

2022
-
2023

UCL

**Université
catholique
de Louvain**

Quels sont les critères définissant un « bon » médecin généraliste selon les patients belges francophones ?

MASTER COMPLÉMENTAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE
UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Dr CHOLEWA Joanna
Promotrice: Dr GIRARD Aurore

Table des matières

1. Remerciements	2
2. Abstract	3
3. Introduction	4
3.1. Motivation personnelle	4
3.2. Historique	5
3.3 Contexte actuel	6
4. Méthodologie	6
4.1. Recherches bibliographiques	6
4.2 Rédaction de la question de recherche et choix méthodologique	8
4.3 Création du questionnaire	9
4.4 Design global de l'étude	11
4.5 Échantillonnage et recrutement	12
4.6 Analyses des données	12
4.7 Approbation du comité d'éthique	13
5. Résultats	13
5.1 Description de l'échantillon	13
5.2 Description des caractéristiques du médecin	14
5.3 Classement des items	19
5.4 Recherche de liens de corrélation entre les caractéristiques des patients et celles recherchées chez le médecin	21
6. Discussion	22
7. Forces et faiblesses	25
8. Conclusions	26
9. Bibliographie	28

1. REMERCIEMENTS

À toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire, sans elles rien n'aurait pu être produit ;

À Aurore, qui a été ma maitre de stage pendant dix-huit mois et ma promotrice, qui m'a soutenue et toujours tirée vers le haut ;

À ma famille, qui m'a supportée durant mes coups de mou, qui a toujours montré un intérêt sincère et une fierté pour ce que j'entreprenais et qui n'a jamais cessé de m'encourager ;

À mes amies, qui ont été là pour écouter mes râleries et pour relire ce travail afin de m'apporter des perspectives nouvelles.

2. ABSTRACT

Contexte

Depuis le début des années 2000, on note l'émergence des soins centrés sur les patients. Leur perspective importe et devient même un indicateur de la qualité des soins. Cela marque le changement de paradigme de la relation patient-médecin. Progressivement, des études européennes mettent en évidence des critères de sélection des médecins généralistes (MG) par les patients.

Objectifs

Cette étude quantitative vise à quantifier et classer les attributs d'un « bon » MG aux yeux des patients belges francophones. Elle tend également à évaluer si leur choix est influencé par leurs caractéristiques propres (socio-culturelle, environnementale,...).

Méthode

Les données de cette étude ont été collectées par un questionnaire à destination des patients distribué auprès de différents prestataires des soins de santé de première ligne. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

Discussion

Dans ma revue de la littérature internationale, j'ai relevé certaines caractéristiques communes. Cependant, il existe une grande variabilité dans le niveau d'importance associé à ces attributs entre les différents pays étudiés. Il est intéressant de souligner les spécificités de notre pays qui bénéficie d'un riche brassage culturel. Par ailleurs, la temporalité a aussi son sens. Des critères mis en avant il y a dix ans, sont peut-être moins essentiels aujourd'hui. De plus, le COVID-19 a peut-être aussi eu un impact sur l'importance que chacun accorde à certains attributs.

Conclusions et perspectives

L'objectif global de ce travail est d'informer le praticien des critères de qualité perçus par ses patients, de mettre en évidence les différents aspects « modifiables » de sa pratique et de relativiser certaines attentes des patients.

Mots-clés : Préférences des patients ; choix de praticien ; médecine générale.

3. INTRODUCTION

3.1. *Motivation personnelle*

Serai-je une bonne médecin ? C'est un questionnement qui m'a accompagnée tout le long de mon cursus universitaire. Il me semble que l'on aspire tous à l'être et que l'on y songe tous régulièrement, du moins au départ.

Au stade d'étudiant, nos notes d'examens nous permettent de nous orienter afin de voir si l'on est parmi les « bons étudiants ». Ne soyons toutefois pas dupes, une excellente note dans une matière donnée ne fera pas forcément de nous un excellent médecin. Cela implique beaucoup plus. Mais quoi donc ? Avec les années, nous avons eu accès aux stages. Je me suis rapidement rendu compte qu'être un bon étudiant n'était pas synonyme d'être un bon médecin. En effet, d'autres compétences sont requises. Suivant les contextes cliniques, des traits de personnalités spécifiques étaient valorisés par les évaluateurs. Or, ils ne sont pas tous innés ou adoptables. Par ailleurs, j'ai réalisé que notre pratique de la médecine était soumise à des facteurs extrinsèques très puissants qui avaient la capacité de la modeler en fonction du cadre dans lequel nous nous trouvions. À ce stade, je pensais ainsi avoir une idée de ce que signifiait ce concept de « bon médecin », certes il ne s'agissait que d'une esquisse encore grossière dans le détail mais nette dans son aspect global.

Arrivée au terme de mon parcours académique, j'étais donc persuadée que ce questionnement était derrière moi. J'ai bien évidemment eu tort. Lancée dans ma première année d'assistantat, cette question s'est quelque peu transformée et m'a malgré tout suivie – « Suis-je une bonne médecin ? ». Probable syndrome de l'imposteur lié à mon manque d'expérience et de confiance en moi, me disais-je. Ce n'est que progressivement que je me suis rendu compte qu'il ne s'agissait pas que de cela. Je voulais que les patients que j'avais en face de moi soient contents, satisfaits de leurs soins, et de moi. Pourquoi ? Par manque de confiance en soi ou de sentiment de légitimité, sans doute. Cette interrogation traduisait pourtant autre chose : une pression sociétale nous poussant à être parfait en continu et le meilleur dans tout ce que l'on entreprend, un sentiment d'inconfort voire d'inquiétude face à l'augmentation de l'influence des réseaux sociaux qui poussent à la comparaison et donnent accès à une nouvelle forme d'information médicale. En effet, pour la première fois de ma vie, mes évaluateurs seraient différents de ceux connus mais surtout identifiés à l'université.

Sur le plan purement clinique et méthodologique, il est assez aisé de se rendre compte si nous sommes « bons » ou « mauvais ». L'approche médicale est soumise à des guidelines et à des

recommandations qui nous indiquent si nous sommes sur le bon chemin et dans ce que l'on appelle « la bonne pratique ». On peut donc facilement se rassurer sur ce versant-ci.

Toutefois, un patient n'est pas l'autre. Nous avons tous des personnalités différentes, qui collent plus facilement avec certaines que d'autres. En effet, j'ai constaté que la perception d'une même prise en charge pouvait être variable d'un patient à l'autre. Certains en seront satisfaits, d'autres déçus iront même peut-être jusqu'à dire que nous ne sommes pas compétents. Par conséquent, on peut être extrêmement fidèle aux recommandations et malgré tout se faire cataloguer de « mauvais » aux yeux de certains.

J'ai fini par me demander quelle était la signification du concept de « bon médecin » aux yeux des patients. Il ne se limite indéniablement pas seulement au suivi scrupuleux des recommandations méthodologiques de bonne pratique. Alors comment les patients perçoivent-ils une bonne pratique de médecine générale ?

