Université Catholique de Louvain
Faculté de Médecine

La perception des généralistes par rapport aux attentes de leurs patients vis-à-vis de la consultation en médecine générale

Etude quantitative observationnelle en région gembloutoise

Travail de fin d'études présenté par
Dr **MAHIAT Nicolas**
En vue de l'obtention de l'agrément en médecine générale
Master complémentaire en médecine générale

Promoteur du mémoire : Dr **VAN VYVE** Thomas

Année académique 2020-2021

Remerciements

Pour commencer, je tiens à remercier l'ensemble des médecins et des patients de Gembloux qui ont accepté de participer à cette enquête et sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Je tiens aussi à remercier mon promoteur, le Dr. Thomas Van Vyve, qui fut mon maître de stage mais bien plus durant ces trois années… Merci pour sa grande disponibilité, son soutien sans faille, son écoute et sa confiance tout au long de mon parcours.

Un immense merci à mes parents pour leur soutien inconditionnel et leur aide plus que précieuse dans la réalisation des calculs statistiques.

Merci à l'ensemble des relecteurs qui m'ont donné leurs conseils avisés et judicieux pour la réalisation et la correction de ce travail.

Enfin, merci à tous mes proches et amis, qui de près ou de loin m'ont apporté leur soutien depuis le début de mes études et qui ont toujours cru en moi.

Table des Matières

1. INTRODUCTION 5

1.1 CONTEXTE, CADRE THÉORIQUE, CHOIX DU SUJET 5
1.2 OBJECTIFS 7

2. MÉTHODE 8

2.1 REVUE DE LA LITTÉRATURE 8
2.2 TYPE D'ÉTUDE 9
2.3 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES SUJETS DANS L'ÉTUDE 9
2.4 MÉTHODES DE RECRUTEMENT ET ÉCHANTILLONNAGE 9
2.5 LE NOMBRE DE PARTICIPANTS DES DIFFÉRENTS GROUPES 10
2.6 LES PROCÉDURES ET L'ORGANISATION MISES EN PLACE 10
2.7 LES PROCÉDURES POUR RESPECTER LA CONFIDENTIALITÉ 11
2.8 LE QUESTIONNAIRE 12
2.9 LES PROCÉDURES/MÉTHODES UTILISÉES POUR L'ANALYSE DES DONNÉES 13

3. ANALYSE DES RÉSULTATS 14

3.1 TAUX DE PARTICIPATION 14
3.2 DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS 14
3.3 RÉSULTATS DE L'ADÉQUATION MÉDECIN-PATIENT 15
3.3.1 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient 15
3.3.2 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient par catégorie de questions 18
3.3.3 Analyse bivariée de l'adéquation médecin-patient 20
3.3.4 Analyse multivariée de l'adéquation médecin-patient 24
3.4 RÉSULTATS DES ATTENTES DES PATIENTS 27
3.4.1 Analyse univariée des attentes des patients 27
3.4.2 Analyse bivariée des attentes des patients 29

4. DISCUSSIONS 33

4.1 BIAIS DE L'ÉTUDE 33
4.1.1 Biais de sélection 33
4.1.2 Biais liés à la méthodologie 33
4.1.3 Biais divers 34
4.2 QUALITÉ GLOBALE DES RÉSULTATS 34
4.3 LA PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES 35
4.4 LES ATTENTES DES PATIENTS 37
4.5 INFLUENCES DES VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES 39

5. CONCLUSIONS 41

6. BIBLIOGRAPHIE 42

7. ANNEXES 44

Abstract

Introduction et objectifs :

Afin de pouvoir répondre correctement aux attentes des patients, et ainsi augmenter le niveau de satisfaction et la qualité des soins, les médecins doivent être capables de percevoir celles-ci avec précision. L'objectif de ce travail est triple : analyser comment les généralistes de la région gembloutoise perçoivent le degré d'importance que leurs patients accordent aux principales attentes vis-à-vis de la consultation en médecine générale. Evaluer l'influence du profil sociodémographique des participants sur les résultats. Et enfin, prioriser les attentes des patients.

Méthode :

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle réalisée à l'aide de questionnaires anonymes auto-administrés auprès de 20 généralistes et de 400 patients de la région gembloutoise. Les résultats ont été obtenus sur base de la comparaison entre les réponses d'un médecin et d'un patient en particulier.

Résultats :

La tendance globale des résultats montre plutôt une bonne perception des attentes des patients, avec une petite tendance à la sous-estimation pour certains items. Un effet positif significatif a pu être démontré pour la perception des médecins pratiquant depuis plusieurs années et pour ceux possédant leur agrément. Au niveau des attentes, la communication médecin-patient et le soutien des patients occupent une place de choix dans le cœur de ceux-ci, sans oublier évidemment l'importance d'une qualité de prise en charge technique. Nous avons pu constater que ces attentes variaient avec le profil sociodémographique des participants, particulièrement pour les variables suivantes : l'âge, l'état de santé et le sexe du patient.

Conclusions :

La comparaison des réponses d'un médecin avec un patient en particulier a permis d'affiner les résultats par rapport aux autres études réalisées sur le même sujet. Nous pouvons ainsi voir que les généralistes semblent relativement bien connaître leurs patients, et qu'ils ont une bonne perception globale de leurs attentes. Cependant, nous remarquons une sous-estimation récurrente pour certains items, y compris au sein de la littérature. Cela nous indique qu'il serait intéressant d'y être plus attentif et de ne pas sous-estimer l'importance que nos patients y accordent. D'autres études sur le même sujet pourraient être réalisées en modifiant certains points de la méthode afin d'explorer d'avantage les priorités des patients et in fine augmenter la qualité des soins.

Mots-clés :

Etude quantitative, médecin de famille, attente du patient, relation médecin-patient, qualité des soins, perception.

Indexation :

QR32, QS41, QP3, QP4, QD12, QC14, QC15.

1. Introduction

1.1 Contexte, cadre théorique, choix du sujet

Durant mes trois années d'assistanat en médecine générale, j'ai très vite été interpellé par certains compliments de patients : « Vous êtes vraiment un bon docteur… », « Merci pour tout ce que vous faites ... », « Je suis tellement heureux de vous avoir comme docteur… », … Si dans un premier temps, ces remerciements nous procurent de la joie et renforcent notre motivation, dans un second temps, je me suis posé la question suivante : *pourquoi ces patients sont-ils satisfaits de notre collaboration ?*

Lors de mes recherches dans la littérature, mon attention fut d'abord attirée par le fait que la notion de qualité des soins est de plus en plus grandissante. Le nombre de publications à ce propos ne cesse d'augmenter ces dernières années. Divers modèles ont d'ailleurs été mis au point afin d'essayer de la quantifier et de la comparer entre régions et pays.

La satisfaction du patient est fréquemment considérée comme un élément essentiel de la qualité des soins, au même titre que d'autres indicateurs tels que la qualité de vie, la mortalité et les coûts de la santé (1). Il s'agit même d'un facteur clé dans l'évaluation globale des services de soins de santé étant donné son influence sur certains résultats cruciaux (1) (2) (3). En effet, si la satisfaction du patient est mauvaise, la non-observance des traitements et la rupture du suivi thérapeutique sont plus fréquentes, causes potentielles de tourisme médical et d'augmentation des coûts de la santé (1).

Si nous regardons la définition du verbe satisfaire, il s'agit de « *contenter quelqu'un, lui procurer ce qu'il demande, ce qu'il attend, ce qu'il désire* » (Dictionnaire Larousse 2020). Cette définition a donc réorienté ma question initiale de cette manière : *Les patients sont-ils satisfaits de notre collaboration parce que je réponds à leurs attentes ?*

La littérature nous conforte dans l'idée que la satisfaction des patients semble augmenter à partir du moment où les généralistes répondent correctement aux attentes de leurs patients (4). Cela est d'ailleurs un point important de la politique actuelle des soins de santé.

Plusieurs études se sont intéressées aux attentes des patients par rapport à la médecine générale. Certaines ont permis de mettre en évidence les aspects les plus importants aux yeux des patients (5). D'autres ont essayé de développer un outil validé et fiable afin de pouvoir les mesurer dans différents groupes de populations (6). Et enfin, certaines ont essayé de voir la priorité que les patients accordaient aux différentes attentes (7) (8).

A travers la lecture de ces articles, nous prenons vite conscience que les attentes des patients sont très variées. En effet, elles peuvent être influencées par la culture locale et nationale (5),

par l'organisation (pratique solo, de groupe…) (9), par les caractéristiques du patient (âge, sexe,…) (5) (9) (10) et enfin par le motif de consultation (urgence, problème psychologique ou physique,…) (5). Les priorités peuvent donc varier entre les patients mais aussi entre les patients d'une culture et d'un système de soins différent (5).

Afin de pouvoir répondre correctement aux attentes des patients, et ainsi faire augmenter le niveau de satisfaction et la qualité des soins, les médecins généralistes doivent être capables de percevoir celles-ci avec précision (11). Au sein de la littérature, il existe très peu de données concernant la perception des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs patients. Les quelques éléments qui en ressortent montrent que les priorités des généralistes et des patients diffèrent (11) (12), et que les médecins généralistes ont tendance à surestimer les attentes de leurs patients (12) (13).

Ces études comparatives ont pour la plupart été réalisées dans d'autres pays avec d'autres systèmes de soins de santé que la Belgique et majoritairement en zone urbaine. Or, nous savons que la culture locale et l'organisation du système des soins de santé influencent les attentes des patients (5). De plus, ces études comparatives ont quasiment toutes recruté l'échantillon des patients de façon indépendante par rapport à l'échantillon des médecins généralistes. Les résultats n'ont donc pas pu être directement comparés entre le médecin et ses propres patients. Pourtant, un des piliers de la médecine générale est que le médecin connaît relativement bien chacun de ses patients.

1.2 Objectifs

Le fil conducteur de cette étude est qu'une meilleure connaissance des attentes des patients, ainsi que de l'importance qu'ils y accordent, pourrait mener le médecin à modifier sa pratique de la médecine générale pour qu'elle soit plus en adéquation avec celles-ci. Ce faisant, le généraliste augmentera la satisfaction de ses patients et in fine, la qualité des soins de santé. Mais pour cela, faut-il encore que les médecins parviennent à percevoir correctement les attentes de leurs propres patients.

L'objectif principal de ce travail consiste à analyser à l'aide d'une étude quantitative observationnelle, et au moyen de questionnaires anonymes auto-administrés, comment les médecins généralistes de la région gembloutoise (région semi-rurale) perçoivent le degré d'importance que leurs patients accordent aux principales attentes vis-à-vis de la consultation en médecine générale.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence du profil sociodémographique des participants sur les résultats de l'enquête.

Et enfin le troisième objectif est de prioriser les attentes des patients pour apporter des pistes d'amélioration des soins au sein des cabinets participants.

Le postulat de base de ce travail est donc que les attentes sont très variables d'un patient à l'autre, notamment en fonction de leur profil sociodémographique. Un des piliers de la médecine générale est que nous connaissons relativement bien nos patients. Dès lors, cela procure un avantage aux généralistes car ils auront plus de facilités à percevoir ces différences entre leurs patients. Contrairement aux autres études qui occultaient en quelque sorte cet aspect en globalisant tous les avis, le fait de comparer dans ce travail l'avis du médecin avec un patient en particulier (comparaison en « one to one ») devrait permettre d'améliorer et d'affiner les résultats par rapport aux autres données parues au sein de la littérature. Cette bonne connaissance de leur patientèle devrait ainsi permettre aux médecins généralistes de percevoir de manière adéquate et avec plus de précision les attentes de leurs patients.
Cette hypothèse de travail devra être vérifiée à l'aide des différentes données récoltées au cours de cette étude.

2. Méthode

2.1 Revue de la littérature

Une revue systématique de la littérature a été réalisée afin de me documenter correctement sur les attentes des patients vis-à-vis de la médecine générale. Diverses publications ont été retenues. Elles sont citées dans l'introduction, la méthodologie et la discussion.

Pour effectuer cette recherche, j'ai consulté plusieurs sources bibliographiques :

- Le Centre Belge pour l'Evidence-Based Medecine (CEBAM)
- Le site du KCE
- Le site de Minerva
- Trip Data Base
- Le moteur de recherche Pubmed
- Google Scholar

Ma question de recherche, formulée selon l'acronyme PICO était la suivante :

P : le « couple » médecin généraliste avec un patient en particulier ;

I : déterminer l'adéquation entre la perception du médecin généraliste et les attentes du patient ;

C : comparer ce « couple » avec le couplage « global » issu de la littérature ;

O : améliorer la satisfaction des patients et la qualité des soins.

J'ai consulté la National Library of Medecine afin d'identifier les termes MeSH en rapport avec mon sujet. Les mots-clés utilisés seuls ou en combinaison étaient les suivants : « perception », « general practitioner », « patient », « patient satisfaction », « family practice ». J'ai également utilisé les termes « expectations », « views », « priorities » et « care » qui ne sont pas répertoriés dans le MeSH mais qui ont été utiles dans mes recherches.

En intégrant et combinant ces différents mots-clés dans les bases de données, j'ai parcouru les titres et abstracts des résultats obtenus. J'ai réduit leur nombre en ne retenant que les articles rédigés en anglais ou en français et récents (maximum les 25 dernières années). J'ai également exclu ceux qui ne parlaient pas de la médecine de première ligne et qui abordaient des attentes précises des patients (antibiothérapie, accompagnement du sevrage alcoolique, …).

Pour terminer, afin d'approfondir mes connaissances sur le sujet, j'ai pratiqué une remontée de la littérature. A partir de la bibliographie des publications les plus importantes, j'ai consulté les références qui me semblaient pertinentes.

Mes recherches au sein de la littérature se sont étendues entre le début du mois d'août et la fin du mois de novembre 2020.

2.2 Type d'étude

L'objectif de l'étude a été de comparer et d'analyser des chiffres concernant des paramètres étudiés dans une population. Mon choix de méthode s'est donc naturellement porté sur une étude quantitative observationnelle. Elle a été réalisée à l'aide de questionnaires anonymes auto-administrés afin d'obtenir des résultats quantifiables.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des sujets dans l'étude

Cette étude comportait deux groupes de participants différents.

Le premier groupe était uniquement constitué de médecins. Les critères d'inclusion qui ont été appliqués étaient les suivants : être médecin généraliste agréé ou en formation (assistant) et professer dans la région gembloutoise. Les critères d'exclusion étaient les suivants : ne plus être actif au niveau professionnel.

Le deuxième groupe était uniquement constitué de patients. Les critères d'inclusion qui ont été appliqués étaient les suivants : être âgé de plus de 18 ans, parler et comprendre le français. Les critères d'exclusion étaient les suivants : présenter une altération des fonctions cognitives ou être atteint d'une démence, consulter pour un motif d'urgence médicale et les patients rencontrés lors d'une visite au domicile.

2.4 Méthodes de recrutement et échantillonnage

Recrutement des médecins :

Pour des raisons pratiques, les médecins ont été recrutés au sein de la même région, à savoir la région gembloutoise. L'avantage de cette commune réside dans sa diversité au niveau des profils sociodémographiques, aussi bien au niveau du sexe, de l'âge et des années d'expérience en médecine générale. Le recrutement s'est basé sur une participation volontaire après une présentation succincte de l'objectif de ce travail, des modalités organisationnelles et du temps moyen prévu pour la réalisation de l'enquête et le remplissage des questionnaires. En termes statistiques, il s'agit d'un échantillonnage non aléatoire par convenance.

Recrutement des patients :

Etant donné qu'il m'est impossible d'avoir une vue complète sur la population étudiée, l'échantillonnage de type aléatoire n'a pas pu être réalisé. Afin d'obtenir un échantillon le « plus » représentatif possible, je me suis donc orienté vers un échantillonnage non aléatoire de type itinéraire.

Il a été demandé à chaque médecin qui acceptait de participer à cette enquête de recruter un

nombre bien précis de participants. Le médecin a proposé de remplir le questionnaire au premier et au dernier patient de sa matinée de consultations, ainsi qu'au premier et au dernier patient de sa soirée de consultations. J'ai choisi ces différents moments de la journée sur base du postulat que le profil sociodémographique des patients qui consultent en matinée n'est pas le même que ceux qui consultent en soirée.

2.5 Le nombre de participants des différents groupes

Nombre de participants pour le groupe des médecins : 20 médecins généralistes.

Nombre de participants pour le groupe des patients : 400 patients.

Comme mon échantillonnage des patients n'a pas été complètement empirique, je me suis basé sur la méthode de calcul de taille d'un échantillon aléatoire. La formule qui a été utilisée est celle de Cochran, ajustée à une population finie, qui détermine le nombre de personnes à interroger en fonction de la marge d'erreur fixée et avec un niveau de confiance déterminé. La marge d'erreur a été fixée à 5 % et le niveau de confiance à 95%.

Le nombre obtenu a été multiplié par une estimation du nombre de réponses « erronées » que j'ai fixé à 5%. Dans mon cas, en prenant une population étudiée = 10.000 (nombre de patients de l'ensemble des cabinets gembloutois participants), j'ai obtenu 389 patients à recruter pour avoir un échantillon significatif. En pratique, ce nombre a été arrondi à 400.

Pour plus de détails concernant la méthode de calcul du nombre de participants requis, je vous invite à consulter l'annexe 1.

2.6 Les procédures et l'organisation mises en place

Dans un premier temps, un dossier a été remis au comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCLouvain. Celui-ci a rendu un avis favorable définitif le 06 février 2021 portant le numéro 2020/16DEC/626 (voir annexe 2).

Après avoir obtenu cet accord, les médecins pratiquant dans la région gembloutoise ont été contactés personnellement par téléphone afin de leur présenter le projet et d'exposer l'objectif et les modalités de l'enquête. Pour ceux qui ont accepté de participer, une réunion a été organisée afin de leur expliquer plus en détails l'aspect organisationnel de l'étude et de répondre à leurs éventuelles questions. Une fois ces informations données, ils ont été invités à lire le « *document d'information au participant (version médecin)* » (voir annexe 3) reprenant les différentes modalités pratiques de l'enquête et à compléter le « *formulaire de consentement éclairé* » (voir annexe 3).

Une première phase dite de « pré-test » a été organisée pour l'ensemble des médecins

participants. Il leur a été demandé de recruter trois patients, le but étant d'atteindre une cinquantaine de patients pour cette phase de test. Ce premier feedback a permis de faire quelques ajustements au niveau des aspects organisationnels (rappel de bien conserver les feuilles de consentement des patients et de ne pas les mettre dans l'urne, rappel que l'ensemble des questionnaires patients et médecins devaient être remis dans la même urne scellée, …). Au niveau du questionnaire, aucune modification n'a dû être apportée suite à cette phase de pré-test.

L'enquête proprement dite s'est déroulée durant les mois de février et mars 2021 et a duré 6 semaines. Chaque médecin participant s'est vu remettre un nombre d'enveloppes bien précis. Chaque enveloppe comprenait deux questionnaires : l'un destiné au médecin, l'autre au patient. Après avoir exposé au patient le sujet de l'étude ainsi que le temps moyen estimé pour remplir le questionnaire, le médecin lui a demandé son consentement libre et éclairé. Un document de participation reprenant l'objectif et les aspects organisationnels a été remis à chaque participant (voir annexe 4). En acceptant de remplir le questionnaire, le patient a donné son consentement à l'utilisation de ses réponses de façon anonyme et à visée uniquement scientifique et non commerciale. Ensuite, le patient s'est vu remettre son questionnaire et est retourné en salle d'attente pour le compléter. Une table et une chaise étaient mises à sa disposition. Une fois le questionnaire rempli, le patient le déposait dans l'urne prévue à cet effet. De son côté, le médecin remplissait également son questionnaire une fois le patient sorti du cabinet de consultation. Une urne scellée et commune pour les questionnaires des patients et des médecins a été prévue dans chaque cabinet médical participant.

