
La satisfaction du patient en orthopédie-traumatologie

A. VANNINEUSE

Service d'Orthopédie Traumatologie
C.H. Chauny

Correspondance :

A.Vannineuse
alchir@wanadoo.fr
+33 (0)608643690
+33 (0)323524222 (privé)
+33 (0)323385562 (secr)
+33 (0)323385500 (hop)
25 rue B. Lefèvre
F 02670 FOLEMBRAY
France

Résumé

Bien qu'elle soit présente dans les textes réglementaires, la satisfaction du patient est un élément qui reste encore trop négligé par les praticiens. Son contenu qui se dessine dans l'analyse sémantique et psychanalytique, doit être défini pour être mieux abordé par chacun d'entre nous. Une revue de dossiers d'arthrodèse du médio-pied, montre que la corrélation avec les données de la clinique est inconsistante. Les facteurs psychologiques sont des agents modificateurs. Une enquête auprès des patients permet d'en fixer les préoccupations. Dans la littérature en orthopédie-traumatologie, le motif de satisfaction n'est pas pris en compte par le chirurgien qui s'attache au résultat fonctionnel et radiologique, selon des critères qui ne sont pas ceux de l'opéré. L'analyse de dossiers contentieux aborde chez le patient devenu victime, le mécanisme de la non-satisfaction, élément moteur de l'action en responsabilité. Au total, il apparaît que la satisfaction du patient repose sur la relation de confiance, sur un sentiment de compétence, sur des attentes, qui tous, se nourrissent à la même source de l'information donnée.

Mots clés : Satisfaction du patient / orthopédie / traumatologie

Pour le praticien, la satisfaction repose sur l'évaluation de critères cliniques et radiologiques. Dans sa relation avec le chirurgien en orthopédie-traumatologie, la satisfaction est pour le patient, le seul critère réel, mais subjectif qui conditionne l'appréciation du résultat thérapeutique et par là, le risque de l'éventuelle action en responsabilité. Le but de ce travail est d'établir la corrélation entre cette satisfaction du patient et le résultat clinique ?

Analyse du concept de satisfaction - définition du problème

a.- L'analyse sémantique du verbe 'Satisfaire', selon qu'il soit transitif direct ou indirect, offre des significations multiples mais voisines qui font apparaître les notions de désir, de besoin, d'attente, d'obligation, avec des nuances psychologiques qui font percevoir le contenu complexe du concept 'satisfaction'.

b.- D'un point de vue psychologique, la perception de la satisfaction par le patient et sa famille, se révèle mieux dans sa négation, à travers une distinction difficile entre privation et frustration qui se situe au niveau de l'imagi-

Abstract

Patient's satisfaction in orthopaedic and trauma practice

Although discussed in the regulation texts, patient satisfaction is too often ignored by practitioners. Its nature, which is outlined in semantic and psychoanalytic analyses, needs to be defined so that each of us can better deal with it.

A review of case-histories of midfoot arthrodesis shows that the correlation between clinical data and patient satisfaction is not constant. The modifying factors are psychological ones. Inquiry among patients allows us to find out what their worries are. In the literature of orthopaedic traumatology, patient satisfaction isn't taken into account by the surgeon, who is concerned with the functional and radiological results and whose criteria aren't the same as those of the patient. In sum, it appears that a patient's satisfaction rests upon his confidence and expectations, as well as a sense of the surgeon's competence, – all of which are nourished by the information supplied to the patient.

Key-words : patient's satisfaction / orthopaedic surgery / traumatology

naire : la privation est un manquement à ce qui doit être tandis que la frustration résulte du travail de l'imagination sur cette privation. La perception d'un manquement et sa frustration conséquente, reposent sur l'adéquation qui existe entre l'attente du patient et le résultat du praticien.

c.- Définition du problème

La notion de satisfaction est omniprésente dans notre pratique. Sa nécessité et son évaluation sont inscrites dans les textes réglementaires du Code de la Santé Publique (Art. L1112-2)

et participent au processus d'accréditation (art. L. 6113-3 et L. 6113-4)

Au niveau individuel, il s'établit une relation entre le soigné et le soignant, contrat tacite qui s'appuie sur l'arrêt 'MERCIER' (Cass. 20/05/1936), grâce auquel, le pouvoir judiciaire a pu établir ce qui a régi très longtemps les rapports juridiques entre médecins et malades. L'article 32 du code de déontologie médicale établit à

mon sens, un contrat juste et adapté qui peut s'appuyer sur l'article 1135 du Code Civil dont les dispositions n'ont aucun caractère de spécificité à l'activité médicale.

