



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment la relation patient médecin permet-elle d'influencer la
compliance thérapeutique ?**
**Étude qualitative par théorisation ancrée auprès de patients des
Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 24 novembre 2022
à 18 heures
au Pôle Formation
par **Marie Camille DOLLE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Madame le Docteur Anita TILLY

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	Erreur ! Signet non défini.
Conflits d'intérêt.....	1
Résumé.....	2
Introduction	3
Matériels et méthodes.....	5
I. Type d'étude	5
II. Délégué de protection des données	5
III. Constitution de l'échantillon	5
IV. Déroulé des entretiens et obtention des verbatim.....	6
V. Analyse des données.....	6
Résultats.....	8
I. Compliance thérapeutique grâce à la relation patient médecin.....	10
A. Sensation de bien-être	10
B. Amélioration de la confiance.....	10
C. Dialogue renforcé, conseils obtenus	11
D. Prise en charge globale assurée	11
E. Humanisation	12
F. Prise en charge personnalisée.....	13
II. Facteurs influençant la relation patient médecin	15
A. Paramètres favorables.....	15
1. Écoute et temps accordés.....	15
2. Empathie.....	16
3. Savoir accueillir	16
4. Agir dans l'intérêt du patient.....	17
5. Savoir être humain.....	17
6. Échange réciproque	19
7. Un besoin d'apprentissage	22
B. Paramètres défavorables.....	22
1. Comportement indifférent du médecin	22
2. Différence de génération entre le médecin et le patient	23
3. Relation difficile à créer	23
4. Remarques blessantes	24
5. Rapport de supériorité ressenti par le patient	24
6. Préférence des patients pour l'ancienne génération de médecins généralistes	25
III. La compliance thérapeutique obtenue par d'autres mécanismes que la relation patient médecin ..	31
A. Pertinence des traitements proposés	31
B. Suite à une complication médicale.....	31
C. Efficacité du traitement.....	32
D. Bonne tolérance	32
E. Vision paternaliste.....	32
F. Éducation des patients	34
G. Rituels et pilulier.....	35
H. Renforcée par des personnes extérieures.....	35
Discussion.....	37
I. Limites et forces de l'étude	37
II. Résultats principaux et comparaison avec la littérature	39
A. Évolution de la relation patient médecin	39
B. Importance de la relation patient médecin dans la compliance thérapeutique	40

Conclusion et perspectives.....	43
Références bibliographiques.....	44
Annexes.....	46
Annexe 1 : Déclaration de conformité pour la protection des données.....	46
Annexe 2 : Lettre adressée aux médecins traitants et infirmières libérales pour le recrutement de patients	47
Annexe 3 : Lettre remise aux patients par l'intermédiaire des médecins traitants et infirmières libérales	48
Annexe 4 : Guide d'entretien semi dirigé initial	49
Annexe 5 : Évolution du guide d'entretien semi dirigé au fil des entretiens	50
Annexe 6 : Un des schémas permettant au décours l'obtention du modèle explicatif.....	52
Annexe 7 : Liste de contrôle COREQ.....	53
Annexe 8 : Extrait du journal de bord	55
Annexe 9 : Verbatim	56
Annexe 10 : Extrait du livre de codage	57

Conflits d'intérêt

Je déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Résumé

Introduction :

Au cours du temps, la relation patient médecin a connu une évolution. Initialement il s'agissait d'une vision paternaliste, selon laquelle le patient suivait les recommandations du médecin. Par la suite, le patient a eu accès à l'informatique, source de connaissances médicales, il pouvait alors mettre en doute les paroles du médecin et ne plus se soumettre à ses conseils. Il est alors devenu nécessaire pour les médecins de s'assurer d'une bonne compliance thérapeutique de la part des patients. Les interactions entre le patient et le médecin sont pour cela essentielles et doivent permettre un échange entre les deux interlocuteurs pour l'obtention d'un compromis.

Objectif de l'étude :

L'objectif de cette étude est de rechercher « comment la relation patient médecin influence la compliance thérapeutique ? »

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude qualitative, inspirée de la méthode de théorisation ancrée. Des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés auprès de patients atteints de maladies chroniques dans les Hauts de France. Le recrutement des patients a été mis en œuvre grâce à un échantillonnage théorique. Le logiciel N Vivo a été utilisé pour l'analyse des données.

Résultats :

Cette étude met en évidence qu'une bonne relation patient médecin renforce la compliance thérapeutique, bien que n'étant pas l'unique facteur agissant sur ce phénomène. Le patient, bénéficiant d'une prise en charge personnalisée est davantage convaincu du traitement proposé par le médecin et est ainsi plus compliant au traitement.

Discussion et conclusion :

En plus du renforcement de la compliance thérapeutique, la relation patient médecin, telle que décrite par les patients de l'étude, procure un certain bien-être pour ces derniers. Néanmoins il semblerait qu'il existe des freins à l'élaboration de cette relation.

Introduction

De prime abord, au cours du XIXème siècle, la prise en charge médicale visait à soigner une maladie et non un patient. La relation patient médecin suivait un modèle paternaliste, selon lequel le patient prenait le traitement prescrit par le médecin notamment par argument d'autorité. L'observance thérapeutique était présente. Parsons décrivait cette relation comme structurellement asymétrique (1). En effet, l'observance est un terme faisant référence à une soumission, à un conformisme.

Avec l'arrivée de nouvelles technologies, sources de connaissances médicales, le patient met en doute les prescriptions du médecin (2). La fréquence des maladies chroniques nécessitant la mise en place d'un traitement médicamenteux est en augmentation. Il devient alors difficile pour le médecin de s'assurer de la prise des traitements par le patient (1). S'en suit alors d'autres modèles de la relation patient médecin : celui conflictuel de Friedson, faisant état de l'opinion du patient à laquelle le médecin doit prêter attention et celui de Strauss qui évoque un partenariat où la relation liant le patient au médecin est un échange (2). L'approche centrée patient naît alors, inspirée notamment des travaux de Carl Rogers et de Balint (3). Il s'agit d'un projet thérapeutique individualisé construit par l'empathie, la confiance, la communication, le temps accordé, l'écoute active, le respect, l'intérêt pour les préoccupations ou vécus du patient (4). Ce concept s'est affiné avec Engel et son modèle biopsychosocial (4). L'organisation internationale de la médecine générale-médecine de famille (WONCA) et de nombreuses sociétés savantes ont ainsi intégré à leur référentiel l'approche centrée patient (5). C'est une compétence générique transversale de la « marguerite des compétences » du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) (6)(7).

Le concept d'observance thérapeutique s'éloigne alors pour faire place à celui de compliance thérapeutique. Cette expression soulignant plutôt un respect, un suivi ou encore une promesse tenue (8). Satisfait de la prise en charge proposée, le patient peut se sentir plus impliqué, supposant ainsi une compliance thérapeutique renforcée.

Les facteurs influençant la compliance thérapeutique doivent être explorés pour permettre son amélioration. La relation patient médecin semble jouer un rôle dans ce processus.

C'est pourquoi cette étude vise à répondre à la question suivante : « comment cette relation patient médecin influence la compliance thérapeutique ? »

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Une étude qualitative, inspirée de la méthode de théorisation ancrée a été réalisée. Des entretiens individuels semi dirigés ont été effectués auprès de patients atteints de maladies chroniques dans les Hauts de France de mai 2021 à janvier 2022.

II. Délégué de protection des données

L'étude a reçu l'autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) le 6 avril 2021 (Annexe 1).

III. Constitution de l'échantillon

Le recrutement des patients a été réalisé par échantillonnage théorique, par le biais de médecins généralistes et infirmières libérales exerçant dans les Hauts de France (Annexe 2). Ces derniers remettaient aux patients un document explicatif sur l'objectif et les conditions de réalisation de l'étude (Annexe 3). Les critères d'inclusion étaient d'être patients des Hauts-de-France, d'être atteints d'une pathologie chronique et de prendre un traitement de fond. Après avoir lu le document explicatif remis par les médecins généralistes ou infirmières libérales, les patients désireux d'y répondre contactaient la doctorante par téléphone ou mail afin de convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

IV. Déroulé des entretiens et obtention des verbatim

Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel, dans le lieu qui convenait le mieux aux patients, le plus souvent à leur domicile. Les patients étaient mis au courant de l'enregistrement des entretiens à l'aide d'un dictaphone, de la retranscription mot à mot anonymisée des entretiens sur Word afin d'obtenir un verbatim puis de l'analyse des données. Afin que les verbatim soient anonymisés, les noms propres ont été supprimés ainsi que les éventuels éléments particuliers pouvant permettre d'identifier le participant. Les patients interrogés se sont vu attribuer un numéro avec le codage suivant : E1, E2, E3 etc. Leurs consentements éclairés, oral et écrit ont été obtenus. Les entretiens retranscrits ont été remis aux participants afin qu'ils puissent apporter des modifications s'ils le désiraient.

Un guide d'entretien a été utilisé et a été étoffé au fil des rencontres avec les patients (Annexes 4 et 5).

V. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel N Vivo afin de réaliser de manière successive un codage ouvert, axial puis sélectif, permettant d'établir des étiquettes, propriétés et catégories. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation des données au fur et à mesure avec une première analyse réalisée par la doctorante (MCD) et la deuxième par un autre interne en médecine (GW). Des schémas mettant en lien les catégories entre elles ont été créés au fur et à mesure de l'analyse permettant la conceptualisation d'un modèle explicatif (Annexe 6). La stabilité de ce modèle retrouvée lors de l'analyse du 10^{ème} entretien et confirmée par un 11^{ème} entretien permettait d'assurer la suffisance des données.

Cette thèse est basée sur les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) qui permet de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative (Annexe 7).