3.2. Historique

Depuis le début des années 2000, on note l'émergence de l'idée selon laquelle le patient doit occuper une place plus centrale dans l'évaluation de la qualité des soins. Sa perspective importe et devient même un indicateur de cette qualité. (1) Naissent alors des concepts comme le « patient-centered care » ou les « patient reported outcomes ». Ces soins centrés sur le patient sont définis comme « *des soins respectueux et attentifs aux préférences, besoins et valeurs du patient, et qui veillent à ce que celles-ci guident la prise de décision clinique* ». (2) Ces concepts marquent le changement de paradigme de la relation médecin-patient. Le médecin n'est plus seul décisionnaire mais laisse une place à la perception du patient. On constate donc non seulement un changement de dynamique mais aussi de mentalité au sein des populations. Les patients recherchent de plus en plus des soins personnalisés, ils vont même parfois jusqu'à les exiger comme une obligation du soignant.

L'Oxford English Dictionary définit le consumérisme comme « *Advocacy of the rights and interests of consumers* », un plaidoyer pour les droits et intérêts des consommateurs. Il est clair que la limite entre ces deux concepts est assez ténue voire floue, et ce surtout dans notre société actuelle. En émerge un équilibre très fragile entre les droits et les devoirs de tout un chacun.

3.3 Contexte actuel

De cet engouement voient le jour différentes études européennes mettant en exergue des critères de sélection de médecin généraliste. Des marqueurs de satisfaction commencent également à être étudiés et répertoriés. On remarque une grande disparité et variabilité des résultats entre les différentes populations étudiées. En effet, l'accès au médecin généraliste est fort variable d'un pays à l'autre, menant de ce fait potentiellement à plus de critères quand on a le "luxe" du choix.

La Belgique est un pays qui jouit d'une richesse culturelle et d'un fonctionnement au niveau du système des soins de santé particulier. Le patient est complètement libre et a le droit de voir le praticien de son choix. Il est de ce fait intéressant de faire ressortir les facteurs spécifiques à notre pays.

Par ailleurs, la temporalité a également son sens. En effet, des critères mis en évidence il y a dix ans, sont peut-être moins essentiels actuellement. Notons également que la crise sanitaire que nous venons de vivre ces dernières années a également pu avoir un impact sur le poids que nous accordons à certains de nos critères.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques se sont déroulées en plusieurs étapes. Dans un premier temps, il y a eu une phase exploratoire qui m'a permis de me plonger dans le contexte du thème étudié. Celle-ci a eu lieu le 07 février 2022 et s'est concentrée sur *Google Scholar*.

<i>Chronologie des recherches</i>
Recherche exploratoire 07 février 2022
Première réelle recherche 14 février 2022
Deuxième réelle recherche 28 mars 2022

Après m'être brièvement informée sur le sujet, des recherches plus poussées ont été entreprises. Elles ont commencé dans la base de données *Embase* qui offre un large éventail d'articles. C'est l'une des bases de données les plus complètes incluant notamment des articles propres à *Pubmed*. Le thesaurus utilisé est *Emtree*. Un filtre d'année comprenant uniquement

les articles entre 2012-2022 a été appliqué. Les recherches des mots-clés se sont faites uniquement dans le titre ou l'abstract. Par ailleurs, seuls les articles disponibles dans leur intégralité ont été sélectionnés.

<i>Équation de recherche dans Embase</i>	
<p><i>('good clinical practice'/exp OR 'good practice' OR 'best practice' OR 'good doctor' OR 'quality of care'/exp OR 'quality of care' OR 'health care quality'/exp OR 'health care quality') AND ('general medicine' OR 'family medicine' OR 'family medicine'/exp OR 'general practitioner'/exp OR 'gp (general practitioner)' OR 'family doctor' OR 'family physician' OR 'general practice' OR 'general practice'/exp) AND ('patient preference'/exp OR 'patient preference' OR 'patient perspective'/exp OR 'patient perspective' OR 'patient satisfaction'/exp OR 'patient satisfaction' OR 'patient'/exp OR 'patient perception'/exp OR 'patient perception')</i></p>	

Cela a mis en évidence 575 résultats. Après avoir sélectionné les articles en français, anglais ou polonais et après avoir lu les titres voire les abstracts, 19 articles ont été retenus.

La seconde recherche a été effectuée dans la base de données *Pubmed*. Elle s'est également déroulée en deux temps avec une première recherche faite le 14 février 2022 et une seconde le 28 mars 2022.

<i>Équation de recherche dans Pubmed</i>	
#1	<p><i>((good practice[Title/Abstract]) OR (good doctor[Title/Abstract]) OR (Quality Indicators, Health Care[Mesh]) OR (quality of care[Title/Abstract]) OR (Quality of Health Care[Mesh])) AND ((general medicine[Title/Abstract]) OR (Family Practice[Mesh]) OR (General Practitioners[Mesh]) OR (Family doctor[Title/Abstract]) OR (Physicians, Family[Mesh]) OR (General Practice[Mesh])) AND ((Patient Preference[Mesh]) OR (Patients[Mesh]) OR (Patient perception[Title/Abstract]) OR (Patient Reported Outcome Measures[Mesh])))</i></p>
#2	<p><i>((good practice[Title/Abstract]) OR (Practice Guidelines as Topic[Mesh]) OR (good doctor[Title/Abstract]) OR (Quality Indicators, Health Care[Mesh]) OR (quality of care[Title/Abstract]) OR (Quality of Health Care[Mesh])) AND ((general medicine[Title/Abstract]) OR (Family Practice[Mesh]) OR (General Practitioners[Mesh]) OR (Family doctor[Title/Abstract]) OR (Physicians, Family[Mesh]) OR (General Practice[Mesh])) AND ((Patient Preference[Mesh]) OR (Patient perspective[Title/Abstract]) OR (Patient Satisfaction[Mesh]) OR (Patients[Mesh]) OR (Patient perception[Title/Abstract]) OR (Patient Reported Outcome Measures[Mesh]) OR (Patient Outcome Assessment[Mesh])))</i></p>

La première recherche a mené à une pléthore de résultats, 1081 articles ont été mis en évidence. À l'issue de la seconde équation et après avoir appliqué un filtre d'années 2017-2022,

531 articles sont ressortis pertinents. Ce dernier filtre était différent de celui appliqué dans la base de recherche *Embase*. Après avoir ciblé des informations plus générales dans la première étape, je souhaitais via cette nouvelle recherche me concentrer sur des articles plus récents au vu de l'importance apportée à la temporalité dans ce travail de fin d'études. Par la suite, après avoir lu premièrement les titres et ensuite, si nécessaire, les abstracts, seuls 20 articles ont été retenus.

Ma promotrice m'avait recommandé de compléter mes deux recherches initiales par une base de données qui couvre des articles psycho-sociaux. C'est pourquoi, une troisième recherche a été effectuée dans *Cairn*. Elle a également eu lieu le 14 février 2022.

<i>Équation de recherche dans Cairn</i>
<i>médecine générale ET patient* ET bonne pratique ET satisfaction</i>

L'équation de recherche a mis en évidence 84 résultats. Après avoir lu les titres et abstracts, seuls deux ont été maintenus.