L'actuelle 'Charte du patient hospitalisé' lui a conféré un nombre impressionnant de droits, et je serais tenter d'affirmer que l'on se trouve devant un contrat léonin tant ses droits sont exorbitants en regard des devoirs des professionnels. De plus, l'incitation à plainte est contenue dans le Code de Santé Publique et le paragraphe 10 de cette Charte.

Revue de dossiers opératoires

La satisfaction du patient après arthrodèse du couple de torsion du pied a été examinée afin de la mettre en corrélation avec les données de la clinique.

1.- Matériel et méthode

De 1990 à 2000, les dossiers d'arthrodèse exclusives de l'articulation de Chopart ayant un recul d'au moins un an, ont été analysés au CHU de Reims par un examinateur indépendant. 19 patients ont pu être revus. 6 ont été perdus de vue ou n'ont pas répondu à la convocation. L'évaluation fut faite suivant la grille d'analyse de l'AOFAS. La satisfaction fut évaluée selon une échelle d'une part, numérique de 1 à 10 et d'autre part, verbale, cotée de 1 à 4. L'ensemble fut mis en corrélation avec la perception par le patient, du handicap dû à l'intervention sur le pied.

2.- Résultats

Le tableau 1 donne, par patient, les résultats du score clinique, de la satisfaction selon les deux échelles et le handicap. Tous les résultats ont été ramenés sur 10.

3.- Discussion

Si l'on ramène tous les chiffres à 10, les scores moyens se situent au environ de 6/10. L'évaluation clinique et satisfaction sur 10 ont une bonne concordance : la manière d'aborder la satisfaction et son expression par le patient, n'est peut-être pas anodine. Une grille visuelle détachée de tout aspect sémantique serait moins sujette à interprétation car l'évaluation se fait sur une échelle, baromètre peut-être plus indépendant des contingences psychologiques. Par contre, la relation handicap/satisfaction exprimée en 4 points, montre une assez bonne convergence de même que la relation entre le handicap et le score clinique. Cinq dossiers montrent une divergence importante où un facteur culturel et des facteurs collatéraux (polypathologie) pourraient être invoqués.

4.- Conclusion

L'établissement d'une échelle pertinente de satisfaction n'est pas chose aisée, car la corrélation avec le résultat clinique est imparfaite. Cette analyse montre que l'on peut avoir des résultats objectifs qui ne sont pas bons associés, à un niveau de satisfaction acceptable (doss 3 et 17). Ce fait se rencontre chez des patients âgés de plus de 60 ans chez qui il n'est pas rare de voir des gens élevés dans un plus grand respect du médecin et de son travail et avec la notion qu'il est bon de ne pas se plaindre. Il s'agit là d'un facteur culturel. Les mauvaises appréciations qui contrastent avec un résultat clinique plutôt moyen, sont liées à des causes collatérales qui expliquent le comportement. La satisfaction du patient est plurifactorielle. L'information loyale préalable à l'intervention doit permettre au patient d'affiner ses attentes face à un geste chirurgical, et les réserves qu'il faut émettre.

Incidence des facteurs psychologiques

L'influence du profil psychologique sur le résultat d'une intervention est difficile à obtenir en orthopédie-traumatologie. Cette évaluation est rarement faite sauf en chirurgie plastique et reconstructive.

1.- Matériel et Méthode

42 dossiers de rhinoplasties du département de chirurgie plastique de l'Université de Bruxelles ont été revus. L'évaluation a été faite par une seule psychologue. Les patients ont été réévalués à un an au moins.

2.- Résultats

Sur 32 patients satisfaits, 22 avaient un statut psychologique normal pour 10 perturbés, tandis que sur 5 non satisfaits, un seul avait un profil normal. L'analyse statistique ne montre pas une différence significative.