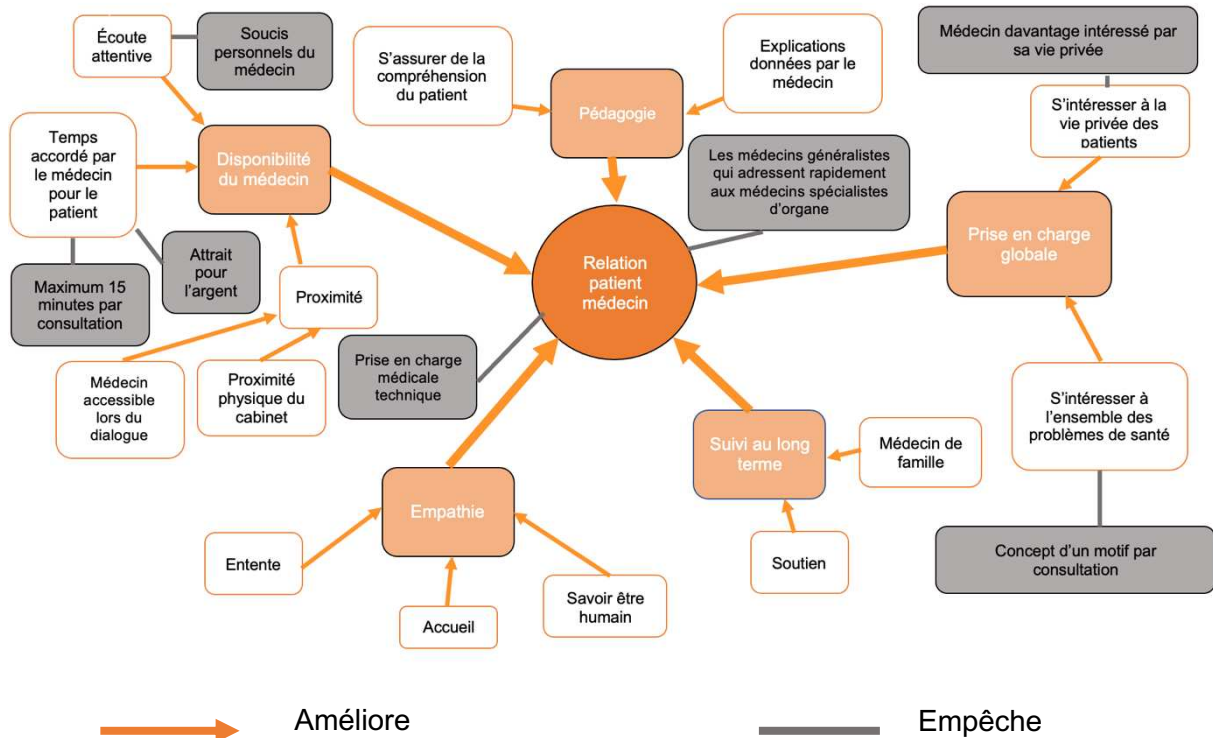
Résultats

Onze entretiens ont été réalisés de mai 2021 à janvier 2022. Les entretiens ont duré entre 23 minutes et 43 secondes et 60 minutes et 27 secondes, avec une durée moyenne de 43 minutes 21 secondes et une durée totale de 7 heures, 56 minutes et 55 secondes. L'âge moyen des participants était de 66 ans.

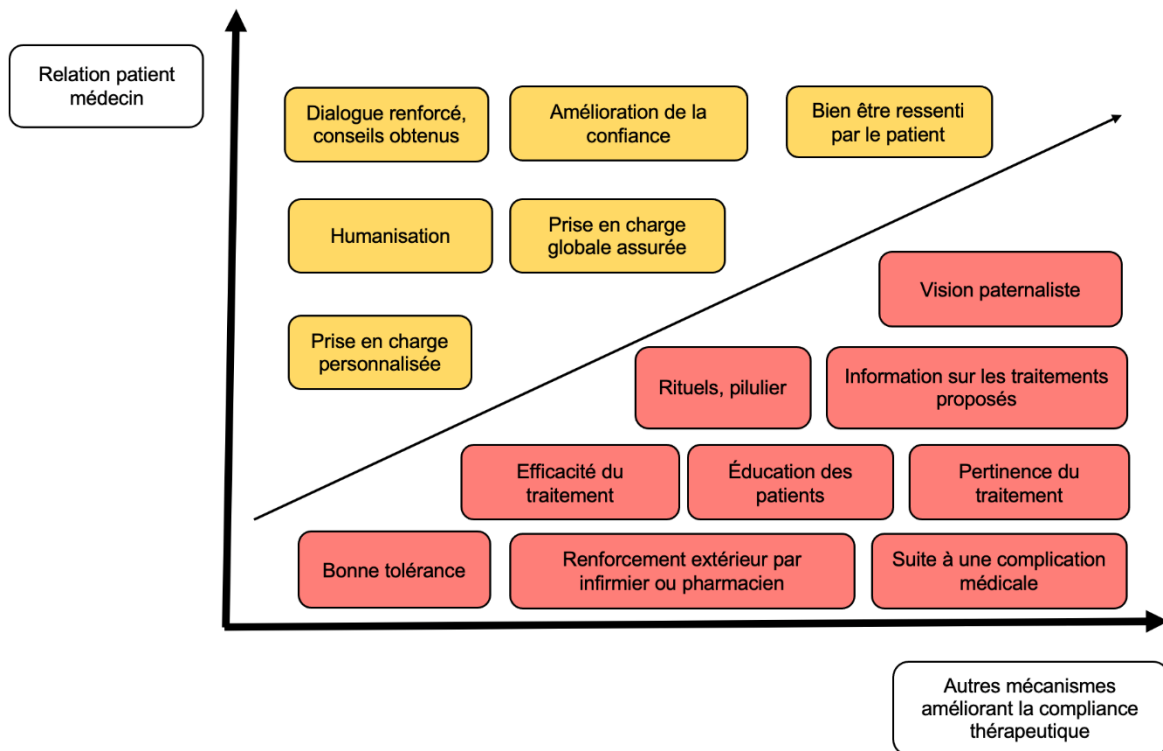
	Durée	Sexe du patient	Age du patient	Actif/Retraité	Sexe du médecin traitant	Tranche d'âge du médecin traitant	Lieu d'exercice du médecin traitant	Présence ou non d'un interne en médecine	Durée de suivi par le médecin traitant
E1	42 min 26 sec	M	77	Retraité	M	30-45 ans	Ville	Oui	Moins de 5 ans
E2	52 min 08 sec	M	72	Retraité	M	30-45 ans	Ville	Oui	Moins de 5 ans
E3	30 min 02 sec	M	71	Retraité	M	30-45 ans	Ville	Oui	Moins de 5 ans
E4	57 min 15 sec	M	84	Retraité	F	30-45 ans	Village	Non	De 5 à 20 ans
E5	51 min 51 sec	M	63	Retraité	M	45-60 ans	Ville	Non	Moins de 5 ans
E6	29 min 27 sec	F	75	Retraité	F	30-45 ans	Village	Non	De 5 à 20 ans
E7	1h 27 sec	F	56	Actif	F	45-60 ans	Village	Non	Plus de 20 ans
E8	46 min 25 sec	M	75	Retraité	F	30-45 ans	Village	Non	De 5 à 20 ans
E9	55 min 01 sec	F	59	Actif	M	45-60 ans	Village	Oui	De 5 à 20 ans
E10	23 min 43 sec	F	47	Actif	M	45-60 ans	Village	Oui	Plus de 20 ans
E11	28 min 22 sec	M	48	Actif	M	45-60 ans	Village	Oui	Plus de 20 ans

Caractéristiques des patients et de leur médecin traitant

La modélisation des résultats de cette étude a permis l'obtention de ce schéma explicatif qui sera détaillé au fur et à mesure des résultats.



Caractéristiques de la relation patient médecin



Niveau de compliance thérapeutique par combinaison de la relation patient médecin et d'autres mécanismes

I. Compliance thérapeutique grâce à la relation patient médecin

La relation patient médecin était très importante pour les patients interrogés dans le cadre de l'étude.

E4 : « Tout est un problème de relation. C'est, à mon avis c'est tout un problème de relation. »

E4 : « Ce qu'il y a de plus important c'est la relation, la relation »

Selon les patients, la compliance thérapeutique était influencée par la qualité de la relation patient médecin. Plusieurs éléments clés décrits ci-après ont été cités par les patients.

A. Sensation de bien-être

Les patients étaient unanimes pour affirmer que cette relation procurait une sensation de bien-être.

E6 : « Aussi bien les échanges de la vie que de la maladie, que des enfants, des petits enfants, enfin on parle de tout, je pense que c'est important psychologiquement pour le malade »

E7 : « Je pense que cette histoire de globalité, de discussion d'environnement je pense que ça pourra amener à un bien-être »

B. Amélioration de la confiance

De la relation naissait la confiance, qui permettait ensuite aux patients de se confier plus facilement.

E4 : « C'est que rien ne doit lui échapper et normalement il doit y avoir une relation de confiance dans le fait que on peut tout dire à son médecin ou on doit pouvoir tout dire à son médecin, parce que le patient sait qu'il sera écouté »

E6 : « C'est pas évident de dire tout de suite à un médecin « voilà », brute de pomme, « j'ai ça, ça, ça, quoi », c'est pas évident hein. »

C. Dialogue renforcé, conseils obtenus

Le patient était également plus à même de poser des questions, de demander conseil si le climat le permettait.

E5 : « Après tu peux aussi avoir besoin de conseils, tout ça quoi, si y a pas cette confiance, bah tu ne demandes rien quoi, les conseils tu ne les as jamais quoi ... »

D. Prise en charge globale assurée

Riche de ces échanges concernant la santé du patient mais également son environnement, ses peurs, ses angoisses, le médecin pouvait réaliser une prise en charge globale.

E3 : « C'est prendre tout le bonhomme »

E9 : « Mais surtout quelqu'un qui sache prendre l'ensemble »

Cette prise en charge globale était souhaitée par les patients, elle était gage de qualité dans leurs parcours de soin.

E1 : « C'est bien vrai, c'est un médecin qui est plus, qui sait tout de vous, vous lui confiez des choses, et de ce fait là, il vous soigne aussi en fonction »

E4 : « Et ce qui me semble important c'est d'être pris en charge et d'être suivi d'une manière globale, c'est que rien ne doit lui échapper »

Les patients interrogés comparaient spontanément la pratique des médecins généralistes avec les médecins spécialistes d'organe. Selon eux, les médecins spécialistes d'organe ne réalisaient pas une prise en charge globale, ce qui pouvait occasionner un défaut de prise en charge.

E6 : « Les conversations ne sont pas du tout les mêmes, lui il traite une pathologie, mais il ne s'occupe que de ça, c'est la seule chose qui l'intéresse »

E8 : « C'est ça que je reproche aux spécialistes c'est de ne pas s'occuper du reste »

Certains patients affirmaient alors qu'il manquait de médecins généralistes à l'hôpital pour assurer cette transversalité.

E4 : « Dans les hôpitaux où certains médecins, dans les hôpitaux ils ne sont pas tous spécialistes non plus, mais il manque de généralistes dans les hôpitaux, quelqu'un qui soit attentif à l'ensemble, de la prise en charge globale du malade. »

Les patients soulignaient le rôle crucial des médecins traitants qui réalisaient l'ordonnance finale en faisant la synthèse des recommandations de chaque médecin spécialiste d'organe.

E1 : « Mes médicaments, en général, je les connais par médecins spécialistes qui les ont assésés et après le médecin généraliste, comme Mr. X., bah lui il ... fait l'ordonnance, comment dirai-je ? ... les traitements. »

E. Humanisation

Grâce à cette prise en charge, le médecin n'avait plus en face de lui une maladie mais bel et bien un malade.