4.2 Rédaction de la question de recherche et choix méthodologique

Après m'être plongée dans ce thème, je constate que différents critères de sélection de médecin généraliste par leurs patients ont été recensés dans la littérature existante. Des marqueurs de satisfaction ont également été étudiés et répertoriés. Je remarque une grande disparité des résultats entre les différentes populations étudiées, ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'un modèle transposable à l'identique d'un pays à l'autre. À ce jour, aucune étude belge récente n'est disponible à ce sujet. Afin d'évaluer quels sont les différents attributs recherchés chez le médecin généraliste par les patients, il m'a semblé indispensable de leur poser la question. Il m'a paru également pertinent de faire le lien entre les caractéristiques personnelles des patients et les critères qui leur paraissent essentiels afin d'évaluer si, en fonction des spécificités propres à chacun, des attentes particulières se dégagent. C'est ainsi qu'a émergé la question de recherche de ce travail de fin d'études : « *Quels sont les critères définissant un « bon » médecin généraliste selon les **patients** belges francophones ?* ».

Le choix d'une méthodologie adaptée n'est pas aisé. Au départ, la question d'une approche mixte qualitative-quantitative s'était posée. Cette approche se diviserait en deux temps. Lors

de la première phase qualitative, le but aurait été de faire émerger et nommer des attributs considérés comme importants aux yeux des patients. Tout cela au cours d'entretiens et de questions ouvertes. Ensuite, il aurait fallu dans une seconde phase interroger un plus grand pool de patients sous forme de questionnaire quantitatif afin de quantifier lesquels des critères émis au préalable seraient essentiels pour un plus large panel de patients mais aussi afin de les comparer entre eux.

En lisant les différents articles mis en évidence lors de la phase exploratoire, il est ressorti que plusieurs chercheurs avaient adopté cette approche mixte. Finalement, en recoupant ces différentes démarches, ce sont des items assez semblables qui sont revenus de l'étape qualitative. J'ai donc décidé de me limiter à l'approche quantitative en basant mon questionnaire sur les données recueillies et par conséquent sur des items déjà mis en évidence au préalable dans la littérature. Une analyse quantitative m'a semblé plus appropriée, des critères déjà étudiés semblant émaner de mes recherches préliminaires. Cela me permet de traiter une plus grande base de résultats afin d'avoir un plus grand poids statistique. Certes, une phase qualitative initiale aurait pu mettre en évidence des attributs non recensés dans les articles publiés et propres à notre population. Toutefois, il n'y a aucune certitude par rapport à cela et la première phase a mis en évidence des items assez constants dans la littérature disponible. L'intérêt recherché est plutôt l'importance accordée à ces items qui semble variable, et non leur énumération. Par conséquent, je ne suis pas convaincue que cette approche mixte aurait pu apporter une plus-value.

4.3 Création du questionnaire

Comme dit précédemment, le questionnaire utilisé a été construit sur base des recherches exploratoires avec un listing des différents attributs d'une bonne pratique de médecine générale recensés dans la littérature. Il se compose de 46 questions qui se divisent en 7 catégories : (a) caractéristiques personnelles du médecin, (b) caractéristiques professionnelles du médecin, (c) relation entre le patient et le médecin, (d) aspect économique, (e) apparence du médecin, (f) infrastructure et accueil au cabinet et (g) caractéristiques propres du patient.

Tableau 1 - Catégories de caractéristiques recherchées chez le MG

<i>Caractéristiques personnelles</i>	<p>Âge</p> <p>Genre</p> <p>Nationalité</p>
<i>Caractéristiques professionnelles</i>	<p>Empathie</p> <p>Écoute attentive</p> <p>Explications intelligibles</p> <p>Implication du patient</p> <p>Bonne capacité de communication</p> <p>Prescription appropriée d'examens complémentaires</p> <p>Bon suivi des dossiers</p> <p>Disponibilité</p> <p>Ponctualité</p> <p>Respect du secret médical</p> <p>Adaptation de la durée de la consultation</p> <p>Expérience en années</p> <p>Maîtrise d'autre langue que le Français</p> <p>Pratique d'actes techniques</p>
<i>Relation entre le patient et le médecin</i>	<p>Relation de confiance</p> <p>Recommandation via connaissances</p> <p>Recommandation via un autre praticien des soins de santé</p> <p>Bonne note sur les moteurs de recherche</p>
<i>Aspect économique</i>	<p>Prix conventionné</p> <p>Application du tiers-payant</p>
<i>Apparence du médecin généraliste</i>	<p>Port d'un badge</p> <p>Port d'une blouse blanche</p> <p>Aspect non-négligé, propre sur soi du MG</p>
<i>Infrastructure et accueil au cabinet</i>	<p>Matériel moderne</p> <p>Grande salle d'attente</p> <p>Secrétariat sur place</p> <p>Travail en équipe</p>

	Pluridisciplinarité RDV rapide RDV en ligne Proximité avec le domicile Accueil par titre de civilité Accueil par le nom de famille Accueil avec une poignée de main
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le patient a dû signifier s'il est plus/moins d'accord avec ces items via des réponses présentées selon l'échelle de Likert à 5-items (tout à fait d'accord ; plutôt d'accord ; ni d'accord ni pas d'accord ; plutôt pas d'accord ; pas du tout d'accord). L'utilisation d'un questionnaire avec cette échelle a l'avantage de permettre de collecter de grandes quantités de données auprès de publics très variés. Par ailleurs, cela permet également de récolter des avis avec une certaine nuance sans pour autant les affaiblir au niveau de leur poids statistiques comme cela pourrait être le cas en utilisant des échelles à 7-9-10 items.

La formulation des questions posées dans le questionnaire a été revue par une collaboratrice de la cellule de support en méthodologie et calcul statistique (SMCS) de l'UCLouvain afin de réduire le risque de biais induit par les formulations mais aussi pour améliorer la qualité de ce dernier. Il a notamment été recommandé d'utiliser un ordre aléatoire de présentation des questions afin de ne pas induire de fatigue du répondant systématiquement à la même réponse, d'éviter de commencer par des questions pouvant être jugées comme plus sensibles, et de faire un test du questionnaire sur une plus petite population au préalable afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions posées.

4.4 Design global de l'étude

Cette étude quantitative, prospective et non interventionnelle a pour objectif de quantifier et classer les attributs d'un bon médecin généraliste aux yeux des patients belges francophones. En parallèle, il s'agit d'évaluer si ce choix de critères essentiels aux yeux des patients est influencé par leurs caractéristiques propres ou par d'autres éléments (socio-culturels, environnement,...). L'objectif global de ce travail est d'informer le praticien des souhaits de ses patients, de mettre en lumière les différents aspects « modifiables » de sa pratique afin d'en améliorer la qualité et de relativiser certaines attentes du patient. Le questionnaire a été

distribué dans différents lieux de soins primaires sous forme de flyers avec un accès digital via un QR code. Ce dernier était rempli de manière autonome et anonyme par les patients. Il était hébergé par LimeSurvey qui était également chargé de la conservation sécurisée des données collectées. Le questionnaire a été développé sur base de recherches exploratoires mais aussi après l'avoir testé auprès d'un échantillon de dix patients sélectionnés de manière aléatoire.