3.- Discussion

Bien que l'analyse statistique ne permette pas de conclure à une différence significative, il se dégage une impression d'un plus grand nombre d'insatisfaits chez les patients perturbés. L'analyse détaillée de quelques dossiers montre que la part de l'imaginaire, des dépressions et des troubles psychologiques mal dépistés sont des causes d'échecs mais aussi que des névroses trouvent leur origine dans la pathologie à opérer et bénéficient d'un traitement réussi.

4.- Conclusion

Il faut déterminer ce que le patient cherche et pourquoi, pour mieux assurer un résultat qui lui apporte la satisfaction mais, il est clair que la perception de ses attentes s'avère difficile, même en s'entourant d'un maximum de précautions. L'exemple de la chirurgie esthétique y montre la part de l'imaginaire.

Tableau 1

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| aofas | 7,5 | 9,4 | 3 | 4,6 | 7,6 | 6,1 | 2,7 | 7,6 | 7,1 | 6,1 | 8,5 | 5,3 | 5,7 | 3,4 | 4,8 | 3 | 4,5 | 7,9 | 7,5 | 5,91 |
| satis/10 | 8,5 | 10 | 7 | 6,5 | 10 | 4 | 1 | 8 | 8 | 1 | 6 | 5 | 5 | 3 | 1 | 1 | 10 | 8 | 10 | 5,95 |
| satis/4 | 10 | 10 | 7,5 | 7,5 | 10 | 5 | 2,5 | 10 | 5 | 2,5 | 7,5 | 5 | 7,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 7,5 | 7,5 | 10 | 6,05 |
| handic | 7,5 | 10 | 7,5 | 7,5 | 5 | 2,5 | 2,5 | 10 | 7,5 | 2,5 | 7,5 | 5 | 7,5 | 2,5 | 7,5 | 2,5 | 2,5 | 7,5 | 10 | 6,05 |

Une enquête de satisfaction auprès des patients

Quel est le contenu de la satisfaction du patient opéré ? Voilà le problème auquel l'enquête va tenter de répondre en s'adressant à des opérés pour s'attacher aux résultats de leur opération et à leurs critères de décision.

1.-Matériel et méthode

Du 1er au 30 avril 2002, tous les patients se présentant à la consultation de chirurgie orthopédique et traumatologique d'un chirurgien, ont reçu un questionnaire anonyme. Le critère d'inclusion fut d'avoir bénéficié d'une intervention sanglante, orthopédique ou traumatologique, par ce chirurgien. Celle-ci doit être la dernière en date. La satisfaction du patient étant plurifactorielle, plusieurs facteurs annexes ont été testés : la douleur, le confort, la salle d'opération, le personnel, l'anesthésie.

2.- Résultat

25 questionnaires furent ainsi colligés. Un questionnaire a été éliminé car excessivement fragmentaire. Le tableau 2 donne les réponses à la question « êtes vous satisfait ? » (col.1=oui ; col.2 = non ; col.3 = ne se prononce pas ; col.4 = total)

| Etes vous satisfait ? | | | |
|---|----|---|------|
| du résultat ? | 22 | 1 | 1 24 |
| de l'hôpital ? | 24 | | 24 |
| du chirurgien ? | 24 | | 24 |
| Le chirurgien a bien expliqué ... | 24 | | 24 |
| Le chirurgien a bien écouté | 24 | | 24 |
| de votre séjour ? | 23 | 1 | 24 |
| du traitement de la douleur ? | 22 | 1 | 1 24 |
| de l'équipe soignante dans le service ? | 22 | 1 | 1 24 |
| de votre chambre ? | 14 | 9 | 1 24 |
| de la nourriture ? | 17 | 7 | 24 |
| de la salle d'opération ? | 23 | 1 | 24 |
| de l'anesthésie ? | 24 | | 24 |
| choisiriez-vous encore le même chirurgien ? | 24 | | 24 |
| choisiriez-vous encore le même hôpital ? | 23 | 1 | 24 |
| referiez-vous la même opération ? | 20 | 3 | 1 24 |

Tableau 2

Le tableau suivant donne dans l'ordre de préférence (de 1 à 6), les critères pour décider une opération, obtenu par la somme du score (1 = très favorable, 6 = très défavorable) :

| Critères de décision | |
|-------------------------------------|-----|
| l'hôpital | 74 |
| l'avis du médecin de famille | 75 |
| la proximité du domicile | 95 |
| l'avis de la famille et des proches | 114 |
| ce que vous avez entendu dire | 116 |