E7 : « Quelque part ce serait bien de mettre un petit peu d'humain, dans le, de prendre euh, on n'est pas qu'une maladie en fait voilà. »

E7 : « Je vous dis on n'est pas un morceau de chair qu'on a mis dans un lit, dans tel lit numéro 39 avec une perfusion dans le corps »

E9 : « Voilà, y a le malade, ça c'est indéniable et y a une personne »

Le médecin pouvait ainsi adapter son discours en fonction des volontés et du niveau de compréhension des patients et leur proposer des options thérapeutiques appropriées à leurs besoins. Le patient était plus à même de suivre le traitement qui lui était proposé.

E4 : « Il y a le choix du médecin, la façon dont il veut vivre qui est important et selon que le médecin veut s'occuper de son client et veut exercer une médecine disons entre guillemets humaine, euh, ça va se jouer quand même à la fois sur son temps de travail et en même temps sur la manière dont il est disposé face à son client, face à son patient, ça c'est extrêmement important, y a le choix du médecin de vivre de telle façon et ça le patient n'y peut rien hein mais si il, si le patient sent que c'est ça, ça va le conforter dans son obéissance entre guillemets face au médecin »

E6 : « Donc je pense aussi qu'il faut, il faut bien cerner son patient en fait parce que, il ne faut pas tout lui dire non plus ... »

F. Prise en charge personnalisée

De ce type de relation, basée sur l'approche centrée patient, se dégagait la notion de prise en charge personnalisée, individualisée, selon laquelle le patient bénéficiait d'une prise en charge qui lui était propre.

E10 : « On peut faire une prise en charge personnalisée parce que c'est notre propre maladie »

E10 : « C'est personnalisé à la personne qu'on est »

II. Facteurs influençant la relation patient médecin

A. Paramètres favorables

1. Écoute et temps accordés

Pour que cette relation patient médecin puisse se créer, le médecin devait selon les patients les écouter en leur consacrant le temps nécessaire. L'ouverture d'esprit et la bienveillance étaient également des valeurs importantes.

E4 : « Bah comme prendre le temps d'écouter son malade, ça c'est l'élément essentiel »

E6 : « C'est important, ça m'a touché, c'est important pour moi de savoir que je suis bien entourée par les personnes qui viennent me soigner, qui prennent le temps, qui font les choses doucement, sont délicats, c'est ... ça change tout. »

Les patients décrivaient le fait qu'ils suivaient les conseils des médecins à partir du moment où ils avaient pris la peine d'écouter leurs patients, par simple retour des choses.

E4 : « Non non on ne s'en rend pas compte, je ne faisais pas trop attention au régime que j'avais eu, si, on avait eu le diabéatologue qu'on avait eu en premier, tout de suite, cela n'aurait pas eu les mêmes incidences sur le diabète, parce qu'il prenait le temps d'écouter son malade. »

E4 : « Si vous n'écoutez pas les gens, les gens ne vous écoutent pas, ils n'ont pas confiance non plus. »

2. Empathie

D'autres paramètres ont été mis en évidence par les patients comme pouvant renforcer la relation patient médecin, notamment le fait d'être empathique.

E6 : « Je pense que c'est important d'avoir de l'empathie »

3. Savoir accueillir

Pour les patients, le médecin se devait également de savoir les accueillir.

E5 : « Le médecin il doit être sympa quoi, euh déjà bah déjà bien dire bonjour quand t'arrives, euh, un petit mot gentil « comment ça va ? » bah j'sais pas moi, euh pour détendre un peu l'atmosphère. »

E6 : « C'est, non je pense que c'est, le premier sourire du médecin, voilà, parce que le médecin qui vous reçoit avec une gueule comme ça, déjà vous êtes malades »

Les patients de l'étude laissaient comprendre à contrario que les médecins spécialistes d'organe étaient moins accessibles ; en effet, les patients recevaient une convocation, ils ne pouvaient alors pas demander un rendez-vous qui pouvait les arranger.

E1 : « Bon, avec le médecin hospitalier, c'est pas tout comme ça que ça se passe. D'abord, il vous convoque, tel jour, telle heure, par courrier, des dactylo ils en ont, ils ont tout ce qu'il faut. Ils plient le truc, ils timbrent, qu'ils vous l'envoient bon ... »

E8 : « Sauf que ce n'est pas moi qui choisis, ils sont capables de me faire venir à 7 heures du matin ou à 4 heures de l'après-midi sans se soucier de ce qu'il va se passer à côté. C'est ça ou rien mais sinon non »

Qui plus est, il était plus difficile pour un patient de se rendre chez un médecin spécialiste d'organe car l'hôpital ne se trouvait pas à proximité, avec parfois la nécessité de faire appel à un service d'ambulance.

E1 : « Bon alors la médecine hospitalière, et puis il faut y aller chez les médecins, attendez-moi j'y vais en ambulance, c'est tout, c'est tout une histoire, oulalala ... enfin je le fais. »

4. Agir dans l'intérêt du patient

Le patient sentait le besoin que le médecin soit efficace, en agissant correctement et rapidement dans son intérêt.

E7 : « Je trouve que sur le myélome elle aurait peut-être pu être plus réactive »

5. Savoir être humain

Les patients faisaient un parallèle entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes d'organe, considérant que ces derniers s'éloignaient d'une prise en charge dite humaine.

E6 : « Y a pas d'humain, si y a de l'humain mais euh très très, très serré, ça tourne autour d'une maladie, voilà que ce soit le sein, le poumon ce que l'on veut ... C'est le cancer quoi, voilà ... »

Par ce manque d'humanité, les médecins spécialistes d'organe donnaient l'impression de ne pas s'intéresser aux patients, de ne pas donner d'importance au fait de connaître le patient. La relation patient médecin était alors impactée tout comme l'implication des patients dans leur prise en charge qui ne comprenaient pas les tenants et aboutissants.

E5 : « Donc euh, t'es là, il t'ausculte tout ça, machin, rien tout, puis après « tu prends ça » »

E8 : « Surtout là, là je vois bien au A. ou là-bas euh c'est, c'est le pire, ah oui c'est le pire, c'est très bien mais ... « hum taisez-vous » »

Certains patients avaient l'impression que les spécialistes d'organe ne s'intéressaient pas aux patients car ils semblaient moins à l'écoute. Plusieurs phénomènes pouvaient expliquer ce sentiment, notamment le tour professoral du matin dans les services hospitaliers, durant lequel les patients n'avaient pas l'impression d'exister, ils n'étaient alors que des cas cliniques, voire des numéros de chambre.

E9 : « C'est plutôt à l'hôpital que j'ai souffert de ce genre de rapport au médecin, où il n'y a rien, il n'y a pas de personne. »

E9 : « Mais c'est dur, c'est dur de ne pas exister. 15 personnes dans la chambre, et vous n'êtes absolument pas là, du tout. »

Beaucoup de patients ont décrits non sans émotion le fait qu'ils aient vécu une annonce de diagnostic grave de manière brutale sans que le médecin n'ait pris le temps nécessaire pour que le patient puisse assimiler les choses. Ces annonces ont pu avoir des répercussions psychologiques.

E6 : « Bon quand vous allez à C., on vous dit « voilà vous avez une tumeur, c'est cancéreux », vous le prenez en pleine face, moi c'est le troisième hein, je commence à avoir l'habitude, mais euh, la personne qui prend ça ou les jeunes femmes que je vois qui prennent ça en pleine figure c'est dur et bin faut quand même que le médecin généraliste derrière, il se ramasse ça, avec les effets psychologiques que ça peut donner sur la personne. »

E7 : « Et moi je dis « au fait vous avez les résultats de mon scanner ? » parce que je les avais pas, elle me dit « ah oui, oui, oui », en sortant je la suivais, elle me dit « ah oui au fait, vous avez un carcinome », comme ça, du coup je me suis dit bon bah c'est bien, je lui dis « c'est quoi un carcinome ? », elle me dit « c'est un cancer », voilà. Voilà, donc j'ai dû m'asseoir dans le fauteuil qui était à côté, elle me dit : « mais qu'est-ce qu'il vous arrive ? ». J'dis « mais attendez qu'est-ce qui vous arrive ?! bah il m'arrive que voilà euh », « ah mais je ne vous ai pas dit que c'était forcément ça, c'est suspect de carcinome quoi donc euh », enfin bon voilà, donc parfait »

Certaines annonces ont en revanche été mieux vécues par les patients, car ces derniers étaient plus considérés, les médecins prenaient le temps de leur expliquer.

E7 : « Ouais, quand on m'a annoncé que j'avais un myélome, j'ai trouvé que c'était un peu mieux, c'était le docteur Y. avec un interne d'ailleurs, il est génial ce garçon. »

E7 : « Donc là il m'a expliqué les traitements mais j'ai trouvé que c'était pas, c'était dit de façon douce c'était mieux amené »

6. Échange réciproque

La relation patient médecin se devait d'être souple, en effet, il était nécessaire qu'il y ait un échange entre le patient et le médecin généraliste pour trouver un compromis.

E4 : « C'est ça que je veux dire, la relation qui joue entre le médecin généraliste et le patient est quand même compliquée parce qu'elle doit à la fois être souple. »

E4 : « De plus en plus, le patient a des exigences, et de plus en plus il a besoin de s'attacher à une médecine qui soit compréhensive. Ça c'est important. »

Il en était de même avec les médecins spécialistes d'organe. Malgré la confiance que les patients leur accordaient, les patients avaient besoin d'explications adaptées, même si cela ne semblait pas améliorer la compliance. Les patients prenaient le traitement proposé car c'était dans leur intérêt.

E6 : « Alors on voit des fois qu'ils essaient de vous, de se mettre à votre hauteur, mais pour eux c'est difficile de, c'est leur langage courant, c'est leur euh donc y a des termes qui vous envoient, vous vous dites, je ne sais même pas comment ça s'écrit ça, bon voilà. »

Ces explications permettaient aux patients de comprendre leurs pathologies, d'être plus investis, d'éviter de rester dans le déni.

E7 : « Moi je trouve que c'est bien d'expliquer et de dire « bah voilà », d'amener, d'expliquer, de dire « bah voilà, vous avez ça, il peut se passer ça, il peut se passer ça, on va faire ça pour ce que ça ne se passe pas », quand Y. me l'a expliqué, ça prend trois quarts d'heure parce que forcément, mais il l'a fait. Même pour mieux appréhender les choses par la suite, d'avoir compris, de savoir où on va ... Franchement j'avais tout compris, je n'ai été surprise par rien du tout au niveau du déroulé de mon traitement donc euh, voilà »

E9 : « J'étais allée à un rendez-vous, je pensais à pouvoir discuter de ce que c'était de vraiment parce que moi je suis restée longtemps dans le flou avec mon lupus parce que pendant longtemps je n'ai rien compris, c'est en découvrant que j'ai compris »

Après de potentielles explications reçues, il semblait nécessaire pour les patients que le médecin spécialiste d'organe prenne le soin de savoir si les patients avaient compris ou non leur maladie, son étiologie et les traitements possibles.