4.5 Échantillonnage et recrutement

Les données ont été collectées entre novembre 2022 et mars 2023 en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne. Il s'agit d'un échantillonnage de commodité pour les patients. Des praticiens des soins de santé de première ligne ont été recrutés : kinésithérapeutes, dentistes, médecins généralistes et infirmiers. Autant des centres mono-disciplinaires que pluridisciplinaires ont été sollicités. Il en va de même pour la distribution territoriale où autant des cabinets localisés en zone urbaine qu'en zone rurale ont été recrutés. Les prestataires de soins de santé ont été principalement contactés par mail notamment via le listing des maîtres de stage en médecine générale, via les séminaires loco-régionaux mais aussi via mail pour les autres prestataires de soins. Deux laboratoires ont émis leur accord afin de publier les affiches et les flyers de l'étude dans les salles d'attente de leurs centres de prélèvements sans contrepartie financière. Différentes ASBL ont également été approchées afin de mettre dans leur mailing un lien vers le questionnaire de cette étude.

Par ailleurs, les patients inclus dans cette étude sont ceux ayant plus de 18 ans et ayant leur médecin traitant en Belgique francophone. Les patients ne parlant pas le Français ont été exclus.

4.6 Analyses des données

Les analyses statistiques ont été effectuées à travers le programme SPSS version 29.00 pour Mac (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Une approche en plusieurs étapes a été menée. La première a consisté en une classification des 46 items du questionnaire en 7 catégories : (a) caractéristiques personnelles du médecin, (b) caractéristiques professionnelles du médecin, (c) relation entre le patient et le médecin, (d) aspect économique, (e) apparence du médecin, (f) infrastructure et accueil au cabinet et (g) caractéristiques propres du patient. Ensuite, il a fallu nettoyer la base de données. En effet, les différentes analyses ont été effectuées uniquement sur base des questionnaires intégralement remplis, de sorte qu'il a fallu exclure les réponses

incomplètes. Par ailleurs, deux des questions laissaient la possibilité de rajouter des explications en texte libre (niveau d'étude – origine), ces réponses ont dû être catégorisées manuellement. Dans un second temps, j'ai procédé à une phase purement descriptive des résultats obtenus par catégorie. Les moyennes des notes attribuées par les patients ont également été calculées pour chacun des items. Les scores accordés allaient de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

Pour finir, j'ai mis en corrélation les caractéristiques propres au patient avec les facteurs pouvant être essentiels aux yeux des répondants. L'objectif de cette démarche est de mettre en exergue de potentielles influences socio-culturelles et environnementales de chacune sur leur préférence. Ces liens de corrélation ont été testés par le test du Chi-carré, utilisé pour des variables nominales.

4.7 Approbation du comité d'éthique

Le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'Université catholique de Louvain a approuvé le protocole de cette étude (référence : B4032022000080) en octobre 2022. Tous les participants ont également donné leur consentement libre et éclairé en ligne.

5. RÉSULTATS

Au total, 330 réponses ont été collectées. Toutefois, seules 210 étaient complètes, ce qui représente 63,6%. Seuls ces résultats complets ont été utilisés dans les différents tableaux descriptifs et tests statistiques.

5.1 Description de l'échantillon

Parmi ces répondants retenus, on constate une majorité de Belges (81,9%). Cependant des personnes d'autres nationalités européennes (14,8%) mais aussi non-européennes (3,3%) ont également pris part à l'étude. Trois patients ont spontanément déclaré avoir une double nationalité. Ces trois patients ont été associés à la catégorie Belge.

Malgré la tentative de collecte de données dans des environnements variés, l'on constate une majorité d'habitants de zone urbaine représentant 78,6% des réponses. Le semi-rural et le rural sont respectivement représentés à hauteur de 15,2% et 6,2%.

La représentativité des tranches d'âge est plus hétérogène. Bien qu'on recense 32,4% de personnes comprises entre vingt-et-un et trente ans, les trente-quarante ans sont présents à

21,9% et les patients de plus de soixante-et-un ans à 20%. La tranche d'âge la moins représentée est celle des « jeunes » âgés entre dix-huit et vingt-ans avec seulement 0,5%.

Deux tiers des répondants, soit un peu plus de 66%, étaient des femmes. Deux des personnes interrogées ont préféré ne pas spécifier leur sexe.

Plus de quatre-vingt pour cent des répondants (82,9%) ont fait des études supérieures que ce soit universitaire (60,5%) ou non (22,4%). Moins de trois pourcents ont obtenu leur certificat d'études de base (2,9%) et 14,3% ont terminé leurs études secondaires.

Il y a ainsi lieu de constater que notre échantillon se compose principalement de patientes belges habitant dans un environnement urbain, âgées entre vingt et trente ans et ayant fait des études supérieures.

Tableau 2 - Description de l'échantillon

Caractéristiques des répondants (N total = 210)		N	%
Nationalité	<i>Belge</i>	172	81,9%
	<i>Non-Belge et EU</i>	31	14,8%
	<i>Non-Belge et non-EU</i>	7	3,3%
Environnement d'habitation	<i>Urbain</i>	165	<u>78,6%</u>
	<i>Rural</i>	13	6,2%
	<i>Semi-rural</i>	32	15,2%
Tranche d'âge	<i>18-20 ans</i>	1	0,5%
	<i>21-30 ans</i>	68	<u>32,4%</u>
	<i>31- 40 ans</i>	46	<u>21,9%</u>
	<i>41-50 ans</i>	32	15,2%
	<i>51-60 ans</i>	21	10%
	<i>Plus de 61 ans</i>	42	<u>20%</u>
Sexe	<i>Femme</i>	139	<u>66,2%</u>
	<i>Homme</i>	69	32,9%
	<i>Ne préfère pas spécifier</i>	2	1%
Niveau d'études	<i>Études primaires</i>	6	2,9%
	<i>Études secondaires</i>	30	14,3%
	<i>Études supérieures universitaires</i>	127	<u>60,5%</u>
	<i>Études supérieures non universitaires</i>	47	22,4%

5.2 Description des caractéristiques du médecin

Les différents attributs du médecin généraliste ont été classés en catégories afin d'en faciliter l'interprétation a posteriori. On retrouve : (a) caractéristiques personnelles du médecin, (b) caractéristiques professionnelles du médecin, (c) relation entre le patient et le médecin, (d) aspect économique, (e) apparence du médecin et (f) infrastructure et accueil au cabinet.

A. Les caractéristiques personnelles du médecin

Ces dernières ont un caractère immuable et sont indépendantes de la volonté du praticien. On y retrouve son âge, son genre et sa nationalité.

Plus de la moitié des répondants, à savoir 52,9%, estime que l'âge du MG n'a pas d'influence. Un cinquième est neutre à ce sujet et seulement un peu plus d'un quart (26,2%) considère que l'âge est essentiel. Parmi ceux qui font partie de ce dernier groupe, on remarque une claire préférence pour les médecins âgés entre trente et quarante ans (20,5%). Cette population se compose principalement de personnes âgées entre vingt-et-un et trente ans et ayant un diplôme supérieur universitaire.