Tableau 3

puis les critères de satisfaction après une opération :

| Critères de décision | |
|--|-----|
| le chirurgien m'écoute et me parle | 32 |
| l'opération est conforme à mes attentes | 59 |
| le traitement de la douleur | 70 |
| les soins ont été de bonne qualité | 78 |
| j'ai été bien reçu à l'hôpital | 79 |
| le séjour a été confortable (repas, chambre) | 105 |

Tableau 3. Critères de satisfaction post-opératoire

Les résultats des questions ouvertes font apparaître certains items qui sont livrés de manière littérale :

- Quelle est la qualité de votre chirurgien que vous appréciez le plus ? :

patience, parler, gentillesse, diplomatie, 'sympa', conseil, mise en confiance, sérieux, franchise, efficacité, disponibilité, précis, à l'écoute, sincérité,

- Quel est le point qu'il doit absolument améliorer ? :

La chambre,

- Quelle doit être la principale qualité d'un chirurgien ? :

honnêteté, compétence, écoute, ouvert, efficace, travail soigné, explicatif, franchise, bon, disponibilité, agréable, bien connaître son travail,

3.- Discussion

L'enquête réalisée présente un biais méthodologique : les non répondants cachent fréquemment des mauvais résultats. Ici, les non répondants sont les non-consultants qui n'ont pas été testés.

Le fait marquant est que le chirurgien reste la clé de voûte du sentiment de satisfaction du patient et de ses critères de choix, mais plus que le résultat de l'opération, c'est bien la manière dont l'information est donnée, qui prime : Le patient attend que lui soit donnée une information pertinente et honnête.

4. Conclusion

Le sentiment de compétence et l'information donnée sont assurément les points les plus importants de la relation patient/chirurgien. Ils constituent le ciment de confiance de cette relation. L'information est une démarche personnelle du praticien et il appartient à chacun d'en faire sa propre évaluation, honnêtement et en conscience. Cet impératif d'information est une nécessité tant ordinale que médico-légale, il faut s'en souvenir. La compétence, mais surtout la manière dont elle s'applique sur le terrain peut faire l'objet d'un audit interne. Le National Health Service britannique a bien montré l'intérêt de ces audits et de la 'publicité' des résultats sur la patientèle et la confiance conséquente qui en résultait.

La satisfaction du patient dans la littérature médicale orthopédique

La chirurgie orthopédique et traumatologique est fonctionnelle : non vitale, elle restaure la fonction et restitue du confort pour le patient. L'évaluation des résultats ne peut se faire que par rapport à la fonction, à la douleur, et à la satisfaction du patient qui, in fine, reste le critère le

plus important en terme de résultat. En effet, à quoi sert une radiographie parfaite, une fonction restaurée pour le chirurgien, si au total, le patient n'en est pas satisfait. La satisfaction du patient perçue par le praticien, peut être approchée par l'étude de sa mention dans la littérature scientifique.

1.- Matériel et méthode

L'année 1995 d'une revue a été analysée. Tous les articles ont été lus attentivement et ceux portant sur l'évaluation clinique de résultats thérapeutiques ont été retenus. 40 articles ont été retenus et les critères recherchés ont été : le nombre de patients, les perdus de vues, décès, exclus avec les critères d'exclusion, le recul moyen et la mention des extrêmes, l'échelle d'évaluation des résultats et la mention explicite de la satisfaction du patient.

2.- Résultats

La mention des perdus de vues, décès, exclus n'existe pas dans 18 articles et n'est que partielle dans un, clairement mentionnée chez 14 auteurs et présumée inexistantes chez 7. Le recul moyen et les extrêmes éventuels sont présents 24 fois, partiels dans 8 autres cas, imprécis dans un et absents chez 8. L'échelle de référence n'est mentionnée que 16 fois, détaillée 3 fois, avec 14/40 mentions bibliographiques. La satisfaction du patient n'est indiquée que 4 fois contre 36.