E9 : « Il faut faire très attention, voilà, il faut les mettre à l'aise et il faut bien discuter et faire bien vérifier par des aller retours. Voilà « t'as compris, t'as pas compris ? » mais euh faut bien vérifier et les rassurer que tout le monde ne comprend pas tout hein. »

Certains patients disaient ne pas comprendre généralement les informations délivrées en consultation spécialisée, mais ne posaient pas de questions de peur de ne pas comprendre la réponse.

E6 : « Parce que quand je suis sortie de C., je n'ai rien compris, pas tout compris. »

E6 : « Ça fait des années que je vais à C., ils ne voient que moi, mais euh, entre le docteur B. et puis le docteur X. y a des choses que je ne lui demanderai pas, je ne vais pas comprendre hein. »

Les patients pensaient que les médecins spécialistes d'organe n'étaient pas intéressés par la délivrance d'explications.

E6 : « Non mais d'abord parce qu'il n'a pas envie, parce qu'il s'imagine que j'ai tout compris, or j'ai rien compris du tout. »

7. Un besoin d'apprentissage

Plusieurs patients soulignaient que ce mode d'exercice mettant en avant l'humain mériterait un apprentissage pendant les études de médecine sous peine d'être décrits comme ayant des connaissances techniques et non humaines.

E3 : « Vous avez des approches de psycho dans vos études ou pas ? », « je trouve qu'on doit leur apprendre pendant ces longues, longues études, autre chose que des connaissances techniques. Vous traitez la patte humaine »

E3 : « Bon on a trouvé un homme assez ... différent, peut être technique, euh voilà, »

B. Paramètres défavorables

1. Comportement indifférent du médecin

Afin de préserver de bonnes relations patient médecin, certaines attitudes étaient à proscrire de la part du médecin, comme la prise de notes lorsque le patient parlait, avoir les yeux rivés sur l'ordinateur, ou la sonnerie incessante du téléphone lors des consultations. Le patient ne se sentait pas écouté.

E5 : « Parce que, des fois c'est pas toujours le cas, les médecins ne sont pas très relationnels, euh ils parlent pas, ou ils t'écoutent mais ils ne répondent pas »

E5 : « Parce que le médecin il ne suit pas les gens, il suit pas les gens quoi, t'y vas, t'es, ils sont en train d'écrire ou je ne sais pas, il s'en fout de savoir tes problèmes persos ou quoi »

2. Différence de génération entre le médecin et le patient

La différence de génération entre le médecin et le patient était décrite par les patients comme pouvant être un frein dans la relation patient médecin.

E8 : « Bah oui parce que d'abord y a sa jeunesse hein y a deux générations d'écart donc ça fait différemment et on n'a pas la même relation qu'on peut avoir avec une personne d'âge, Y. il avait mon âge. »

Les patients auraient souhaité avoir pour leurs adolescents un médecin plus jeune capable de mieux comprendre leurs problèmes. En effet quand les patients parlaient de leur médecin de famille, il s'agissait généralement d'une personne du même âge qu'eux, qu'ils pouvaient également voir dans d'autres circonstances qu'au cabinet de médecine générale.

E10 : « Finalement je me dis que c'est peut-être ce que j'ai vécu à son âge, un besoin de plus d'indépendance et peut être un médecin qui soit plus en phase avec la génération, je me dis, c'est peut-être ça qu'il faut. »

3. Relation difficile à créer

Parfois, sans pouvoir l'expliquer la relation que le patient entretenait avec son médecin pouvait être difficile ; n'étant pas sur la même longueur d'onde, le lien entre le patient et le médecin ne se créait pas.

E1 : « La confiance, ça se définit pas. On a confiance ou on n'a pas confiance. »

E9 : « On revient un peu sur cet aspect de « on peut créer quelque chose s'il y a ce feeling initial sinon après c'est un peu peine perdue, s'il n'y a pas de feeling, la relation ne s'installe jamais ». Je ne pense pas »

4. Remarques blessantes

Il était préférable pour le patient d'obtenir des conseils, des encouragements, du soutien de la part de son médecin traitant plutôt que des remarques désobligeantes qui en plus de le blesser, procuraient le plus souvent un effet contre-productif car le patient se vexait.

E5 : « Quand ils répondent c'est pour te casser, y en a beaucoup hein, moi un truc comme ça, après je ne parle plus non plus, moi je suis là, je m'assois, mon traitement, bisous hein »

E5 : « La fois où j'ai fait mon infarctus là, il m'a dit des trucs qui ne m'ont pas plu du tout, donc quand je suis revenu, il m'a vraiment cassé. J'me suis dit « c'est bon » et je suis parti, et puis j'ai pris un autre médecin. »

Cela pouvait avoir à terme des conséquences sur la santé des patients se sentant moins bien pris en charge.

5. Rapport de supériorité ressenti par le patient

Plusieurs facteurs ont été énoncés par les patients comme pouvant les rendre moins à l'aise face à un médecin notamment spécialiste d'organe. Particulièrement le fait que certains d'entre eux souhaitaient montrer leur supériorité, mettant le patient face à son ignorance médicale.

E1 : « C'est tous des professeurs. »

E10 : « Et puis c'est « je sais, vous vous ne savez pas, vous ferez ça et c'est tout » »

E10 : « Même avec moi j'ai trouvé qu'on se sentait tous petits »

Dans ces circonstances, les patients n'osaient pas poser leurs questions, exprimer leurs sentiments, alors qu'ils ressentaient le besoin de dialoguer avec les médecins spécialistes d'organe.

E8 : « Parce que justement chez les spécialistes, 9 fois sur 10 ce sont des maîtres dans leur et eux c'est « voilà c'est ça », y a pas lieu de discuter, très peu, très peu acceptent les discussions »

Cette relation pouvait même générer de la déception. En effet, certains patients décrivaient les consultations avec les médecins spécialistes d'organe comme un simple échange cordial de documents, sans aucun affect.

E9 : « Voilà, en revanche ma dernière consultation annuelle, on a toujours le gros bilan annuel, d'une tristesse à braire, excusez-moi, vous traduirez les mots hein, bon alors j'avais mon bilan enfin quelques chiffres et « vous avez vu le gynéco ? », « oui », « vous avez vu la dermato ? », « oui », « le cardiologue ? », « oui », « vous avez les comptes rendus ? », « oui », « bon bah vous me les donnez », voilà et puis euh ayé. »

E10 : « Et jusqu'à présent enfin on est toujours très très déçus, mais on n'a pas d'autres choix au niveau des médecins. »

6. Préférence des patients pour l'ancienne génération de médecins généralistes

Des exemples de facteurs fragilisant la relation patient médecin ont été mis en évidence par les patients lorsqu'ils faisaient un parallèle entre la nouvelle et l'ancienne génération de médecins généralistes.

En effet, la nouvelle génération de médecins généralistes semblait moins intéressée par la vie personnelle des patients, souhaitant aller à l'essentiel.

E3 : « Des jeunes aujourd'hui aiment bien, aiment bien cerner les choses et ne pas ils ne s'embêtent pas avec les à côté. »

E6 : « Le médecin il a pas le temps, maintenant tous les médecins, y en a de moins en moins, ils sont débordés, on ne peut plus passer une heure chez un médecin comme on faisait avant »

E8 : « Je dirai à la limite que la vie des gens ce n'est pas son problème. »

Les patients avaient l'impression que les médecins généralistes nouvelle génération accordaient plus de temps pour leur vie personnelle qu'auparavant.

E8 : « Bon je me dis, elle a sa vie active, elle a sa vie, elle est médecin »

E8 : « C'est le fait qu'ils veulent garder une grosse part, une grosse part de leur vie pour eux et pour leur confort, leur bien-être, ils travaillent beaucoup c'est clair mais euh ils savent faire la part des choses, chose que ne faisaient probablement pas les autres avant, pas tous, mais dans leur, tous ceux que j'ai connu, ne faisaient pas attention au temps. »

Désormais les médecins prennent des vacances, prennent leur congé paternité, ont des remplaçants, choses que ne faisaient pas antérieurement les médecins selon les patients.

E1 : « Il a ... ah oui, il a pris un congé de paternité. Je n'ai jamais pensé que des gens, comment on appelle ça, des libéraux, puissent prendre un congé de paternité. »

E8 : « Ils ont l'air de bien s'entendre sur leur suppléant et leur disponibilité mais toujours dans le cadre relativement fonctionnariat de leur activité. »

E8 : « Elle est à l'école moderne c'est-à-dire qu'elle a des enfants, elle prend ses congés, bah elle, c'est pas du tout la même relation »

Les jeunes patients sembleraient comprendre ce nouveau mode de vie des médecins, contrairement aux patients plus âgés.

E8 : « Je pense que ces personnes de mon âge qui effectivement réagissent comme ça alors que peut être que les jeunes savent très bien qu'eux aussi donnent priorité à la vie familiale et aux loisirs. »

Les médecins généralistes semblaient moins disponibles qu'avant, avec impossibilité de les joindre en dehors de leurs heures de consultation.

E8 : « Et que y a eu une disponibilité du médecin, ça c'était, on pouvait l'appeler souvent et à n'importe quelle heure je vais dire, on avait toujours une réponse, aujourd'hui ce n'est plus du tout le cas. »

E8 : « Je l'ai encore vu hier, y avait quelqu'un qui l'appelait, elle disait non je ne peux pas vous recevoir. C'est bien, je ne sais pas les relations qu'elle avait avec son patient mais ça fait brutal quoi, mais c'est le système d'aujourd'hui. »

Il semblerait pour certains patients qu'il existe désormais « le fonctionnariat » des médecins. Les patients ont à présent tous des rendez-vous.

E8 : « La seule chose qui me bloque là-dedans c'est le, comme je vais dire, le fonctionnariat du médecin, je vais dire qu'on décrète, on démarre à 8 heures, on arrête à ... »

E8 : « C'était le patient qui venait et ça s'accumulait tant dis que maintenant on les met dans des cases et on ne veut pas déroger de ces cases. »

Un parallèle entre l'écoute du médecin et l'utilisation du stéthoscope a été fait. En effet les médecins seraient moins à l'écoute de leurs patients actuellement, ils utiliseraient également moins leur stéthoscope.

E3 : « Je suis surpris le docteur B., systématiquement il mettait le bazar là, le stéthoscope qu'on ne voit plus euh chez les médecins jeunes, bon, avant les médecins étaient toujours avec leur truc pendu là, ça n'existe peut-être plus. »

Les médecins seraient davantage attirés par l'argent, il y aurait donc un bénéfice à raccourcir la durée des consultations afin d'augmenter le nombre de consultations quotidiennes.