Parmi les personnes qui estiment que le genre du MG n'a pas d'influence, 19,5% sont d'avis neutre, alors que 61,9% estiment que le genre n'est pas du tout essentiel. Seulement 7,7% des répondants y accordent de l'importance. Quand c'est le cas, on constate une préférence pour les médecins généralistes femmes (13,8%).

La nationalité ne semble également pas être un attribut capital aux yeux des patients ayant répondu à ce questionnaire (68,1%).

Tableau 3 - Préférences par rapport aux caractéristiques personnelles du médecin

Préférences par rapport aux caractéristiques personnelles du médecin généraliste							
Âge	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>		
	2,4% N = 5	23,8% N = 50	21,9% N = 46	19% N = 40	33,9% N = 69		
	<i>Entre 21 et 30 ans</i>	<i>Entre 31 et 40 ans</i>	<i>Entre 41 et 50 ans</i>	<i>Entre 51 et 60 ans</i>	<i>Entre 61 et 65 ans</i>	<i>Plus de 65 ans</i>	<i>Pas de préférence</i>
	1,4% N = 3	20,5% N = 43	11,4% N = 24	4,3% N = 9	0% N = 0	0,5% N = 1	61,9% N = 130
Genre	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>		
	1% N = 2	6,7% N = 14	19,5% N = 41	11% N = 23	61,9% N = 130		
	<i>Femme</i>	<i>Homme</i>	<i>Non applicable</i>				
	13,8% N = 29	5,2% N = 11	81% N = 170				

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Nationalité	3,8% N = 8	12,9% N = 27	15,2% N = 32	13,8% N = 29	54,3% N = 114

B. Les caractéristiques professionnelles du médecin

Cette catégorie contient des items assez variés ayant tous trait à l'aspect professionnel du praticien. On constate que pratiquement tous sont majoritairement considérés comme fondamentaux aux yeux des patients avec des pourcentages allant de 99,23% pour la capacité d'écoute à 56,2% pour l'expérience en termes d'années. Seul, la maîtrise d'une autre langue semble être importante qu'aux yeux de 28,5% contre 18,1% qui ne l'estiment pas essentielle.

Tableau 4 - Préférences par rapport aux caractéristiques professionnelles des médecins

Préférences par rapport aux caractéristiques professionnelles du médecin généraliste					
	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Empathie	68,1% N = 143	27,1% N = 57	3,3% N = 7	1% N = 2	0,5% N = 1
Écoute	84,8% N = 178	14,43% N = 30	1% N = 2	0% N = 0	0% N = 0
Explications données	88,1% N = 185	11% N = 23	0,5% N = 1	0,5% N = 1	0% N = 0
Implication du patient	53,3% N = 112	34,8% N = 73	10% N = 21	1,9% N = 4	0% N = 0
Communication	73,3% N = 154	24,8% N = 52	1,9% N = 4	0% N = 0	0% N = 0
Prescription appropriée d'exams complémentaires	41,9% N = 88	30% N = 63	15,7% N = 33	10% N = 21	2,4% N = 5
Suivi des dossiers	72,4% N = 152	23,3% N = 49	4,3% N = 9	0% N = 0	0% N = 0
Disponibilité	43,8% N = 92	47,6% N = 100	7,6% N = 16	1% N = 2	0% N = 0
Ponctualité	23,3% N = 49	47,6% N = 100	23,3% N = 49	4,8% N = 10	1% N = 2
Respect du secret médical	89,5% N = 188	9% N = 19	1,4% N = 3	0% N = 0	0% N = 0

Adaptation de la durée de la consultation	60,5% N = 127	31,9% N = 67	7,1% N = 15	0,5% N = 1	0% N = 0
Expérience en années	11,9% N = 25	44,3% N = 93	33,3% N = 70	7,6% N = 16	2,9% N = 6
Maîtrise d'une autre langue	7,1% N = 15	21,4% N = 45	53,3% N = 112	8,6% N = 18	9,5% N = 20
Pratique d'actes techniques	25,7% N = 54	37,1% N = 78	27,1% N = 57	6,2% N = 13	3,8% N = 8

C. La relation entre le patient et le médecin

Près de 97,2% des patients interrogés répondent qu'à leurs yeux la relation de confiance entre le patient et le médecin est essentielle dans le choix d'un médecin de famille. Que ce médecin soit recommandé par les moteurs de recherche ne semble impacter que 22,8% des répondants, tandis que la recommandation par des connaissances ou d'autres prestataires des soins de santé leur importe respectivement à 46,2% et à 63,3%.

Tableau 5 - Préférence par rapport à la relation existante entre le patient et le médecin

Préférences par rapport à la relation existant entre le patient et le médecin généraliste					
	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Relation de confiance	84,3% N = 177	12,9% N = 27	2,4% N = 5	0,5% N = 1	0% N = 0
Recommandé via connaissances	7,6% N = 16	38,6% N = 81	40,5% N = 85	7,6% N = 16	5,7% N = 12
Recommandé via un autre praticien des SS	11,4% N = 24	51,9% N = 109	28,1% N = 59	6,7% N = 14	1,9% N = 4
Moteur de recherche	5,2% N = 11	17,6% N = 37	43,8% N = 92	14,3% N = 30	19% N = 40

D. L'aspect économique

Autant l'application de tarifs conventionnés que la pratique du tiers-payant sont des facteurs qui apparaissent importants aux yeux des patients interrogés dans leur choix de médecin généraliste. En effet, 61,4% préfèrent des médecins conventionnés et 50,9% ceux qui appliquent le tiers-payant.

Tableau 6 - Préférences par rapport à l'aspect économique

Préférences par rapport à l'aspect économique					
	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Prix conventionné	27,6% N = 58	33,8% N = 71	29% N = 61	4,3% N = 9	5,2% N = 11
Application du tiers-payant	21,4% N = 45	29,5% N = 62	41,4% N = 87	4,3% N = 9	3,3% N = 7

E. L'apparence du médecin

Que ce soit pour le port d'un badge ou celui de la blouse blanche, près de la moitié des répondants est neutre. Par contre, on constate que dans ces deux cas, un tiers des répondants estime plutôt que ce ne sont pas des éléments essentiels à leur choix de praticien.

Tableau 7 - Préférences par rapport à l'apparence du médecin généraliste

Préférences par rapport à l'apparence du médecin généraliste					
	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
Port d'un badge	3,8% N = 8	11,9% N = 25	51% N = 107	12,9% N = 27	20,5% N = 43
Port de la blouse blanche	4,8% N = 10	11% N = 23	46,7% N = 98	17,6% N = 37	20% N = 42
Aspect non-négligé du MG	53,8% N = 113	38,6% N = 81	7,6% N = 16	0% N = 0	0% N = 0

F. L'infrastructure et l'accueil au cabinet

Les éléments qui ressortent dans cette catégorie sont l'utilisation de matériel moderne (66,7%), la possibilité d'obtenir des rendez-vous rapides (79%), la possibilité de prise de rendez-vous en ligne (68,5%), la proximité avec le domicile (76,7%) et l'accueil par le titre de civilité (41,5%). De fait, ce sont les critères qui apparaissent importants aux yeux des patients, contrairement aux autres items de cette catégorie auxquels ils semblent être indifférents.