3.- Discussion

Sur les 40 articles analysés, seulement 11 présentent tous éléments qui permettent de se faire une idée raisonnable de la valeur d'une technique, à savoir la mention explicite des perdus de vue, le recul moyen avec un minimum qui dépasse 12 mois, la mention d'une échelle de référence. Dans certains cas, ces échelles permettent d'appréhender la satisfaction du patient à travers des items comme la capacité de marche, l'abandon des activités sportives, le reclassement professionnel, la perte d'autonomie, La satisfaction du patient n'est analysée que quatre fois. Certains articles ont un recul insignifiant, à moins de 3 mois. Un autre mentionne dans sa rubrique 'matériel et méthode', un recul moyen avec des extrêmes supérieurs à ceux retrouvés de la casuistique. Il est dommage que les membres du comité de lecture ne se soient attachés qu'au contenu technique et clinique au demeurant souvent bon et bien écrit, et ont ainsi négligé des éléments qui assurent la fiabilité scientifique de la revue.

4.- Conclusion

La satisfaction du patient qui est le seul témoin de la réussite réelle et perceptible, est négligée par les orthopédistes. Bien sûr, cette satisfaction contient des éléments subjectifs, parfois incontrôlables, et qui n'ont pas toujours des relations directes avec le geste opératoire. Mais qu'importe à l'opéré un score fonctionnel intéressant, une imagerie parfaite, si in fine, il reste insatisfait, ne comprenant en rien notre recherche de perfection technique. On ne peut pourtant négliger ce point dans une chirurgie essentiellement fonctionnelle, car c'est elle qui fait aussi notre réputation. La non-satisfaction

du patient malgré un geste qui semble satisfaisante, demande une autre analyse sur les éléments collatéraux à l'acte.

Autre constatation plus grave : les informations que nous avons la charge de transmettre pour améliorer la formation continue de tous et l'instruction des jeunes chirurgiens, semblent trop souvent défailtantes. La qualité de cette transmission engage notre responsabilité, morale pour l'instant....

Analyse de dossiers contentieux

L'analyse d'une série de dossiers à l'origine d'un contentieux, est un élément intéressant pour essayer de comprendre le mécanisme de la non-satisfaction du patient devenu victime.

1.- Matériel et méthode

J'ai revu mes dossiers personnels qui ont fait l'objet d'un contentieux en plus de 20 ans d'activité, car dans ces cas, tous les éléments constitutifs du litige sont bien connus.

a) Dossier 1 : homme (45 ans), déchirure du ménisque. Ménisectomie par arthrotomie. Suite simple, reprise de déambulation et sortie à J5. A trois semaines PO, chute à domicile dans les escaliers. Déhiscence de l'arthrotomie, toiletteage, fermeture sur drainage-lavage. Séquelles fonctionnelles sévères. avait été revu par un collègue : incitation à plainte. Non lieu après expertise judiciaire.

b) Dossier 2 : homme (55 ans), adénite abcédée inguinale. Mise à plat et drainage en urgence. Suite simple mais névrome d'une branche sensitive du nerf crural. Réintervention sans résultat. Consultation de la douleur puis perdu de vue. Demande d'indemnisation à l'hôpital à l'instigation du service contentieux de la Sécurité Sociale. Expertise amiable : pas de faute ni défaut d'information, pas lieu d'indemniser.

c) Dossier 3 : femme (67 ans) arthrose sévère tri-compartmentale, prothèse totale du genou faite sous anesthésie rachidienne non souhaitée par la patiente. Résultats fonctionnels satisfaisants, mais anesthésie en selle et troubles de la continence sphinctérienne plusieurs mois après le geste chirurgical. Plainte à la commission de conciliation. Sans suite.

d) Dossier 4 : femme (67 ans), chute avec fracture comminutive très déplacée de l'épaule droite. Prothèse d'épaule et ostéosynthèse de la coiffe des rotateurs. Suites inhabituellement douloureuses, ptôse de la tête humérale normalement régressive, inquiétude du kinésithérapeute. Réopérée dans une clinique, infection nosocomiale, ablation de la prothèse au CHU. Saisine de la commission de conciliation pour résultat insatisfaisant et infection nosocomiale. Finalement plainte et expertise contre le praticien de la clinique.

e) Dossier 5 : femme (65 ans) remplacement d'une prothèse totale du genou dans une clinique, infection précoce traitée médicalement. Transfert après 4 mois. Ostéoarthrite fistulisée reprise en 3 temps (6 semaines) : dépose de la prothèse et débridement large, arthrotomie de révision puis reprise par une prothèse totale de re-

construction suivie de rééducation intensive sous antibiothérapie prolongée. Plainte de la Sécu pour infection nosocomiale; Expertise : pas de séquelle indemnifiable lié à la dernière arthroplastie, responsabilité de la clinique.

2.- Discussion

Voici cinq dossiers de contentieux où une non-satisfaction du patient se fait jour à l'encontre du chirurgien traitant. Dans tous les cas, on trouve un professionnel de santé à l'origine du problème, qui le plus souvent n'aurait pas dû conduire à ces extrémités : défaut de communication, inquiétude, malveillance, transfert de responsabilité en sont les moteurs. Le phénomène n'est pas spécifique à l'exercice de la chirurgie orthopédique et traumatologique, puisque lorsque je pratiquais la chirurgie polyvalente, j'ai été confronté à des problèmes identiques :

Dossier 6 : homme (32 ans), hernie hiatale et reflux gastro-oesophagien sévère bien documenté, addiction alcoolique. Plastique anti-reflux selon Dor et splénectomie d'hémostase. Contrôle radiographique parfait à 6 semaines PO. Dépôt de plainte pénale (coups et blessures involontaires) pour résultat jugé insatisfaisant et splénectomie. Le patient avait été revu par le collègue mentionné au dossier 1, pour épigastralgies persistantes, incitation à plainte. Non lieu après expertise et instruction.

Dossier 7 : femme (28 ans) transférée du service de Médecine pour un syndrome abdominal douloureux très algique qui évoluant depuis quelques jours auparavant, occlusion digestive ? Abdomen douloureux, sans rebond, péristaltisme sans émission de gaz. Antécédents de lithiase et d'appendicectomie avec geste annexiel. RX : petite lithiase urétérale ou phlébolithe, petite anse sentinelle pelvienne. Symptomatologie bâtarde, mise en observation sous aspiration digestive. Transfert contre avis vers une clinique. Coelioscopie en urgence : bride pelvienne mais brèche intestinale iatrogène, laparotomie, suture intestinale. plainte a été déposée auprès du conseil de l'Ordre : Le chirurgien aurait déclaré avoir sauvé la patiente in extremis. Il a été entendu en conseil de discipline du Conseil de l'Ordre.

3.- Conclusion

Le rôle des professionnels de santé est majeur dans la genèse de l'action en responsabilité. Par leur statut, ils sont susceptibles de détruire ou perturber fortement la relation de confiance entre le patient et son chirurgien et de créer un climat de suspicion devant une éventuelle complication qui ne serait sinon qu'un aléa acceptable.

Conclusions générales

La satisfaction du patient repose sur une alchimie subtile qui peut conduire à la sublimation du chirurgien ou à sa destruction. La relation de confiance en est la pierre angulaire. La compétence ou du moins, la croyance en celle-ci est le point clé. Dans cette relation de confiance, interviennent des collatéraux : les collègues et confrères, les paramédicaux et autres soignants, les ambulanciers, les assureurs,... de manière parfois perverse et ravageuse. La meilleure arme contre toutes ces perversités plus ou moins volontaires, est l'information claire, complète, précise, compréhensible et honnête surtout. Le mensonge est fatal car s'il est perçu, le lien de confiance est perdu : le patient et sa famille ne sauront plus jamais quand la vérité est dite.

La satisfaction et la frustration sont construites sur les attentes du patient : l'information doit les conduire à une attente raisonnable. Les conditions de la victimisation sont contenues dans le comportement du chirurgien qui peut générer un sentiment de double injustice, devant le dommage et devant une attitude vécue comme criminelle. La charge psychologique peut aboutir à une névrose obsessionnelle.

Mais les conditions légales et juridiques sont-elles complètement propices à l'établissement d'une relation sincère. La nouvelle loi dite de modernisation sociale a peut-être créé des facteurs de risque : la possibilité d'un accès plus facile au dossier qui a été donnée au patient, peut induire d'autres éléments pervers qui s'ajoutent aux droits énormes dont il est détenteur.

Le point clé dont le praticien doit être conscient, est que la satisfaction s'alimente d'une relation de confiance dont tout médecin doit rester digne vis-à-vis de son patient mais aussi des autres confrères et professionnels de santé. L'atteinte portée à l'image rejaille toujours sur tous et contribue peut-être à faire de nous des « prestataires de santé ».