E3 : « Ils débitent la patientèle. »

E4 : « Le choix qu'il fait dans sa façon dont il écoute, son patient, sachant que ça aura des incidences économiques, et des incidences sociales »

E8 : « On a le droit de le dire, on a le temps de dire ce que l'on veut mais on sent qu'il ne faut pas trainer, on le ressent ça »

Ces consultations écourtées ne donnaient plus la possibilité aux patients d'être écoutés. Les patients ont alors fait le rapprochement entre la notion de patient et celle de client.

E7 : « Oui tout à fait, parce que là c'est un quart d'heure par patient, maintenant je finis même par dire, par client, je suis désolée, y a une histoire de fric dans tout ça, je veux dire, bon bref, c'est un quart d'heure »

E7 : « On est plus devenus des clients que des patients. »

Par ailleurs, les patients trouvaient qu'il n'était plus possible comme auparavant de venir en consultation pour faire le point sur leur santé. Désormais ils ont le sentiment qu'ils doivent venir en consultation pour un motif précis, de sorte de ne pas dépasser les 15 minutes de consultation.

E3 : « J'ai un peu, un point de comparaison avec la mécanique par exemple, la voiture, avant on allait parler à son garagiste, est ce que vous pouvez faire le tour de la voiture, il disait « mettez le moteur en route, je vais l'écouter », maintenant ce n'est plus du tout comme ça, « vous venez pour quoi ? », euh, « bon et bien je vais la passer sur le banc », y a pas de, c'est devenu très technique, hein, bon, euh faut qu'on s'y fasse et on s'y fera »

Les médecins généralistes nouvelle génération privilégieraient la technicité de la médecine à l'empathie et à la relation patient médecin. Ce changement inquiétait certains patients qui estimaient que le médecin pouvait alors manquer d'informations pour une prise en charge optimale.

E3 : « Là c'est plus technique, « je viens vous voir parce que j'ai mal ici » mais il y a peut-être un autre truc derrière, c'est un peu ça la crainte quoi »

Enfin les patients regrettaient leur médecin de famille. Ces médecins qui suivaient les familles pendant plusieurs années, qui connaissaient tout de leurs patients, étaient dévoués, savaient se rendre disponibles dès que nécessaire. La connaissance du patient à la fois sur le plan médical mais également sur le plan personnel ou familial, pouvait selon les patients leur permettre d'être mieux pris en charge.

E10 : « C'est affectif ma relation avec le médecin et y avait ce terme médecin de famille, c'est bien vrai, c'est un médecin qui est plus, qui sait tout de vous, vous lui confiez des choses, et de ce fait là, il vous soigne aussi en fonction de. »

Malgré ces différences majeures entre les anciennes et nouvelles générations, les patients se disaient bien pris en charge sur le plan médical grâce aux analyses, aux examens complémentaires. La relation patient médecin pourrait alors ne pas être indispensable à une bonne prise en charge médicale, mais pourrait améliorer le bien-être des patients.

E1 : « Si vous voulez, la prise en charge médicale, ..., ce sont les analyses qui ... qui déterminent, si ça ... moi c'est tout, si je vais plus mal, c'est mes analyses qui sont mauvaises et à ce moment-là il faut faire un correctif, c'est le métier qui veut ça. »

E8 : « Donc cette relation de confiance c'est plutôt pour un bien-être et de pouvoir se confier. Pour moi oui oui »

III. La compliance thérapeutique obtenue par d'autres mécanismes que la relation patient médecin

A. Pertinence des traitements proposés

Afin d'améliorer la compliance thérapeutique, les patients souhaitaient obtenir les informations de la part des médecins sur les traitements préconisés, les raisons de cette administration et sur les potentiels effets indésirables attendus de ces traitements. Il était important que le médecin puisse délivrer les explications nécessaires pour une bonne compréhension de la part du patient. Le patient pouvait ainsi prendre la meilleure décision quant à sa prise en charge médicale. Sans tous ces éléments, il paraissait beaucoup plus difficile pour les patients de suivre le traitement proposé par le médecin traitant.

E2 : « C'est beaucoup plus facile pour elle, de suivre des traitements quand on lui avait expliqué le ... pourquoi du comment. ... »

E6 : « Ah oui d'abord, si je n'ai pas compris l'intérêt je n'aurai pas envie de le continuer, j'aurai pas envie de continuer »

B. Suite à une complication médicale

Suite à une complication médicale, en prenant conscience des enjeux pour leur santé, les patients peuvent modifier leur compliance thérapeutique. Initialement peu concernés par le discours de leur médecin, ils sont alors devenus investis dans leur prise en charge médicale.

E5 : « Parce que ça fait des années que j'ai ça, j'ai laissé un peu couler quoi, mais après j'ai fait un infarct en 2002, ..., donc à partir de là on se prend en main ... »

C. Efficacité du traitement

Les patients étaient davantage compliants quand ils se rendaient compte que le traitement proposé améliorait les symptômes qu'ils présentaient.

E3 : « Et si jamais ça ne marchait pas, bon bah je m'interrogerais mais puisqu'il y a recommandé tel et tel traitement, je le suis. »

E7 : « Mais moi j'y crois, j'y crois plus depuis que je suis soignée pour un myélome donc euh, parce que je vous avouerai franchement qu'au début j'y croyais pas du tout au traitement et je me suis dit « de toute façon je vais mourir » et euh, bah j'ai vu qu'au fils des semaines de chimio bah ça s'arrangeait quand même un petit peu et je me suis dit bon effectivement, effectivement. Bon c'est là que je me suis dit « chapeau » et puis « c'est beau », vous faites un beau métier quoi donc euh, ouais »

D. Bonne tolérance

Les patients trouvaient plus de facilités à prendre un traitement lorsqu'il était bien toléré, qu'il présentait peu d'effets indésirables et qu'il était facile d'emploi.

E2 : « Parce que ça ne fait pas de mal »

E2 : « Je dois dire que j'en prends parce qu'en fait c'est une dose le matin et terminé, on est tranquille »

E. Vision paternaliste

Dans les entretiens réalisés, des patients ont fait allusion à la vision paternaliste, indépendamment de l'attitude du médecin. Ils disaient suivre aveuglement leur médecin traitant par argument d'autorité, en raison des études réalisées et de l'expérience qu'ils avaient acquises avec le temps.

E8 : « Mais sinon en règle générale j'obéis, je suis assez obéissant de ce côté-là, bah de toute façon c'est dans mon intérêt. »

E10 : « Enfin je vais dire qu'il a les connaissances donc c'est vrai que quand même, on lui doit, oui je dirai de la confiance et du respect. »

E10 : « Après il y a le docteur X., qui a de l'expérience, parce que l'expérience ça joue énormément aussi qui est compensée par la jeunesse des nouveaux médecins et des nouvelles expé »

Certains patients ont évoqué que la relation patient médecin n'influçait pas leur prise de médicaments. Il existait une notion d'obéissance du patient envers son médecin. Si le médecin prescrivait, le patient suivait ses prescriptions. Cette vision de la médecine rendait le patient passif, se laissant guider par le médecin. La notion selon laquelle le patient se prenait en charge et était acteur de sa prise en charge s'éloignait alors.

E1 : « Donc ordonnance égale ordonner donc l'ordonnance, je la suis, c'est tout. »

E3 : « Puisqu'il y a recommandé tel et tel traitement, je le suis. »

E4 : « On écoute, on exécute, on obéit en même temps. »

Ayant peu de connaissances médicales, le patient faisait confiance au médecin dans le choix du traitement, et ne s'estimait pas à même de juger de sa pertinence.

E4 : « En général, le patient est mal placé pour juger du traitement qui lui est donné »

E6 : « Il me dit « bon après on va faire ci, on va faire ça », dans ma tête je me dis « bon tu fais ce que tu veux, c'est toi le spécialiste, je suis là pour me faire soigner, si tu me donnes ce traitement là c'est que tu sais qu'il sera efficace, sinon » »

E10 : « Euh il sait ce qu'il fait, de toute façon on a trop peu de connaissances euh pour émettre un avis en tant que patient, on ne peut que faire confiance. »

De même, les médecins spécialistes d'organe avaient toute la confiance des patients car ils étaient considérés comme compétents dans leur domaine. Une différence se dégageait ainsi entre la confiance en la personne humaine et la confiance des connaissances médicales.

E6 : « Je pars du principe que c'est les spécialistes donc j'ai confiance, je présume qu'ils ont fait des études sur cette spécialité et qu'ils la connaissent à fond »

F. Éducation des patients

Certains patients évoquaient leur éducation selon laquelle le patient devait au médecin respect, écoute et obéissance. Ils reproduisaient alors ce qu'on leur avait inculqué.

E1 : « C'était le docteur, c'était le docteur. Et puis alors, quand on a été élevé comme ça, on reste un peu comme ça. »

En consultant son médecin, le patient se devait de réaliser les préconisations de celui-ci.

E1 : « Voyez une ordonnance, je la suis. C'est tout. C'est pas compliqué, sinon ça ne sert à rien d'aller voir le médecin. Je suis très pragmatique pour ça, donc l'ordonnance du médecin, je la suis. »

E4 : « Si possible oui, parce que si on va voir le médecin et qu'on ne suit pas ses conseils, c'est pas la peine d'y aller, c'est ça que je veux dire. »

E8 : « Je respecte ce que l'on me demande de faire, c'est le but, sinon ça ne sert à rien. »

G. Rituels et pilulier

Pour une bonne compliance des prescriptions faites par le médecin, les patients pouvaient avoir recours à certains rituels (en prenant leur médicament tous les jours à la même heure) ou à l'utilisation d'un pilulier.

E5 : « Ah oui, oui moi j'ai un pilulier, toutes les semaines, je fais mon truc, matin, midi et soir quoi. »

E11 : « Oui il n'y a pas de problème bah en fait y a une petite, y a un petit rituel. Oui ça s'installe et après on oublie plus. »

H. Renforcée par des personnes extérieures

La compliance thérapeutique pouvait être renforcée par des acteurs extérieurs comme les pharmaciens, les infirmières libérales qui pouvaient confirmer l'intérêt du traitement.

E10 : « Parce qu'après, enfin pardon, quand on passe par le médecin ensuite on va à la pharmacie, et la pharmacie c'est pareil, c'est une pharmacie où on a l'habitude d'aller et où ils nous connaissent et où on peut avoir un avis euh, donc parfois quand j'ai un doute, je demande au pharmacien »

E10 : « J'ai déjà demandé au pharmacien son avis. »

Selon certains patients, il existe donc différents mécanismes permettant de renforcer la compliance thérapeutique ; la relation patient médecin n'en étant pas l'unique facteur. Néanmoins la relation patient médecin peut l'améliorer, le patient étant plus convaincu.

