication mais également des notions de bienveillance (ou de bénévolence) et d'implication du patient dans les décisions prises. La bienveillance, dans l'acception d'humanité, apparaît également dans les réflexions de Martin^[24] et de Magauran^[25]. Plus indirectement, cette valeur apparaît dans les qualités d'altruisme^[26], d'empathie et d'éthique. Selon Hurwitz *et al.*^[27], les qualités du « bon » et du « mauvais » médecin peuvent parfois coexister chez un même individu. Le « bon médecin » pourrait allier les compétences scientifiques aux capacités réflexives propres du « médecin humaniste ». Selon Fung *et al.*^[28], les patients attachent cependant plus d'importance aux qualités techniques de leur médecin (prise en charge adéquate de pathologies aiguës, chroniques, ou prévention des maladies) qu'aux qualités interpersonnelles (de communication, de courtoisie, de respect et de rapidité).

Le professionnalisme apparaît dans notre étude ainsi que dans les travaux de Miettinen *et al.*^[29,30] La charte sur le professionnalisme médical^[31], rédigée par des auteurs américains, européens et canadiens, l'a défini comme la base d'un contrat tacite conclu entre la médecine et la société. Cette valeur est inhérente aux responsabilités professionnelles. Elle exige « de placer les intérêts de ses patients au-dessus des intérêts des structures médicales, de maintenir des standards de compétence et d'intégrité et de fournir des conseils médicaux en matière de santé à la société ». L'émergence éventuelle d'un conflit entre les intérêts communautaires et les intérêts individuels incite le « bon médecin » à chercher le plus grand dénominateur commun entre les deux parties. S'il subsiste un différend résiduel, le discours du bon médecin ne trouverait qu'à s'éclairer par l'éthique pour élaborer sa proposition en ces termes : « Qu'est-ce qui est le plus juste » ? La formulation d'une telle position respecterait le libre-arbitre du médecin et rejoindrait les qualités du « bon médecin » décrites par Sehiralti *et al.*^[20].

Selon Chamberland *et al.*^[32], les médecins enseignants devraient appliquer les notions multidimensionnelles du « bon médecin » pour favoriser l'acquisition des compétences professionnelles de leurs étudiants. L'enseignement facultaire permet de développer les connaissances et les compétences techniques nécessaires au bon médecin. En complément, plusieurs démarches pédagogiques telles que les enseignements auprès des patients, les jeux de rôle (notamment dans leur dimension « exploratoire »), l'imitation de modèles ou les travaux sur la décision partagée permettent l'acquisition de compétences relationnelles et de valeurs morales^[33-36].

Les différences rencontrées respectivement entre les points de vue des « soignés » et des « soignants » mériteraient d'être approfondies dans des travaux ultérieurs homogénéisant les méthodes d'analyse. En effet, la satisfaction des patients est un élément important dans l'observance et la compliance au traitement^[37]. L'évolution de la médecine vers la prévention et l'accompagnement de maladies

chroniques renforce la nécessité d'une adaptation entre les attentes des patients et celles des médecins.

Contributions

Gladys Ibanez a réalisé l'étude et écrit le manuscrit. Philippe Cornet et Cassian Minguet ont contribué à sa relecture approfondie et à sa correction.

Références

- Carraccio C, Sectish T. Report of colloquium II: the theory and practice of graduate medical education – how do we know when we have made a “good doctor”? *Pediatrics* 2009;123 Suppl 1: S17-21.
- McMullin P. What's a good doctor and how do you make one? Now I am retired ... *BMJ* 2002;325:711.
- Ward L. What's a good doctor and how do you make one? A patient speaks. *BMJ* 2002;325:711.
- Wilson M. What's a good doctor and how do you make one? A nurse speaks. *BMJ* 2002;325:711.
- Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002;325:707-10.
- Powis D. Select medical students. *BMJ* 1998;317:1149-1150.
- Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:103-11.
- Lagarde G, Lucas J, Monier B, Toulouse J. Réadaptation permanente des compétences du médecin: Commission nationale permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2002 [On-line] Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/competence.pdf>
- Hilgers J, De Roos P, (IFMSA) IFoMSA, (EMSA) EMSA. European core curriculum – the students' perspective, Bristol, UK, 10 July 2006. *Med Teach* 2007;29:270-5.
- Frank JR. (Ed). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005 [On-line] Disponible sur : <http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
- General Medical Council. Tomorrow's doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. London: GMC, 2003 [On-line]. Disponible sur : <http://www.gmc-uk.org/education/undergraduate/tomdoc.pdf>
- Abu-Hilal M, Morgan E, Lewis G, McPhail M, Malik H, Hocken D. What makes a good doctor in the 21st century? A qualitative study. *Br J Hosp Med (Lond)* 2006;67:375-7.
- Bendapudi N, Berry L, Frey K, Parish J, Rayburn W. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc* 2006;81:338-44.
- Bonnetblanc JM, Sparsa A, Boulinguez S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. *Pédagogie Médicale* 2006;7:174-9.
- Fasce E, Echeverría M, Matus O, Ortiz L, Palacios S, Soto A. Professionalism of physicians from the point of view of physicians and students. *Rev Med Chil* 2009;137:746-52.
- Fones C, Kua E, Goh L. “What makes a good doctor?” – views of the medical profession and the public in setting priorities for medical education. *Singapore Med J* 1998;39:537-42.
- Leahy M, Cullen W, Bury G. “What makes a good doctor?” A cross sectional survey of public opinion. *Ir Med J* 2003;96:38-41.
- Maudsley G, Williams E, Taylor D. Junior medical students' notions of a “good doctor” and related expectations: a mixed methods study. *Med Educ* 2007;41:476-86.
- McBride C, Shugars D, DiMatteo M, Lepper H, O'Neil E, Damush T. The physician's role. Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. *Arch Fam Med* 1994;3:948-53.
- Sehiralti M, Akpınar A, Ersoy N. Attributes of a good physician: what are the opinions of first-year medical students? *J Med Ethics* 2010;36:121-5.
- Wright S, Kern D, Kolodner K, Howard D, Brancati F. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998;339:1986-93.
- Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. *Pédagogie Médicale* 2006;7:135-41.
- Wensing M, Jung H, 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: 573-88.
- Martin S. What is a good doctor? Patient perspective. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:752-4.
- Magauran C, Brennan M. Being a “good doctor”. *J Palliat Med* 2008;11:506-8.
- Lemons J, Schreiner R, Weiner G. The good doctor: a neonatologist's perspective. *J Perinatol* 1999;19:189-3.
- Hurwitz B, Vass A. What's a good doctor, and how can you make one? By marrying the applied scientist to the medical humanist. *BMJ* 2002;325:667-8.

28. Fung C, Elliott M, Hays R, Kahn K, Kanouse D, McGlynn E, *et al.* Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Serv Res* 2005;40:957-77.
29. Miettinen O, Flegel K. Elementary concepts of medicine: X. Being a good doctor: professionalism. *J Eval Clin Pract* 2003;9:341-3.
30. Miettinen O, Flegel K. Professionalism in medicine. *J Eval Clin Pract* 2003;9: 353-6.
31. Cruess RL, Cruess SR. Le professionnalisme médical pour le niveau millénaire: une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale* 2004;5:43-5.
32. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005;6:98-111.
33. Bonnaud A, Barrier JH, Dabouis G, 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* 2004;5:159-66.
34. 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* 2004;5:159-66.
35. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2005;6:178-85.
36. Legaré F, Graham ID, O'Connor AM, Dolan JG, Bélanger-Ducharme F. Prise de décision partagée: traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin. *Pédagogie Médicale* 2003;4:216-22.
37. Hirsh A, Atchison J, Berger J, Waxenberg L, Lafayette-Lucey A, Bulcourf B, *et al.* Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance. *Clin J Pain* 2005;21:302-10.

Correspondance et offprints : Gladys Ibanez, Département de médecine générale. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Université Pierre et Marie Curie, 27 rue de Chaligny, 75011 Paris, France.
Mailto : gladys.ibanez@upmc.fr