Tableau 8 - Préférences par rapport à l'infrastructure et l'accueil au cabinet

Préférences par rapport à l'infrastructure et l'accueil au cabinet					
	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Ni d'accord, ni pas d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>

Matériel moderne	16,2% N = 34	50,5% N = 106	24,3% N = 51	6,2% N = 13	2,9% N = 6
Grande salle d'attente	4,3% N = 9	24,3% N = 51	43,8% N = 92	20% N = 42	7,6% N = 16
Secrétariat sur place	9% N = 19	23,3% N = 49	42,4% N = 89	17,6% N = 37	7,6% N = 16
Travail équipe	5,2% N = 11	25,2% N = 53	43,8% N = 92	15,7% N = 33	10% N = 21
Pluridisciplinarité	4,3% N = 9	26,2% N = 55	47,1% N = 99	11,9% N = 25	10,5% N = 22
RDV rapide	31,4% N = 66	47,6% N = 100	13,8% N = 29	4,3% N = 9	2,9% N = 6
RDV en ligne	27,1% N = 57	41,4% N = 87	24,3% N = 51	4,3% N = 9	2,9% N = 6
Proximité avec le domicile	24,8% N = 52	51,9% N = 109	15,7% N = 33	4,3% N = 9	3,3% N = 7
Accueil par titre de civilité	18,6% N = 39	22,9% N = 48	36,2% N = 76	10,5% N = 22	11,9% N = 25
Accueil par nom de famille	7,6% N = 16	8,1% N = 17	44,8% N = 94	18,6% N = 39	21% N = 44
Accueil poignée de main	7,1% N = 15	11,9% N = 25	56,2% N = 118	14,8% N = 31	10% N = 21

5.3 Classement des items

Après analyse des moyennes accordées à chacun des items étudiés, ils ont été classés de manière décroissante en fonction de leur note. Ce sont principalement les éléments situés dans les caractéristiques professionnelles qui ressortent le plus. La relation entre le médecin et le patient est également une catégorie qui a été décelée comme essentielle. L'apparence du médecin reste importante, mais uniquement au niveau de l'aspect soigneur du médecin.

Tableau 9 - Moyenne des notes attribuées

		Moyenne	S. Déviation
1	Explications données	4,88	0,339
2	Respect du secret médical	4,88	0,366
3	Écoute	4,84	0,394
4	Relation de confiance	4,81	0,481
5	Communication	4,71	0,493

6	Suivi des dossiers	4,68	0,552
7	Empathie	4,61	0,648
8	Adaptation de la durée de la consultation	4,52	0,65
9	Aspect non-négligé du MG	4,46	0,635
10	Implication du patient	4,4	0,746
11	Disponibilité	4,34	0,661
12	RDV rapide	4	0,941
13	Prescription appropriée	3,99	1,094
14	Proximité avec le domicile	3,9	0,933
15	Ponctualité	3,88	0,855
16	RDV en ligne	3,86	0,963
17	Pratique d'actes techniques	3,75	1,03
18	Prix conventionné	3,74	1,072
19	Matériel moderne	3,71	0,911
20	Recommandation via un autre praticien des SS	3,64	0,842
21	Application du tiers-payant	3,61	0,978
22	Expérience en années	3,55	0,902
23	Recommandation via connaissances	3,35	0,937
24	Accueil par titre de civilité	3,26	1,222
25	Secrétariat sur place	3,09	1,036
26	Maîtrise d'une autre langue	3,08	0,982
27	Pluridisciplinarité	3,02	0,988
28	Travail en équipe	3	1,012
29	Grande salle d'attente	2,98	0,961
30	Accueil avec poignée de main	2,91	0,974

31	Bonne notation sur moteur de recherche	2,76	1,112
32	Port d'un badge	2,66	1,052
33	Port d'une blouse blanche	2,63	1,069
34	Accueil par nom de famille seul	2,63	1,13
35	Âge	2,44	1,237
36	Nationalité	1,98	1,249
37	Genre	1,74	1,05

5.4 Recherche de liens de corrélation entre les caractéristiques des patients et celles recherchées chez le médecin

La prochaine étape consiste à croiser les caractéristiques des répondants avec celles potentiellement recherchées chez le médecin traitant, tout cela dans le but de trouver des liens de corrélation entre les deux catégories de variables (*cfr Annexes*). Toutefois, comme il s'agit de variables nominales, le test applicable est celui du Chi-carré ne nous donnant malheureusement pas le sens de la corrélation.

A. Impact de la nationalité

D'après les résultats de cette étude, la nationalité du répondant ne semble pas avoir d'impact sur l'importance accordée aux caractéristiques personnelles recherchées auprès du médecin traitant, les attributs liés à son apparence de même qu'aux aspects économiques liés à la consultation (p-value > 0,05).

Cependant, nous retrouvons parmi nos résultats un lien de corrélation entre la nationalité et le fait d'estimer la notation du praticien dans les moteurs de recherche (p-value = 0,046), le fait de valoriser sa capacité d'écoute (p-value = 0,018) et le respect du secret médical (p-value = 0,042) mais aussi la proximité de la pratique avec notre domicile (p-value = 0,010).

B. Impact de l'environnement d'habitation

À nouveau, l'intérêt accordé aux caractéristiques propres du médecin généraliste n'est pas corrélé à l'environnement d'habitation du répondant (p-value > 0,05). En ce qui concerne les caractéristiques professionnelles, on constate que la valeur assimilée à la disponibilité du

médecin présente un lien de corrélation avec l'environnement dans lequel se trouve le répondant (p-value = 0,023). Les liens de corrélation avec les aspects économiques, relationnels, l'apparence extérieure du MG et l'infrastructure et l'accueil au cabinet ne ressortent pas comme significatifs.

C. Impact de l'âge du répondant

L'âge du répondant est en lien avec la considération accordée à la nationalité du praticien (p-value = 0,025). Le seul autre lien de corrélation pertinent est celui entre l'âge du répondant et la valeur accordée à l'accueil par le nom de famille en salle d'attente (p-value = 0,049).

D. Impact du sexe du répondant

L'intérêt accordé à la capacité d'écoute mais aussi celui attribué aux rendez-vous rapides sont en lien avec le sexe du répondant, avec des p-value respectives de 0,016 et 0,015.

E. Impact du niveau d'études

Plusieurs éléments semblent avoir des liens de corrélation significatifs. On constate que parmi les facteurs propres au médecin généraliste la considération accordée au genre et à la nationalité est influencée par le niveau d'étude des répondants (p-value = 0,017). L'aspect économique est également mis en exergue avec une p-value de moins de 0,001 autant pour l'application du tiers-payant que la pratique de tarif conventionné. L'importance du port de la blouse blanche est également corrélée au niveau des études (p-value = 0,021). Pour ce qui est de l'infrastructure et l'accueil au cabinet, on relève qu'une grande salle d'attente (p-value = 0,040), la présence d'un secrétariat sur place (p-value = 0,025), la pluridisciplinarité (p-value = 0,024) et l'accueil par nom de famille (p-value = 0,022) sont également en lien avec le niveau d'études.

6. DISCUSSION

Le but premier de ce travail de fin d'études était d'établir quels sont les facteurs qui sont essentiels aux yeux des patients belges francophones dans leur choix de médecin généraliste. Après analyses des moyennes accordées à chacun des 37 items étudiés, on constate que ce

sont les explications intelligibles, le respect du secret médical, la capacité d'écoute, la relation de confiance et de bonnes capacités de communication qui sont les plus importants.

Parmi les caractéristiques personnelles du médecin généraliste comme son âge, son genre ou encore sa nationalité, aucune ne semble d'importance aux yeux de ces patients belges francophones. Ces éléments assez immuables ont également été recensés comme sans impact dans une étude menée par *Bornstein et al.* auprès de patients américains. (3) De fait, les patients auraient tendance à être rationnels et à accorder plus de poids à des compétences et à des éléments potentiellement modifiables dans les pratiques. (4)

Parmi ceux-ci, on retrouve les caractéristiques professionnelles des médecins généralistes. Dans cette catégorie, comme décrit précédemment, une grande majorité des items ont été recensés comme essentiels. Toutefois, ce sont principalement la capacité de donner des explications claires et intelligibles, le respect du secret médical et l'écoute attentive qui ressortent comme capitaux. C'est également ce que l'on constate dans la littérature disponible. (1)(5)(6)

Au-delà de son rôle de soignant, le médecin de famille a un rôle de relayeur de l'information médicale. Cela semble être particulièrement le cas pour les patients atteints de pathologie chronique mais aussi pour les patients plus âgés (7), d'où la potentielle importance accordée aux explications intelligibles et à l'écoute attentive. Par ailleurs, ce sont des compétences que le médecin a la possibilité d'acquérir mais aussi de perdre au cours des années. Elles sont donc variables et modifiables au cours du temps, à nous de les moduler à notre souhait.

La relation entre le médecin et le patient est également une catégorie qui a été décelée comme importante dans ces résultats. La relation de confiance prime. (8)(9) On remarque qu'en ce qui concerne les recommandations, ce sont celles faites par d'autres praticiens des soins de santé qui sont les plus valorisées. La bonne notation sur les moteurs de recherche revient plutôt comme un élément insignifiant. Cependant, il s'agit d'un domaine encore peu étudié et peu d'études sont disponibles à ce sujet. (10)

L'apparence du médecin reste importante, mais pas de la manière dont on aurait pu l'imaginer. En effet, le port de la blouse blanche et du badge d'identification n'apparaît pas comme essentiel en médecine générale dans la population étudiée. Par contre, l'aspect global soigné du médecin l'est. La littérature est assez hétérogène à ce sujet, certaines populations estiment le port de la blouse blanche comme un élément important, comme notamment dans une étude menée au Portugal par *Nuno et al.* (11) D'autres recherches montrent qu'il s'agit d'un élément

moins primordial, n'ayant pas d'impact sur la perception du patient de sa prise en charge. (12)

Il s'agit d'un élément qui varie en fonction du contexte de la prise en charge, de la région étudiée mais aussi des habitudes historiques. (13)

Au niveau de l'organisation du cabinet en tant que tel, on constate que c'est surtout la possibilité de prendre des rendez-vous rapidement et la proximité du domicile qui ressortent comme importants. C'est donc la disponibilité et l'accessibilité qui semblent capitales. Ces deux caractéristiques font partie de l'essence même de la médecine générale. Elles sont au cœur d'un renouveau au sein de notre discipline. De fait, on constate un changement d'objectifs de vie parmi les nouveaux médecins de famille qui souhaitent maintenir un équilibre sain entre leur vie privée et professionnelle afin de préserver une bonne qualité de vie. Ce changement est en décalage avec la perception de certains patients de la pratique de la médecine générale qui s'attendent à un dévouement intégral à leur qualité de vie personnelle. (14)

Le deuxième objectif visé par ce travail était d'étudier l'existence de liens potentiels entre les caractéristiques propres des patients et les éléments considérés comme importants dans le choix du médecin de famille. Les caractéristiques personnelles des répondants étudiées ont été leur âge, leur environnement d'habitation, leur niveau d'étude, leur genre mais aussi leur nationalité.

Contrairement à d'autres études, j'ai constaté des liens entre ces facteurs importants recherchés et les caractéristiques des patients. (3)

Il ressort de mes résultats que l'environnement dans lequel se trouve le répondant a un lien avec l'importance assimilée à la disponibilité du médecin (p-value = 0,023). De fait, la disponibilité du médecin peut varier d'un environnement à l'autre. En effet, la densité des cabinets médicaux belges est très variable d'un milieu urbain à un milieu rural avec une concentration plus dense autour des grandes villes. (15) Par conséquent, la disponibilité du médecin peut s'avérer être un critère important selon ce contexte. Par ailleurs, en 2005 dans une étude menée parmi des médecins généralistes australiens, on constatait que ceux qui travaillaient en zone rurale estimaient l'accessibilité et la disponibilité comme pilier de leur pratique, contrairement à ceux localisés ailleurs. (16)

La médecine est un domaine où les femmes ont longtemps été sous-représentées. Ces dernières décennies, cela a tendance à s'inverser. En effet, on constate de plus en plus de femmes dans le secteur médical, et ce surtout dans certaines spécialités comme la médecine

générale. (17) Bien que l'on n'ait pas mis en évidence une influence du genre du patient sur les critères décelés comme importants chez un MG, nous avons constaté que parmi les personnes qui avaient une préférence pour un genre en particulier, les femmes préféraient être vues par des femmes et inversement pour les hommes. Ce type de préférence est fréquemment en lien avec l'objectif de la consultation, comme relaté dans la littérature. (17)(18)

Le niveau d'études des répondants est assez essentiel. En effet, on remarque que plusieurs éléments semblent avoir des liens de corrélation significatifs avec celui-ci. On constate que parmi les facteurs propres au médecin généraliste, la valeur accordée au genre et à la nationalité sont influencés par le niveau d'étude des répondants (p-value = 0,017). En effet, les personnes ayant un niveau d'études supérieures universitaires ont tendance à ne pas s'y fier. C'est également une donnée que l'on retrouve dans la littérature. (11) L'aspect économique est autant mis en avant avec une p-value de moins de 0,001, de même que l'intérêt accordé au port de la blouse blanche (p-value = 0,021). À nouveau, on observe que les personnes ayant un niveau d'études supérieures n'accordent pas d'importance à ces deux éléments. Pour ce qui est de l'infrastructure et l'accueil au cabinet, on relève qu'un grande salle d'attente (p-value = 0,040), la présence d'un secrétariat sur place (p-value = 0,025), la pluridisciplinarité (p-value = 0,024) et l'accueil par le nom de famille (p-value = 0,022) sont également en lien avec le niveau d'études. La tendance reste la même. On retrouve dans la littérature d'autres items également recensés comme étant influencés par le niveau d'études. (19) De fait, il apparait que ce dernier influence le style de communication recherché chez le MG. (20) Il s'agit par conséquent d'un élément crucial modulant fortement les attentes du patient.

7. FORCES ET FAIBLESSES

Bien que l'on essaye d'anticiper un maximum de biais ou de difficultés avant de lancer son étude, on fait face à certains imprévus.

Lors de la phase de recrutement, j'ai rapidement réalisé que je génerais une fracture digitale avec les personnes qui ne possèdent pas de smartphone en utilisant le système du QR code. Cela induit un certain biais de sélection par difficulté d'accès en éliminant potentiellement des répondants moins aisés, des personnes âgées ou de niveau d'éducation plus faible ne sachant pas se servir de ce type d'application. Pour faire face à cela, j'ai envisagé de déposer des questionnaires en format papier aux différents partenaires. À nouveau, je me suis rapidement

rendu compte que cela allait être très contraignant pour moi mais aussi difficilement reproductible auprès de tous les centres recrutant en raison des distances/trajets et de mes disponibilités. J'ai donc dû faire un choix.

Par ailleurs, comme dans tout questionnaire volontaire, on attire souvent principalement les patients qui portent un certain intérêt pour le sujet en question ou pour la recherche de manière générale, ce qui à nouveau peut entraîner un biais de sélection.

De plus, un questionnaire écrit va invariablement entraîner un biais envers les personnes analphabètes qui ne pourront pas s'exprimer mais aussi les personnes aveugles et malvoyantes, ce contrairement à des interviews qui ne créent pas cette fracture.

Parmi les forces de ce travail, on retrouve le nombre de répondants. En effet, il est assez important pour une étude menée dans ce contexte. Par ailleurs, des centres assez hétéroclites ont été contactés afin de récolter un maximum de réponses représentatives de la richesse culturelle de notre pays, comme notamment des laboratoires et des associations de patients. Pour finir, des éléments propres à notre population belge francophone ont été mis en évidence sur le versant quantitatif, ce qu'on ne retrouve pas dans la littérature récente.

8. CONCLUSIONS

Le concept de « bon » médecin est complexe à définir. Il s'agit d'une somme d'éléments importants aux yeux de tout un chacun. C'est par conséquent une définition très subjective et variable dans le temps et l'espace.

Cette étude a réussi à mettre en évidence certains des éléments qui semblent majoritairement essentiels aux yeux de notre population étudiée. Cela permet de relativiser certaines attentes que l'on pourrait considérer comme primordiales mais aussi de faire la part des choses et garder à l'esprit ce qui est capital. En effet, certaines compétences et aspects de notre pratique peuvent s'estomper avec le temps, il est important de les entretenir.

Par ailleurs, comme dit précédemment, parmi ces critères d'importance, certains sont variables en fonction des caractéristiques personnelles du patient. Par conséquent, ces aspects du patient peuvent nous faire prêter plus attention à certains versants de notre pratique qu'à d'autres et donc à axer nos formations sur des thèmes bien précis.

Cela étant dit, je trouve qu'il est tout de même globalement rassurant de constater que nos patients valorisent des aspects humains de nos pratiques qui semblent couler de source pour

la plupart des médecins généralistes. Toutefois, j'espère que les compétences médicales, bien que très peu mises en avant dans mes résultats, le sont et le resteront tout autant.

Gardant tout cela en tête, n'oublions pas que nous sommes des prestataires de soins et non des dispensateurs de service. De ce fait, la satisfaction du patient reste importante mais ne doit pas être notre inquiétude principale. C'est une chose essentielle que j'ai apprise au cours de mon assistantat en médecine générale.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract.* nov 2000;50(460):882-7.
2. Latimer T, Roscamp J, Papanikitas A. Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. *J R Soc Med.* nov 2017;110(11):425-7.
3. Bornstein BH, Marcus D, Cassidy W. Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patients' choice of a primary care doctor. *J Eval Clin Pract.* août 2000;6(3):255-62.
4. Khatami F, Shariati M, Khedmat L, Bahmani M. Patients' preferences in selecting family physician in primary health centers: a qualitative-quantitative approach. *BMC Family Practice.* 11 juin 2020;21(1):107.
5. Marcinowicz L, Górski S. Medical consultation and communication with a family doctor from the patients' perspective – a review of the literature. *fmpcr.* 2016;3:387-90.
6. Kenny P, De Abreu Lourenco R, Wong CY, Haas M, Goodall S. Community preferences in general practice: important factors for choosing a general practitioner. *Health Expect.* févr 2016;19(1):26-38.
7. Oedekoven M, Herrmann WJ, Ernsting C, Schnitzer S, Kanzler M, Kuhlmeier A, et al. Patients' health literacy in relation to the preference for a general practitioner as the source of health information. *BMC Fam Pract.* 6 juill 2019;20:94.
8. Gérard L, François M, de Chefdebien M, Saint-Lary O, Jami A. The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice. *Br J Gen Pract.* nov 2016;66(652):e810-8.
9. Van Den Assem B, Dulewicz V. Patient satisfaction and GP trustworthiness, practice orientation and performance: implications for selection, training and revalidation. *J Health Organ Manag.* 2014;28(4):532-47.
10. Grabner-Kräuter S, Waiguny MK. Insights Into the Impact of Online Physician Reviews on Patients' Decision Making: Randomized Experiment. *J Med Internet Res.* 9 avr 2015;17(4):e93.
11. Nuno J, Fernandes S, Silva TR, Guimarães AC, Pereira BM, Laureano-Alves S, et al. What attributes do patients prefer in a family physician? A cross-sectional study in a northern region of Portugal. *BMJ Open.* janv 2021;11(1):e035130.

12. Marques Caetano Carreira L, Dinis S, Correia A, Pereira A, Belo R, Madanelo I, et al. Does the white coat influence satisfaction, trust and empathy in the doctor-patient relationship in the General and Family Medicine consultation? Interventional study. *BMJ Open*. 22 déc 2021;11(12):e031887.
13. Petrilli CM, Saint S, Jennings JJ, Caruso A, Kuhn L, Snyder A, et al. Understanding patient preference for physician attire: a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. *BMJ Open*. 29 mai 2018;8(5):e021239.
14. Beaulieu MD, Dory V, Pestiaux D, Pouchain D, Rioux M, Rocher G, et al. What does it mean to be a family physician? *Can Fam Physician*. août 2009;55(8):e14-20.
15. Alsteens O. Analyse de l'évolution spatiale des médecins généralistes en Belgique entre 1989 et 2019. 2022.
16. Braunack-Mayer A. What makes a good GP? An empirical perspective on virtue in general practice. *J Med Ethics*. févr 2005;31(2):82-7.
17. Delgado A, López-Fernández LA, Luna J de D, Saletti-Cuesta L, Gil N, Jiménez M. The role of expectations in preferences of patients for a female or male general practitioner. *Patient Educ Couns*. janv 2011;82(1):49-57.
18. Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. Patient preference for genders of health professionals. *Soc Sci Med*. mai 1997;44(10):1531-40.
19. Detollenaere J, Hanssens L, Schäfer W, Willems S. Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 févr 2018;30(1):9-15.
20. Aelbrecht K, Rimondini M, Bensing J, Moretti F, Willems S, Mazzi M, et al. Quality of doctor-patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient's educational level. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. oct 2015;20(4):873-84.