E9 : « Et peut-être que vous êtes plus convaincue de le prendre le fait que ce soit expliqué, que la relation qui est derrière ... Oui, oui, oui tout à fait. »

E10 : « Et est-ce que vous pensez que la relation patient médecin, de la prise en charge personnalisée peut influencer le fait que vous preniez un traitement ?

Euh oui, oui oui oui parce que bah quand on a un traitement et qu'on regarde la fiche avec tout ce qu'il y a comme effet secondaire et les statistiques, on se dit « mince, je le prends, je ne le prends pas ? » »

Discussion

I. Limites et forces de l'étude

La principale limite de cette étude est qu'elle a été réalisée par une doctorante novice dans le domaine de la recherche qualitative. Le renseignement sur les études qualitatives via des documents ou formations a permis de rédiger au mieux ce travail de recherche.

Le fait que la doctorante soit un futur médecin a pu impacter la réponse des patients. Par ailleurs, les critères de la grille COREQ ont été utilisés pour évaluer ce travail. Un des critères n'a pas été respecté, celui selon lequel les participants expriment un retour sur les résultats.

Concernant les forces de cette étude, il y a tout d'abord le recrutement des patients qui a été fait par des médecins généralistes différents de par leur âge, leur lieu d'exercice, la présence d'internes dans leur cabinet ainsi que par des infirmières libérales. Cela a permis d'obtenir un panel de patients différents. L'âge moyen des patients interrogés est de 66 ans, la plupart des patients ont connu un changement de médecin traitant durant leur vie, passant d'un fonctionnement paternaliste à un partenariat patient médecin. Les perceptions de la relation patient médecin sont donc impactées par leur vécu.

Des entretiens semi dirigés ont été réalisés. Les patients avaient alors la possibilité de se confier et de dire ce qu'ils pensaient sur le sujet, sans être contraints par un questionnaire trop précis, des données inattendues pouvaient alors être recueillies.

Les patients ont eu accès à la retranscription des entretiens afin qu'ils puissent apporter des modifications si nécessaire. Ils ont par la suite délivré un consentement écrit autorisant la doctorante à exploiter les données.

L'analyse des données par théorisation ancrée a mis en évidence des étiquettes, propriétés et catégories permettant au décours la création d'une modélisation au plus proche de la perception des patients.

La triangulation des données a été réalisée au fur et à mesure par un autre interne en médecine afin de s'affranchir des idées préconçues de la doctorante.

La suffisance des données a été obtenue dès le 10^{ème} entretien et confirmée par le 11^{ème} entretien.

Les données de l'étude sont cohérentes avec les références bibliographiques ce qui renforce la validité externe de l'étude.

II. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

A. Évolution de la relation patient médecin

La relation patient médecin a évolué au cours du temps, notamment avec l'arrivée d'internet et l'accès à l'information médicale. Sur le plan légal, plusieurs éléments ont également fait évoluer cette relation : le droit à l'indemnisation en cas d'accident médical en 1990 puis le droit d'accès au dossier médical et le droit au consentement libre et éclairé en 2002 (loi de Kouchner) (9). Des études ont mis en évidence qu'environ 30 % des patients ne suivaient pas correctement la prescription médicale (10). Le médecin ne possède plus tous les pouvoirs, les patients ont désormais leur mot à dire et ne suivent plus aveuglement leur médecin (9). Burner en 1990 décrit l'observance ou la compliance comme l'obéissance liée à la confiance (11). D'autres auteurs, notamment Valente en 2009, préfèrent ne pas retenir le terme de compliance thérapeutique, préférant plutôt les termes d'adhésion ou d'alliance thérapeutique nécessitant une implication du patient, incluant responsabilité partagée et collaboration efficace (11).

Pour que le patient suive les conseils du médecin, ce dernier doit avoir recours à de nouveaux processus comme le partenariat patient médecin. Ce partenariat est possible grâce à une approche centrée patient basée sur les valeurs et le vécu des patients (12) (13).

B. Importance de la relation patient médecin dans la compliance thérapeutique

Des chercheurs soulignaient l'intérêt qu'une étude puisse étudier le lien existant entre la relation patient médecin et la compliance thérapeutique (14). Cette étude avait donc pour but d'étudier ce lien. Elle met en évidence que la relation patient médecin est importante aux yeux des patients. Les patients de l'étude affirment initialement que cette relation influence la compliance thérapeutique, sans savoir par quels mécanismes.

Selon les patients de l'étude, il est nécessaire que le médecin soit disponible par l'écoute et par le temps accordé. Carl Rogers reprenait ces notions dans son concept d'écoute active dont doit faire preuve le médecin généraliste. Selon ce psychologue nord-américain, le thérapeute doit adopter trois attitudes : la congruence (authenticité), la considération positive inconditionnelle et la compréhension emphatique (15). Néanmoins, l'écoute n'est pas une des principales qualités des médecins : des études ont mis en évidence le fait qu'en moyenne, les médecins redirigeaient la parole des patients après 23 secondes (16)(17). Dans l'étude réalisée, les patients déplorent également parfois le manque d'écoute des médecins, probablement par manque de temps ou par manque d'intérêt. Après avoir réalisé leur étude amenant à ce constat, Beckman et Frankel ont élaboré une référence en matière de conduite de consultation (17)(18).

Selon les participants de l'étude, la proximité du médecin traitant est également importante pour le patient : le médecin doit être accessible au dialogue et le cabinet proche du domicile du patient. Par ailleurs l'empathie est une qualité appréciée des

patients, qui espèrent avoir un médecin traitant avec qui ils entretiennent une relation d'entente, qu'il y ait une ambiance conviviale, un accueil, de sorte que la prise en charge soit humanisée. De plus, la prise en charge personnalisée, possible grâce aux éléments de la vie personnelle des patients et à l'ensemble des éléments médicaux est appréciée par les patients. Il s'agit d'une prise en charge globale. Enfin, selon les résultats de l'étude, la relation patient médecin peut être renforcée par le souci du médecin de donner des explications aux patients sur leur état de santé et de s'assurer de leur compréhension.

Tous ces facteurs consolidant la relation patient médecin permettent au patient d'être plus à l'aise, de lui accorder sa confiance, de se confier plus facilement et de poser des questions. Certains patients parlent même d'un bien-être à être pris en charge de la sorte. Ces paramètres renforceraient la compliance thérapeutique. Cela est appuyé par une méta analyse qui a mis en évidence le fait qu'une relation patient médecin basée sur la confiance et l'écoute responsabilisait le patient et qu'il acceptait plus facilement le traitement proposé (14). Une prise de décision partagée augmenterait la qualité et l'efficacité des interventions (19).

Certains scientifiques ont mis en évidence l'importance de l'ocytocine, neuropeptide synthétisé par l'hypothalamus, dans le comportement de confiance et de l'empathie. En effet, la qualité relationnelle du médecin permet la sécrétion d'ocytocine chez le patient (20), ce qui augmente la confiance en lui et de manière concomitante l'attractivité et la confiance inspirée par autrui, en découle la cognition sociale et un meilleur engagement (21)(22)(23). Le patient serait alors plus enclin à suivre le traitement proposé par le médecin grâce à cette relation patient médecin.

Toutefois, certains patients décrivent des situations qui ont pu les éloigner de ce modèle tant espéré de la relation patient médecin. Les patients de l'étude constatent avec désarroi que les médecins leur semblent moins intéressés par la vie personnelle de leurs patients, sont moins disponibles et sont peu à l'écoute. Les médecins exerceraient selon les patients une médecine technique, avec des consultations mono-centrées durant lesquelles les patients consultent avec un unique motif, donnant alors l'impression que le médecin est attiré par l'argent.

Conclusion et perspectives

L'étude réalisée conforte les données de la littérature selon lesquelles la relation patient médecin renforce la compliance thérapeutique grâce à la confiance (24), la confiance (une confiance plus intime), le bien-être du patient et l'humanisation de ce dernier par la création d'un discours adapté et d'une prise en charge personnalisée (22). Ce constat peut faire référence à la différence qu'il existe entre deux notions, « care », qui signifie prendre soin et « cure » qui signifie guérir (25). En revanche, les participants de l'étude émettent l'idée que dans la pratique de la médecine actuelle, ces principes permettant le renforcement de la compliance thérapeutique ne sont que peu utilisés.

Un travail de recherche ultérieur pourrait avoir pour objectif d'identifier les freins à la construction d'une relation patient médecin en interrogeant des médecins généralistes. Si la relation patient médecin est bénéfique pour les deux interlocuteurs, nous pouvons nous questionner quant aux freins que pourraient trouver les praticiens à développer davantage ce versant de la consultation de médecine générale.

Références bibliographiques

1. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. Rev Fr Sociol. 2005 ; 46(3) : 443-67.
2. Adam P, Herzlich C, Sociologie de la médecine et de la maladie, Paris : Nathan, 1994 : 127 p. (p. 76-89).
3. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Saint Denis de La Plaine : HAS ; Mai 2015.
4. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). J Psychol. 2008. ; n° 260(7) : 52-5.
5. Allen J, Heyrman J. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002.
6. Collège National des Généralistes Enseignants - CNGE. Présentation du D.E.S. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
7. Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien - CGEOI. La discipline médecine générale. Disponible sur : <http://www.cgeoi.fr/enseignement/la-discipline-medecine-generale/>
8. Debout C. Compliance. Les concepts en sciences infirmières. Association de Recherche en Soins Infirmiers ; 2012.
9. Duruz H. Du paternalisme médical à la médecine personnalisée. Revue Médicale Suisse.
10. Alvin P. L'adolescent et sa « compliance » au traitement. Enfances Psy. 2004 ; 25(1) : 46-51.
11. Bonin B. 42. La question de l'observance et symbolique d'une médication. Dunod. L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. 2012.
12. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique (Bucur). 26 mars 2015;1(HS):41-50.
13. Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, et al. Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice. Milbank Q. 2009;87(2):368-90.
14. Birkhäuer J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, Gerger H. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. PloS One. 2 juill 2017;12(2).
15. Prouty G. L'attitude non-directive et les conditions nécessaires et suffisantes appliquées aux schizophrènes et retardés mentaux. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2005;2(2):75-89.