2.7 Les procédures pour respecter la confidentialité

Chaque enveloppe portait un nombre. Les questionnaires portaient également le même nombre. La distribution des enveloppes a été aléatoire. De cette façon, les questionnaires étaient totalement anonymes mais ce nombre a permis la comparaison des réponses entre le médecin et le patient lors de l'analyse des résultats. Aucune liste reprenant les données des participants n'a été dressée (nom, prénom, téléphone, données du dossier médical, …). Lors du dépouillement, aucun lien n'a pu être fait entre les réponses d'un questionnaire et un participant. Le patient a eu la possibilité de remplir son questionnaire en salle d'attente où une table et une chaise ont été disposées à l'écart lui permettant de répondre en toute confidentialité aux différentes questions. Le dépouillement des questionnaires a été réalisé en mélangeant l'ensemble des formulaires de toutes les urnes. Ainsi, il n'y avait aucun risque de pouvoir identifier le cabinet médical d'où ils provenaient ainsi que le médecin et le patient participant. Les données ont été encodées sur un PC sécurisé et le fichier protégé par mot de passe.

2.8 Le questionnaire

Le questionnaire a été développé dans le but d'analyser la perception des médecins généralistes par rapport au degré d'importance que leurs propres patients accordent à leurs attentes vis-à-vis de la consultation en médecine générale. Les questions ont été choisies et élaborées sur base d'une revue de la littérature et de discussions avec mon promoteur et différents médecins. Je me suis basé sur trois articles majeurs. Le premier synthétisait les attentes les plus fréquentes et les plus prioritaires de la littérature (5). Le second avait pour objectif le développement d'un outil de mesures des attentes des patients (6). Le troisième concernait l'outil EUROPEP qui est un instrument standardisé, validé dans plusieurs langues (y compris le français), facile d'utilisation et intégrant une évaluation de la satisfaction basée sur les priorités des patients (14). Après ce travail de recherche et d'analyse, 15 items ont finalement été sélectionnés. Les questions ont été réparties en 5 catégories : organisation du cabinet et disponibilité (questions 1 à 4), communication et relation médecin-patient (questions 5 à 7), prise en charge médicotechnique (questions 8 à 11), information et soutien des patients (questions 12 à 13), coordination et continuité de la prise en charge (questions 14 à 15). Pour les questions issues de la littérature anglophone, une aide a été demandée à une professeure licenciée en langues germaniques afin que la traduction et le sens soient les plus proches possible de la version originale. Le questionnaire s'est voulu relativement court afin de limiter le temps nécessaire à son remplissage, et donc l'impact sur la pratique du médecin, et encourager la participation des patients. La première page reprenait les questions sur les caractéristiques sociodémographiques du participant. Il a été choisi de les positionner en premier afin de mettre en confiance le répondant pour la suite des questions. Ensuite, en seconde page venaient les 15 items concernant les attentes vis-à-vis de la consultation en médecine générale. Il a été décidé de les mettre en un seul bloc continu par facilité de mise en page et de dépouillement des questionnaires. Chaque item fut évalué selon une échelle de Likert à 5 points, allant de « pas du tout important » (score de 1) à « très important » (score de 5). Le questionnaire pour le médecin comportait les mêmes items que celui des patients. Le but étant qu'il « imagine » comment le patient qui venait de quitter son cabinet de consultation allait répondre aux différentes propositions et voir ainsi si le médecin était parvenu à détecter le degré d'importance accordé par le patient aux différentes attentes proposées.

Un exemplaire du questionnaire médecin et patient se trouve dans les annexes 5 et 6.

2.9 Les procédures/méthodes utilisées pour l'analyse des données

Avant de passer à l'analyse des résultats, j'ai réalisé un nettoyage des données. J'ai exclu les questionnaires et/ou questions qui ont été remplis de manière incorrecte (absence de renseignements sur les données sociodémographiques du patient ou du médecin, oubli de réponse à une question, plusieurs propositions entourées, …).

Ensuite, j'ai encodé dans Excel® les réponses des patients et des médecins séparément sans oublier leurs données sociodémographiques et le nombre figurant sur le questionnaire permettant de ce fait le couplage du médecin avec son patient.
Des analyses descriptives univariées présentant les résultats de l'adéquation médecin-patient, et des attentes des patients ont été réalisées avec Excel®.
Par contre, les analyses inférentielles et multivariées visant à trouver et quantifier les corrélations entre les données sociodémographiques et les réponses ont été réalisées à l'aide du logiciel R® et considérées comme significatives si l'intervalle de confiance était de 95% (p-value < 5%).

3. Analyse des résultats

3.1 Taux de participation

Chaque médecin a reçu 20 enquêtes à réaliser. Chacune d'elles était composée d'un questionnaire pour le patient et d'un questionnaire pour le médecin. Ce qui nous faisait un total de 400 enquêtes avec 800 questionnaires couplés à remplir (400 pour le patient et 400 pour le médecin).

Sur les 800 questionnaires distribués, 792 ont été récoltés.

Après dépouillement, nettoyage (élimination des questionnaires incomplets) et encodage des données seules 384 enquêtes (couple médecin-patient) ont pu être réconciliées.

Par rapport aux 400 enquêtes prévues, le nombre d'enquêtes erronées est donc de 4 %.

3.2 Données sociodémographiques des participants

Tableau 1 : Données sociodémographiques des patients (N = 384)

Age patient		Etat civil	
18-24 ans	37 (10%)	célibataire	131 (34%)
25-44 ans	127 (33%)	marié	202 (53%)
45-64 ans	137 (36%)	divorcé/séparé	42 (11%)
65 ans ou plus	83 (21%)	veuf/veuve	9 (2%)
Etat de santé		Motif de consultation	
faible ou moyen	91 (24%)	autre	116 (30%)
bon	212 (55%)	nouveau problème	111 (29%)
TB /excellent	81 (21%)	suivi problème	157 (41%)
Niveau de scolarité		Nombre de consultations ces 6 derniers mois	
école primaire	14 (4%)	1 ou 2	165 (43%)
école secondaire	158 (41%)	3 ou 4	117 (30%)
BAC/Et SUP	126 (33%)	5 ou 6	72 (19%)
université	85 (22%)	7 ou plus	30 (8%)
Statut de travail		Sexe patient	
étudiant	26 (7%)	femme	230 (60%)
employé/ouvrier	203 (53%)	homme	154 (40%)
retraité	99 (26%)		
chômeur/sans emploi	16 (4%)		
autres	40 (10%)		

Tableau 2 : Données sociodémographiques des médecins (N = 20)

Sexe médecin		Agrément médecine Générale	
femme	11 (55%)	non	8 (40%)
homme	9 (45%)	oui	12 (60%)
Années de pratique		Nombre heures par semaine prestée	
Moins de 5 ans	11 (55%)	Moins de 30 heures	2 (10%)
5-14 ans	4 (20%)	30-44 heures	10 (50%)
15-24 ans	1 (5%)	45-59 heures	6 (30%)
25 ans ou plus	4 (20%)	60 heures ou plus	2 (10%)
Age médecin			
Moins de 30 ans	9 (45%)		
30-39 ans	6 (30%)		
40-49 ans	1 (5%)		
50-59 ans	1 (5%)		
60 ans ou plus	3 (15%)		

3.3 Résultats de l'adéquation médecin-patient

3.3.1 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient

Les réponses à chaque question peuvent être placées sur une échelle de Likert variant de 1 à 5. Afin de mesurer l'adéquation entre le médecin et son patient, j'ai soustrait à la réponse du médecin celle du patient. Les résultats de cette opération m'ont donné une variable que j'ai appelé score d'adéquation variant de -4 à +4. La valeur -4 correspond donc à la sous-estimation la plus importante du médecin vis-à-vis de l'attente du patient. La valeur +4 représentant la surestimation la plus importante.

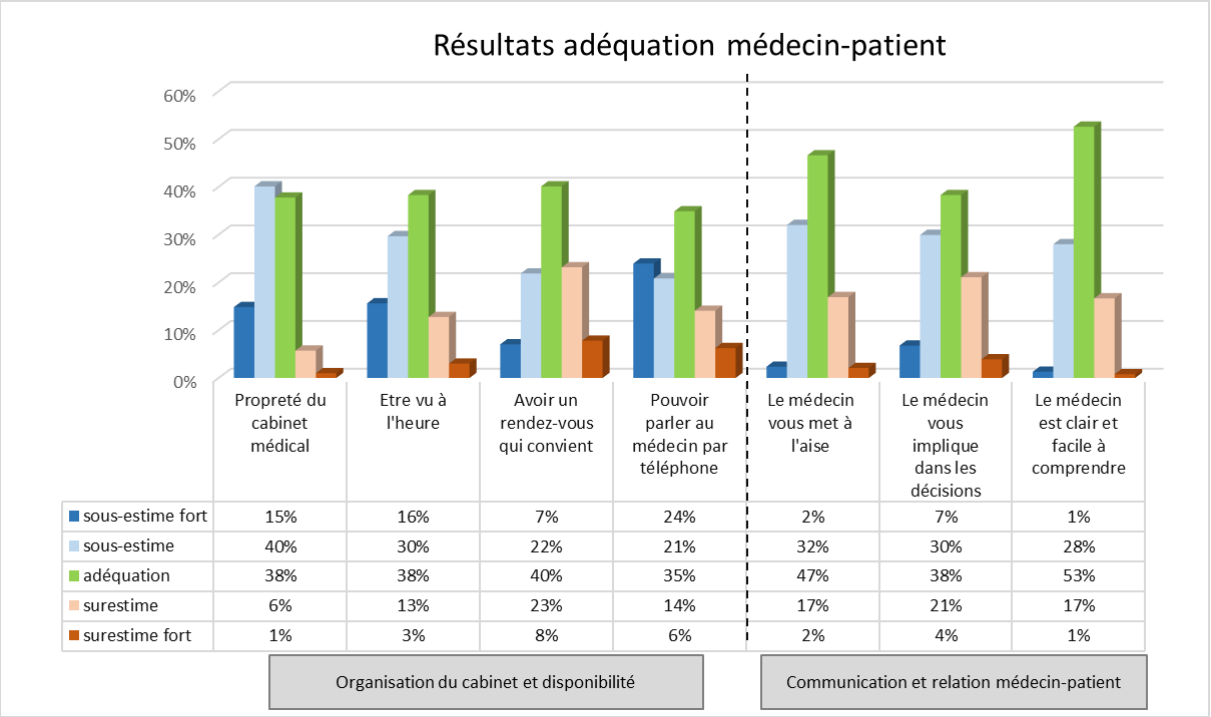
Vu la faible fréquence des modalités (-4, -3 et +3, +4) et afin de faciliter la lisibilité des schémas, celles-ci ont été regroupées respectivement dans les modalités – 2 et +2. Grâce à cela, j'ai pu obtenir 5 niveaux : la valeur -2 représentant une forte sous-estimation, -1 une sous-estimation, 0 une adéquation, +1 une surestimation et +2 une forte surestimation.

Par la suite, j'ai également travaillé avec 3 niveaux : sous-estimation (-1), adéquation (0) et surestimation (+1).

Un tableau résumant les résultats complets sur les 9 niveaux se trouve en annexe 7.

3.3.1.1 *Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient sur 5 niveaux*

Les figures 1 schématisent les résultats obtenus sur 5 niveaux et le tableau des résultats sur 5 niveaux se trouve en annexe 8.



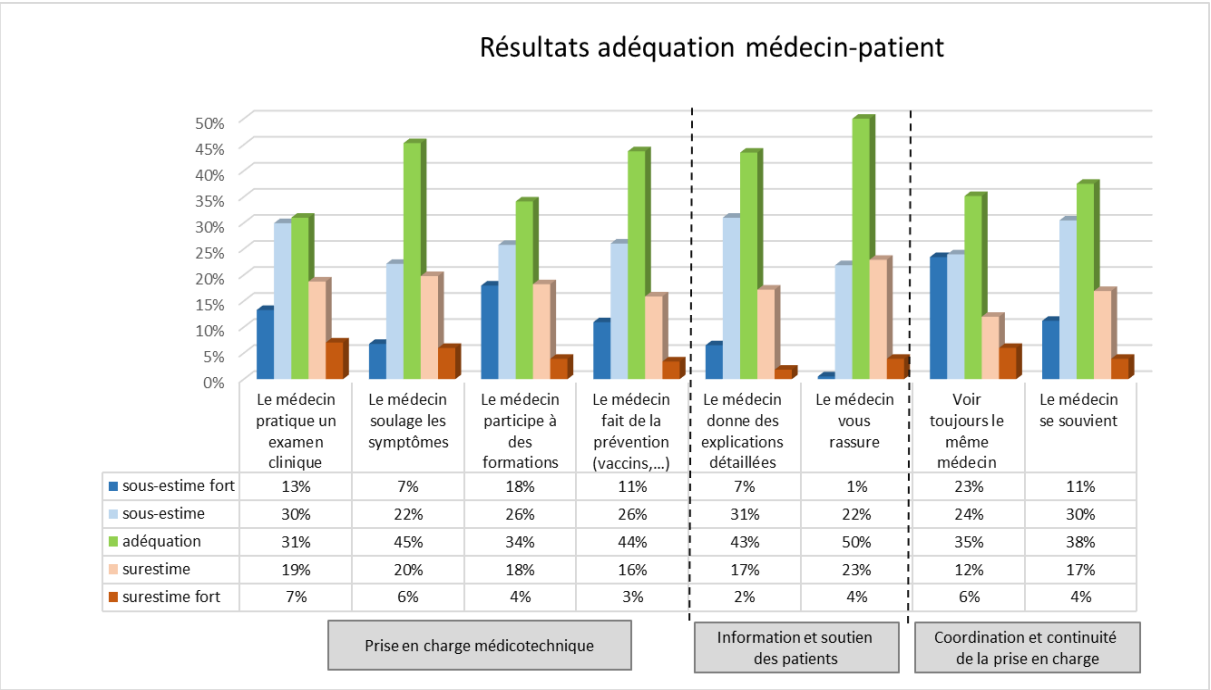


Figure 1 : Résultats de l'adéquation médecin-patient sur 5 niveaux

Lors d'un premier coup d'œil, on remarque que l'adéquation est la classe la plus fréquente sauf pour la question « *propreté du cabinet médical* ». Afin de déterminer si à côté de l'adéquation, c'est la sous-estimation ou la surestimation qui est la plus représentée, j'ai complété mon approche par une analyse à 3 niveaux en groupant les modalités de sous-estimation (-2 et -1) ainsi que celles de surestimation (+1 et +2).

3.3.1.2 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient sur 3 niveaux

Le tableau 3 donne une synthèse descriptive de ces résultats sur 3 niveaux (sous-estimation, adéquation et surestimation) et permet de dégager les tendances.

Tableau 3 : Synthèse de l'adéquation médecin-patient sur 3 niveaux

	Total	Nombre de patients avec une attente plus grande que celle du médecin (sous-estimation)	Nombre de patients avec une attente équivalente à celle du médecin (adéquation)	Nombre de patients avec une attente moins grande que celle du médecin (surestimation)	Tendance du résultat
Organisation du cabinet et disponibilité					
Propreté du cabinet médical	384	211 (55%)	145 (38%)	28 (7%)	sous-estimation
Etre vu à l'heure	384	174 (46%)	147 (38%)	63 (16%)	sous-estimation
Avoir un rendez-vous qui convient	384	111 (29%)	154 (40%)	119 (31%)	adéquation
Pouvoir parler au médecin par téléphone	384	172 (45%)	134 (35%)	78 (20%)	sous-estimation
Communication et relation médecin-patient					
Le médecin vous met à l'aise	384	132 (34%)	179 (47%)	73 (19%)	adéquation
Le médecin vous implique dans les décisions	384	141 (37%)	147 (38%)	96 (25%)	distribution égale
Le médecin est clair et facile à comprendre	384	115 (29%)	202 (53%)	67 (18%)	adéquation
Prise en charge médico-technique					
Le médecin pratique un examen clinique	384	166 (43%)	119 (31%)	99 (26%)	sous-estimation
Le médecin soulage les symptômes	384	111 (29%)	174 (45%)	99 (26%)	adéquation
Le médecin participe à des formations	384	168 (44%)	131 (34%)	85 (22%)	sous-estimation
Le médecin fait de la prévention (vaccins,…)	384	142 (37%)	168 (44%)	74 (19%)	adéquation
Information et soutien des patients					
Le médecin donne des explications détaillées	384	144 (38%)	167 (43%)	73 (19%)	adéquation
Le médecin vous rassure	384	86 (23%)	195 (50%)	103 (27%)	adéquation
Coordination et continuité de la prise en charge					
Voir toujours le même médecin	384	182 (47%)	135 (35%)	67 (18%)	sous-estimation
Le médecin se souvient	384	160 (41%)	144 (38%)	80 (21%)	sous-estimation

Cette fois, on remarque que pour les questions *« propreté du cabinet médical »*, « *être vu à l'heure* », « *pouvoir parler au médecin par téléphone* », « *le médecin pratique un examen clinique* », « *le médecin participe à des formations* », « *voir toujours le même médecin* » et « *le*

médecin se souvient », le pourcentage de sous-estimation l'emporte sur le pourcentage d'adéquation. Pour les questions « *avoir un rendez-vous qui convient* », « *le médecin vous met à l'aise* », « *le médecin est clair et facile à comprendre* », « *le médecin soulage les symptômes* », « *le médecin fait de la prévention (vaccins, ...)* », « *le médecin donne des explications détaillées* » et « *le médecin vous rassure* » l'adéquation est dominante.

3.3.1.3 Le test de Wilcoxon

Afin de confirmer les résultats obtenus dans le tableau 3 qui correspondent à des statistiques descriptives, j'ai réalisé une inférence statistique à l'aide du test de Wilcoxon-Mann-Whitney recommandé pour des variables continues ou ordinales (ce qui est notre cas avec l'échelle de Likert). L'hypothèse nulle (H0) utilisée pour ce test étant que la médiane est égale à 0 (adéquation) et l'hypothèse alternative (H1) étant que la médiane est différente de 0 (pas adéquation). Les résultats obtenus m'ont interpellé.

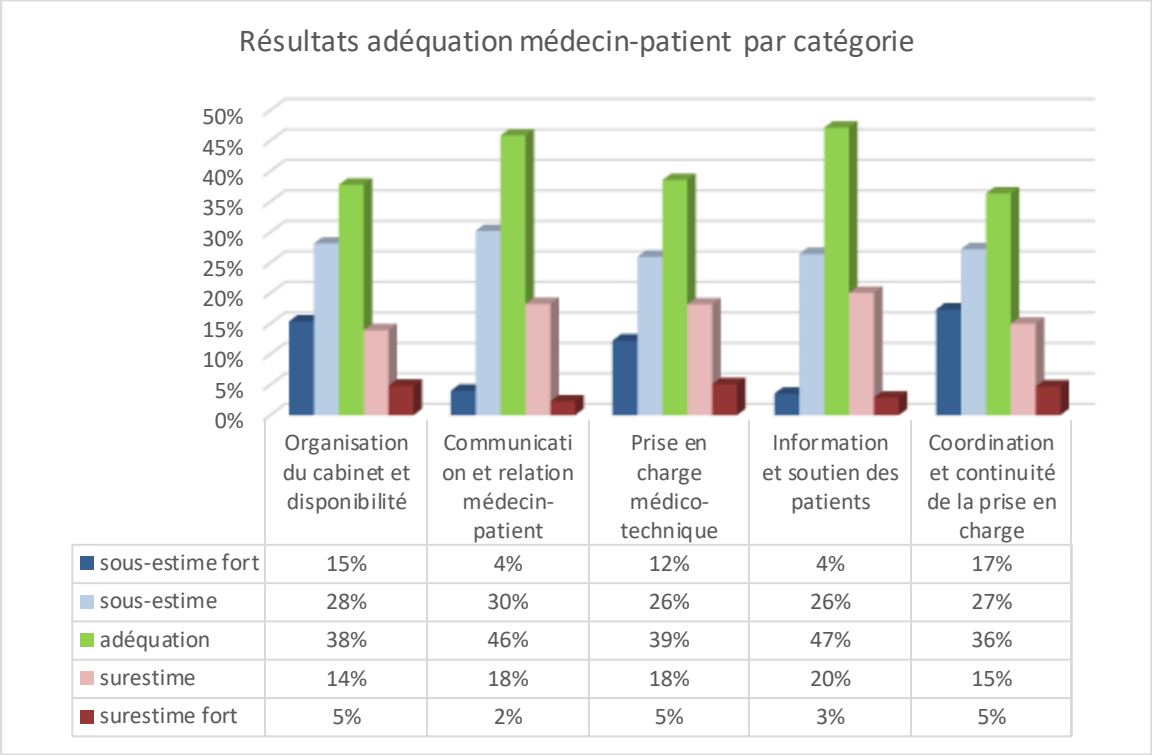
En effet, le tableau 4 permet de se rendre compte que la valeur médiane se situe dans la classe d'adéquation pour toutes les questions sauf pour « *propreté du cabinet médical* ». Le test de Wilcoxon m'a donné une tendance significative (p-value < 5%) à la sous-estimation pour toutes les questions sauf pour « *le médecin vous rassure* », « *avoir un rendez-vous qui convient* » et « *le médecin soulage les symptômes* ». Il n'était pas crédible. Après de multiples recherches et de discussions avec des statisticiens, le test utilisé dans le cas de variables ordinales doit être interprété avec beaucoup de prudence. Dans ses calculs, il fait abstraction en supprimant la valeur 0 (= la valeur testée) dont la probabilité en variable continue est nulle mais pas en variable ordinale, ce qui est notre cas. Cette abstraction explique sa non-fiabilité pour mon étude.

3.3.2 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient par catégorie de questions

Pour terminer l'analyse univariée de l'adéquation médecin-patient, j'ai repris la même approche mais par catégorie de questions.

3.3.2.1 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient par catégorie sur 5 niveaux

La figure 2 schématise les résultats obtenus sur 5 niveaux et le tableau des résultats par catégorie se trouve en annexe 9.



	Organisation du cabinet et disponibilité	Communication et relation médecin-patient	Prise en charge médico-technique	Information et soutien des patients	Coordination et continuité de la prise en charge
sous-estime fort	15%	4%	12%	4%	17%
sous-estime	28%	30%	26%	26%	27%
adéquation	38%	46%	39%	47%	36%
surestime	14%	18%	18%	20%	15%
surestime fort	5%	2%	5%	3%	5%

Figure 2 : Résultats de l'adéquation médecin-patient par catégorie sur 5 niveaux

3.3.2.2 Analyse univariée de l'adéquation médecin-patient par catégorie sur 3 niveaux

Le tableau 4 donne une synthèse descriptive de ces résultats par catégorie sur 3 niveaux (sous-estimation, adéquation et surestimation) et permet de dégager les tendances.

Tableau 4 : Synthèse de l'adéquation médecin-patient par catégorie sur 3 niveaux

	Total	Nombre de patients avec une attente plus grande que celle du médecin (sous-estimation)	Nombre de patients avec une attente équivalente à celle du médecin (adéquation)	Nombre de patients avec une attente moins grande que celle du médecin (surestimation)	Tendance du résultat
Organisation du cabinet et disponibilité	1536	668 (43%)	580 (38%)	288 (19%)	sous-estimation
Communication et relation médecin-patient	1152	388 (34%)	528 (46%)	236 (20%)	adéquation
Prise en charge médico-technique	1536	587 (38 %)	592 (39%)	357 (23%)	distribution égale
Information et soutien des patients	768	230 (30%)	362 (47%)	176 (23%)	adéquation
Coordination et continuité de la prise en charge	768	342 (44%)	279 (36%)	147 (20%)	sous-estimation

3.3.3 Analyse bivariée de l'adéquation médecin-patient

3.3.3.1 Approche

Cette analyse a eu pour but de trouver les corrélations entre d'une part les variables sociodémographiques des patients et des médecins et d'autre part la variable score d'adéquation des différentes questions.

Le test statistique de Khi-carré de Pearson a été utilisé lorsque le nombre d'effectifs théoriques dans chaque classe était supérieur à 5, sinon le test exact de Fisher lui a été préféré.

Afin d'obtenir suffisamment d'effectifs dans chaque classe, j'ai repris l'approche à 3 niveaux utilisée dans mon analyse univariée et j'ai regroupé certaines modalités des variables sociodémographiques.

L'hypothèse nulle (H0) de ces deux tests considère que les variables sont indépendantes. L'hypothèse alternative (H1) étant qu'il y a un lien entre la variable sociodémographique et les réponses du médecin.

Le calcul de ces 2 tests est relativement simple à comprendre : il mesure l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques que l'on devrait obtenir s'il n'y avait pas de dépendance.

Lorsqu'il y a une dépendance entre les fréquences observées, j'ai aussi calculé les résidus du Khi-carré qui identifient où se trouvent les plus grandes différences. Dans les tableaux ci-dessous, les cases en rouge signifient qu'il y a une surreprésentation des modalités et les cases en bleu une sous-représentation.

3.3.3.2 Synthèse des résultats

Les résultats complets reprenant toutes les dépendances significatives (p-value < 5 %) se trouvent en annexe 10. Le tableau 5 reprend les résultats les plus intéressants à interpréter. On y trouve en colonnes les différentes variables sociodémographiques des patients et des médecins et en lignes les différentes questions. On y trouve également la p-value du Khi-carré associé à la question et à la variable sociodémographique intervenant dans le test ainsi que les résidus colorés du Khi-carré.

Tableau 5 : Synthèse de l'analyse bivariée de l'adéquation médecin-patient sur 3 niveaux

	Sexe médecin		Age médecin		Agrément médecine générale		Années de pratique			Nombre heures par semaine prestée			Sexe patient	
	femme	homme	30-60 ans ou plus	Moins de 30 ans	non	oui	5-24 ans	25 ans ou plus	Moins de 5 ans	30-44 heures	45 - 60 heures ou plus	Moins de 30 heures	femme	homme
Organisation du cabinet et disponibilité														
Etre vu à l'heure														
							p-value = 0,052							
sous-estime							42/98 (43%)	29/80 (36%)	103/206 (50%)					
adéquation							40/98 (41%)	41/80 (51%)	66/206 (32%)					
surestime							16/98 (16%)	10/80 (12%)	37/206 (18%)					
Avoir un rendez-vous qui convient														
							pvalue < 0,001							
sous-estime							36/98 (37%)	9/80 (11%)	66/206 (32%)					
adéquation							34/98 (35%)	49/80 (61%)	71/206 (34%)					
surestime							28/98 (29%)	22/80 (28%)	69/206 (33%)					
Pouvoir parler au médecin par téléphone														
	p-value = 0,039		**p-value = 0,021**		**p-value < 0,01**					**p-value = 0,002**				
sous-estime	106/212 (50%)	66/172 (38%)	83/215 (39%)	89/169 (53%)	86/149 (58%)	86/235 (37%)				103/200 (52%)	51/154 (33%)	18/30 (60%)		
adéquation	71/212 (33%)	63/172 (37%)	85/215 (40%)	49/169 (29%)	41/149 (28%)	93/235 (40%)				59/200 (30%)	65/154 (42%)	10/30 (33%)		
surestime	35/212 (17%)	43/172 (25%)	47/215 (22%)	31/169 (18%)	22/149 (15%)	56/235 (24%)				38/200 (19%)	38/154 (25%)	2/30 (7%)		
Communication et relation médecin-patient														
Le médecin vous implique dans les décisions														
							p-value = 0,036			**p-value = 0,057**				
sous-estime							44/98 (45%)	18/80 (22%)	79/206 (38%)	85/200 (42%)	49/154 (32%)	7/30 (23%)		
adéquation							34/98 (35%)	38/80 (48%)	75/206 (36%)	69/200 (34%)	67/154 (44%)	11/30 (37%)		
surestime							20/98 (20%)	24/80 (30%)	52/206 (25%)	46/200 (23%)	38/154 (25%)	12/30 (40%)		
Prise en charge médico-technique														
Le médecin pratique un examen clinique														
	p-value = 0,004						**p-value < 0,001**							
sous-estime	105/212 (50%)	61/172 (35%)					32/98 (33%)	25/80 (31%)	109/206 (53%)					
adéquation	65/212 (31%)	54/172 (31%)					41/98 (42%)	28/80 (35%)	50/206 (24%)					
surestime	42/212 (20%)	57/172 (33%)					25/98 (26%)	27/80 (34%)	47/206 (23%)					

Le médecin participe à des formations															
					p-value = 0,038		**p-value = 0,003**						**p-value = 0,016**		
sous-estime					58/149 (39%)	110/235 (47%)	30/98 (31%)	41/80 (51%)	97/206 (47%)				87/230 (38%)	81/154 (53%)	
adéquation					48/149 (32%)	83/235 (35%)	43/98 (44%)	30/80 (38%)	58/206 (28%)				88/230 (38%)	43/154 (28%)	
surestime					43/149 (29%)	42/235 (18%)	25/98 (26%)	9/80 (11%)	51/206 (25%)				55/230 (24%)	30/154 (19%)	
Information et soutien des patients															
Le médecin donne des explications détaillées															
										p-value = 0,042					
sous-estime										88/200 (44%)	47/154 (31%)	9/30 (30%)			
adéquation										77/200 (38%)	78/154 (51%)	12/30 (40%)			
surestime										35/200 (18%)	29/154 (19%)	9/30 (30%)			
Coordination et continuité de la prise en charge															
Voir toujours le même médecin															
			p-value < 0,001		**p-value < 0,001**		**p-value = 0,006**			**p-value < 0,001**					
sous-estime			83/215 (39%)	99/169 (59%)	90/149 (60%)	92/235 (39%)	38/98 (39%)	30/80 (38%)	114/206 (55%)	114/200 (57%)	51/154 (33%)	17/30 (57%)			
adéquation			93/215 (43%)	42/169 (25%)	38/149 (26%)	97/235 (41%)	40/98 (41%)	38/80 (48%)	57/206 (28%)	58/200 (29%)	70/154 (45%)	7/30 (23%)			
surestime			39/215 (18%)	28/169 (17%)	21/149 (14%)	46/235 (20%)	20/98 (20%)	12/80 (15%)	35/206 (17%)	28/200 (14%)	33/154 (21%)	6/30 (20%)			

3.3.3.3 Analyse des résultats par catégorie de questions

Catégorie organisation du cabinet et disponibilité

Pour les questions « *être vu à l'heure* » et « *avoir un rendez-vous qui convient* », on constate une dépendance vis-à-vis des années de pratique et qu'il y a une forte adéquation chez les médecins qui ont 25 ans ou plus d'années de pratique.

Pour la question « *pouvoir parler au médecin par téléphone* », on a une dépendance avec le sexe du médecin avec une sous-estimation importante chez les femmes et une surestimation importante chez les hommes. On a une dépendance avec l'âge du médecin avec une sous-estimation importante chez les moins de 30 ans et une adéquation importante chez les plus de 30 ans. On a une dépendance avec l'agrément en médecine générale avec une population importante en adéquation et en surestimation pour les médecins possédant leur agrément tandis que les assistants sous-estiment en général. Finalement, on a une dépendance avec le nombre d'heures prestées par semaine où les médecins prestant entre 45 et 60 heures sont mieux représentés en adéquation que les médecins prestant entre 30 et 44 heures.

Catégorie communication et relation médecin-patient

Pour la question « *le médecin vous implique dans les décisions* », on constate une dépendance avec les années de pratique et le nombre d'heures prestées. Les médecins qui prestent entre 30 et 44 heures sont en sous-estimation.

Catégorie prise en charge médico-technique

Pour la question « *le médecin pratique un examen clinique* », on a une dépendance avec le sexe du médecin où en général les femmes ont tendance à sous-estimer et les hommes à surestimer. En ce qui concerne les années de pratique, les médecins ayant moins de 5 années de pratique sous-estiment davantage tandis que les médecins qui ont 5 à 24 ans de pratique sont plus en adéquation.

Pour la question « *le médecin participe à des formations* », les médecins n'ayant pas leur agrément surestiment et les médecins avec 5 à 24 ans d'années de pratique sont plus en adéquation. Les moins de 5 ans de pratique se trouvent rarement en adéquation et les 25 ans et plus rarement en surestimation. Il y a également une dépendance avec le sexe du patient où les médecins sont plus en adéquation lorsqu'il s'agit d'un patient de sexe féminin et sous-estiment quand il s'agit d'un patient de sexe masculin.

Catégorie information et soutien des patients

Pour la question « *le médecin donne des explications détaillées* », les médecins prestant entre 45 et 60 heures par semaine sont plus en adéquation que ceux prestant entre 30 et 44 heures par semaine qui ont tendance à sous-estimer.

Catégorie coordination et continuité de la prise en charge

Pour la question « *voir toujours le même médecin* », on remarque une meilleure adéquation chez les médecins âgés entre 30 et 60 ans que chez les moins de 30 ans qui ont tendance à sous-estimer. Ceux possédant leur agrément sont également en meilleure adéquation que les assistants qui ont tendance à sous-estimer. Les médecins ayant 25 ans ou plus d'années de pratique sont en meilleure adéquation que les moins de 5 ans qui ont tendance à sous-estimer. Finalement les médecins prestant entre 45 et 60 heures sont également en meilleure adéquation que ceux prestant entre 30 et 44 heures qui ont tendance à sous-estimer.

3.3.4 Analyse multivariée de l'adéquation médecin-patient

3.3.4.1 Approche

Dans cette analyse multivariée, j'ai voulu mesurer "la force des effets" des variables sociodémographiques des médecins (dites variables explicatives) sur le score d'adéquation (dites variables à expliquer). Par exemples : « quelles sont les chances d'avoir une réponse en adéquation si j'ai plusieurs années de pratique par rapport à un jeune médecin avec moins de 5 ans de pratique », « si je suis un homme par rapport à une femme », « si j'ai l'agrément en médecine générale par rapport à un assistant » …Les effets des variables sociodémographiques des patients n'ont pas été mesurés car ils n'ont pas donné de résultats significatifs en termes de dépendance lors de l'analyse bivariée.

Une régression logistique m'a permis de calculer pour chaque question la force de ces effets. Pour ce modèle, la variable à expliquer doit être qualitative, idéalement binaire. Dans mon cas, la réponse est soit adéquation (modalité = 0) ou non adéquation (un regroupement des modalités -4,-3,-2,-1,+1,+2,+3,+4 a été effectué).

3.3.4.2 Synthèse des résultats

J'ai effectué 15 régressions logistiques (1 par question) en incluant les variables sociodémographiques les plus pertinentes : sexe du médecin, années de pratique, nombre d'heures prestées par semaine, agrément en médecine générale.

Les résultats complets se trouvent en annexe 11. Le tableau 6 donne les résultats significatifs (p-value < 5%) dans les cellules colorées en vert. Dans les différentes colonnes, on trouve l'odds ratio (OR) calculé par la régression logistique et son niveau de confiance représenté par la colonne p-value. L'OR peut être interprété comme un facteur multiplicatif des chances de survenance de la modalité.

Exemple : pour la question "*être vu à l'heure*", j'ai un OR = 1.83 pour la modalité 5-14 ans de pratique, cela veut dire que par rapport à la modalité moins de 5 ans de pratique, je multiplie mes chances par 1.83 d'être en adéquation. De même pour la modalité 15-24 ans, l'OR de 3.57 signifie que j'ai 3.57 fois plus de chance d'être en adéquation par rapport à un médecin avec moins de 5 ans de pratique.

Tableau 6 : Synthèse des régressions logistiques significatives

	Organisation du cabinet et disponibilité				Prise en charge médico-technique						Coordination et continuité de la prise en charge	
	Etre vu à l'heure		Avoir un rendez-vous qui convient		Le médecin pratique un examen clinique		Le médecin soulage les symptômes		Le médecin participe à des formations		Voir toujours le même médecin	
	OR*	**p-value**	**OR***	**p-value**	**OR***	**p-value**	**OR***	**p-value**	**OR***	**p-value**	**OR***	**p-value**
(Intercept)	0,39	0,033	0,24	0,002	0,25	0,004	0,56	0,2	0,35	0,023	0,17	<0,001
Sexe médecin		0,08		0,4		0,3		0,4		0,4		0,8
femme	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
homme	0,64	0,084	0,95	0,4	0,99	0,3	0,82	0,4	1,01	0,4	1,1	0,8
Années de pratique		<0,001		<0,001		0,004		0,058		0,075		0,012
Moins de 5 ans	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
5-14 ans	1,83	0,041	1,21	0,5	2,54	0,002	1,80	0,037	1,95	0,022	1,27	0,4
15-24 ans	3,57	0,019	1,19	0,8	3,66	0,017	2,01	0,2	2,41	0,091	3,17	0,029
25 ans ou plus	3,66	<0,001	4,61	<0,001	2,27	0,015	2,01	0,023	1,66	0,11	2,52	0,003
Nombre heures par semaine prestée		0,048		0,048		0,4		0,3		0,8		0,023
Moins de 30 heures	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
30-44 heures	1,60	0,30	2,73	0,033	1,49	0,4	1,42	0,4	1,13	0,8	2,13	0,13
45 - 60 heures ou plus	0,85	0,70	1,75	0,2	1,05	>0,9	0,99	>0,9	1,30	0,6	3,23	0,017
Agrément médecine générale		0,022		0,5		0,045		0,088		0,6		0,2
Non	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Oui	2,14	0,022	1,28	0,5	2,00	0,045	1,75	0,088	0,85	0,6	1,54	0,2

OR* = odds-ratio

3.3.4.3 Analyse des résultats

Si on regarde le tableau en général, on constate que plus les années de pratique augmentent (avec cependant un léger tassement au-delà de 25 ans), plus les chances sont élevées d'être en adéquation. Pour la question « *le médecin pratique un examen clinique* », les années de pratique allant de 5 à 14 ans ont 2,54 fois plus de chance d'être en adéquation par rapport au moins de 5 ans ; les années de pratique entre 15 et 24 ans ont 3,66 fois plus de chance d'être en adéquation par rapport au moins de 5 ans et les années de pratique au-delà de 25 ans ont 2,27 fois plus de chance d'être en adéquation que les moins de 5 ans.
L'agrément en médecine générale a été significatif pour les questions « *être vu à l'heure* » et « *le médecin pratique un examen clinique* » où l'on constate qu'avoir son agrément en médecine générale donne respectivement 2,14 fois et 2 fois plus de chance d'être en adéquation par rapport à un assistant.

Conclusion : on a des effets positifs significatifs (p-value < 5 %) des années de pratique et de l'agrément en médecine générale pour certaines questions. Pour les autres questions (cfr tableau en annexe 11), la tendance va dans le même sens mais ne permet pas de conclure (p-value >= 5%). Par contre, le fait d'être un homme ou une femme n'apporte pas beaucoup d'informations. Pour certaines questions, les hommes ont une meilleure adéquation, pour d'autres ce sont les femmes mais aucun effet significatif n'est apparu. Quant aux nombres d'heures prestées, on a également une tendance à être en meilleure adéquation pour les 30-44 heures et les 45-60 heures par rapport aux moins de 30 heures.

3.4 Résultats des attentes des patients

3.4.1 Analyse univariée des attentes des patients

J'ai réalisé une analyse des réponses des patients afin de pouvoir classer par ordre d'importance leurs attentes. Les réponses à chaque question se situaient sur une échelle de Likert à 5 niveaux allant de « pas du tout important » à « très important ».

Par la suite, j'ai également travaillé sur 3 niveaux en regroupant les modalités « important » avec « très important » et « pas du tout important » avec « pas important ».

3.4.1.1 Analyse univariée des attentes des patients sur 5 niveaux

La figure 3 schématise les résultats complets pour tous les niveaux et le tableau complet se trouve en annexe 12.

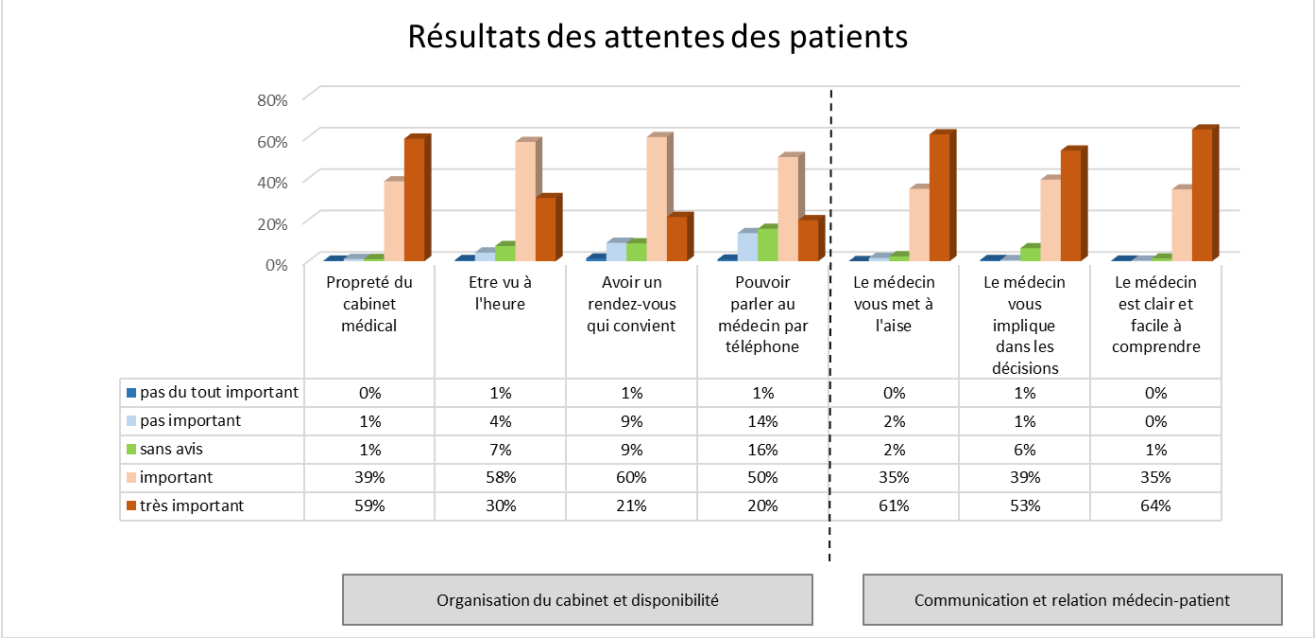


Figure 3 : Résultats des attentes des patients sur 5 niveaux

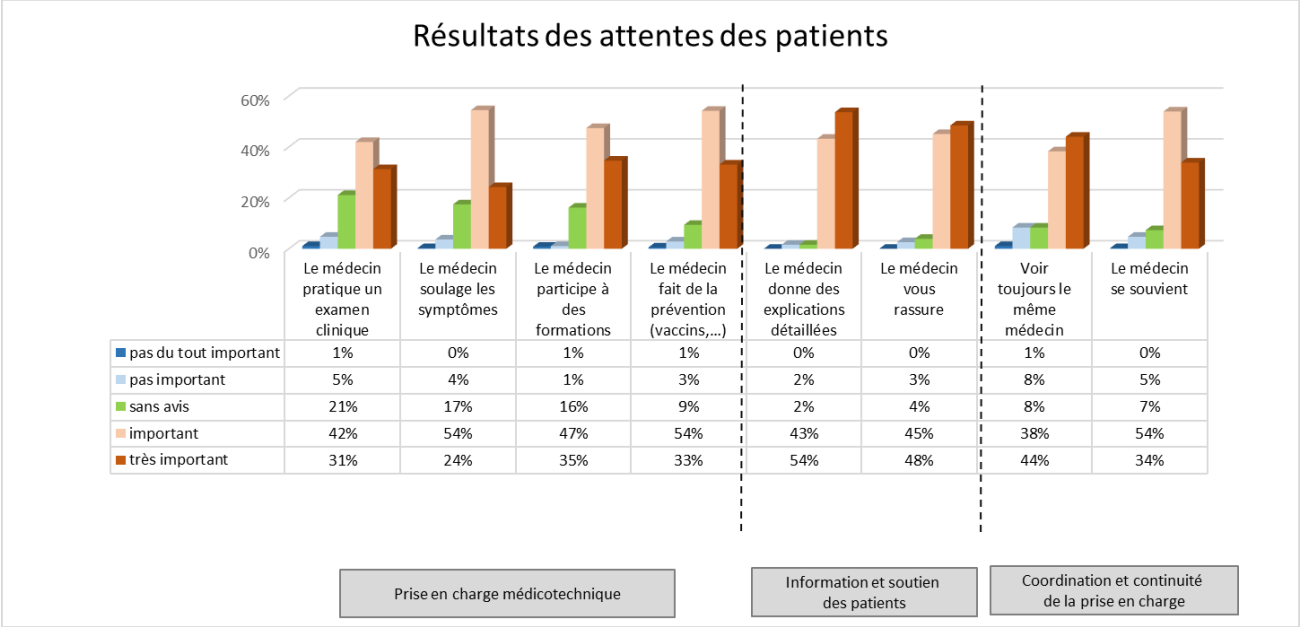


Figure 3 : Résultats des attentes des patients sur 5 niveaux

Lors d'un premier coup d'œil, on remarque une nette domination de la modalité « important » ou « très important » pour toutes les questions.

3.4.1.2 Analyse univariée des attentes des patients sur 3 niveaux et triés

La figure 4 donne les résultats sur 3 niveaux et ceux-ci sont triés par ordre décroissant sur la modalité « très important ». Le tableau des résultats se trouve en annexe 13.

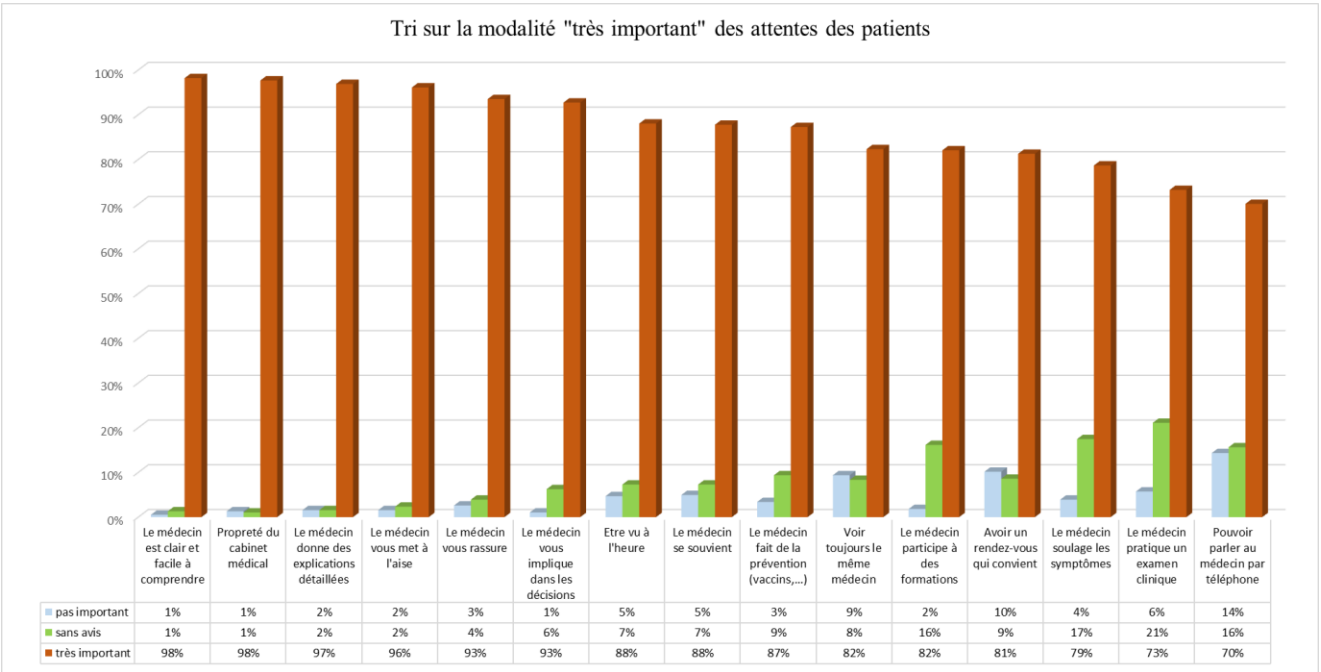
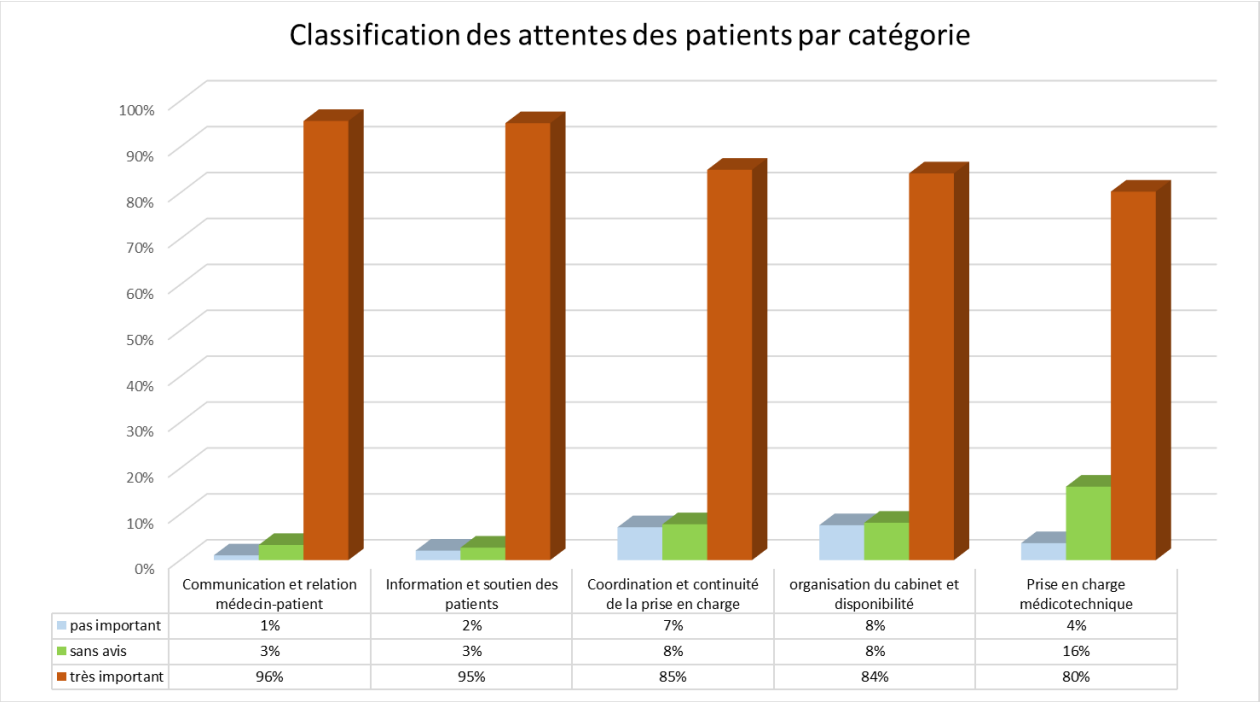


Figure 4 : Résultats des attentes des patients sur 3 niveaux triés sur la modalité « très important »

3.4.1.3 Analyse univariée des attentes des patients par catégorie sur 3 niveaux et triés

La figure 5 donne les résultats par catégorie de questions sur 3 niveaux et triés par ordre décroissant sur la modalité « très important ». Le tableau des résultats se trouve en annexe 14.



	Communication et relation médecin-patient	Information et soutien des patients	Coordination et continuité de la prise en charge	organisation du cabinet et disponibilité	Prise en charge médicotechnique
pas important	1%	2%	7%	8%	4%
sans avis	3%	3%	8%	8%	16%
très important	96%	95%	85%	84%	80%

Figure 5 : Résultats des attentes des patients par catégorie sur 3 niveaux triés sur la modalité « très important »

3.4.2 Analyse bivariée des attentes des patients

Comme pour l'analyse de l'adéquation médecin-patient, des tests statistiques du Khi-carré de Pearson ou des tests de Fisher ont été réalisés afin de trouver les corrélations entre d'une part les variables sociodémographiques des patients et d'autre part la réponse aux différentes questions. Pour ces tests, les variables sociodémographiques des patients ont été regroupées de la même manière que pour l'étude de l'adéquation médecin-patient. Quant aux réponses, les modalités « pas très important » ont été regroupées dans la modalité « pas important » et lorsque c'était indispensable, les modalités « pas très important » et « pas important » ont été regroupées dans la modalité « sans avis ».

3.4.2.1 Synthèse des résultats

A nouveau le tableau complet des dépendances significatives (p-value < 5%) se trouve en annexe 15. Le tableau 7 donne les résultats les plus intéressants à interpréter.

Tableau 7 : Synthèse de l'analyse bivariée des attentes des patients

	Sexe patient		Age patient			Etat de santé		
	femme	homme	18-44 ans	45-64 ans	65 ans ou plus	Bon	Faible ou moyen	TB/excellent
Organisation du cabinet et disponibilité								
Pouvoir parler au médecin par téléphone								
	p-value = 0,031		**p-value = 0,027**					
pas important	24/230 (10%)	31/154 (20%)	29/164 (18%)	23/137 (17%)	3/83 (4%)			
sans avis	40/230 (17%)	20/154 (13%)	28/164 (17%)	19/137 (14%)	13/83 (16%)			
important	115/230 (50%)	78/154 (51%)	83/164 (51%)	66/137 (48%)	44/83 (53%)			
très important	51/230 (22%)	25/154 (16%)	24/164 (15%)	29/137 (21%)	23/83 (28%)			
Communication et relation médecin-patient								
Le médecin vous met à l'aise								
	p-value = 0,05		**p-value = 0,012**					
sans avis	7/230 (3%)	8/154 (5%)	10/164 (6%)	2/137 (1%)	3/83 (4%)			
important	71/230 (31%)	63/154 (41%)	43/164 (26%)	56/137 (41%)	35/83 (42%)			
très important	152/230 (66%)	83/154 (54%)	111/164 (68%)	79/137 (58%)	45/83 (54%)			
Prise en charge médico-technique								
Le médecin pratique un examen clinique								
			p-value < 0,001					
sans avis			54/164 (33%)	39/137 (28%)	10/83 (12%)			
important			70/164 (43%)	59/137 (43%)	32/83 (39%)			
très important			40/164 (24%)	39/137 (28%)	41/83 (49%)			
Le médecin soulage les symptômes								
			p-value < 0,001					
sans avis			49/164 (30%)	26/137 (19%)	7/83 (8%)			
important			89/164 (54%)	74/137 (54%)	46/83 (55%)			
très important			26/164 (16%)	37/137 (27%)	30/83 (36%)			
Le médecin participe à des formations								
			p-value = 0,008					
sans avis			38/164 (23%)	21/137 (15%)	10/83 (12%)			
important			83/164 (51%)	66/137 (48%)	33/83 (40%)			
très important			43/164 (26%)	50/137 (36%)	40/83 (48%)			
Le médecin fait de la prévention (vaccins,…)								
			p-value = 0,009					
sans avis			28/164 (17%)	17/137 (12%)	4/83 (5%)			
important			93/164 (57%)	74/137 (54%)	41/83 (49%)			
très important			43/164 (26%)	46/137 (34%)	38/83 (46%)			

Information et soutien des patients								
Le médecin vous rassure								
	p-value = 0,007							
sans avis	8/230 (3%)	17/154 (11%)						
important	102/230 (44%)	71/154 (46%)						
très important	120/230 (52%)	66/154 (43%)						
Coordination et continuité de la prise en charge								
Voir toujours le même médecin								
			p-value = 0,008			**p-value = 0,028**		
sans avis			40/164 (24%)	23/137 (17%)	5/83 (6%)	36/212 (17%)	10/91 (11%)	22/81 (27%)
important			61/164 (37%)	53/137 (39%)	33/83 (40%)	83/212 (39%)	32/91 (35%)	32/81 (40%)
très important			63/164 (38%)	61/137 (45%)	45/83 (54%)	93/212 (44%)	49/91 (54%)	27/81 (33%)
Le médecin se souvient								
			p-value = 0,034					
sans avis			30/164 (18%)	13/137 (9%)	4/83 (5%)			
important			93/164 (57%)	70/137 (51%)	44/83 (53%)			
très important			41/164 (25%)	54/137 (39%)	35/83 (42%)			

3.4.2.2 Analyse des résultats par catégorie de questions

Catégorie organisation du cabinet et disponibilité

Pour la question « *pouvoir parler au médecin par téléphone* », on constate que pour les hommes, cette attente n'est pas importante et que les patients âgés de 65 ans et plus trouvent que c'est une attente très importante par rapport aux autres classes d'âges.

Catégorie communication et relation médecin-patient

Pour la question « *le médecin vous met à l'aise* », les femmes sont fortement représentées dans la modalité « très important » et les hommes dans la modalité « important ». On constate aussi que c'est très important pour la classe d'âge allant de 18 à 44 ans.

Catégorie prise en charge médico-technique

Pour toutes les questions de cette catégorie, on remarque que c'est très important pour les personnes de 65 ans et plus tandis que la tranche des 18 à 44 ans est fortement représentée dans les sans avis.

Catégorie information et soutien des patients

Pour la question « *le médecin vous rassure* », on constate que les hommes sont majoritairement sans avis et que les femmes sont minoritairement sans avis.

Coordination et continuité de la prise en charge

Pour la question « *voir toujours le même médecin* », la tranche d'âge des 65 ans et plus est fortement représentée dans la modalité très important tandis que la tranche d'âge 18 à 44 ans est fortement représentée dans la modalité sans avis. C'est aussi très important pour les patients ayant un état de santé faible ou moyen comparativement à ceux qui ont un état de santé très bon ou excellent qui sont majoritairement sans avis.

Conclusion : les personnes plus âgées ont des attentes très importantes par rapport à des classes d'âge plus jeune. Les femmes ont aussi tendance à avoir des attentes très importantes par rapport aux hommes. De même qu'il faut essayer de mettre à l'aise les patients plus jeunes.

4. Discussions

4.1 Biais de l'étude

Toute étude comporte des biais qu'il convient de rappeler afin de rester le plus objectif possible par rapport à l'interprétation des résultats. Nous avons fait le choix de les présenter en premier lieu avant la discussion des résultats et de les classer par catégorie. Cette liste ne se veut nullement exhaustive mais elle permet de faire ressortir les biais qui nous semblaient les plus pertinents pour la suite des analyses.

4.1.1 Biais de sélection

Premièrement, notre étude n'a pris place qu'au sein de pratiques de groupes. Les médecins participants ne faisaient partie que d'associations médicales. Aucun médecin pratiquant en solo n'a été recruté. Cela représente un certain biais de sélection au niveau des médecins mais également au niveau des patients. En effet, des données de la littérature ont démontré que les patients consultant une pratique de groupe avaient des attentes plus élevées que ceux consultant un médecin solo (9).

Ensuite, citons le biais du refus d'intervention au départ. Nous n'avons obtenu que l'opinion des médecins et des patients qui ont accepté de participer à cette enquête. Ils se sentent probablement davantage concernés par cette thématique et cela crée un biais dans le sens où nous n'incluons pas l'avis des autres personnes de la région ayant refusé de participer à cette enquête.

4.1.2 Biais liés à la méthodologie

Premièrement, l'évaluation des attentes des patients s'est basée sur un questionnaire qui n'a pas été directement validé via une étude complète préalable. Cependant, la sélection des items de celui-ci a été basée sur une revue de la littérature (5), sur base de deux questionnaires qui ont été validés (6) (14) et sur base d'une discussion entre médecins. De plus, ce questionnaire a subi une phase de pré-test parmi une cinquantaine de patients.

Deuxièmement, il a été choisi de mettre en premier lieu les questions en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques afin de « mettre à l'aise » les participants. Ensuite venaient les questions en rapport avec les attentes. Gardons à l'esprit que l'ordre des questions peut influencer les réponses données au questionnaire. Au fil du remplissage, le participant

expérimente l'échelle de Likert et est probablement plus à l'aise et plus « critique » en fin de questionnaire qu'au début. Même s'il s'agit d'un biais inévitable, il faut tenir compte du fait que cela peut influencer les résultats.

Troisièmement, le questionnaire étant rempli après la consultation, le déroulement de celle-ci a très certainement influencé les réponses des participants, même s'il ne s'agit nullement d'un questionnaire de satisfaction. Si la consultation s'était bien déroulée, le participant était probablement moins « exigeant ». Par contre, s'il en est ressorti mécontent, il était peut-être plus enclin à être critique concernant certaines attentes.

Enfin, gardons en mémoire que la présentation des objectifs de l'étude a été réalisée par les médecins participants. Même si à la base le questionnaire était destiné à mesurer les attentes des patients, restons critique par rapport à l'interprétation possible de ce terme « attentes ». Celle-ci peut être différente d'un patient à l'autre et d'un médecin à l'autre. Par exemple, la confusion peut rapidement être faite avec un questionnaire de « satisfaction » alors qu'il ne s'agit pas du thème de cette étude.

4.1.3 Biais divers

Tout d'abord, citons la désirabilité sociale. Cela correspond à un principe bien connu, à savoir que les participants préfèrent souvent donner une bonne image d'eux-mêmes et cacher ce qui peut être plus « inavouable » ou paraître déviant. Une façon de diminuer ce biais est de maximiser l'anonymat de l'enquête, ce qui a été fait ici en rendant totalement anonyme les réponses aux questions.

Ensuite, rappelons que cette étude a pris place durant la pandémie COVID 19, un an après l'instauration des mesures sanitaires en Belgique. Il est important d'en tenir compte car l'état psychologique des participants a probablement joué un rôle dans leurs réponses. La population belge se trouvait dans un état psychologique relativement mauvais, avec un manque de perspectives pour sortir de la crise. Cela a très certainement pu amener une certaine forme d'exigence qui n'aurait pas été présente en temps « normal ».

4.2 Qualité globale des résultats

Cette étude a suscité beaucoup d'enthousiasme auprès des médecins de la région gembloutoise mais également auprès des patients. Nous avons reçu beaucoup de retours positifs. Cet engouement nous a ainsi permis d'atteindre le taux de participation attendu au départ et de récolter un nombre suffisant de questionnaires pour pouvoir effectuer des analyses statistiques significatives par la suite.

Au niveau de l'échantillonnage, les méthodes de recrutement utilisées nous ont permis

d'obtenir une bonne représentativité de nos populations étudiées. Concernant le groupe « médecins », le recrutement par convenance nous a permis d'obtenir une bonne répartition des participants pour l'ensemble des variables sociodémographiques, excepté pour l'âge du médecin. En effet, seulement 25% des médecins participants étaient âgés de plus de 40 ans. Concernant le groupe « patients », la méthode d'échantillonnage par itinérance nous a permis de constituer un échantillon avec également une bonne représentativité pour l'ensemble des variables sociodémographiques. Notons tout de même une petite sous-représentation pour les participants âgés entre 18-24 ans. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que cette tranche d'âge consulte moins régulièrement leur médecin que les patients plus âgés.

La réalisation de cette étude quantitative à l'aide de questions standardisées nous a permis d'obtenir des chiffres que nous avons pu analyser statistiquement par la suite. Les données obtenues ont pu être classées et comparées, des liens entre certains paramètres étudiés ont pu être établis, nous permettant ainsi de répondre à nos objectifs et questions de départ.

La méthode de cette étude s'est révélée être efficace et adaptée à notre question de recherche. Le protocole d'enquête a bien été respecté et l'anonymat des participants a été garanti jusqu'au bout. Aucun incident n'est à déplorer.

4.3 La perception des médecins généralistes

Pour cette première partie qui consiste à analyser plus en détails les résultats concernant l'adéquation médecin-patient, nous tenons à rappeler qu'il s'agit de statistiques descriptives. Les tests d'inférence n'étant pas concluants, nous devons rester prudents par rapport à l'interprétation des résultats et ne pas faire de généralisation abusive.

Dans cette partie qui vise à répondre à l'objectif primaire de l'étude, nous pouvons remarquer que la tendance globale des résultats se tourne plutôt vers une bonne perception des attentes de nos patients, avec une petite tendance à la sous-estimation pour certains items. En effet, les résultats qualifiés « d'extrêmes » sont peu nombreux, de telle sorte que nous avons dû les regrouper ensemble afin de créer une nouvelle échelle d'abord sur 5 niveaux et puis 3 niveaux dans le but de dégager certaines tendances. Pour la moitié des items évalués, les médecins sont parvenus à être en adéquation. Cela concerne deux catégories en particulier : « communication et relation médecin-patient » et « information et soutien des patients ». Pour l'autre moitié des items, la tendance était plutôt à la sous-estimation, et principalement pour les deux catégories suivantes : « organisation du cabinet et disponibilité » et « coordination et continuité de la prise en charge ». Pour la catégorie « prise en charge médico-technique », les résultats étaient partagés entre adéquation et sous-estimation. Notons déjà ici que l'item « le plus » sous-estimé était « la propreté du cabinet médical ».

Au sein de la littérature, il existe très peu de données concernant la vision des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs propres patients. Les quelques éléments qui en ressortent montrent que les priorités des généralistes et des patients diffèrent (12) (11), et que les médecins généralistes ont tendance à surestimer les attentes de leurs patients (12) (13). Au niveau de la méthode employée lors de ces études, deux d'entre elles (12) (11) ont utilisé un recrutement indépendant entre le groupe « médecins » et le groupe « patients », ne permettant pas de comparaison directe entre un médecin et ses propres patients. La seule étude qui se rapproche le plus de la nôtre au niveau de la méthode a été menée à Genève en 2011 (13). Dans cette dernière, l'avis du généraliste était directement comparé à ses propres patients mais de façon globale, et non pas vis-à-vis d'un patient particulier. De plus, au niveau des analyses statistiques de leurs résultats, ils ont effectué des moyennes sur des valeurs qui étaient pourtant ordinales (échelle de Likert) et ils ont par la suite utilisé le test de Wilcoxon sur ces mêmes valeurs afin d'en faire des inférences statistiques. Comme expliqué plus haut dans ce travail (voir point 3.3.1.3), l'utilisation de ce test peut être débattue dans ce cas-ci et l'interprétation des résultats requiert beaucoup de prudence afin de ne pas faire de conclusions abusives.

En comparant nos résultats avec ceux de la littérature, nous avons pu mettre en évidence que certaines attentes qui étaient sous évaluées dans notre étude l'étaient également, et de façon récurrente, dans les autres études qui ont été menées sur le même sujet (12) (11) (13). Il s'agit des items suivants : « le médecin participe à des formations », la catégorie « coordination et continuité de la prise en charge » avec en particulier son item « voir toujours le même médecin » et enfin la catégorie « organisation du cabinet et disponibilité » avec en autre l'item « pouvoir parler au médecin par téléphone ». Le fait que ces différentes attentes soient systématiquement sous-évaluées nous indique qu'il serait intéressant d'y être plus attentif afin d'en tenir compte dans notre pratique médicale et de ne pas sous-estimer l'importance que nos patients y accordent.

Après cette comparaison avec les données issues de la littérature, nous pouvons remarquer que même si l'étude qui se rapproche le plus de notre méthode (13) montre plutôt une tendance à la surestimation globale des attentes des patients, le fait de globaliser les avis par rapport aux patients (pas de comparaison en « one to one », pas de couplage médecin-patient en particulier) et l'utilisation inadéquate de certains tests statistiques font perdre de la précision aux résultats et amènent à des conclusions qui ne peuvent pas vraiment être prouvées d'un point de vue statistique. Dès lors, la modification du design dans notre étude a permis ce couplage médecin-patient en particulier et a annulé en quelque sorte cet effet de globalisation des avis. Cette méthode a probablement affiné les résultats et a permis d'obtenir une meilleure adéquation de la perception des généralistes par rapport aux attentes de leurs patients, contrairement à ce qui a

été observé précédemment dans la littérature. Cela vient vérifier notre hypothèse de travail de départ selon laquelle, à partir du moment où l'on enlève cet effet de globalisation des avis, la bonne connaissance de nos patients en médecine générale devrait permettre aux médecins de percevoir de façon relativement adéquate et avec plus de précision les attentes des patients.

Pour aller encore un peu plus loin dans notre réflexion, revenons quelques instants au fil conducteur de notre étude. Nous évoquions au début de ce travail le fait qu'à partir du moment où le généraliste parvient à bien percevoir les attentes de ses patients, il pourra plus facilement y répondre et augmentera ainsi la satisfaction de sa patientèle. Les résultats de notre étude, pour lesquels nous remarquons qu'il y a globalement une bonne adéquation dans la perception des médecins, pourraient venir appuyer les résultats d'une étude menée à plus large échelle en Wallonie dans le cadre du projet EUROPEP (14) (15). Cette dernière a démontré un haut degré de satisfaction parmi les patients wallons vis-à-vis de la médecine générale étant donné qu'environ 80% des participants se sont dit satisfaits voire très satisfaits pour la majorité des items évalués (15) (16). Restons tout de même prudents dans l'interprétation de cette observation et ne faisons pas de conclusions hâtives mais il s'agit là d'un point intéressant à souligner qui pourrait venir renforcer la validité de nos résultats.

4.4 Les attentes des patients

Cette seconde partie de la discussion vise à décrire et analyser le degré d'importance accordé aux différentes attentes par les patients, correspondant ainsi au troisième objectif de notre étude.

Un premier coup d'œil aux résultats montre directement une nette domination des réponses « important » ou « très important » pour l'ensemble des questions. Ceci était prévisible étant donné que l'entièreté des items ont été sélectionnés pour leur pertinence au sein de la littérature. Une autre explication intéressante à avancer provient des résultats d'une étude menée à Genève en 2011 (9) selon lesquels les patients qui consultent une pratique de groupe ont des attentes plus grandes par rapport à ceux se rendant chez un médecin solo. Notre étude n'ayant inclus que des associations de médecins, cela pourrait être une autre piste d'explication à cette observation.

Les deux catégories d'attentes les plus importantes aux yeux des patients interrogés (plus de 95% des participants ont répondu « important » ou « très important ») sont les suivantes : « *communication et relation médecin-patient* » et « *information et soutien des patients* ». Ce qui est intéressant à relever, c'est que les deux catégories pour lesquelles les médecins sont le plus en adéquation correspondent aux deux catégories d'attentes qui sont les plus importantes aux yeux des patients. De plus, l'item pour lequel les médecins sont le plus en adéquation (à

savoir « *le médecin est clair et facile à comprendre* ») correspond à l'item le plus important aux yeux des patients. Cela constitue un argument pour dire que l'hypothèse interne selon laquelle les médecins connaissent bien leurs propres patients est correcte car ils sont relativement attentifs à leurs besoins et perçoivent correctement ce qui est le plus important pour eux.

La catégorie pour laquelle le moins d'importance était accordée était « la prise en charge médicotechnique ». Cependant 80% des participants ont tout de même répondu « important » ou « très important » pour celle-ci. Nous pouvons donc observer que même si les patients mettent clairement la priorité sur la relation et l'humanité du médecin, c'est évidemment sans oublier une qualité de prise en charge technique.

Si l'on compare nos données avec celles de la littérature, nous pouvons constater leurs similarités avec cependant quelques nuances. Ainsi, à la suite d'une large revue de la littérature sur le sujet, Wensing concluait déjà en 1998 que *« à la fois les qualités techniques mais aussi interpersonnelles sont importantes pour les patients »* (5). Globalement, les différentes revues de la littérature (5) (6) ainsi qu'une étude menée à large échelle et internationalement (17) arrivent au même constat : les attentes les plus prioritaires concernent la catégorie « *communication et relation médecin-patient* », suivies de près par « *l'information et le soutien des patients* ». Les compétences médicotechniques du médecin, bien que moins souvent citées, gardent tout de même une place prépondérante parmi les priorités des patients. Une autre observation intéressante à soulever concerne l'item « *propreté du cabinet médical* ». Dans notre étude, cette attente arrive en première place à égalité avec « *le médecin est clair et facile à comprendre* ». Ainsi, même si la catégorie « *organisation du cabinet et disponibilité* » arrive en 4ème place dans notre enquête et est moins souvent citée au sein de la littérature, Bowling soulevait tout de même en 2012 (6) la grande importance que les patients y accordaient, ce qui vient corroborer nos observations.

Une étude intéressante menée en 2008 en Angleterre (7) et utilisant la théorie des choix discrets a permis de classer par ordre d'importance les attentes des patients. La priorité manifeste qui en est ressortie était de pouvoir bénéficier d'un examen physique minutieux (7) (8). En deuxième position on retrouvait la continuité des soins avec le fait de pouvoir voir toujours le même médecin et en troisième place le fait de bénéficier de soins centrés sur le patient. Ces résultats sont tout à fait différents par rapport à notre étude dans laquelle l'item « le médecin pratique un examen clinique » arrive en 14ème position... La différence avec celle menée en Angleterre est qu'ici les patients n'ont pas dû prioriser les attentes entre elles, ils pouvaient répondre que tout était très important pour eux, sans nuance entre les items. Il serait donc intéressant de réaliser une nouvelle enquête dans laquelle on obligerait les patients à classer les différentes attentes les

unes par rapport aux autres afin de vérifier si cela modifie l'ordre des priorités.

Une autre observation intéressante concerne l'item « *voir toujours le même médecin* ». Comme décrit plus haut, il arrive en 2ème place dans l'étude menée selon la théorie des choix discrets (7) mais il est également très important dans la revue de la littérature réalisée par Wensing (5) ainsi que dans une étude menée aux Pays-Bas (12). Chez nous, cette attente arrive seulement en 10ème position. Il convient de rappeler que notre enquête s'est déroulée uniquement au sein de pratiques de groupes, dans lesquelles les patients ont l'habitude de consulter quelqu'un d'autre si leur médecin est indisponible. Cela constitue une piste d'explication et probablement un biais de sélection. Les résultats auraient peut-être été différents si nous avions inclus des médecins pratiquant en solo dans notre échantillon. Maintenant, ne minimisons pas cette attente qui atteint tout de même le score de 82% d'importance, et qui est encore plus présente parmi les patients âgés participants.

Nous pouvons donc voir que la communication et la relation médecin-patient occupent une place de choix dans le cœur de nos patients… L'importance de cette catégorie s'explique peut-être en partie par ce fameux rôle de « médecin de famille », avec lequel le patient bénéficie d'une certaine proximité, un lien particulier lui permettant de nous parler de sa vie et ses états d'âmes, un rôle de confident en quelque sorte. C'est peut-être cette relation privilégiée, la vision globale et la bonne connaissance de nos patients qui nous distinguent des médecins spécialistes qui sont plutôt consultés pour leur « expertise » concernant un problème bien particulier.

4.5 Influences des variables sociodémographiques

Dans cette troisième partie, nous abordons l'influence des variables sociodémographiques sur les résultats de l'enquête, ce qui correspond à notre objectif secondaire.

Tout d'abord, concernant l'adéquation de la perception des généralistes par rapport aux attentes des patients, un effet positif significatif pour deux variables sociodémographiques a pu être démontré pour certaines questions. Il s'agit du nombre d'années de pratique et de l'agrément en médecine générale. Cela veut dire qu'au plus un médecin a d'années de pratique au plus il a de chance d'être en adéquation et que le fait d'avoir son agrément en médecine générale (= ne plus être assistant) augmente les chances de bien percevoir les attentes de ses patients. Ces résultats étaient prévisibles car au plus il a de l'expérience au mieux il connait ses patients et au plus il pourra deviner avec précision leurs attentes. Cela permet par ailleurs de confirmer notre hypothèse interne selon laquelle une bonne connaissance de nos patients nous permettra de mieux percevoir leurs attentes.

Nous pouvons également remarquer une dépendance pour deux autres variables

sociodémographiques, à savoir le sexe du médecin et le nombre d'heures prestées. Cependant, aucun effet significatif n'a pu être démontré via la régression logistique.

Par ailleurs, en comparant ces observations avec les données de la littérature, nous observons que dans l'étude menée à Genève en 2011 (13), dont la méthode se rapproche le plus de la nôtre, il apparaît également que le fait de pratiquer depuis plusieurs années influençait positivement la perception des médecins par rapport aux attentes de leurs patients (13). De plus, le fait de ne pas avoir l'agrément en médecine générale donnait 60% de chance en moins d'évaluer correctement les attentes des patients (13). Ces données viennent donc renforcer nos observations.

Ensuite, concernant les attentes des patients, une première variable sociodémographique qui influence celles-ci est l'âge du patient. Les personnes âgées ont un niveau d'attentes très important par rapport à des classes d'âge plus jeunes. Ce qui est aussi confirmé par plusieurs études de la littérature (5) (12) (17) (9). Une piste d'explication réside dans le fait que les patients âgés sont souvent plus malades et souffrent de maladies chroniques. Cela implique qu'ils consultent davantage leur médecin et sont probablement plus exigeants à cause de leurs pathologies plus complexes. Par exemple, tous les items de la catégorie « *prise en charge médicotechnique* » ainsi que le fait de « *voir toujours le même médecin* » sont vus comme très importants pour eux alors que la tranche d'âge des 18-24 ans y accorde moins d'importance.

Une autre variable sociodémographique à relever concerne l'état de santé des patients. Déjà en 1999 Jung relevait l'influence de celle-ci sur les résultats (14). Ainsi, nous avons pu observer que les patients en moins bonne santé accordaient beaucoup plus d'importance à l'item « *voir toujours le même médecin* » par rapport aux patients en bonne santé. Ceci s'explique probablement par le fait qu'ils sont amenés à consulter plus fréquemment un médecin et qu'il est donc important pour eux d'être vu par quelqu'un qui connaît bien leurs différentes pathologies.

Enfin, une dernière variable relevée concerne le sexe du patient. Nous pouvons observer que les femmes ont tendance à avoir des attentes plus importantes que les hommes, tout comme l'avait déjà notifié Groll lors de son étude internationale en 1999 (17).

Toutes ces observations nous permettent de vérifier encore une fois notre hypothèse interne selon laquelle les attentes des patients varient avec leurs caractéristiques sociodémographiques, ce qui est confirmé par les différentes études de la littérature (5) (17) (14) (9) (7).

5. Conclusions

La méthode utilisée dans notre travail a permis ce couplage médecin-patient en particulier et a annulé l'effet de globalisation des avis. Il en est ressorti que la tendance globale des résultats montre plutôt une bonne perception des attentes des patients, contrairement à ce qui avait été décrit précédemment dans les autres études. Notons tout de même la sous-estimation récurrente pour certaines attentes, à la fois dans notre travail mais aussi au sein de la littérature. Cela nous indique qu'il serait intéressant d'y être plus attentif afin d'en tenir compte dans notre pratique médicale et de ne pas sous-estimer l'importance que nos patients y accordent. De plus, un effet positif significatif concernant la perception des attentes des patients a pu être démontré pour les médecins pratiquant depuis plusieurs années et pour ceux qui possèdent leur agrément en médecine générale.

Les médecins généralistes de la région gembloutoise semblent bien connaître leurs patients. En effet, les deux catégories d'attentes les plus importantes aux yeux des patients correspondent aux deux catégories pour lesquelles la perception des médecins est la plus en adéquation. Il en va de même pour l'item le plus important pour les patients qui concorde avec celui qui est le mieux perçu par les généralistes.

Au niveau des attentes, nous pouvons observer que la communication et la relation médecin-patient occupent une place de choix dans le cœur des patients, comme cela avait déjà été décrit dans la littérature, mais sans oublier évidemment une qualité de prise en charge technique. Nous avons pu constater que ces attentes étaient variables avec le profil sociodémographique des participants, et particulièrement pour les variables suivantes : l'âge, l'état de santé et le sexe du patient.

Cette étude avait pour but premier d'analyser la perception des médecins par rapport aux attentes de leurs patients afin d'en dégager des pistes de réflexions et d'amélioration au sein des cabinets participants. Il pourrait être intéressant de mener cette enquête à plus large échelle et en y incluant cette fois-ci des médecins pratiquant en solo. Au niveau du design de l'étude, nous pourrions aussi demander aux patients de classer leurs attentes par ordre de priorité afin de voir si cela modifie les résultats obtenus. Ce travail ouvre donc des perspectives pour que d'autres études soient réalisées sur le même thème dans le but d'approfondir nos connaissances sur les attentes de nos patients et ainsi augmenter la qualité des soins en médecine générale…

6. Bibliographie

1. Bovier P, Künzi B, Stalder H. Qualité des soins en médecine de premier recours : « à l'écoute de nos patients ». Revue médicale Suisse. 2006 ; 80 : 2176-82.

2. Richards T. Patients' priorities. BMJ. 1999 ; 318 : 277.

3. Säilä T, Mattila E, Kaila M, et al. Measuring patient assessments of the quality of outpatient care : a systematic review. J Eval Clin Pract. 2008 ; 14 : 145-54.

4. Cheragi-Sohi S, Bower P, Mead N, et al. What are the key attributes of primary care for patients ? Building a conceptual « map » of patient preferences. Health Expect. 2006 ; 9 : 275-284.

5. Wensing M, Jung H, Mainz J, et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1 : description of the research domain. Soc Sci Med. 1998 ; 47 : 1573-1588.

6. Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al. The measurement of patients' expectations for health care : a review and psychometric testing of measure of patients' expectations. Health Technology Assessment 2012 ; 16.

7. Cheragi-Sobi S, Hole A, Mead N, et al. What patients want from primary care consultations : a discrete choice experiments to identify patients' priorities. Ann Fam Med 2008 ; 6 : 107-115.

8. Chevalier P, Laperche J. Le docteur m'a bien visité. Mineva. 2009 ; 8 : 13.

9. Sebo P, Herrmann F, Bovier P, et al. What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices ? BMC Health Services Research 2015 ; 15.

10. Sebo P, Herrmann F, Haller D. Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender ? An observational study BMC Family Practice 2016 ; 17.

11. Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, et al. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. Fam Pract. 2002 ; 19 :339-343.

12. Jung H, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner : do patients and doctors have differents views ? British Journal of General practice 1997 ; 47 : 805-809.

13. Sebo P, Herrmann F, Haller D. How do GPs in Switzerland perceive their patients' satisfaction and expectations ? An observational study BMJ Open 2015 ; 5.

14. Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument. University Medical Center 2000.

15. Paulus D. A l'écoute des patients belges en médecine générale. Le projet EUROPEP. Louvain Med 1999 118 : 271-8.

16. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care : an international comparison. British Journal of General Practice 2000 ; 50 : 882-887.
17. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract. 1999 ; 16:4-11.

7. Annexes

Annexe 1 : formule de Cochran

Pour calculer la taille idéale d'un échantillon représentatif, il est nécessaire de fixer certaines données :

- Le niveau de confiance : le pourcentage d'exactitude souhaité pour ses résultats. La recommandation standard est de 95 %, ce qui signifie que le résultat obtenu est correct à 95%.
- La marge d'erreur est la différence acceptable entre les résultats obtenus à partir de l'échantillon et le résultat qui aurait été obtenu en interrogeant la totalité de la population cible. La recommandation est de 5%.

La formule suivante (encore appelée la formule de Cochran (1977)) détermine le nombre de personnes à interroger en fonction de la marge d'erreur que l'on peut tolérer et avec un niveau de confiance fixé.

$$n = z^2 * p * (1 – p) / m^2$$

et pour une population 'finie' on peut encore ajuster

$$n_ajusté = n / 1 + [(n - 1) /N]$$

- n = taille de l'échantillon
- z = niveau de confiance. Pour un niveau de confiance de 95%, z = 1.96
- N = population totale étudiée
- p = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique (ici l'adéquation) (lorsque inconnue, on utilise p = 0.5 ce qui correspond au cas le plus défavorable c'est-à-dire la dispersion la plus grande)
- m = marge d'erreur tolérée (par exemple on veut connaître la proportion réelle à 5% près)

Ce nombre obtenu devra encore être multiplié par une estimation du nombre de réponses « erronées » et qui par conséquent devront être rejetées lors de l'analyse des résultats. Ce seuil est en général fixé à 5 %.

Dans mon cas en prenant une population totale = 10.000 (nombre de patients de l'ensemble des cabinets gembloutois participants), on obtient

$n = 1.96^2 * 0.5 * 0.5 / 0.05^2 = 384,16$ donc 384

n_ajusté = 384 / 1 + [383/10.000] = 369,79 donc 370

Si on multiplie ce nombre par le seuil des réponses erronées, on obtient 370 * 1,05 = 388,5 donc 389

Ci-dessous un tableau reprenant les résultats de cette formule

Taille de la Population Mère « N »	Marge d'erreur « e »				
	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05
100	99	96	92	86	80
200	196	185	169	150	132
300	291	267	234	200	169
400	384	343	291	240	196
500	475	414	341	273	217
1'000	906	706	516	375	278
2'000	1'655	1'091	696	462	322
3'000	2'286	1'334	787	500	341
4'000	2'824	1'501	843	522	351
5'000	3'288	1'622	880	536	357
7'500	4'212	1'819	934	556	365
10'000	4'899	1'936	964	566	370
25'000	6'939	2'191	1'023	586	378
50'000	8'057	2'291	1'045	593	381
100'000	8'763	2'345	1'056	597	383
1'000'000	9'513	2'395	1'066	600	384
2'500'000	9'567	2'399	1'067	600	384
4'000'000	9'581	2'400	1'067	600	384
10'000'000	9'595	2'400	1'067	600	384
50'000'000	9'602	2'401	1'067	600	384

Annexe 2 : accord du comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCLouvain

UCLouvain

Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES

Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 6 février 2021

A l'investigateur responsable:
Dr Thomas VAN VYVE
Médecin généraliste
Rue du Stordoir 36
5030 Gembloux

Cc : nicolas.mahiat@student.uclouvain.be;
vanvyve.sauveniere@gmail.com;

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2020/16DEC/626

N° Protocole : MASTER
Acronyme : n/a
Intitulé : La percerption des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs propres patients vis-à-vis de la consultation en médecine générale : étude quantitative observationnelle en région gembloutoise

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques :

- Formulaire de soumission simplifiée reçu le 13/12/2020
- Questionnaire Médecin reçu le 13/12/2020
- Questionnaire patient reçu le 13/12/2020
- Questionnaire vie privée GDPR, version 1 datée du 17/12/2020
- CV signé et daté du PI et co-PI reçu le 13/12/2020
- Mahiat_Nicolas_Reponses aux remarques du CEHF_V1_20210116
- Mahiat_Nicolas_Reponses aux remarques du CEHF_V2_20210205
- Mahiat_Nicolas_Liste des documents resoumis_V2_20210205
- Mahiat_Nicolas_Protocole de recherche_V3_20210205
- Mahiat_Nicolas_Résumé du projet_V3_20210205
- Mahiat_Nicolas_Information et consentement patient_V3_20210205
- Mahiat_Nicolas_Information et consentement médecin_V2_20210205
- Mahiat_Nicolas_Assurance _V2_20210205

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles
Tél. : 02/764.55.14 E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

P. o. L de HEMPTINNE
Membre CEHF

Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	UCLouvain
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire
CEHF-FORM-006-9.0		Date d'application : 01/10/2020

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)

▪ Président	▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine
▪ Vice-présidents	▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine
▪ Secrétaire	▪ Marie-Chantal LIESSE - Infirmière
▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL	▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORSMANS ▪ Laurent HOUTEKIE ▪ Luc ROEGIERS ▪ Bénédicte BRICHARD[i] ▪ Isabelle SCHEERS[i] ▪ Dominique LATINNE[i] ▪ Christiane VERMYLEN[i] ▪ Michel MOURAD[i]
▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc	▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)[i]
▪ Ethicien	▪ Eric GAZIAUX
▪ Juriste	▪ Geneviève SCHAMPS
▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale	▪ Cécile COUPEZ ▪ Claire DETIENNE[i] ▪ Carine VANDEUREN - Assistante sociale, représentante des patients*
▪ Psychologue	▪ Guibert TERLINDEN[i]
▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc	▪ Pascale de PIERPONT[i] ▪ Séverine HALLEUX[i]
▪ Méthodologiste	▪ Niko SPEYBROECK
▪ Collaborateurs Scientifiques, PhD	▪ Isabelle de HEMPTINNE[i] ▪ Anne GABRIEL[i]
▪ Représentants Volontaires Sains	▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT[i]

[i] : *invité*

** Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier*

Annexe 3 : formulaire d'information et de consentement médecin

Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES	Format DIC : ICF - étudiants et paramédicaux Information au patient ou participant	UCLouvain
CEHF-FORM-129-2.0		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 16/06/2020

INFORMATION AU PARTICIPANT (version médecin)

La perception des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs propres patients vis-à-vis de la consultation en médecine générale : étude quantitative observationnelle en région gembloutoise.

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête incluant environ 400 patients et 20 médecins généralistes en région gembloutoise.

L'objectif principal consiste à vérifier si les médecins généralistes perçoivent correctement les attentes de leurs patients par rapport à la consultation en médecine générale. L'objectif secondaire sera d'évaluer l'influence du profil sociodémographique des participants sur les résultats de l'enquête. L'objectif tertiaire est de prioriser les attentes des patients pour apporter des pistes d'amélioration des soins.

L'enquête aura lieu durant les mois de février et mars 2021.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'UCLouvain.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance des attentes des patients chez les médecins généralistes et contribuer ainsi positivement à la qualité des soins.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Consignes pour le participant (méthodologie)

Si vous acceptez de participer à notre enquête, voici ce que nous attendons de votre part.

- Vous allez recevoir un nombre bien précis d'enveloppes (environ 20). Ce nombre d'enveloppes correspond au nombre de patients à recruter. Une enveloppe = Un patient. L'enquête se terminera quand vous aurez épuisé votre stock d'enveloppes. Chaque enveloppe comprend le *« document d'information au participant »* et le *« formulaire de consentement éclairé du participant »* ainsi que deux questionnaires : un destiné au médecin, l'autre au patient.
- Il vous est demandé de proposer au premier et dernier patient de votre matinée de consultations, ainsi qu'au premier et au dernier patient de votre soirée de consultations, de participer à l'enquête.
- Attention à bien respecter les critères d'inclusion et d'exclusion des patients !
  Les critères d'inclusion qui seront appliqués seront les suivants : être âgé de plus de 18 ans, parler et comprendre le français.
  Les critères d'exclusion seront les suivants : présenter une altération des fonctions cognitives ou être atteint d'une démence, les patients qui consultent pour un motif d'urgence médicale et ceux rencontrés lors d'une visite au domicile.
- Après avoir exposé au patient le sujet de l'enquête ainsi que le temps moyen estimé pour le remplissage du questionnaire, il vous sera demandé d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient et de lui faire signer le document ad hoc qui se trouve dans l'enveloppe. Veuillez à bien conserver les différents documents de consentements signés et à les remettre directement en mains propres à l'investigateur principal (Dr.Mahiat Nicolas).
- Ensuite, donnez le questionnaire adéquat au patient et demandez-lui de le remplir directement après la consultation dans la salle d'attente.
- Une fois le patient sorti de votre cabinet de consultation, il vous est demandé de remplir le questionnaire « médecin ».
- La durée pour remplir ce questionnaire est estimée à environ 5 minutes maximum.
- Une fois le questionnaire rempli, merci de le déposer dans l'urne commune scellée prévue à cet effet pour votre cabinet.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 Liège

(Tel : 04 220 31 11)

Numéro de police d'Assurance : 45.399.955

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Chaque enveloppe portera un chiffre. Les questionnaires médecin et patient qu'elle comprendra porteront également le même chiffre. La distribution des enveloppes sera aléatoire. De cette façon, les questionnaires seront totalement anonymes mais ce chiffre permettra la comparaison des

réponses entre le médecin et le patient lors de l'analyse des résultats. Aucune liste reprenant les données des participants ne sera dressée (nom, prénom, téléphone, données du dossier médical, ...). De cette façon, lors du dépouillement, aucun lien ne pourra être fait entre les réponses d'un questionnaire et un participant. Le patient aura la possibilité de remplir son questionnaire en salle d'attente où une table et une chaise disposées à l'écart des autres patients lui permettront de répondre en toute confidentialité aux différentes questions. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les différentes données de l'enquête seront gérées par le Dr.Mahiat Nicolas et seront conservées pendant 8 mois.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain, qui a émis un avis favorable le 6 février 2021.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Dr. Mahiat Nicolas

Email : mahiat.nicolas@gmail.com

Téléphone : 081/61.29.38

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Ethique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Téléphone : 02 764 55 14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)), ... déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête portant sur la perception des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs propres patients vis-à-vis de la consultation en médecine générale : étude quantitative observationnelle dans un cabinet de médecine générale en région gembloutoise.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
   - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
   - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
   - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
   - les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique indue pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....	...../...../20.....
Nom, prénom et Signature	Date (jour/mois/année)
du (de la) participant(e)	

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) ..... confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e)mentionné(e) ci-dessus.

.....	...../...../20.....
Signature de la personne qui procure l'information	*Date (jour/mois/année)*

Annexe 4 : formulaire d'information et de consentement patient

Cliniques universitaires SAINT-LUC UCL BRUXELLES	Format DIC : ICF - étudiants et paramédicaux Information au patient ou participant	UCLouvain
CEHF-FORM-129-2.0		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 16/06/2020

INFORMATION AU PARTICIPANT (version patient)

La perception des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs propres patients vis-à-vis de la consultation en médecine générale : étude quantitative observationnelle en région gembloutoise.

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête incluant environ 400 patients et 20 médecins généralistes en région gembloutoise.

L'objectif principal consiste à vérifier si les médecins généralistes perçoivent correctement les attentes de leurs patients par rapport à la consultation en médecine générale. L'objectif secondaire sera d'évaluer l'influence du profil sociodémographique des participants sur les résultats de l'enquête. L'objectif tertiaire est de prioriser les attentes des patients pour apporter des pistes d'amélioration des soins.

Si vous acceptez de participer à notre enquête, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire directement après la consultation. Une table et une chaise sont mises à votre disposition dans la salle d'attente. Une fois le questionnaire rempli, merci de le déposer dans l'urne prévue à cet effet.

L'enquête aura lieu durant les mois de février et mars 2021.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'UCLouvain.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance des attentes des patients chez les médecins généralistes et contribuer ainsi positivement à la qualité des soins.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Consignes pour le participant (méthodologie)

Si vous acceptez de participer à notre enquête, voici ce que nous attendons de votre part.

- Directement après la consultation, il vous est demandé de remplir le questionnaire « patient » qui vous sera remis par votre médecin. Une table et une chaise sont mises à votre disposition dans la salle d'attente.
- La durée pour remplir ce questionnaire est estimée à environ 5 minutes maximum.
- Une fois le questionnaire rempli, merci de le déposer dans l'urne scellée prévue à cet effet.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 Liège

(Tel : 04 220 31 11)

Numéro de police d'Assurance : 45.399.955

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Chaque enveloppe portera un chiffre. Les questionnaires médecin et patient qu'elle comprendra porteront également le même chiffre. La distribution des enveloppes sera aléatoire. De cette façon, les questionnaires seront totalement anonymes mais ce chiffre permettra la comparaison des réponses entre le médecin et le patient lors de l'analyse des résultats. Aucune liste reprenant les données des participants ne sera dressée (nom, prénom, téléphone, données du dossier médical,…). De cette façon, lors du dépouillement, aucun lien ne pourra être fait entre les réponses d'un questionnaire et un participant. Le patient aura la possibilité de remplir son questionnaire en salle d'attente où une table et une chaise disposées à l'écart des autres patients lui permettront de répondre en toute confidentialité aux différentes questions. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les différentes données de l'enquête seront gérées par le Dr.Mahiat Nicolas et seront conservées pendant 8 mois.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges

en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain, qui a émis un avis favorable le 6 février 2021.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Dr. Mahiat Nicolas

Email : mahiat.nicolas@gmail.com

Téléphone : 081/61.29.38

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Ethique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Téléphone : 02 764 55 14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)), ... déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête portant sur la perception des médecins généralistes par rapport aux attentes de leurs propres patients vis-à-vis de la consultation en médecine générale : étude quantitative observationnelle dans un cabinet de médecine générale en région gembloutoise.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
   - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
   - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
   - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
   - les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique indue pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....	...../...../20.....
Nom, prénom et Signature	Date (jour/mois/année)
du (de la) participant(e)	

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) ..... confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e)mentionné(e) ci-dessus.

.....	...../...../20.....
Signature de la personne qui procure l'information	*Date (jour/mois/année)*

Annexe 5 : questionnaire médecin

Questionnaire médecin

Quel est votre sexe

- ○ Homme
- ○ Femme
- ○ Autre

Quel âge avez-vous ?

- ○ Moins de 30 ans
- ○ 30-39 ans
- ○ 40-49 ans
- ○ 50-59 ans
- ○ 60 ans ou plus

Disposez-vous de votre agrément en médecine générale ?

- ○ Oui
- ○ Non (assistant)

Depuis combien de temps pratiquez-vous en médecine générale ?

- ○ Moins de 5 ans
- ○ 5-14 ans
- ○ 15-24 ans
- ○ 25 ans ou plus

Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine ?

- ○ Moins de 30 heures
- ○ 30-44 heures
- ○ 45-59 heures
- ○ 60 heures ou plus

Selon vous, quelle importance le patient qui vient de sortir de votre consultation accorde-t-il aux propositions suivantes ? (cocher UNE seule case par proposition)

	Pas du tout important 1	Pas important 2	Sans avis 3	Important 4	Très important 5
1) Le cabinet médical fait preuve de propreté					
2) Pouvoir être vu par le médecin à l'heure du rendez-vous					
3) Avoir un rendez-vous à un moment qui vous convient					
4) Pouvoir parler directement au médecin par téléphone					
5) Le médecin est capable de vous mettre à l'aise pour que vous puissiez lui parler de vos problèmes personnels					
6) Le médecin vous implique dans les décisions relatives à vos soins médicaux					
7) Le médecin est clair et facile à comprendre					
8) Le médecin pratique un examen clinique (auscultation) durant la consultation					
9) Le médecin doit être capable de rapidement soulager vos symptômes					
10) Le médecin participe régulièrement à des formations pour s'informer des nouveautés médicales					
11) Le médecin donne des suggestions quant à la prévention des maladies (conseils, vaccins…)					
12) Le médecin donne des explications détaillées concernant la pathologie, le but des examens complémentaires et le traitement					
13) Le médecin parvient à vous rassurer concernant vos problèmes de santé					
14) Avoir la possibilité de toujours voir le même médecin					
15) Le médecin a le souvenir de ce qui a été dit ou fait lors des consultations précédentes					

Annexe 6 : questionnaire patient

Questionnaire patient

Quel est votre sexe

- ○ Homme
- ○ Femme
- ○ Autre

Quel âge avez-vous ?

- ○ 18-24 ans
- ○ 25-44 ans
- ○ 45-64 ans
- ○ 65 ans ou plus

Quel est votre état civil ?

- ○ Célibataire
- ○ Marié
- ○ Divorcé/séparé
- ○ Veuf/Veuve

Quel est votre plus haut niveau de scolarité atteint ?

- ○ Pas de formation
- ○ Ecole primaire
- ○ Ecole secondaire
- ○ Baccalauréat ou études supérieures
- ○ Université

Quel est votre statut de travail actuel ?

- ○ Etudiant
- ○ Employé/ouvrier
- ○ Retraité
- ○ Chômeur ou sans emploi
- ○ Autre

Comment définiriez-vous votre état de santé actuel ?

- ○ Faible ou moyen
- ○ Bon
- ○ Très bon ou excellent

Combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des 6 derniers mois ?

- ○ 1-2
- ○ 3-4
- ○ 5-6
- ○ 7 ou plus

Quel est le motif de votre consultation d'aujourd'hui ?

- ○ Le suivi d'un problème de santé connu/chronique
- ○ Un problème de santé nouveau/aigu
- ○ Autre

Quelle importance accordez-vous aux propositions suivantes ? (cocher UNE seule case par proposition)

	Pas du tout important 1	Pas important 2	Sans avis 3	Important 4	Très important 5
1) Le cabinet médical fait preuve de propreté					
2) Pouvoir être vu par le médecin à l'heure du rendez-vous					
3) Avoir un rendez-vous à un moment qui vous convient					
4) Pouvoir parler directement au médecin par téléphone					
5) Le médecin est capable de vous mettre à l'aise pour que vous puissiez lui parler de vos problèmes personnels					
6) Le médecin vous implique dans les décisions relatives à vos soins médicaux					
7) Le médecin est clair et facile à comprendre					
8) Le médecin pratique un examen clinique (auscultation) durant la consultation					
9) Le médecin doit être capable de rapidement soulager vos symptômes					
10) Le médecin participe régulièrement à des formations pour s'informer des nouveautés médicales					
11) Le médecin donne des suggestions quant à la prévention des maladies (conseils, vaccins…)					
12) Le médecin donne des explications détaillées concernant la pathologie, le but des examens complémentaires et le traitement					
13) Le médecin parvient à vous rassurer concernant vos problèmes de santé					
14) Avoir la possibilité de toujours voir le même médecin					
15) Le médecin a le souvenir de ce qui a été dit ou fait lors des consultations précédentes					

Annexe 7 : Tableau des résultats de l'adéquation médecin-patient sur 9 niveaux

	Total	Forte sous-estimation - - level -4		Forte sous-estimation - level -3		Forte sous-estimation level -2		Sous-estimation level -1		Adéquation level 0		Surestimation level 1		Forte surestimation level 2		Forte surestimation + level 3		Forte surestimation + + level 4	
		Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq
Organisation du cabinet et disponibilité																			
propreté cabinet	384	0	0%	16	4%	41	11%	154	40%	145	38%	22	6%	5	1%	1	0%	0	0%
être vu à l'heure	384	0	0%	16	4%	44	11%	114	30%	147	38%	49	13%	12	3%	2	1%	0	0%
avoir un rdv qui convient	384	0	0%	2	1%	25	7%	84	22%	154	40%	89	23%	20	5%	10	3%	0	0%
pouvoir parler au médecin par téléphone	384	1	0%	22	6%	69	18%	80	21%	134	35%	54	14%	20	5%	4	1%	0	0%
Communication et relation médecin-patient																			
être à l'aise	384	0	0%	0	0%	9	2%	123	32%	179	47%	65	17%	8	2%	0	0%	0	0%
le médecin vous implique	384	1	0%	7	2%	18	5%	115	30%	147	38%	81	21%	14	4%	1	0%	0	0%
le médecin est clair	384	0	0%	0	0%	5	1%	110	29%	202	53%	64	17%	3	1%	0	0%	0	0%
Prise en charge médico-technique																			
examen clinique	384	0	0%	14	4%	37	10%	115	30%	119	31%	72	19%	23	6%	4	1%	0	0%
soulager rapidement les symptômes	384	0	0%	3	1%	23	6%	85	22%	174	45%	76	20%	21	5%	2	1%	0	0%
le médecin participe à des formations	384	0	0%	14	4%	55	14%	99	26%	131	34%	70	18%	13	3%	1	0%	1	0%
suggestion à la prévention	384	0	0%	3	1%	39	10%	100	26%	168	44%	61	16%	12	3%	1	0%	0	0%
Information et soutien des patients																			
explication détaillée	384	0	0%	5	1%	20	5%	119	31%	167	43%	66	17%	4	1%	3	1%	0	0%
médecin rassurant	384	0	0%	2	1%	0	0%	84	22%	195	51%	88	23%	14	4%	1	0%	0	0%
Coordination et continuité de la prise en charge																			
toujours le même médecin	384	0	0%	27	7%	63	16%	92	24%	135	35%	46	12%	14	4%	7	2%	0	0%
le médecin se souvient	384	1	0%	9	2%	33	9%	117	30%	144	38%	65	17%	10	3%	5	1%	0	0%

Annexe 8 : Tableau des résultats de l'adéquation médecin-patient sur 5 niveaux

		Forte sous-estimation		Sous-estimation		Adéquation		Surestimation		Forte surestimation	
	Total	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq
Organisation du cabinet et disponibilité											
Propreté du cabinet médical	384	57	15%	154	40%	145	38%	22	6%	6	2%
Etre vu à l'heure	384	60	16%	114	30%	147	38%	49	13%	14	3%
Avoir un rendez-vous qui convient	384	27	7%	84	22%	154	40%	89	23%	30	8%
Pouvoir parler au médecin par téléphone	384	92	24%	80	21%	134	35%	54	14%	24	6%
Communication et relation médecin-patient											
Le médecin vou met à l'aise	384	9	2%	123	32%	179	47%	65	17%	8	2%
Le médecin vous implique dans les décisions	384	26	7%	115	30%	147	38%	81	21%	15	4%
Le médecin est clair et facile à comprendre	384	5	1%	110	28%	202	53%	64	17%	3	1%
Prise en charge médico-technique											
Le médecin pratique un examen clinique	384	51	13%	115	30%	119	31%	72	19%	27	7%
Le médecin soulage les symptômes	384	26	7%	85	22%	174	45%	76	20%	23	6%
Le médecin participe à des formations	384	69	18%	99	26%	131	34%	70	18%	15	4%
Le médecin fait de la prévention (vaccins,…)	384	42	11%	100	26%	168	44%	61	16%	13	3%
Information et soutien des patients											
Le médecin donne des explications détaillées	384	25	7%	119	31%	167	43%	66	17%	7	2%
Le médecin vous rassure	384	2	1%	84	22%	195	50%	88	23%	15	4%
Coordination et continuité de la prise en charge											
Voir toujours le même médecin	384	90	23%	92	24%	135	35%	46	12%	21	6%
Le médecin se souvient	384	43	11%	117	30%	144	38%	65	17%	15	4%

Annexe 9 : Tableau des résultats de l'adéquation médecin-patient par catégorie sur 5 niveaux

		Forte sous-estimation		Sous-estimation		Adéquation		Surestimation		Forte surestimation	
	Total	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq
Organisation du cabinet et disponibilité	1536	236	15%	432	28%	580	38%	214	14%	74	5%
Communication et relation médecin-patient	1152	40	4%	348	30%	528	46%	210	18%	26	2%
Prise en charge médico-technique	1536	188	12%	399	26%	592	39%	279	18%	78	5%
Information et soutien des patients	768	27	4%	203	26%	362	47%	154	20%	22	3%
Coordination et continuité de la prise en charge	768	133	17%	209	27%	279	36%	111	15%	36	5%

Annexe 10 : Résultats complets des dépendances significatives pour l'adéquation médecin-patient

	Organisation du cabinet et disponibilité												Communication et relation médecin-patient								
	Propreté du cabinet médical			Etre vu à l'heure			Avoir un rendez-vous qui convient			Pouvoir parler au médecin par téléphone			Le médecin vous met à l'aise			Le médecin vous implique dans les décisions			Le médecin est clair et facile à comprendre		
	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime
	Données sociodémographiques des médecins																				
Sexe médecin										p-velue = 0,039											
femme										106/212 (50%)	71/212 (33%)	35/212 (17%)									
homme										66/172 (38%)	63/172 (37%)	43/172 (25%)									
Age médecin										p-value = 0,021											
30-60 ans ou plus										83/215 (39%)	85/215 (40%)	47/215 (22%)									
Moins de 30 ans										89/169 (53%)	49/169 (29%)	31/169 (18%)									
Agrément médecine Générale										p-value < 0,001											
non										86/149 (58%)	41/149 (28%)	22/149 (15%)									
oui										86/235 (37%)	93/235 (40%)	56/235 (24%)									
Année de pratique				pvalue = 0,052			p-value < 0,001									p-value = 0,036					
5-24 ans				42/98 (43%)	40/98 (41%)	16/98 (16%)	36/98 (37%)	34/98 (35%)	28/98 (29%)							44/98 (45%)	34/98 (35%)	20/98 (20%)			
25 ans ou plus				29/80 (36%)	41/80 (51%)	10/80 (12%)	9/80 (11%)	49/80 (61%)	22/80 (28%)							18/80 (22%)	38/80 (48%)	24/80 (30%)			
Moins de 5 ans				103/206 (50%)	66/206 (32%)	37/206 (18%)	66/206 (32%)	71/206 (34%)	69/206 (33%)							79/206 (38%)	75/206 (36%)	52/206 (25%)			
Nombre heures par semaine prestée							p-value = 0,033			p-value = 0,002						p-value = 0,057					
30-44 heures							57/200 (28%)	85/200 (42%)	58/200 (29%)	103/200 (52%)	59/200 (30%)	38/200 (19%)				85/200 (42%)	69/200 (34%)	46/200 (23%)			
45 - 60 heures ou plus							51/154 (33%)	58/154 (38%)	45/154 (29%)	51/154 (33%)	65/154 (42%)	38/154 (25%)				49/154 (32%)	67/154 (44%)	38/154 (25%)			
Moins de 30 heures							3/30 (10%)	11/30 (37%)	16/30 (53%)	18/30 (60%)	10/30 (33%)	2/30 (7%)				7/30 (23%)	11/30 (37%)	12/30 (40%)			

	Prise en charge médico-technique												Information et soutien des patients						Coordination et continuité de la prise en charge					
	Le médecin pratique un examen clinique			Le médecin soulage les symptômes			Le médecin participe à des formations			Le médecin fait de la prévention (vaccins,...)			Le médecin donne des explications détaillées			Le médecin vous rassure			Voir toujours le même médecin			Le médecin se souvient		
	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime
	Données sociodémographiques des médecins																							
Sexe médecin	p-value = 0,004																							
femme	105/212 (50%)	65/212 (31%)	42/212 (20%)																					
homme	61/172 (35%)	54/172 (31%)	57/172 (33%)																					
Age médecin	p-value = 0,011																		p-value < 0,001					
30-60 ans ou plus	79/215 (37%)	77/215 (36%)	59/215 (27%)																83/215 (39%)	93/215 (43%)	39/215 (18%)			
Moins de 30 ans	87/169 (51%)	42/169 (25%)	40/169 (24%)																99/169 (59%)	42/169 (25%)	28/169 (17%)			
Agrément médecine Générale							p-value = 0,038												p-value < 0,001					
non							58/149 (39%)	48/149 (32%)	43/149 (29%)										90/149 (60%)	38/149 (26%)	21/149 (14%)			
oui							110/235 (47%)	83/235 (35%)	42/235 (18%)										92/235 (39%)	97/235 (41%)	46/235 (20%)			
Année de pratique	p-value < 0,001						p-value = 0,003												p-value = 0,006					
5-24 ans	32/98 (33%)	41/98 (42%)	25/98 (26%)				30/98 (31%)	43/98 (44%)	25/98 (26%)										38/98 (39%)	40/98 (41%)	20/98 (20%)			
25 ans ou plus	25/80 (31%)	28/80 (35%)	27/80 (34%)				41/80 (51%)	30/80 (38%)	9/80 (11%)										30/80 (38%)	38/80 (48%)	12/80 (15%)			
Moins de 5 ans	109/206 (53%)	50/206 (24%)	47/206 (23%)				97/206 (47%)	58/206 (28%)	51/206 (25%)										114/206 (55%)	57/206 (28%)	35/206 (17%)			
Nombre heures par semaine prestée										p-value = 0,041			p-value = 0,042						p-value < 0,001					
30-44 heures										82/200 (41%)	82/200 (41%)	36/200 (18%)	88/200 (44%)	77/200 (38%)	35/200 (18%)				114/200 (57%)	58/200 (29%)	28/200 (14%)			
45 - 60 heures ou plus										50/154 (32%)	77/154 (50%)	27/154 (18%)	47/154 (31%)	78/154 (51%)	29/154 (19%)				51/154 (33%)	70/154 (45%)	33/154 (21%)			
Moins de 30 heures										10/30 (33%)	9/30 (30%)	11/30 (37%)	9/30 (30%)	12/30 (40%)	9/30 (30%)				17/30 (57%)	7/30 (23%)	6/30 (20%)			

	Organisation du cabinet et disponibilité												Communication et relation médecin-patient								
	Propreté du cabinet médical			Etre vu à l'heure			Avoir un rendez-vous qui convient			Pouvoir parler au médecin par téléphone			Le médecin vous met à l'aise			Le médecin vous implique dans les décisions			Le médecin est clair et facile à comprendre		
	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime
	Données sociodémographiques des patients																				
Sexe patient																					
femme																					
homme																					
Age patient													p-value = 0,025								
18-44 ans													62/164 (38%)	77/164 (47%)	25/164 (15%)						
45-64 ans													40/137 (29%)	73/137 (53%)	24/137 (18%)						
65 ans ou plus													30/83 (36%)	29/83 (35%)	24/83 (29%)						
Etat civil																					
célibataire																					
divorcé/séparé																					
marié																					
veuf/veuve																					
Niveau de scolarité	p-value = 0,01												p-value = 0,017			p-value = 0,009					
BAC/Et SUP	65/126 (52%)	54/126 (43%)	7/126 (6%)										54/126 (43%)	57/126 (45%)	15/126 (12%)	40/126 (32%)	57/126 (45%)	29/126 (23%)			
école secondaire	110/173 (64%)	52/173 (30%)	11/173 (6%)										51/173 (29%)	78/173 (45%)	44/173 (25%)	79/173 (46%)	54/173 (31%)	40/173 (23%)			
université	36/85 (42%)	39/85 (46%)	10/85 (12%)										27/85 (32%)	44/85 (52%)	14/85 (16%)	22/85 (26%)	36/85 (42%)	27/85 (32%)			
Statut de travail																					
autres																					
employé/ouvrier																					
étudiant																					
retraité																					
Etat de santé													p-value = 0,031								
bon													76/212 (36%)	92/212 (43%)	44/212 (21%)						
faible ou moyen													21/91 (23%)	50/91 (55%)	20/91 (22%)						
TB /excellent													35/81 (43%)	37/81 (46%)	9/81 (11%)						
Nombre de consultations ces 6 derniers mois							p-value = 0,052														
1 ou 2							40/165 (24%)	79/165 (48%)	46/165 (28%)												
3 ou 4							34/117 (29%)	40/117 (34%)	43/117 (37%)												
5 ou plus							37/102 (36%)	35/102 (34%)	30/102 (29%)												

	Prise en charge médico-technique												Information et soutien des patients						Coordination et continuité de la prise en charge					
	Le médecin pratique un examen clinique			Le médecin soulage les symptômes			Le médecin participe à des formations			Le médecin fait de la prévention (vaccins,...)			Le médecin donne des explications détaillées			Le médecin vous rassure			Voir toujours le même médecin			Le médecin se souvient		
	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime	sous-estime	adéquation	surestime
Données sociodémographiques des patients																								
Sexe patient							p-value = 0,016																	
femme							87/230 (38%)	88/230 (38%)	55/230 (24%)															
homme							81/154 (53%)	43/154 (28%)	30/154 (19%)															
Age patient							p-value = 0,008												p-value = 0,051					
18-44 ans							62/164 (38%)	51/164 (31%)	51/164 (31%)										90/164 (55%)	44/164 (27%)	30/164 (18%)			
45-64 ans							64/137 (47%)	50/137 (36%)	23/137 (17%)										59/137 (43%)	55/137 (40%)	23/137 (17%)			
65 ans ou plus							42/83 (51%)	30/83 (36%)	11/83 (13%)										33/83 (40%)	36/83 (43%)	14/83 (17%)			
Etat civil																								
célibataire																								
divorcé/séparé																								
marié																								
veuf/veuve																								
Niveau de scolarité	p-value = 0,003									p-value = 0,029						p-value = 0,025								
BAC/Et SUP	48/126 (38%)	51/126 (40%)	27/126 (21%)							43/126 (34%)	62/126 (49%)	21/126 (17%)				27/126 (21%)	74/126 (59%)	25/126 (20%)						
école secondaire	88/173 (51%)	45/173 (26%)	40/173 (23%)							72/173 (42%)	74/173 (43%)	27/173 (16%)				44/173 (25%)	84/173 (49%)	45/173 (26%)						
université	30/85 (35%)	23/85 (27%)	32/85 (38%)							27/85 (32%)	32/85 (38%)	26/85 (31%)				15/85 (18%)	37/85 (44%)	33/85 (39%)						
Statut de travail				p-value = 0,008			p-value = 0,03															p-value = 0,006		
autres				15/56 (27%)	27/56 (48%)	14/56 (25%)	23/56 (41%)	19/56 (34%)	14/56 (25%)													22/56 (39%)	20/56 (36%)	14/56 (25%)
employé/ouvrier				59/203 (29%)	92/203 (45%)	52/203 (26%)	88/203 (43%)	70/203 (34%)	45/203 (22%)													82/203 (40%)	83/203 (41%)	38/203 (19%)
étudiant				1/26 (4%)	11/26 (42%)	14/26 (54%)	6/26 (23%)	8/26 (31%)	12/26 (46%)													8/26 (31%)	5/26 (19%)	13/26 (50%)
retraité				36/99 (36%)	44/99 (44%)	19/99 (19%)	51/99 (52%)	34/99 (34%)	14/99 (14%)													48/99 (48%)	36/99 (36%)	15/99 (15%)
Etat de santé																								
bon																								
faible ou moyen																								
TB /excellent																								
Nombre de consultations ces 6 derniers mois										p-value = 0,047														
1 ou 2										65/165 (39%)	63/165 (38%)	37/165 (22%)												
3 ou 4										33/117 (28%)	60/117 (51%)	24/117 (21%)												
5 ou plus										44/102 (43%)	45/102 (44%)	13/102 (13%)												

Annexe 11 : Résultats complets de la régression logistique

	Organisation du cabinet et disponibilité								Communication et relation médecin-patient						Prise en charge médico-technique								Information et soutien des patients				Coordination et continuité de la prise en charge			
	Propreté du cabinet médical		Etre vu à l'heure		Avoir un rendez-vous qui convient		Pouvoir parler au médecin par téléphone		Le médecin vous met à l'aise		Le médecin vous implique dans les décisions		Le médecin est clair et facile à comprendre		Le médecin pratique un examen clinique		Le médecin soulage les symptômes		Le médecin participe à des formations		Le médecin fait de la prévention (vaccins,...)		Le médecin donne des explications détaillées		Le médecin vous rassure		Voir toujours le même médecin		Le médecin se souvient	
	OR	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**	**OR**	**p-value**
(Intercept)	0,29	0,022	0,39	0,033	0,24	0,002	0,41	0,048	0,99	>0,9	0,43	0,056	1,10	0,8	0,25	0,004	0,56	0,2	0,35	0,023	0,46	0,087	0,62	0,3	1,31	0,5	0,17	<0,001	0,6	0,2
Sexe médecin		0,7		0,08		0,4		0,5		0,5		0,8		0,3		0,3		0,4		0,4		0,7		0,2		0,1		0,8		0,3
femme	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1	
homme	0,91	0,7	0,64	0,084	0,95	0,4	1,10	0,5	0,86	0,5	1,05	0,8	1,28	0,3	0,99	0,3	0,82	0,4	1,01	0,4	1,11	0,7	0,72	0,2	0,67	0,1	1,1	0,8	0,76	0,3
Année de pratique		0,7		<0,001		<0,001		0,5		0,6		0,2		0,2		0,004		0,058		0,075		0,7		0,4		0,3		0,012		0,2
Moins de 5 ans	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1	
5-14 ans	1,19	0,5	1,83	0,041	1,21	0,5	1,28	0,4	1,04	0,9	0,73	0,3	1,06	0,8	2,54	0,002	1,80	0,037	1,95	0,022	1,11	0,7	1,40	0,2	1,19	0,5	1,27	0,4	1,67	0,073
15-24 ans	1,08	0,9	3,57	0,019	1,19	0,8	1,08	0,9	1,38	0,5	1,24	0,7	2,81	0,06	3,66	0,017	2,01	0,2	2,41	0,091	1,28	0,6	1,01	>0,9	2,30	0,11	3,17	0,029	1,03	>0,9
25 ans ou plus	1,47	0,2	3,66	<0,001	4,61	<0,001	1,58	0,14	1,47	0,2	1,5	0,2	1,39	0,3	2,27	0,015	2,01	0,023	1,66	0,11	0,79	0,5	1,60	0,13	1,52	0,2	2,52	0,003	1,57	0,2
Nombre heures par semaine prestée		0,6		0,048		0,048		0,1		0,7		0,4		0,3		0,4		0,3		0,8		0,2		0,076		0,4		0,023		0,8
Moins de 30 heures	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1	
30-44 heures	1,37	0,5	1,60	0,3	2,73	0,033	0,96	>0,9	0,89	0,8	1,23	0,6	1,14	0,8	1,49	0,4	1,42	0,4	1,13	0,8	1,46	0,4	0,99	>0,9	0,89	0,8	2,13	0,13	0,96	>0,9
45 - 60 heures ou plus	1,11	0,8	0,85	0,7	1,75	0,2	1,61	0,3	0,77	0,5	1,62	0,3	0,77	0,5	1,05	>0,9	0,99	>0,9	1,30	0,6	2,03	0,11	1,67	0,2	0,66	0,3	3,23	0,017	0,85	0,7
Agrément médecine générale		0,5		0,022		0,5		0,2		0,2		>0,9		0,5		0,045		0,088		0,6		0,4		0,7		0,7		0,2		0,02
non	1,00		1,00		1,00		1,00		1		1		1,00		1,00		1,00		1,00		1		1,00		1		1		1	
oui	0,78	0,5	2,14	0,022	1,28	0,5	1,55	0,2	0,64	0,2	1,1	>0,9	0,90	0,5	2,00	0,045	1,75	0,088	1,10	0,6	1,3	0,4	1,12	0,7	0,89	0,7	1,54	0,2	2,91	0,7

Annexe 12 : Tableau des résultats des attentes des patients sur 5 niveaux

		Pas du tout important		Pas important		Sans avis		Important		Très important	
	Total	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq
Organisation du cabinet et disponibilité											
Propreté du cabinet médical	384	1	0%	4	1%	4	1%	148	39%	227	59%
Etre vu à l'heure	384	2	1%	16	4%	28	7%	221	58%	117	30%
Avoir un rendez-vous qui convient	384	5	1%	34	9%	33	9%	230	60%	82	21%
Pouvoir parler au médecin par téléphone	384	3	1%	52	14%	60	16%	193	50%	76	20%
Communication et relation médecin-patient											
Le médecin vous met à l'aise	384	0	0%	6	2%	9	2%	134	35%	235	61%
Le médecin vous implique dans les décisions	384	2	1%	2	1%	24	6%	151	39%	205	53%
Le médecin est clair et facile à comprendre	384	1	0%	1	0%	5	1%	133	35%	244	64%
Prise en charge médico-technique											
Le médecin pratique un examen clinique	384	4	1%	18	5%	81	21%	161	42%	120	31%
Le médecin soulage les symptômes	384	1	0%	14	4%	67	17%	209	54%	93	24%
Le médecin participe à des formations	384	3	1%	4	1%	62	16%	182	47%	133	35%
Le médecin fait de la prévention (vaccins,…)	384	2	1%	11	3%	36	9%	208	54%	127	33%
Information et soutien des patients											
Le médecin donne des explications détaillées	384	0	0%	6	2%	6	2%	166	43%	206	54%
Le médecin vous rassure	384	0	0%	10	3%	15	4%	173	45%	186	48%
Coordination et continuité de la prise en charge											
Voir toujours le même médecin	384	4	1%	32	8%	32	8%	147	38%	169	44%
Le médecin se souvient	384	1	0%	18	5%	28	7%	207	54%	130	34%

Annexe 13 : Tableau des résultats des attentes des patients sur 3 niveaux triés sur la modalité très importante

		Pas important		Sans avis		Très important	
	Total	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq
Le médecin est clair et facile à comprendre	384	2	1%	5	1%	377	98%
Propreté du cabinet médical	384	5	1%	4	1%	375	98%
Le médecin donne des explications détaillées	384	6	2%	6	2%	372	97%
Le médecin vous met à l'aise	384	6	2%	9	2%	369	96%
Le médecin vous rassure	384	10	3%	15	4%	359	93%
Le médecin vous implique dans les décisions	384	4	1%	24	6%	356	93%
Etre vu à l'heure	384	18	5%	28	7%	338	88%
Le médecin se souvient	384	19	5%	28	7%	337	88%
Le médecin fait de la prévention (vaccins,…)	384	13	3%	36	9%	335	87%
Voir toujours le même médecin	384	36	9%	32	8%	316	82%
Le médecin participe à des formations	384	7	2%	62	16%	315	82%
Avoir un rendez-vous qui convient	384	39	10%	33	9%	312	81%
Le médecin soulage les symptômes	384	15	4%	67	17%	302	79%
Le médecin pratique un examen clinique	384	22	6%	81	21%	281	73%
Pouvoir parler au médecin par téléphone	384	55	14%	60	16%	269	70%

Annexe 14 : Tableau des résultats des attentes des patients par catégorie sur 3 niveaux triés sur la modalité très importante

		Pas important		Sans avis		Très important	
	Total	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq	Nbr	Fréq
Organisation du cabinet et disponibilité	1536	117	8%	125	8%	1294	84%
Communication et relation médecin-patient	1152	12	1%	38	3%	1102	96%
Prise en charge médicotechnique	1536	57	4%	246	16%	1233	80%
Information et soutien des patients	768	16	2%	21	3%	731	95%
Coordination et continuité de la prise en charge	768	55	7%	60	8%	653	85%

Annexe 15 : Résultats complets des dépendances significatives pour les attentes des patients

	Organisation du cabinet et disponibilité							Communication et relation médecin-patient						Prise en charge médico-technique					
	Propreté du cabinet médical			Pouvoir parler au médecin par téléphone				Le médecin vous met à l'aise			Le médecin est clair et facile à comprendre			Le médecin pratique un examen clinique			Le médecin soulage les symptômes		
	sans avis	important	très important	pas important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important
	Données sociodémographiques des patients																		
Sexe patient				p-value = 0,031				p-value = 0,05											
femme				24/230 (10%)	40/230 (17%)	115/230 (50%)	51/230 (22%)	7/230 (3%)	71/230 (31%)	152/230 (66%)									
homme				31/154 (20%)	20/154 (13%)	78/154 (51%)	25/154 (16%)	8/154 (5%)	63/154 (41%)	83/154 (54%)									
Age patient				p-value = 0,027				p-value = 0,012						p-value < 0,001			p-value < 0,001		
18-44 ans				29/164 (18%)	28/164 (17%)	83/164 (51%)	24/164 (15%)	10/164 (6%)	43/164 (26%)	111/164 (68%)				54/164 (33%)	70/164 (43%)	40/164 (24%)	49/164 (30%)	89/164 (54%)	26/164 (16%)
45-64 ans				23/137 (17%)	19/137 (14%)	66/137 (48%)	29/137 (21%)	2/137 (1%)	56/137 (41%)	79/137 (58%)				39/137 (28%)	59/137 (43%)	39/137 (28%)	26/137 (19%)	74/137 (54%)	37/137 (27%)
65 ans ou plus				3/83 (4%)	13/83 (16%)	44/83 (53%)	23/83 (28%)	3/83 (4%)	35/83 (42%)	45/83 (54%)				10/83 (12%)	32/83 (39%)	41/83 (49%)	7/83 (8%)	46/83 (55%)	30/83 (36%)
Etat de santé																	p-value = 0,035		
bon																	35/212 (17%)	128/212 (60%)	49/212 (23%)
faible ou moyen																	22/91 (24%)	47/91 (52%)	22/91 (24%)
TB /excellent																	25/81 (31%)	34/81 (42%)	22/81 (27%)
Niveau de scolarité	p-value < 0,001										p-value = 0,027			p-value < 0,001			p-value < 0,001		
école secondaire	4/173 (2%)	46/173 (27%)	123/173 (71%)								5/173 (3%)	52/173 (30%)	116/173 (67%)	35/173 (20%)	77/173 (45%)	61/173 (35%)	22/173 (13%)	101/173 (58%)	50/173 (29%)
BAC/Et SUP	2/126 (2%)	53/126 (42%)	71/126 (56%)								1/126 (1%)	40/126 (32%)	85/126 (67%)	30/126 (24%)	56/126 (44%)	40/126 (32%)	25/126 (20%)	69/126 (55%)	32/126 (25%)
université	3/85 (4%)	49/85 (58%)	33/85 (39%)								1/85 (1%)	41/85 (48%)	43/85 (51%)	38/85 (45%)	28/85 (33%)	19/85 (22%)	35/85 (41%)	39/85 (46%)	11/85 (13%)
Nombre de consultations ces 6 derniers mois				p-value = 0,003							p-value = 0,023								
1 ou 2				35/165 (21%)	23/165 (14%)	84/165 (51%)	23/165 (14%)				1/165 (1%)	69/165 (42%)	95/165 (58%)						
3 ou 4				12/117 (10%)	14/117 (12%)	61/117 (52%)	30/117 (26%)				2/117 (2%)	38/117 (32%)	77/117 (66%)						
5 ou plus				8/102 (8%)	23/102 (23%)	48/102 (47%)	23/102 (23%)				4/102 (4%)	26/102 (25%)	72/102 (71%)						
Etat civil								p-value = 0,045									p-value = 0,004		
célibataire								6/131 (5%)	36/131 (27%)	89/131 (68%)							38/131 (29%)	73/131 (56%)	20/131 (15%)
marié								9/211 (4%)	76/211 (36%)	126/211 (60%)							37/211 (18%)	109/211 (52%)	65/211 (31%)
divorcé/séparé								0/42 (0%)	22/42	20/42 (48%)							7/42 (17%)	27/42 (64%)	8/42 (19%)
Statut de travail														p-value < 0,001			p-value < 0,001		
étudiant														13/26 (50%)	8/26 (31%)	5/26 (19%)	11/26 (42%)	14/26 (54%)	1/26 (4%)
employé/ouvrier														75/259 (29%)	114/259 (44%)	70/259 (27%)	63/259 (24%)	139/259 (54%)	57/259 (22%)
retraité														15/99 (15%)	39/99 (39%)	45/99 (45%)	8/99 (8%)	56/99 (57%)	35/99 (35%)

	Prise en charge médico-technique						Information et soutien des patients			Coordination et continuité de la prise en charge					
	Le médecin participe à des formations			Le médecin fait de la prévention (vaccins,...)			Le médecin vous rassure			Voir toujours le même médecin			Le médecin se souvient		
	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important	sans avis	important	très important
	Données sociodémographiques des patients														
Sexe patient							p-value = 0,007								
femme							8/230 (3%)	102/230 (44%)	120/230 (52%)						
homme							17/154 (11%)	71/154 (46%)	66/154 (43%)						
Age patient	p-value = 0,008			p-value = 0,009						p-value = 0,008			p-value = 0,002		
18-44 ans	38/164 (23%)	83/164 (51%)	43/164 (26%)	28/164 (17%)	93/164 (57%)	43/164 (26%)				40/164 (24%)	61/164 (37%)	63/164 (38%)	30/164 (18%)	93/164 (57%)	41/164 (25%)
45-64 ans	21/137 (15%)	66/137 (48%)	50/137 (36%)	17/137 (12%)	74/137 (54%)	46/137 (34%)				23/137 (17%)	53/137 (39%)	61/137 (45%)	13/137 (9%)	70/137 (51%)	54/137 (39%)
65 ans ou plus	10/83 (12%)	33/83 (40%)	40/83 (48%)	4/83 (5%)	41/83 (49%)	38/83 (46%)				5/83 (6%)	33/83 (40%)	45/83 (54%)	4/83 (5%)	44/83 (53%)	35/83 (42%)
Etat de santé										p-value = 0,028					
bon										36/212 (17%)	83/212 (39%)	93/212 (44%)			
faible ou moyen										10/91 (11%)	32/91 (35%)	49/91 (54%)			
TB /excellent										22/81 (27%)	32/81 (40%)	27/81 (33%)			
Niveau de scolarité				p-value = 0,013			p-value = 0,003			p-value = 0,001			p-value = 0,034		
école secondaire				17/173 (10%)	85/173 (49%)	71/173 (41%)	11/173 (6%)	66/173 (38%)	96/173 (55%)	19/173 (11%)	62/173 (36%)	92/173 (53%)	13/173 (8%)	92/173 (53%)	68/173 (39%)
BAC/Et SUP				15/126 (12%)	76/126 (60%)	35/126 (28%)	5/126 (4%)	57/126 (45%)	64/126 (51%)	25/126 (20%)	50/126 (40%)	51/126 (40%)	18/126 (14%)	67/126 (53%)	41/126 (33%)
université				17/85 (20%)	47/85 (55%)	21/85 (25%)	9/85 (11%)	50/85 (59%)	26/85 (31%)	24/85 (28%)	35/85 (41%)	26/85 (31%)	16/85 (19%)	48/85 (56%)	21/85 (25%)
Nombre de consultations ces 6 derniers mois										p-value < 0,001			p-value = 0,016		
1 ou 2										38/165 (23%)	70/165 (42%)	57/165 (35%)	28/165 (17%)	93/165 (56%)	44/165 (27%)
3 ou 4										23/117 (20%)	33/117 (28%)	61/117 (52%)	10/117 (9%)	66/117 (56%)	41/117 (35%)
5 ou plus										7/102 (7%)	44/102 (43%)	51/102 (50%)	9/102 (9%)	48/102 (47%)	45/102 (44%)
Etat civil	p-value = 0,035												p-value = 0,006		
célibataire	31/131 (24%)	67/131 (51%)	33/131 (25%)										20/131 (15%)	82/131 (63%)	29/131 (22%)
marié	30/211 (14%)	95/211 (45%)	86/211 (41%)										24/211 (11%)	100/211 (47%)	87/211 (41%)
divorcé/séparé	8/42 (19%)	20/42 (48%)	14/42 (33%)										3/42 (7%)	25/42 (60%)	14/42 (33%)
Statut de travail				p-value < 0,001									p-value < 0,001		
étudiant				6/26 (23%)	12/26 (46%)	8/26 (31%)							12/26 (46%)	11/26 (42%)	3/26 (12%)
employé/ouvrier				39/259 (15%)	148/259 (57%)	72/259 (28%)							29/259 (11%)	144/259 (56%)	86/259 (33%)
retraité				4/99 (4%)	48/99 (48%)	47/99 (47%)							6/99 (6%)	52/99 (53%)	41/99 (41%)