16. Bovier P, Stalder H, Künzi B. Qualité des soins en médecine de premier recours : « à l'écoute de nos patients ». Revue Medicale Suisse.
17. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. nov 1984;101(5):692-6.
18. Imran A, Doltani D, Saunders J, Harmon D. Duration of opening statement of patients attending a chronic pain clinic consultation. Ir J Med Sci. févr 2019;188(1):273-5.
19. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Saint Denis la Plaine : HAS ; Octobre 2013.
20. Martin-Du Pan R. L'ocytocine : hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social. Revue Medicale Suisse.
21. Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship. Indian J Psychiatry. avr 2019;61(Suppl 4):S776-81.
22. Leroy S. L'alliance thérapeutique au cœur de l'anamnèse : accompagner les étudiants dans une démarche centrée sur le patient. 1979 ; 17.
23. Lane A, Luminet O, Milolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion | Cairn.info.
24. Karsenty L. Confiance interpersonnelle et communications de travail. Trav Hum. 30 juin 2011;Vol. 74(2):131-55.
25. Molinier, Pascale. « Le care à l'épreuve du travail » in Paperman, P. et Laugier, S. (sous la direction de). Le souci des autres, Éthique et politique du care. Paris: EHESS, 2006, pp. 299-316.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de conformité pour la protection des données



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : La compliance thérapeutique, une histoire de relation patient médecin
Référence Registre DPO : 2021-59
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Marie-Camille DOLLE – Mme le Dr Gabrielle LISEMBARD

Fait à Lille,

Le 6 avril 2021

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Lettre adressée aux médecins traitants et infirmières libérales pour le recrutement de patients

Cher Confrère, chère Consœur,

Je suis interne en 5ème semestre de médecine générale à la faculté de Lille.

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine, j'effectue un travail de recherche sur l'influence de la relation patient médecin en médecine générale sur la compliance thérapeutique. Je souhaiterais pour cela réaliser des entretiens semi dirigés auprès de patients des Hauts de France.

J'aimerais savoir s'il vous serait possible de proposer à vos patients atteints d'une maladie chronique et prenant un traitement au long cours pour celle-ci, de participer à cette étude.

Une lettre d'information explicitant le déroulement de l'étude sera à leur remettre. Je la laisse à votre disposition. Par cette lettre, ils seront aussi informés des moyens pour entrer en contact avec moi (par téléphone ou par email pour convenir d'un rendez-vous avec eux).

Je vous remercie par avance de votre participation et votre aide précieuse, je vous prie, Confrère, Consœur, d'accepter mes sincères salutations.

Marie Camille Dollé

xx xx xx xx xx

xx@xx.fr

Annexe 3 : Lettre remise aux patients par l'intermédiaire des médecins traitants et infirmières libérales

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine à l'Université de Lille, j'effectue un travail de recherche sur l'influence de la relation patient médecin en médecine générale.

Votre médecin vous a remis cette lettre d'information afin de vous expliquer le déroulement de mon étude.

Je dois réaliser des entretiens durant lesquels nous discuterons de la relation avec votre médecin. La durée est généralement d'une demi-heure. Nous choisirons ensemble les modalités de conduite de cette rencontre. Avec votre accord préalable, j'enregistrerai les entretiens à l'aide d'un dictaphone. Cela a pour but d'analyser les informations que j'aurai recueillies auprès de vous pour l'étude. La confidentialité et l'anonymat de vos propos seront respectés.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous conviendrons du lieu de notre rencontre après un premier contact téléphonique.

Pour cela vous pouvez me contacter au numéro suivant : **xx xx xx xx xx**, m'envoyer un mail à l'adresse suivante : **xx@xx.fr** ou laisser votre numéro à votre médecin traitant, grâce auquel je vous contacterai par la suite.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire jusqu'au bout cette lettre d'information, et peut-être d'avance pour votre participation à cette étude.

Je vous prie, Madame, Monsieur, d'accepter mes sincères salutations.

Marie Camille Dollé

Interne en 5^{ème} semestre de médecine générale à la faculté de Lille

Annexe 4 : Guide d'entretien semi dirigé initial

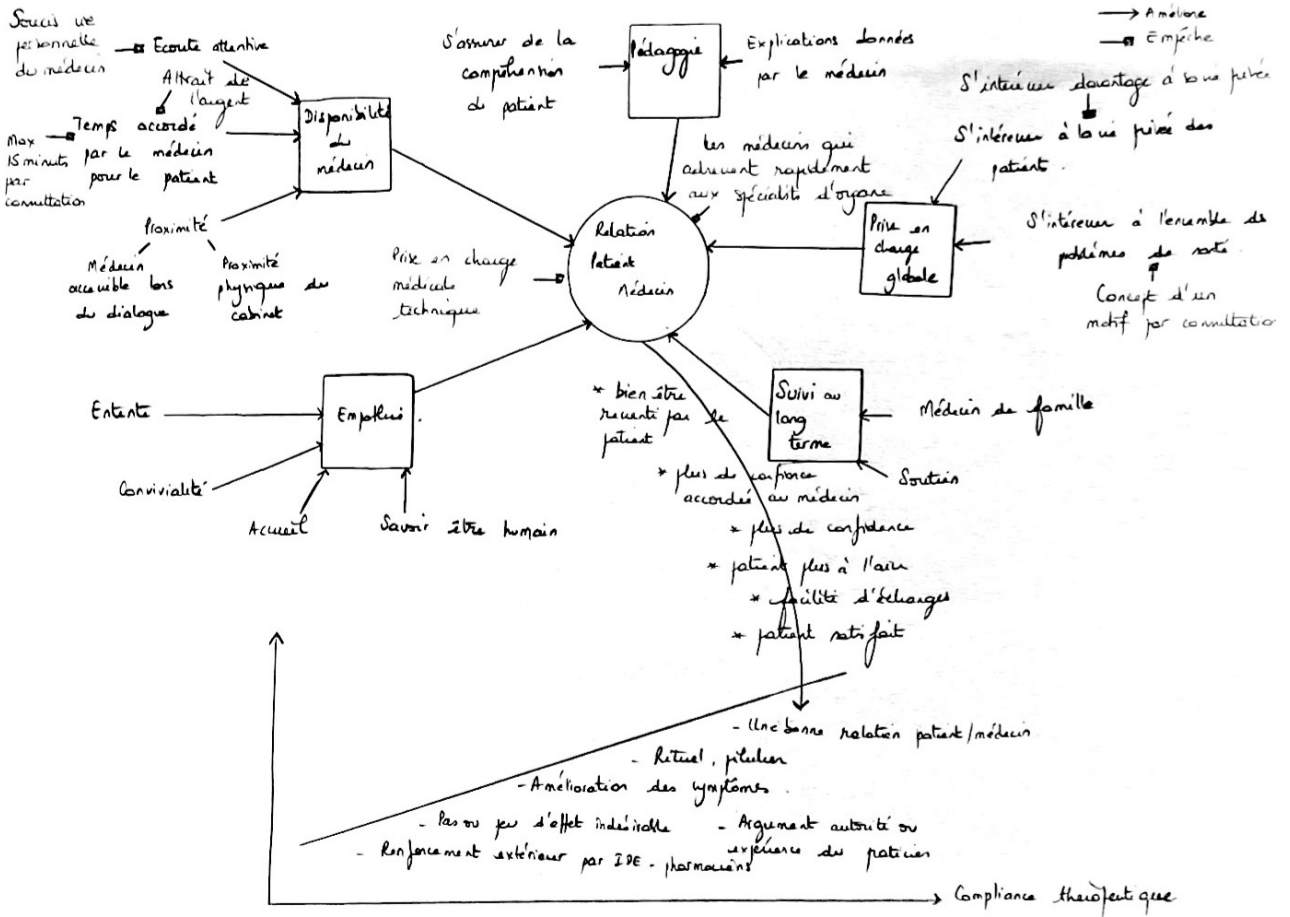
1. Quel(le) est votre âge, votre sexe, votre profession ?
2. De quelles maladies chroniques êtes-vous atteint(e) ?
3. Quel(s) traitement(s) prenez-vous au quotidien ?
4. Pour vous, quelles doivent être les caractéristiques de la relation patient médecin en médecine générale ?
5. Qu'est-ce qu'une prise en charge personnalisée en médecine ?
6. Quelle influence cela peut-il avoir sur la prise de votre traitement ?

Annexe 5 : Évolution du guide d'entretien semi dirigé au fil des entretiens

1. Quel(le) est votre âge, votre sexe, votre profession ?
2. De quelles maladies chroniques êtes-vous atteint(e) ?
3. Quel(s) traitement(s) prenez-vous au quotidien ?
4. Pour vous, quelles doivent être les caractéristiques de la relation patient médecin en médecine générale ?
 - Quelle relation entretenez-vous avec votre médecin traitant actuel ?
 - Avec vos anciens médecins traitants ?
 - Selon vous à quoi sont dues ces différences ?
 - Que pensez-vous de votre relation avec votre médecin actuel ?
 - Pourquoi ?
 - Quelles ont été les motivations d'un changement de médecin traitant ?
 - Quels sont les avantages et les inconvénients de ce type de relation ?
 - Comment cette relation de confiance peut s'instaurer ?
 - En quoi l'écoute de votre médecin traitant est importante pour vous ?
 - Que pensez-vous de la relation que vous entretenez avec les médecins spécialistes qui vous suivent ?
 - Quelles sont pour vous les raisons de ces différences ?
5. Qu'est-ce qu'une prise en charge personnalisée en médecine ?
 - Comment selon vous le médecin traitant peut s'intéresser au patient dans sa globalité ?
 - Quelles actions pourraient être mise en place pour améliorer cette prise en charge ?
 - En quoi le médecin généraliste a un rôle à jouer dans ce sens ?
 - Selon vous, quelles sont les difficultés de sa réalisation ?

6. Quelle influence cela peut-il avoir sur la prise de votre traitement ?
- Qu'est ce qui peut renforcer la compliance thérapeutique selon vous ?
 - Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer le fait qu'un patient ne suive pas un traitement selon vous ?
 - Qu'est ce qui peut influencer votre compliance thérapeutique ?
 - En quoi la relation patient médecin peut jouer sur la compliance thérapeutique ?

Annexe 6 : Un des schémas permettant au décours l'obtention du modèle explicatif



Annexe 7 : Liste de contrôle COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 8 : Extrait du journal de bord

Entretien 8, réalisé auprès d'un patient de 75 ans, atteint d'un cancer de l'œsophage, d'une polyarthrite rhumatoïde et d'une hypertension artérielle. Cet entretien se réalisait près de chez moi, dans un village voisin. Il s'agissait de mon 8^{ème} entretien, je commençais à être à l'aise dans la réalisation de cet exercice et je m'étais rendue compte que la plupart des patients interrogés donnaient de l'importance à la place du médecin généraliste dans leur vie notamment médicale.

Ma directrice de thèse m'avait demandé au tout début de mon exercice de me préparer à des réponses de patients auxquelles initialement je ne me serai pas attendue et bien heureusement.

Ce patient était le premier de mon étude à avoir un avis aussi tranché sur les rôles du médecin généraliste. A vrai dire pour lui le médecin généraliste n'avait que peu d'intérêt. J'étais initialement déboussolée mais je me suis alors rapidement rappelé des conseils de ma directrice de thèse et j'ai profité de cet entretien différent pour en tirer des avantages pour ma thèse.

Cet entretien m'a été très bénéfique, car j'ai pu entrevoir ce qu'un certain nombre de patients pouvaient penser des médecins généralistes. J'ai pu grâce à cet entretien modifier mon guide d'entretien pour rechercher ces idées chez les autres patients.

Annexe 9 : Verbatim

Les verbatims ont été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

Annexe 10 : Extrait du livre de codage

L'intégralité du livre de codage a été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

NVIVO		Thèse Relation...(NVivo R1).nvpx		Accueil		Édition		Importer		Créer		Explorer		Partager		Modules		Connexion		Rechercher	
IMPORTER		Données		Fichiers		Classifications du fichier		Alias		ORGANISER		Encodage		Codes		Cas		Commentaires		Ensembles	
EXPLORER		Requêtes		Visualiser		Cartes		Nom		Fichiers		Références		Créé le							
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Caractéristique de la relation patient médecin en médecine générale <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Appréhender le patient dans sa globalité bio-psycho-sociale <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ecouter n'est pas quelque chose d'inné, cela nécessite un apprentissage <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Il y a des médecins qui savent mieux s'y prendre que d'autres notamment pour parler aux patients <input type="radio"/> Je me demande si vous avez des approches de psychologie dans vos études notamment compte tenu de la différence de relation comp... <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Parallèle réalisé avec les enseignants à qui nous n'apprenons pas la pédagogie <input type="radio"/> Je pense qu'il faut apprendre aux médecins autre choses que de la technique car ils soignent des êtres humains <input type="radio"/> En médecine générale, les médecins que j'ai rencontré m'ont souvent pris en charge de manière globale <input type="radio"/> Etre mieux pris en charge par une approche centrée patient <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A deux reprises, un médecin m'a conseillé de consulter pour parler parce que grâce à une prise en charge globale il avait vu que je n'éta... <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> J'avais besoin de cet avis extérieur qui me conseille d'aller voir un psychologue, seule je ne l'aurais pas fait <input type="radio"/> Au détour d'une conversation favorisée par l'empathie, on peut découvrir des problèmes que le patient n'aurait pas spontanément abor... <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Il me semble essentiel d'être pris en charge dans ma globalité <input type="radio"/> J'ai l'impression d'être mieux suivi quand je suis pris en charge de manière globale <input type="radio"/> Je pense que le fait que le médecin qui nous soigne soit au courant de notre situation familiale, professionnelle, peut lui permettre de fai... <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cette nécessité d'avoir un suivi avec un médecin qui connaisse notre histoire est important, et cela se ressent davantage quand on e... <input type="radio"/> Le fait de connaître ses patients dans leur globalité, le médecin est mieux placé pour dire des choses qu'un autre médecin n'aurait pu di... <input type="radio"/> Le fait que le médecin ait une vision large des problématiques d'un patient améliore sa santé <input type="radio"/> Le fait que le médecin prenne soin de se soucier du patient dans son intégralité, peut lui faire du bien notamment sur le plan psychologi... <input type="radio"/> Par ce mécanisme, j'ai l'impression que le médecin ne prend en charge qu'UN malade <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Le fait que le médecin traitant ait fait attention à des détails de ma vie, il m'a diagnostiqué le diabète <input type="radio"/> Le médecin doit prêter attention aux maladies présentées par le patient pour notamment faire des diagnostics <input type="radio"/> Le médecin traitant me prend en charge de manière globale, ce qui améliore ma santé <input type="radio"/> Mon médecin traitant m'a dépisté mes métastases osseuses, chose que n'avait pas réussi à faire mon rhumatologues certainement par... <input type="radio"/> Permet d'améliorer la prise en charge du patient <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pour soigner son malade non forcément avec des médicaments, il faut qu'il y ait une relation entre le patient et son malade <input type="radio"/> Il est important de pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité parce que certains symptômes peuvent être déclenchés par des... <input type="radio"/> Importance pour les patients qu'on puisse les prendre en charge de manière globale <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nous donnons de l'importance au fait d'être pris en charge de manière globale, ce que ne fait pas notre endocrinologue <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Quand je consulte mon médecin traitant c'est pour un ensemble, pas uniquement la maladie, mais le psychologique associé à cette pat... <input type="radio"/> J'ai le sentiment qu'auparavant un patient pouvait se sentir particulier, le patient pouvait entretenir une complicité avec un médecin, ce qu... <input type="radio"/> J'attends du médecin généraliste qu'il prenne en charge l'ensemble, j'ai souffert de la prise en charge très sectorisée <input type="radio"/> Je pense que le fait de prendre en charge le patient dans sa globalité n'améliore pas la compliance mais le bien être du patient 																					

NVIVO		Thèse Relation...(NVivo R1).nvpx		Accueil		Édition		Importer		Créer		Explorer		Partager		Modules		Connexion		Rechercher	
IMPORTER		Données		Fichiers		Classifications du fichier		Alias		ORGANISER		Encodage		Codes		Cas		Commentaires		Ensembles	
EXPLORER		Requêtes		Visualiser		Cartes		Nom		Fichiers		Références		Créé le							
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Je pense que le fait de prendre en charge le patient dans sa globalité n'améliore pas la compliance mais le bien être du patient <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Je suis attristée par le fait que mon médecin traitant ne discute pas avec moi de mon environnement familial <input type="radio"/> L'approche centrée patient peut être impactée par le manque de relationnel du médecin <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Je constate que mon médecin traitant a des connaissances médicales mais qu'il n'a pas le relationnel que j'attends <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mon médecin ne donne pas d'importance à leur relation avec le patient <input type="radio"/> Mon médecin ne s'intéresse pas à mes pensées, mes angoisses <input type="radio"/> La prise en charge globale peut paraître inutile quand le patient consulte pour un rhume mais on trouve toute l'importance de la prise en c... <input type="radio"/> Le fait d'écouter son patient de sorte d'avoir son mode de vie, ses confessions n'est pas le problème du médecin, c'est plus agréable pour... <input type="radio"/> Le médecin qui m'a annoncé que j'avais un myélome a été très humain, il a pris le temps nécessaire pour que je réalise, pour m'expliquer, p... <input type="radio"/> Le temps comme acteur de la prise en charge globale des patients <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> J'ai conscience que la principale difficulté pour un médecin généraliste est d'avoir du temps <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Je regrette parfois de ne avoir assez de temps en consultation pour parler mais je reconnais que de ce fait j'ai plus facilement rendez vo... <input type="radio"/> La durée de consultation a diminué ces derniers temps, les médecins n'ont plus de temps pour s'attarder sur la vie de leurs patients <input type="radio"/> Le temps de consultation est partagé entre la discussion avec le patient, le partage d'informations avec les confrères ... <input type="radio"/> Le temps permet de prendre en charge les patients dans leur globalité <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Du temps est nécessaire pour qu'un médecin prenne en charge son patient dans sa globalité <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Le fait que le médecin traitant prenne le temps pour prendre en charge son patient, augmente d'une certaine manière la confiance qu... <input type="radio"/> Les patients sont vus à la chaîne dans les cabinets, on perd le sentiment d'individualité <input type="radio"/> Les médecins n'ont plus le temps <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> C'était différent avant, on pouvait rester plus de temps chez le médecin <input type="radio"/> Ce n'est pas pour autant qu'il faut mettre de côté l'empathie <input type="radio"/> De part le manque de temps consacré à ses patients, à cause notamment de la volonté d'avoir une vie en dehors de son métier, les p... <input type="radio"/> Il manque du temps au médecin, car il n'y a pas assez de médecin à cause du numerus clausus <input type="radio"/> Je conçois que les médecins n'aient pas assez de temps à accorder aux patients, ils ont beaucoup d'administratif à réaliser <input type="radio"/> Le médecin n'a pas toujours le temps d'écouter ses patients <input type="radio"/> Le patient peut ressentir la pesanteur du temps et ne pas réussir à se confier <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Notamment à l'hôpital <input type="radio"/> Quand le médecin se rend compte du nombre de patients attendant encore en salle d'attente, il ne peut pas prendre le temps nécess... <input type="radio"/> Même si elles n'ont pas le temps, elles le prennent, on parle d'autre chose, il y a un partage <input type="radio"/> Même si mon médecin traitant n'a pas le temps pour m'écouter, elle le prend, ça me semble essentiel <input type="radio"/> Mon médecin ne prend généralement pas le temps pour me parler mais elle me parle alors qu'elle m'ausculte, je pense qu'elle peut pas... <input type="radio"/> Ne pas réaliser une approche centrée patient par un manque d'intérêt <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Je pense que ça n'intéresse pas les médecins de donner de l'importance au psychologique des patients 																					

AUTEUR : Nom : DOLLE Prénom : Marie Camille

Date de soutenance : Jeudi 24 novembre 2022

Titre de la thèse : Comment la relation patient médecin permet-elle d'influencer la compliance thérapeutique ?

Étude qualitative par théorisation ancrée auprès de patients des Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES Médecine Générale

Mots-clés : Relation patient médecin – compliance thérapeutique - recherche qualitative

Résumé :

Introduction :

Au cours du temps, la relation patient médecin a connu une évolution. Initialement il s'agissait d'une vision paternaliste, selon laquelle le patient suivait les recommandations du médecin. Par la suite, le patient a eu accès à l'informatique, source de connaissances médicales, il pouvait alors mettre en doute les paroles du médecin et ne plus se soumettre à ses conseils. Il est alors devenu nécessaire pour les médecins de s'assurer d'une bonne compliance thérapeutique de la part des patients. Les interactions entre le patient et le médecin sont pour cela essentielles et doivent permettre un échange entre les deux interlocuteurs pour l'obtention d'un compromis.

Objectif de l'étude :

L'objectif de cette étude est de rechercher « comment la relation patient médecin influence la compliance thérapeutique ? »

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude qualitative, inspirée de la méthode de théorisation ancrée. Des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés auprès de patients atteints de maladies chroniques dans les Hauts de France. Le recrutement des patients a été mis en œuvre grâce à un échantillonnage théorique. Le logiciel N Vivo a été utilisé pour l'analyse des données.

Résultats :

Cette étude met en évidence qu'une bonne relation patient médecin renforce la compliance thérapeutique, bien que n'étant pas l'unique facteur agissant sur ce phénomène. Le patient, bénéficiant d'une prise en charge personnalisée est davantage convaincu du traitement proposé par le médecin et est ainsi plus compliant au traitement.

Discussion et conclusion :

En plus du renforcement de la compliance thérapeutique, la relation patient médecin, telle que décrite par les patients de l'étude, procure un certain bien-être pour ces derniers. Néanmoins il semblerait qu'il existe des freins à l'élaboration de cette relation.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs : Madame le Docteur Anita TILLY et Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directrice de thèse : Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD