Université de Liège

Département universitaire de médecine générale

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

Université de Liège (ULg)

Master complémentaire en médecine générale

Année 2013-2014

Existe-t-il des différences concernant la définition d'un bon médecin généraliste et d'un bon patient chez les médecins généralistes et les patients issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles ?

Présenté par NAJM-EDDINE Ali

Promoteur DUMG : Pr Vanmeerbeek M.

Tuteur: Dr Alafakis M.

Remerciements :

Ce travail passionnant m'a permis de rencontrer de nombreuses personnes qui m'ont toutes appris quelque chose.

Je tiens à remercier en premier lieu le docteur Vanmeerbeek Marc, promoteur de ce travail, ainsi que le sociologue du DUMG-ULg, Frédéric Ketterer, pour leur patience ainsi que leurs conseils de qualité qui m'ont énormément aidé sur ce large sujet.

J'adresse également un grand merci au personnel de « Médecine pour le peuple » de Herstal pour leurs conseils avisés, leur disponibilité et la distribution des questionnaires. Je tiens à remercier par la même occasion le docteur Alafakis Michaël, tuteur de ce travail, pour ses conseils précieux, quand je le dérangeais souvent à des heures tardives.

J'aimerais ensuite exprimer mes plus vifs remerciements à tous les médecins généralistes ainsi qu'à tous les patients qui ont pris le temps de remplir le questionnaire.

Je remercie très chaleureusement la SSMG pour leur coup de pouce et leur diffusion du questionnaire auprès des médecins généralistes francophones.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux membres du jury qui liront cet ouvrage.

Je tiens à remercier www.sondageonline.com pour l'accès gratuit et illimité aux fonctionnalités de leur site fiable.

Je remercie également madame Petit Pascale pour sa relecture, patience et correction.

Et comment ne pas remercier ma compagne, pour tous ses encouragements et ses conseils. Je tiens également à m'excuser auprès d'elle pour tous ces moments qu'on aurait pu partager mais où j'ai préféré la compagnie de ce travail !

À l'heure où ma formation touche à sa fin, je pense à mes parents et ma famille qui m'ont toujours encouragé et auxquels je souhaite témoigner ma plus profonde reconnaissance. Depuis l'instant où ils ont quitté les berges de l'ancienne Phénicie, ils n'ont jamais cessé un seul instant de croire en mes capacités et de m'apprendre que la pensée est libre, quel que soit la couleur des convictions.

Permettez-moi de terminer par cette phrase du poète Libanais Gibran Khalil Gibran :

« Vous êtes bon lorsque vous marchez fermement vers votre but d'un pas intrépide, pourtant vous n'êtes pas mauvais lorsque vous y allez en boitant. Même ceux qui boitent ne vont pas en arrière. »

Résumé :

Objectif : Connaître les critères définissant un bon médecin généraliste et un bon patient auprès d'un échantillon de médecins généralistes et de patients, issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles, au moyen d'un questionnaire anonyme en deux parties.

Méthode : Le questionnaire était accessible en ligne et sous format papier. Chaque définition comporte un ensemble de 15 critères, regroupés en 5 sections. Les médecins généralistes (MG) ainsi que les patients devaient sélectionner les 5 critères qui semblaient les plus prioritaires pour définir un bon MG et un bon patient.

Résultats : Un nombre total de 336 patients et de 157 MG ont pris part à cette étude. Les deux groupes s'accordent à définir un bon MG selon la section « information » qui regroupe les critères suivants : « il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer », « il explique le but d'un traitement, d'un examen » et « il fait de la prévention (vaccinations, conseils sur les habitudes de vie,…) ». Cependant, si nous regardons les 5 critères les plus sélectionnés dans ces deux groupes, un bon MG (1) prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer ; (2) il s'intéresse au patient au tant que personne en tenant compte de sa situation ; et (3) il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un spécialiste. Les patients semblent accorder une grande priorité au secret médical et à l'explication du but d'un traitement et d'un examen. Les médecins généralistes, quant à eux, accordent une haute priorité au suivi sur la durée et à la prévention. Il existe également des divergences dans certains sous-groupes (âge, sexe, province, niveau de diplôme). Concernant la définition d'un bon patient, les deux groupes s'accordent sur la section « compliance » qui regroupe les critères suivants : « il respecte les consignes du médecin (bien prendre ses médicaments,…) », « il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie) » et « il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste) ».

Conclusion : Les patients préfèrent les consultations plus longues avec une approche centrée sur eux. La disponibilité semble être importante pour eux mais reste de loin la dernière section définissant un bon MG. Afin de mieux répondre aux attentes des patients, il y a peut-être des mesures à prendre sur le plan politique, universitaire et organisationnel.

Mots-clés : general practice care, patients' expectations, patients' priorities, doctor-patient communication, patient satisfaction, evaluation, general practitioners

Table des matières :

I. Introduction……p 6

II. Méthodologie……..p 7

A. Recherche bibliographique p 7

B. Constats de la littérature p 8

C. Choix de la question et de la méthode de recherche p 9

D. Elaboration du canevas p 9

E. Mise en place p 11

F. Analyse des résultats p 13

III. Résultats……p 13

A. La population participante (tableaux) p 13

B. Les résultats par critères prioritaires (tableaux) p 16

1. L'ensemble des patients et l'ensemble des médecins généralistes p 16

2. Les maisons médicales p 17

3. La pratique solo p 19

4. Les associations de médecins généralistes p 20

C. Les résultats pour l'ensemble des critères (graphiques) p 21

1. L'ensemble des patients et l'ensemble des médecins généralistes p 21

2. Les maisons médicales p 24

3. La pratique solo p 26

4. Maisons médicales vs pratique solo p 28

D. Les résultats selon les groupes de critères (graphiques) p 32

1. L'ensemble des patients et l'ensemble des médecins généralistes p 33

2. Les patients : le niveau de diplôme p 34

3. Les patients et les médecins généralistes : le sexe p 35

4. Les patients et les médecins généralistes : l'âge p 36

5. Les médecins généralistes : solo vs maisons médicales vs associations p 38

6. Les patients et les médecins généralistes : solo vs pratiques de groupe p 39

IV. Discussion……...p 40

A. Les limites de ce travail et les biais p 40

B. La comparaison p 42

1. L'ensemble des patients et des médecins généralistes p 42

2. Les sexes p 47

3. L'âge p 47

4. Le niveau de diplôme p 49

5. La pratique solo p 50

6. Les maisons médicales p 52

7. Les pratiques en association p 54

8. Les différentes pratiques p 54

C. Ce que montrent les autres études européennes p 57

D. La spécificité de la Fédération Wallonie-Bruxelles p 59

E. Les attentes des patients p 59

F. Les attentes des médecins généralistes p 60

G. Quelles sont les stratégies à adopter à l'avenir ? p 61

1. Au niveau des études de médecine p 61

2. Organisation des consultations p 62

3. Au niveau politique et financier p 62

V. Conclusion……..p 64

VI. Sources……....p 65

VII. Annexes……..p 68

I. Introduction

Alors que je débutais seulement mon assistanat depuis quelques semaines, je demandais à mon maître de stage si je ne pouvais pas le remplacer pendant ses consultations parce que les miennes étaient vides. Il me répondit par la négative et de surenchérir que le plus important pour un patient est la disponibilité de son médecin généraliste.

« Pour le patient, un bon médecin généraliste est quelqu'un qui répond au téléphone immédiatement et qui voit son patient le plus rapidement possible et le jour même ».

Sa phrase me laissait perplexe, je devais rester disponible pour les appels urgents. Je pensais que le plus important pour un patient, c'était de prendre le temps de lui expliquer ce qu'il voulait savoir, de tenir compte de son environnement psycho-affectif et socio-économique, d'avoir en face de lui un bon diagnosticien au courant des avancées de la médecine,… Je me suis alors posé les questions suivantes : « Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? Comment le définirait un patient ? Est-ce que les médecins généralistes partagent la même définition ? Existe-t-il des différences dans cette définition ? Dans l'affirmative, lesquels et pourquoi ? Comment répondre au mieux aux attentes de nos patients ? ».

Pour un médecin généraliste, qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? Lui-même ? Comment il croît l'être ? Comment il aimerait l'être ? De même, qu'est-ce qu'un bon patient pour un patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste pour un patient ? Est-ce son médecin généraliste ? Comment il aimerait que son MG soit ? A l'inverse, qu'est-ce qu'un bon patient pour un médecin généraliste ? La définition est purement subjective et tient compte de l'histoire de chacun. Néanmoins, nous pouvons espérer pouvoir passer outre cette barrière afin d'observer si des définitions convergent dans l'ensemble de la population étudiée ou une de ses parties (en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'études, du type de pratique de leur médecin traitant ou de leur province). Ainsi, nous pourrons tenter de définir les critères les plus importants pour les patients et les médecins généralistes.

Pourquoi n'existe-t-il pas d'études sur l'évaluation des soins de médecine générale par le patient dans la fédération de Wallonie-Bruxelles ? Notre société change, les patients ainsi que les médecins généralistes changent avec elle. Les attentes des patients ont changé. Le contexte de crise économique, les surcharges au niveau des horaires de travail, le stress, … Comment expliquer les attentes de plus en plus fortes des patients à l'égard de leur médecin généraliste ? Ils sont de plus en plus informés et de plus en plus exigeants quant à leur prise en

charge. De plus, nous, médecins généralistes, observons une attente croissante des patients pour une médecine générale plus personnelle et plus humaine.

Comment connaître les critères importants pour le patient sans les lui demander ? Comment un médecin généraliste, même riche de ses expériences, peut-il prétendre connaître la définition de ce qu'est un bon médecin généraliste auprès de sa patientèle ? Comment nous, médecins généralistes, définissons-nous un bon patient ? Cela va-t-il à l'encontre de leur définition ? Quelles sont leurs attentes face au médecin généraliste et à l'inverse, quelles sont les attentes de ces derniers envers leurs patients ? Afin de tenter de connaître ces définitions, j'ai décidé d'entreprendre une étude quantitative au travers d'une enquête anonyme utilisant des critères qualitatifs. Pour ce, j'ai fixé l'objectif suivant :

Connaître les critères définissant un bon médecin généraliste et un bon patient auprès d'un échantillon de médecins généralistes et de patients, issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles, au moyen d'un questionnaire anonyme en deux parties.

Je n'ai pas la prétention de considérer ces définitions comme le reflet de l'ensemble des médecins généralistes et des patients de Wallonie et de Bruxelles, mais cela nous permettrait peut-être, si je réussis à y déceler des différences, d'ouvrir de nouvelles pistes dans la compréhension des attentes de nos patients afin de mieux y répondre à l'avenir.

II. Méthodologie

A. La recherche Bibliographique :

Pour entreprendre une recherche bibliographique, il a fallu dans un premier temps utiliser le PICO[1].

P	Patients issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles
I	Définir un bon médecin généraliste et un bon patient
C	Médecins généralistes issus de la Fédération Wallonie-Bruxelles
O	Existe-t-il une différence ?

Plusieurs mots-clés[2] peuvent être utilisés : *« general practitioners », « patient satisfaction », « general practice », « qualitative evaluation », « primary health care », « questionnaires »*… Malheureusement, d'autres mots-clés n'ont pas trouvé de MeSH : *« general practitioners satisfaction », « patient expectations », « patient priorities », « general practitioners expectations », « general practitioners priorities », « evolution of general practice », ...*

Je me confronte donc directement à un obstacle, celui d'un TFE qui cherche à définir des critères qualitatifs, basés sur l'avis des patients et des médecins généralistes. J'ai donc dans un premier temps commencé mes recherches dans la littérature ternaire et quaternaire, via le Cebam[3]. Malgré l'utilisation des mots-clés validés et malgré le PICO, les recherches sont restées non contributives pour la majorité des moteurs de recherches utilisés comme la SSMG, Cochrane et EBMpractice[5-8]. J'ai entrepris dans un second temps des recherches via Medline[4]. Tandis que quelques articles bourgeonnent de Pubmed et du BMJ[9-10], je trouve un chemin qui me mène d'articles en références et de références en articles. Je me suis trouvé face à des études et des publications traitant de ce sujet. J'ai sélectionné les articles en fonction de la pertinence du titre. J'ai lu l'abstract de tous les articles et je me suis procuré ceux qui m'intéressaient en full text. Je constate que le nombre d'études traitant de ce sujet est restreint et que la majorité des publications datent du début des années 2000, fin des années 90. Face à tant de difficultés à trouver des articles sur le sujet, j'ai élargi ma recherche dans la littérature grise en consultant Google Scholar[11]. J'ai sélectionné les articles en fonction de la pertinence du titre mais surtout de l'importance de la revue éditrice. Comme précédemment, je me suis procuré en full text les articles intéressants, sur base de leur abstract, en fonction de la pertinence de leur méthodologie.

B. Constats de la littérature :

Il existe des études européennes réalisées sur tout le continent évaluant la satisfaction d'un patient après une consultation chez un médecin généraliste et l'évaluation de la part du MG de la satisfaction du patient. Il existe également des articles relatant de la satisfaction des MG dans leur travail et, dans une moindre mesure, des articles tentant de définir ce qu'est un bon médecin généraliste en enquêtant auprès des MG et de leurs patients. Ces études sont parfois réalisées à une échelle internationale avec l'appui d'EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice). Très peu de ces études ont reçu une participation financière des firmes pharmaceutiques ou des assurances de santé. Certains articles proposent un canevas pour élaborer un questionnaire évaluant la satisfaction des patients en médecine générale,

d'autres focalisent sur l'évolution de la relation médecin-patient. D'autres encore amènent quelques pistes pour mieux répondre aux attentes des patients et augmenter leur satisfaction pendant les consultations.

Concernant la définition d'un bon patient, aucun article n'a été trouvé sur les moteurs de recherches. Personne n'a jamais tenté de comprendre ou de chercher quelles sont les attentes des MG envers leurs patients, ni de tenter une auto-critique venant des patients eux-mêmes. Les études ont surtout été réalisées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, mais aussi en Norvège, en Suède, au Danemark, en Allemagne, au Portugal, en Israël, en Suisse, en Slovénie et en Espagne. Certaines de ces études ont reçu la participation de MG et de patients Belges issus de la Flandre. Il est notable de mentionner qu'une seule étude a reçu la participation de MG et de patients issus de la Wallonie. Dû au pauvre taux de personnes impliquées, l'étude estime qu'il existe une moindre tradition orientée vers la recherche chez les Wallons.

C. Choix de la question et de la méthode de recherche

Partant de l'idée de connaître quels critères procurent la satisfaction des patients envers leur MG, j'ai pu constater qu'il était possible de l'évaluer afin de définir ce qu'est un bon médecin généraliste. Certaines attentes des patients étaient redondantes dans les études parcourues. La définition d'un bon généraliste et d'un bon patient n'avaient jamais été abordées dans la Fédération Wallonie-Bruxelles dans des études à grande échelle. D'autres de mes questions étaient restées en suspens : « quels sont les critères d'urgence du patient lorsqu'il demande un passage rapide du médecin généraliste sans aller aux urgences ? ». J'aurais aimé investiguer la question. Certes, c'était un grand projet, mais il dépassait le temps nécessaire pour réaliser un TFE et m'empêchait de me focaliser sur les deux sujets déjà très vastes de « qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ? » et « qu'est-ce qu'un bon patient ? ». La question était ainsi posée. Il ne s'agit pas d'évaluer la médecine générale contemporaine, même si les conclusions de mon étude pourraient aller dans le sens d'une nouvelle définition de la médecine générale.

D. Elaboration du canevas

J'ai donc parcouru la littérature afin de voir s'il existait un moyen fiable, validé et rapide de sonder à la fois les patients et les MG[12]. Mon choix s'est porté sur le développement d'un questionnaire en deux parties. Chacune des parties comporte des critères à cocher. Un questionnaire validé était disponible dans les études que j'avais lues. J'ai demandé de cocher

les 5 critères les plus importants. La première phase du questionnaire, réalisée 5 mois avant le TFE Day de ma première année d'assistanat, m'a permis de recueillir l'avis de médecins généralistes, de patients, de mon promoteur de TFE ainsi que du sociologue du DUMG. Le questionnaire était disponible sous format papier. Afin de garantir l'anonymat, le questionnaire était rempli dans une autre pièce. Je demandais de le déposer dans une farde prévue à cet effet. La personne devait mentionner son âge, son sexe et si c'était un patient ou un médecin généraliste. Je demandais, une fois le questionnaire rempli, s'ils avaient des critiques ou des commentaires à formuler afin de l'améliorer. Concernant les critères de définition d'un bon patient, la non-existence d'une étude sur celle-ci ou sur la satisfaction d'un médecin généraliste face à son patient, m'ont forcé à partir de rien pour proposer une ébauche de critères.

Il y avait là des biais : 1) 32 critères pour définir un bon patient contre 45 pour définir un bon médecin, 2) le type de pratique du médecin généraliste n'était pas prise en compte, 3) je ne demandais pas de mentionner le nom de la province où ils résidaient, 4) le questionnaire était trop long, 5) il n'y avait aucune précision quant au niveau de diplôme de la personne, 6) certains critères ne s'appliquaient pas à la médecine générale belge, 7) les critères définissant un bon patient étaient parfois incompréhensibles pour eux ou inappropriés (par exemple : « quelqu'un qui éloigne son chien quand le MG viens en visite à domicile ») et 8) le questionnaire n'existait qu'en un seul exemplaire.

Il m'a donc fallu réduire au maximum tous ces biais après cette phase de Pré-Test. J'ai grandement diminué le nombre de critères, en supprimant ceux ne s'appliquant pas à notre pratique belge (*comme l'importance du coût des soins comme dans les questionnaires américains*[12]), en retirant les plus superflus, en rassemblant d'autres sous un seul et même critère en prenant bien garde de conserver la signification de chacun. Toutes ces manipulations étaient réalisées conjointement avec le sociologue du DUMG, qui a joué un rôle prépondérant dans le choix des critères et leur correction notamment sur les questions éthiques. Le questionnaire est désormais disponible en deux exemplaires, avec des critères placés de manière aléatoire sur les deux. J'ai donc pris le soin de demander en plus la Province, le type de pratique de médecine générale et le niveau de scolarité. Nous n'avons pas jugé opportun de mentionner le niveau socio-économique ou professionnel pour des raisons éthiques. Concernant l'âge, il était groupé par intervalles de 10 ans. Enfin, j'ai reçu l'accord de mon promoteur du DUMG pour commencer à diffuser le questionnaire.

Afin d'accroître la portée de mon étude, j'ai décidé de réaliser une enquête en ligne sur un site fiable[13] qui propose une grande liberté pour la création de mon questionnaire, un procédé infaillible (les gens sont obligés de répondre à 5 critères et de tout compléter pour valider l'enquête), des tableaux statistiques intégrés avec les pourcentages, le moyen de comparer les réponses des sous-groupes et pas de publicité. Pour les participants, il ne fallait ni s'inscrire sur le site, ni entrer d'adresse mail ou de nom, ce qui garantissait l'anonymat. J'ai été confronté à plusieurs problèmes. Je n'avais qu'un accès limité aux services du site et aux résultats du questionnaire. Il fallait normalement payer pour un accès illimité et annuel mais il existait une dérogation : créer son compte avec sa messagerie universitaire, ce que je n'ai pas tardé à faire. J'ai donc un accès illimité, toutes fonctionnalités du site comprises et tout à fait gratuitement. J'ai utilisé la fonctionnalité « disposer les critères de manière aléatoire » afin d'éviter tout biais. Les participants n'avaient qu'à cocher 5 critères pour le médecin généraliste, 5 pour le patient et sélectionner leur sexe, leur âge, le type de pratique de médecine générale et leur niveau d'étude. Concernant le nom de la Province, les participants devaient l'écrire. (Ici était apparu un nouveau biais. Certains écrivaient « lidje », « Angleur », « nord », « Flandre », « Wallonie »… Après avoir obtenu l'accord de mon tuteur, j'ai supprimé ceux qui ne mettaient pas le nom de leur Province avec toutes leurs réponses et j'ai opté pour une question à choix multiples où les participants devaient cocher leur Province parmi une liste). Les participants ne peuvent remplir le questionnaire deux fois de suite, ils sont d'emblée bloqués par le site.

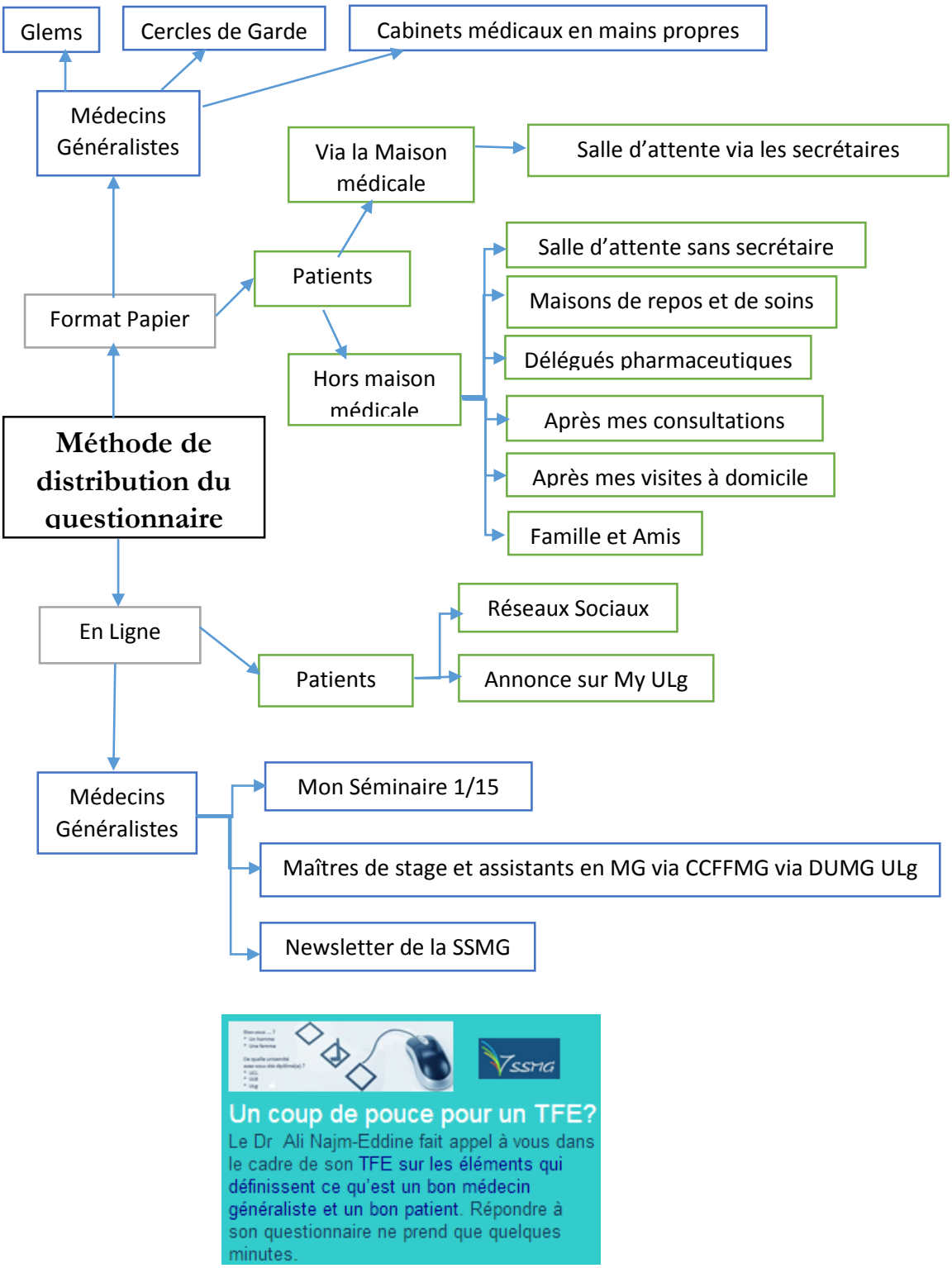
Il y a 15 critères pour définir un bon médecin généraliste et un bon patient. Ils proviennent de 5 groupes thématiques, chacun formé de 3 critères (annexe 1). Le questionnaire devant être complété sans biais, les participants devaient savoir lire, comprendre la langue française et avoir plus de 18 ans ou se faire aider par leurs parents. Les patients devaient être consécutifs. Le questionnaire était muni d'un entête descriptif. J'ai décidé de ne pas mettre d'ordre de priorité aux critères afin de rendre le questionnaire plus accessible, plus simple et plus rapide.

E. Mise en place

L'étape suivante a été de distribuer l'enquête sous format papier (annexes 2 et 2 (bis)) et par le web. Lors de la distribution du questionnaire sous format papier, je changeais systématiquement de pièce en mentionnant bien qu'ils devaient déposer les feuilles dans la farde jaune ou dans la caisse en carton prévues à cet effet. La distribution demandait un travail actif de ma part dans ma pratique privée où je travaille avec un MG indépendant tandis que les secrétaires de la maison médicale Médecine pour le Peuple d'Herstal le donnaient

systématiquement dès qu'un patient arrivait dans la salle d'attente. Toutes les données des questionnaires sous format papier ont été encodées sur le site en ligne par mes soins, parce qu'il offrait déjà des solutions statistiques. Vous trouverez ci-dessous toutes les étapes de distribution du questionnaire (Tableau 1).

Tableau 1 : Méthode de distribution du questionnaire



Il existe de nombreux avantages liés à l'utilisation de la version électronique du questionnaire : gain de temps dans le recrutement, la distribution et l'encodage des données. J'ai pu utiliser ce temps précieux pour affiner mes recherches. Les biais sont très faibles étant donné le caractère aléatoire des critères, l'encodage anonyme et la sécurité du site utilisé. Il ne faut pas négliger l'impact environnemental et économique liés à l'impression et aux déplacements. Il existe également des inconvénients : tout le monde n'a pas un accès internet. Etant donné le nombre d'amis médecins spécialistes sur les réseaux sociaux, je leur ai demandé de ne pas remplir le questionnaire afin de ne pas y introduire de biais, leur avis pouvant être influencé par leur pratique. Un autre inconvénient du partage via les réseaux sociaux est que la moyenne d'âge des gens de mon entourage se situe entre 20 et 40 ans.

Il existe de nombreux inconvénients liés à l'utilisation de la version papier : non-respect du nombre de critères à sélectionner, omission de sélectionner son sexe, son âge, son niveau d'études, le type de pratique de médecine générale et enfin d'inscrire le nom de sa Province. Dans le cas où une de ces conditions n'était pas remplie, le questionnaire perdait toute pertinence et était rejeté.

F. Analyse des résultats

L'encodage en ligne des résultats provenant des questionnaires sous format papier a nécessité une triple vérification de ma part afin de m'assurer qu'il n'y ait pas de biais. Les questionnaires acceptés et rejetés sont conservés avec la date de leur encodage ou de leur mise à l'écart.

Les résultats sont disponibles en temps réel. Le site propose un large choix de sélections. Par exemple, je peux connaître, via un organigramme et des pourcentages, les réponses des femmes médecins généralistes de la région liégeoise âgées de 20 à 29 ans qui pratiquent dans une maison médicale. Grâce à cet outil non négligeable, je peux me permettre non seulement de comparer les réponses des médecins généralistes et celles des patients, mais aussi de comparer les réponses de sous-groupes entre-eux.

III. Résultats

A. La population participante

Plus de 550 personnes ont rempli le questionnaire mais le nombre de participants retenu après suppression des biais est de 493. Ce nombre comporte 336 patients et 157 médecins

généralistes issus de la fédération Wallonie-Bruxelles. Les participants des autres provinces ainsi que les questionnaires incomplets ont été minutieusement écartés. Vous trouverez dans les tableaux suivants l'échantillon de la population ayant participé, regroupés selon différents critères (Tableaux 2-8).

Certains chiffres sortent du lot : 69% des participants ont entre 20 et 29 ans, 58% ont un diplôme universitaire (médecins généralistes inclus), 37% des patients ont un diplôme secondaire, 81% des participants sont issus de Liège, 44% des participants sont issus de pratiques de groupe (maisons médicales, établissements multidisciplinaires et associations) contre 56% de pratiques solo, 63.5% sont des femmes contre 36.5% des hommes.

Tableau 2 : Distribution des participants en fonction de l'âge selon leur sexe et leur groupe Patients / Médecins Généralistes

Âge	***n = 493***	***Patients n = 336***		***Médecins Généralistes n = 157***	
		H	***F***	***H***	***F***
< 20 ans	38	11	27	-	-
20 – 29 ans	233	54	133	9	37
30 – 39 ans	54	12	25	6	11
40 – 49 ans	56	9	20	13	14
50 – 59 ans	71	9	16	30	16
> 60 ans	41	9	11	18	3

Tableau 3 : Distribution des participants en fonction du niveau de diplôme selon leur sexe et leur groupe Patients / Médecins Généralistes

Niveau de Diplôme	***n = 493***	***Patients n = 336***		***Médecins Généralistes n = 157***	
		H	***F***	***H***	***F***
Pas de diplôme	11	6	5	-	-
Diplôme primaire	14	5	9	-	-
Diplôme secondaire	125	40	85	-	-
Diplôme non-universitaire	55	19	36	-	-
Diplôme universitaire	288	34	97	76	81

Tableau 4 : Distribution des participants en fonction de la Province selon leur sexe et leur groupe Patients / Médecins Généralistes

Province	***n = 493***	***Patients n = 336***		***Médecins Généralistes n = 157***	
		H	***F***	***H***	***F***
Liège	400	96	202	54	48

Hainaut	20	1	8	6	5
Namur	23	3	7	6	7
Luxembourg	31	3	13	6	9
Brabant Wallon	8	0	0	0	8
Bruxelles	11	1	2	4	4

Tableau 5 : Distribution des participants en fonction du type de pratique selon leur sexe et leur groupe Patients / Médecins Généralistes

Type de pratique	***n = 493***	***Patients n = 336***		***Médecins Généralistes n = 157***	
		H	***F***	***H***	***F***
Solo	275	65	146	36	28
Association de MGs	82	5	31	27	19
Etablissements de soins multidisciplinaires	7	-	2	3	2
Maison médicale	129	34	53	10	32

Tableau 6 : Distribution des Patients en fonction de la pratique solo/maison médicale selon leur sexe et leur âge

Âge	***n = 298***	***Patients n = 87***	***Mais. Méd.***	***Patients Solo n = 211***	
		H	***F***	***H***	***F***
< 20 ans	35	3	6	8	18
20 – 29 ans	162	7	17	44	94
30 – 39 ans	35	7	12	5	11
40 – 49 ans	24	4	6	3	11
50 – 59 ans	24	7	9	2	6
> 60 ans	18	6	3	3	6

Tableau 7 : Distribution des Médecins Généralistes en fonction de la pratique solo/maison médicale selon leur sexe et leur âge

Âge	***n = 106***	***MG n = 42***	***Mais. Méd.***	***MG Solo n = 64***	
		H	***F***	***H***	***F***
< 20 ans	0	-	-	-	-
20 – 29 ans	30	1	19	2	8
30 – 39 ans	12	2	5	1	4
40 – 49 ans	19	0	7	7	5
50 – 59 ans	29	5	1	14	9
> 60 ans	16	2	0	12	2

Tableau 8 : Distribution des Patients en fonction de la pratique solo/maison médicale selon leur sexe et le niveau de diplôme

Niveau de Diplôme	***n = 298***	***Patients n = 87***	***Mais. Med.***	***Patients n = 211***	***Solo***
		H	***F***	***H***	***F***
Pas de diplôme	10	2	0	4	4
Diplôme primaire	13	3	6	2	2
Diplôme secondaire	112	15	30	23	44
Diplôme non-universitaire	51	10	9	8	24
Diplôme universitaire	112	4	8	28	72

Nous pouvons-nous apercevoir que la répartition de la population selon les différents groupes est asymétrique et assez hétérogène (seulement 7 participants fréquentant des établissements multidisciplinaires, aucun patient issu du Brabant Wallon …). Il est notable de mentionner que 113 personnes ont lu l'annonce publiée sur MyUlg et que la Newsletter du SSMG a été envoyée à 4211 MG.

B. Les résultats par critères prioritaires

Il existe 15 critères pour évaluer un bon médecin généraliste et 15 autres pour évaluer un bon patient. Parmi ceux-ci, j'ai sélectionné les 5 critères les plus choisi dans un groupe donné.

1. L'ensemble des patients et l'ensemble des médecins généralistes

Tableau 9 : les 5 critères prioritaires définissant un bon MG pour l'ensemble des Patients n=336

Priorité	**Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)**
1	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (67.9%)
2	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (53.3%)
3	Il explique le but d'un traitement, d'un examen (52.4%)
4	Il conserve le secret médical (46.1%)
5	Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (38.7)

Tableau 10 : les 5 critères prioritaires définissant un bon MG pour l'ensemble des MG n=157

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (74.5%)
2	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (70.1%)
3	Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (56.1%)
4	Il assure le suivi sur la durée (47.1%)
5	Il fait de la prévention (vaccinations, conseils sur les habitudes de vie, …) (43.9%)

Tableau 11 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour l'ensemble des Patients n=336

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (64.9%)
2	Il est honnête et ne cache pas d'informations (60.7%)
3	Il arrive à l'heure à son rendez-vous (53.9%)
4	Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir (44.6%)
5	Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste) (40.2%)

Tableau 12 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour l'ensemble des MG n=157

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé (66.2%)
2	Il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie) (59.9%)
3	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (54.8%)
4	Il est honnête et ne cache pas d'informations (51.6%)
5	Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste) (39.5%)

2. Les maisons médicales

Tableau 13 : les 5 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste pour les patients issus de maisons médicales n=87

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (74.7%)
2	Il conserve le secret médical (54%)
3	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (51.7%)

4	Il explique le but d'un traitement, d'un examen (50.6%)
5	Il assure le suivi sur la durée (36.8%)

Tableau 14 : les 5 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste pour les médecins généralistes issus de maisons médicales n=42

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (81%)
2	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (64.3%)
3	Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (57.1%)
4	Il fait de la prévention (vaccinations, conseils sur les habitudes de vie, …) (54.8%)
5	Il coordonne la prise en charge du patient avec les professionnels de santé (kiné, infirmière…) (52.4%)

Tableau 15 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour les patients issus de maisons médicales n=87

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il arrive à l'heure à son rendez-vous (66.7%)
2	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (56.3%)
3	Il est honnête et ne cache pas d'informations (54%)
4	Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir (40.2%)
5	Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé (39.1%)

Tableau 16 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour les médecins généralistes issus de maisons médicales n=42

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé (71.4%)
2	Il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie) (54.8%)
3	Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir (50%)
4	Il arrive à l'heure à son rendez-vous (40.5%)
5	Il est honnête et ne cache pas d'informations (38.1%) Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste) (38.1%)

3. La pratique solo

Tableau 17 : les 5 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste pour les patients issus de la pratique solo n=211

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (65.9%)
2	Il explique le but d'un traitement, d'un examen (55%)
3	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (53.1%)
4	Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (44.1%)
5	Il conserve le secret médical (42.7%)

Tableau 18 : les 5 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste pour les médecins généralistes issus de la pratique solo n=64

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (78.1%)
2	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (65.6%)
3	Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (51.6%)
4	Il explique le but d'un traitement, d'un examen (42.2%)
5	Il assure le suivi sur la durée (42.2%)

Tableau 19 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour les patients issus de la pratique solo n=211

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (67.3%)
2	Il est honnête et ne cache pas d'informations (64%)
3	Il arrive à l'heure à son rendez-vous (49.8%)
4	Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir (46.9%)
5	Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste) (46%)

Tableau 20 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour les médecins généralistes issus de la pratique solo n=64

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé (70.3%)
2	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (67.2%)
3	Il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie) (64.1%)
4	Il est honnête et ne cache pas d'informations (50%)
5	Il est poli et aimable avec le médecin (32.8%) Il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament (32.8%) Il ne cherche pas systématiquement de congé-maladie (32.8%)

4. Les associations de médecins généralistes

Tableau 21 : les 5 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste pour les patients issus d'une association de médecins généralistes n=36

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (61.1%)
2	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (58.3%)
3	Il conserve le secret médical (47.2%)
4	Il explique le but d'un traitement, d'un examen (44.4%)
5	Il assure le suivi sur la durée (41.7%)

Tableau 22 : les 5 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste pour les médecins généralistes issus d'une association de médecins généralistes n=46

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer (80.4%)
2	Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (65.2%)
3	Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (60.9%)
4	Il assure le suivi sur la durée (54.3%)
5	Il fait de la prévention (vaccinations, conseils sur les habitudes de vie, …) (45.7%)

Tableau 23 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour les patients issus d'une association de médecins généralistes n=36

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (75%)
2	Il est honnête et ne cache pas d'informations (61.1%)
3	Il est poli et aimable avec le médecin (47.2%)
4	Il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament (44.4%)
5	Il arrive à l'heure à son rendez-vous (44.4%)

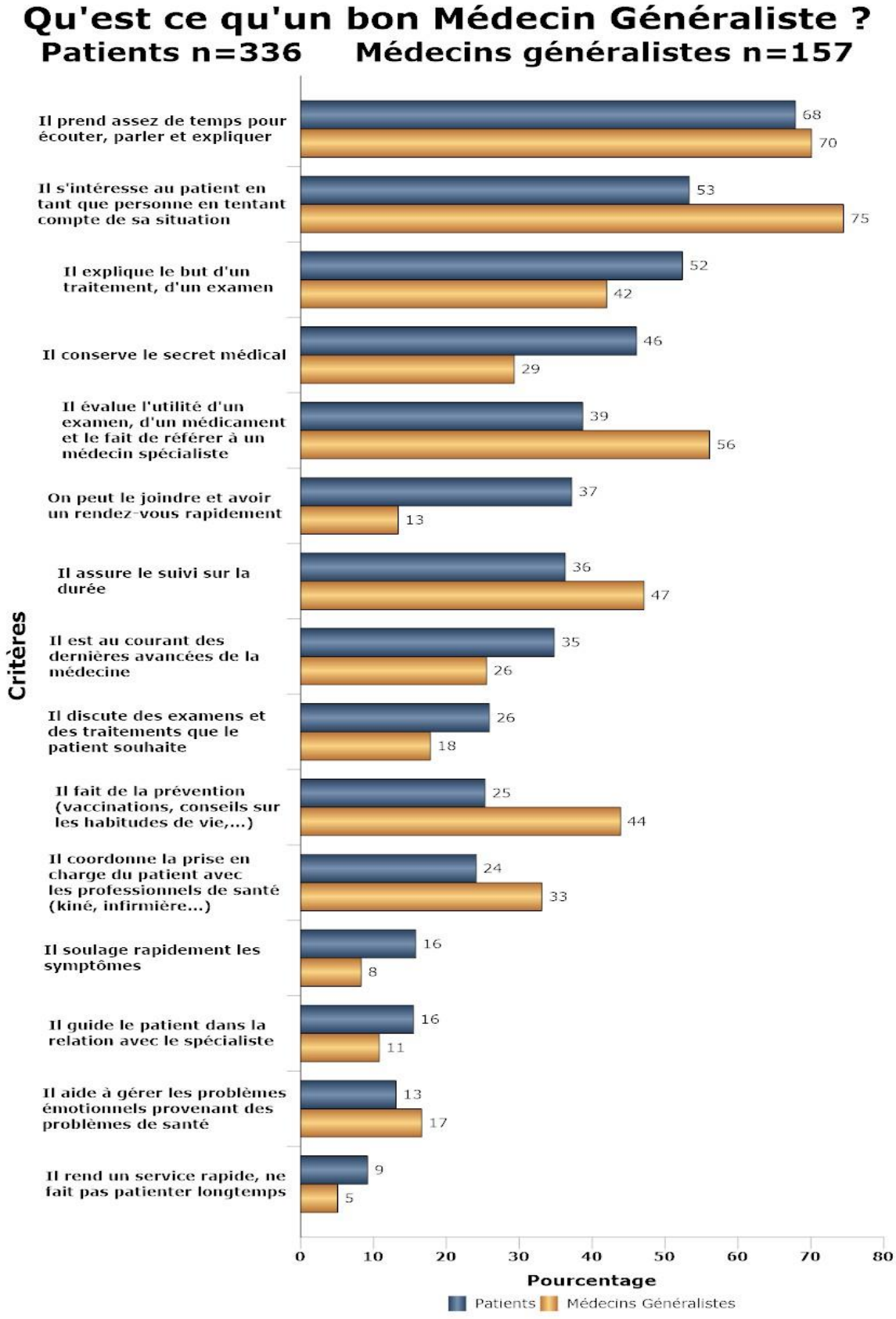
Tableau 24 : les 5 critères prioritaires définissant un bon patient pour les médecins généralistes issus d'une association de médecins généralistes n=46

Priorité	Critères (pourcentage de participants qui ont sélectionné ceux-ci dans le groupe)
1	Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé (63%)
2	Il est honnête et ne cache pas d'informations (63%)
3	Il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie) (58.7%)
4	Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…) (58.7%)
5	Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste) (50%)

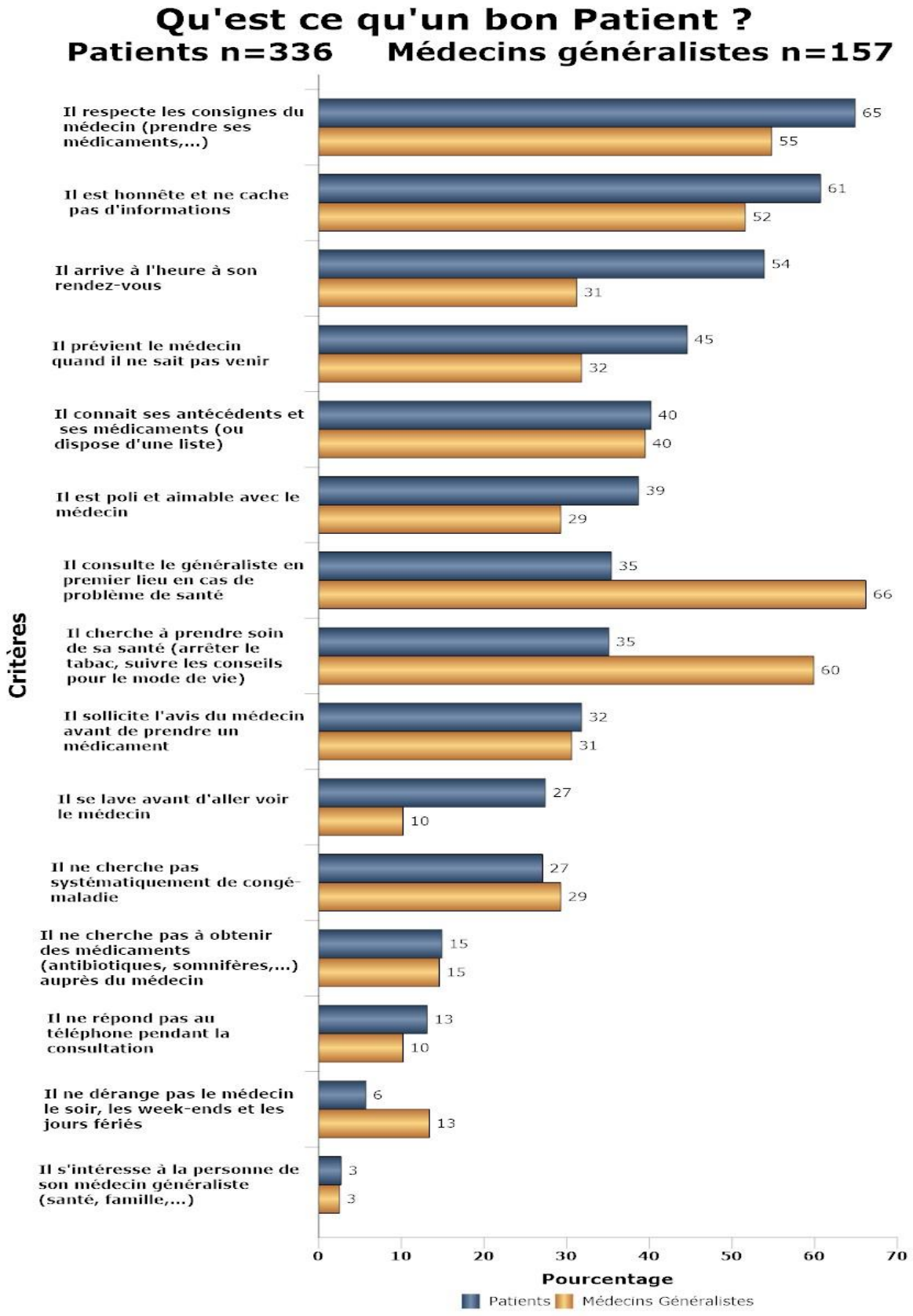
C. Les résultats pour l'ensemble des critères (graphiques)

Il est primordial de définir un bon patient et un bon médecin généraliste. Ces définitions comportent 15 critères chacune. Afin de connaître les critères importants, ceux qui le sont moins et afin de déceler des différences dans les définitions pour chaque groupe, voici quelques graphiques.

1. L'ensemble des patients et l'ensemble des médecins généralistes

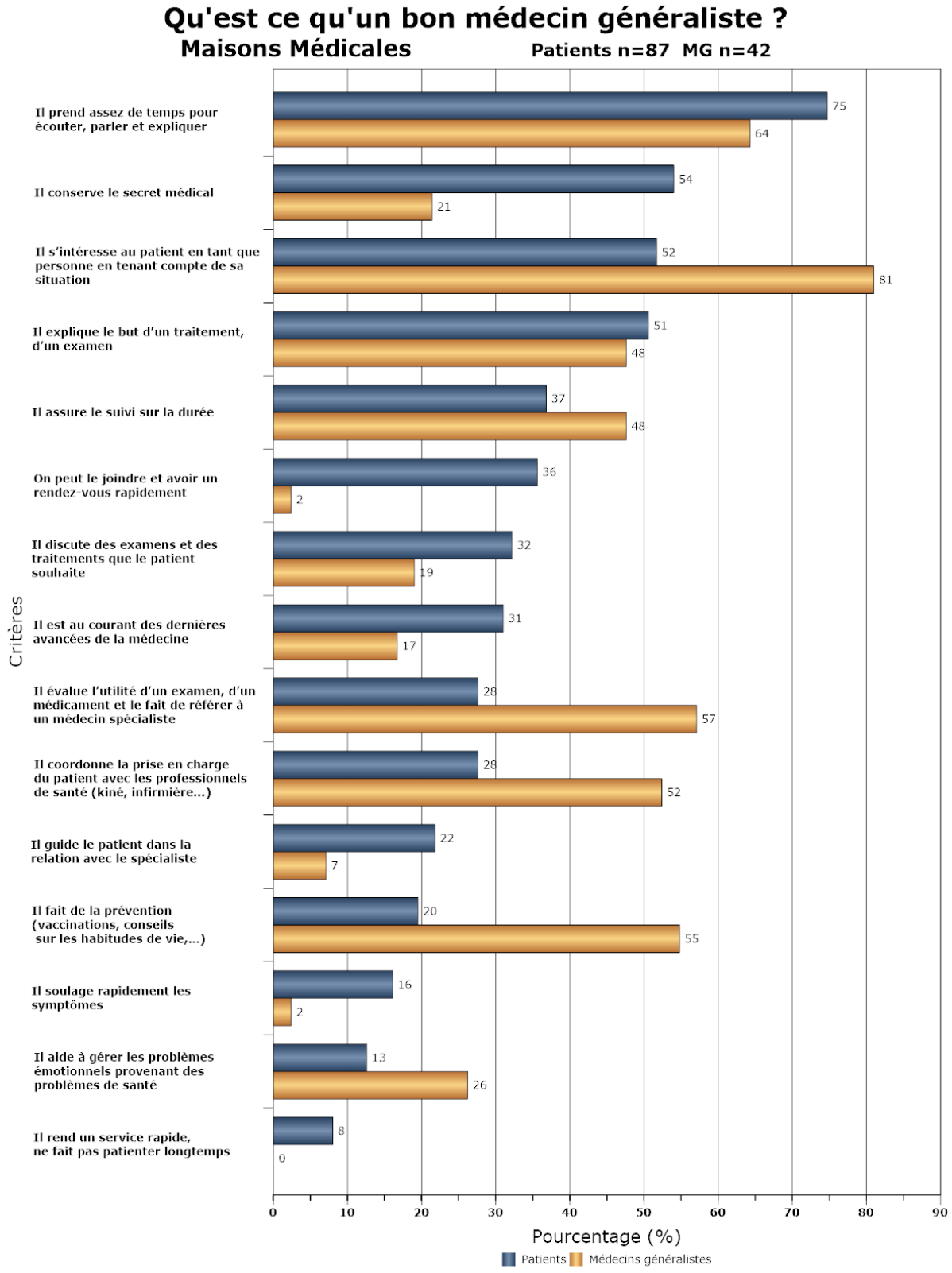


Graphique 1 : les critères définissant un bon médecin généraliste pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157

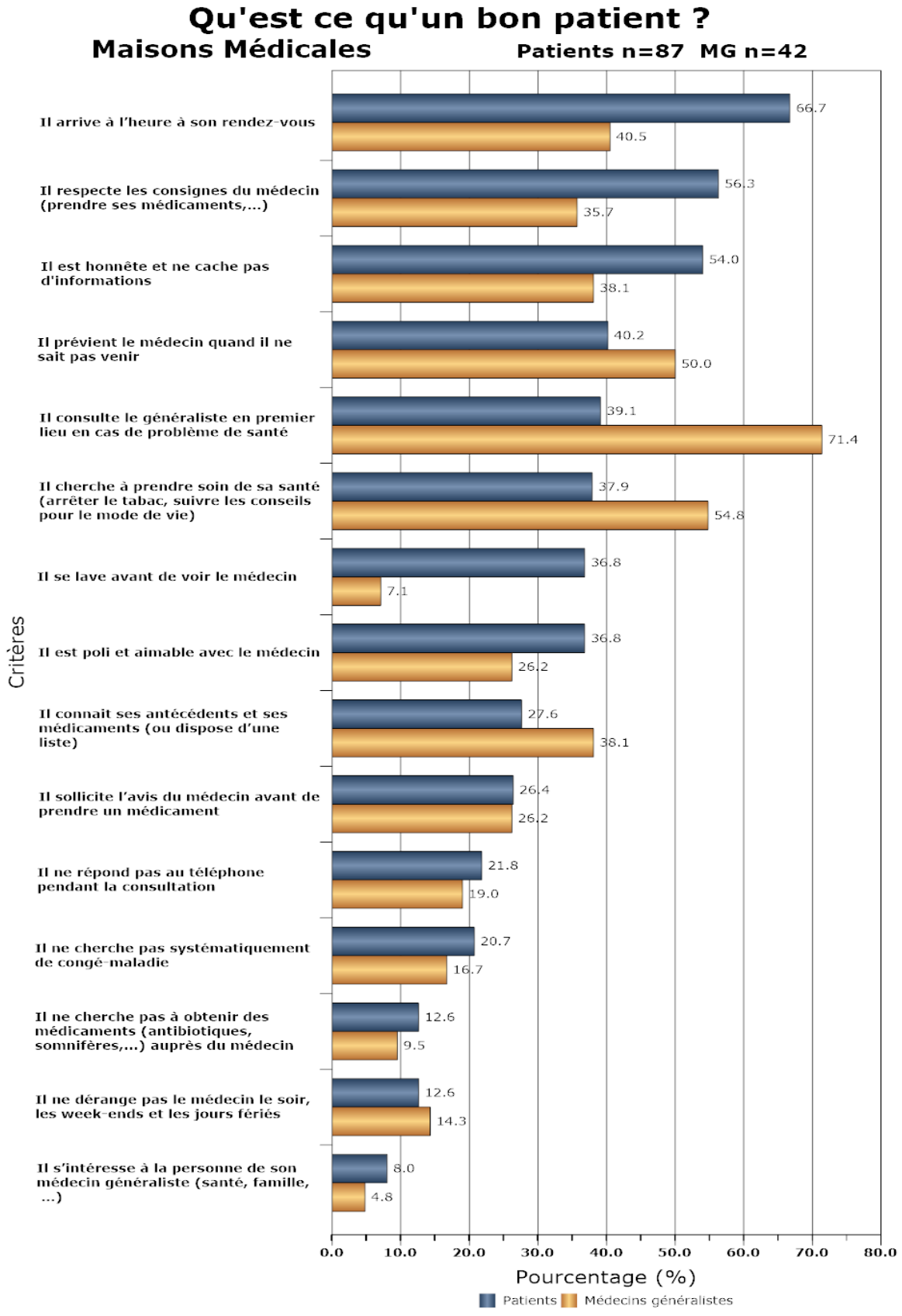


Graphique 2 : les critères définissant un bon patient pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157

2. Les maisons médicales

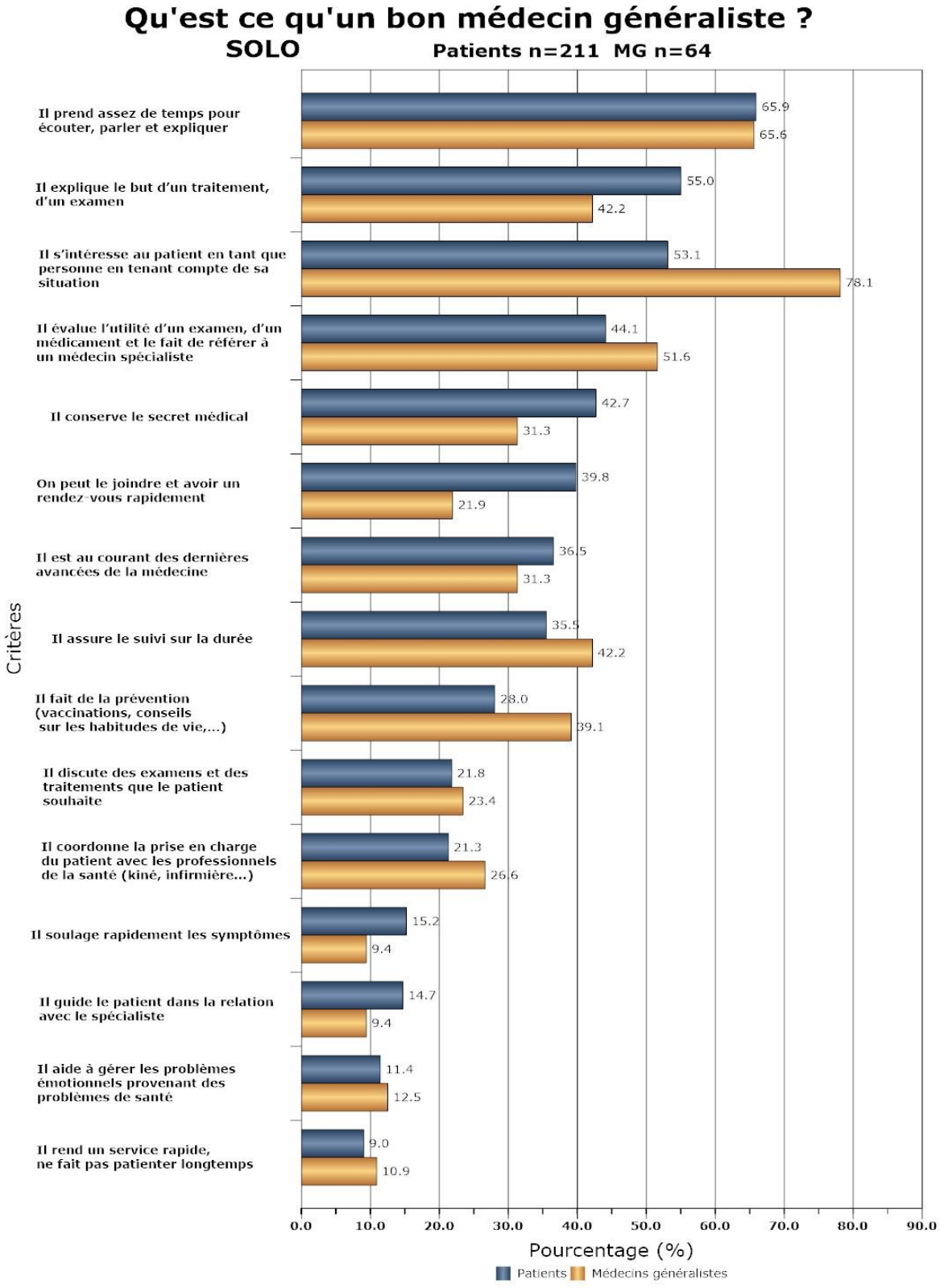


Graphique 3 : les critères définissant un bon médecin généraliste pour les patients des maisons médicales n=87 et les médecins généralistes des maisons médicales n=42

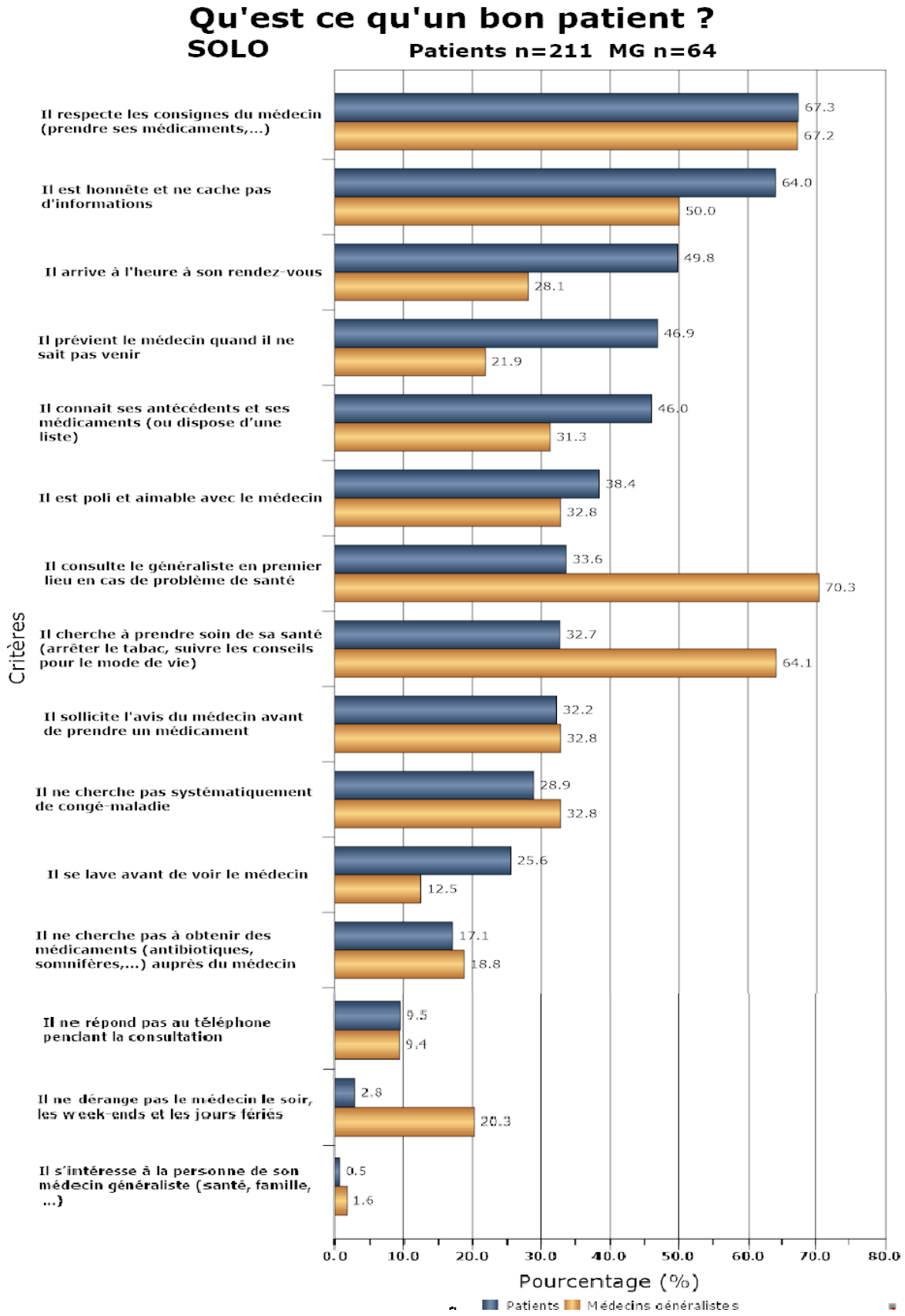


Graphique 4 : les critères définissant un bon patient pour les patients des maisons médicales n=87 et les médecins généralistes des maisons médicales n=42

3. La pratique solo

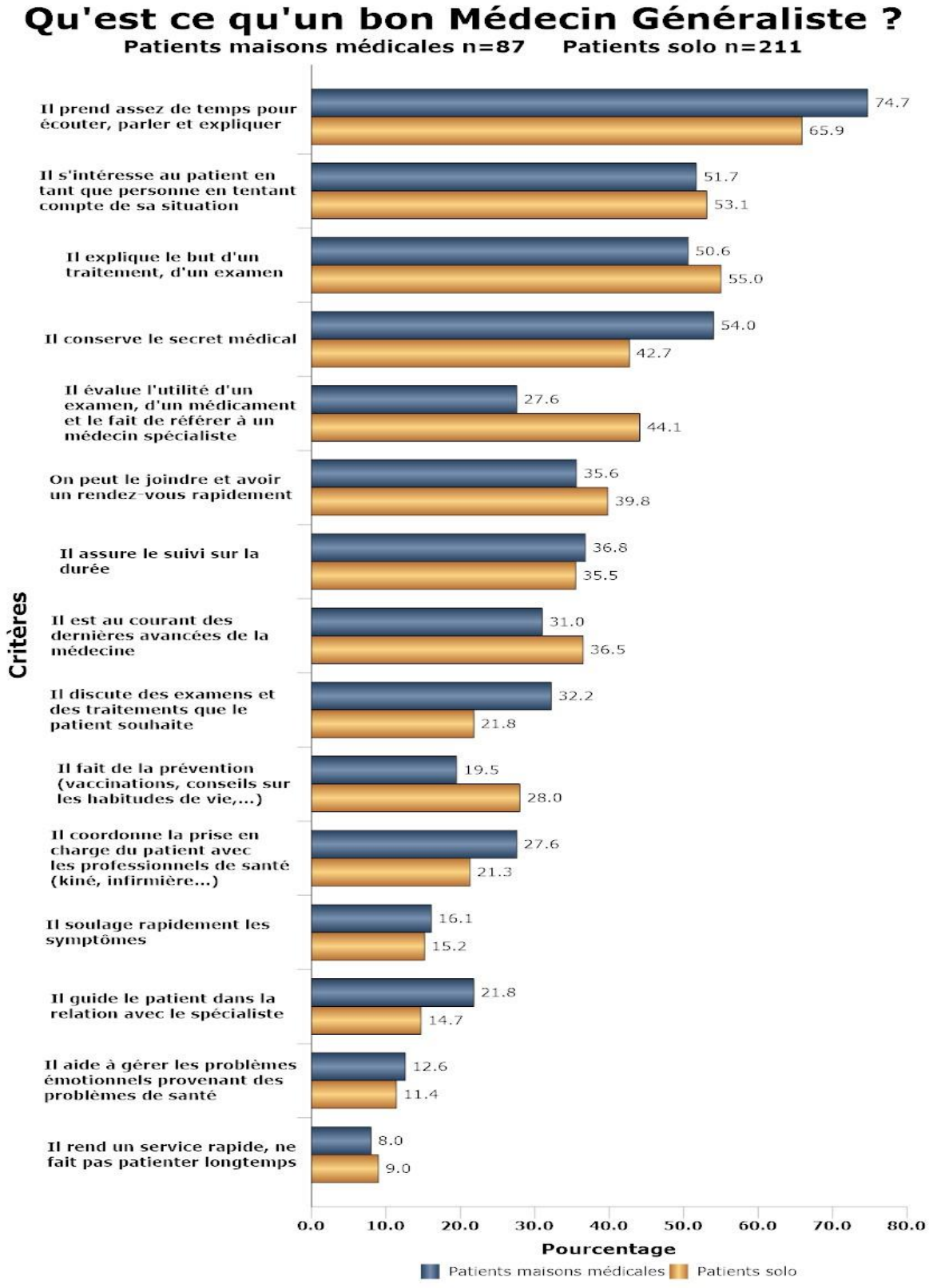


Graphique 5 : les critères définissant un bon médecin généraliste pour les patients de pratiques solo n=211 et les médecins généralistes solo n=64

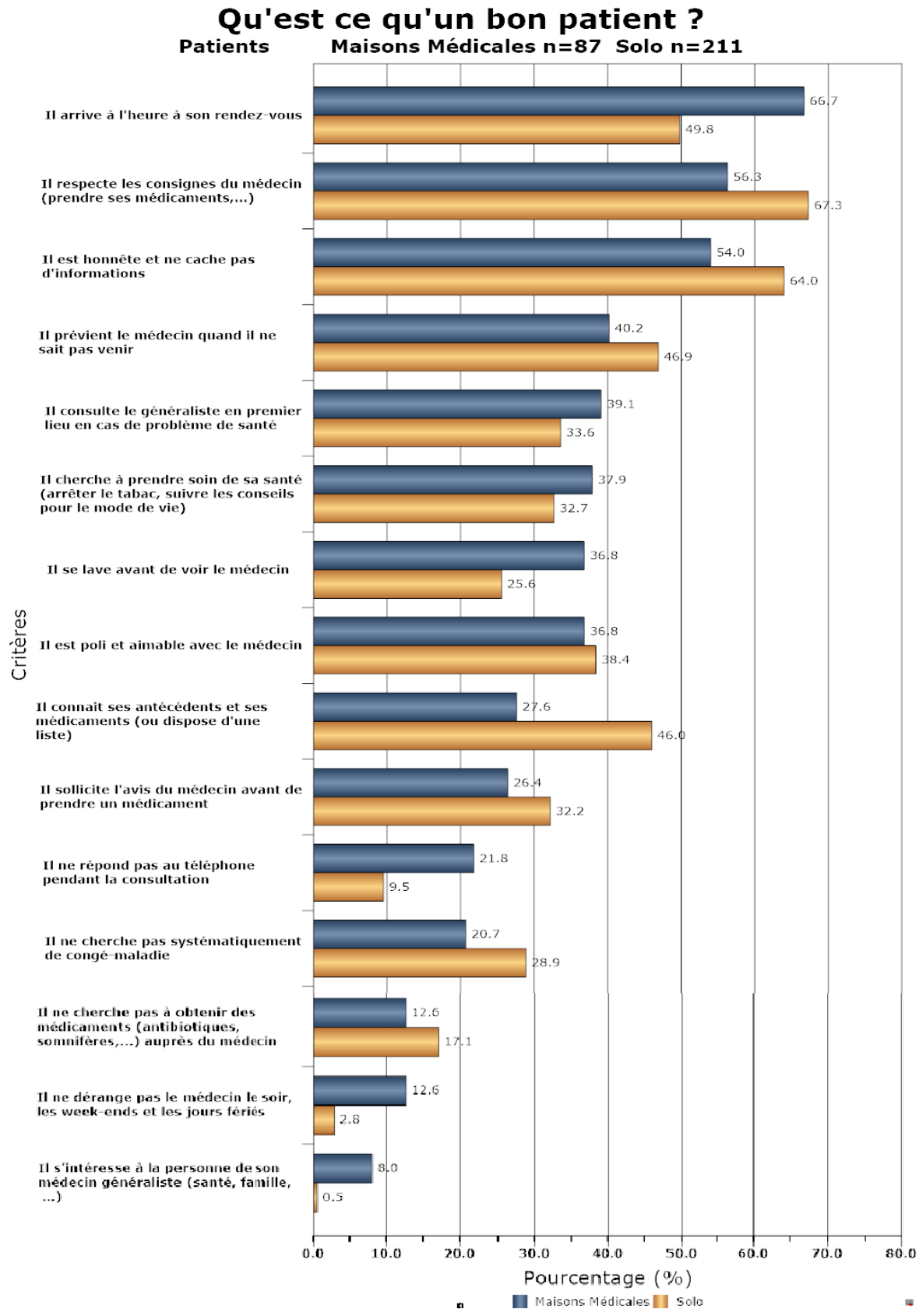


Graphique 6 : les critères définissant un bon patient pour les patients de pratiques solo n=211 et les médecins généralistes solo n=64

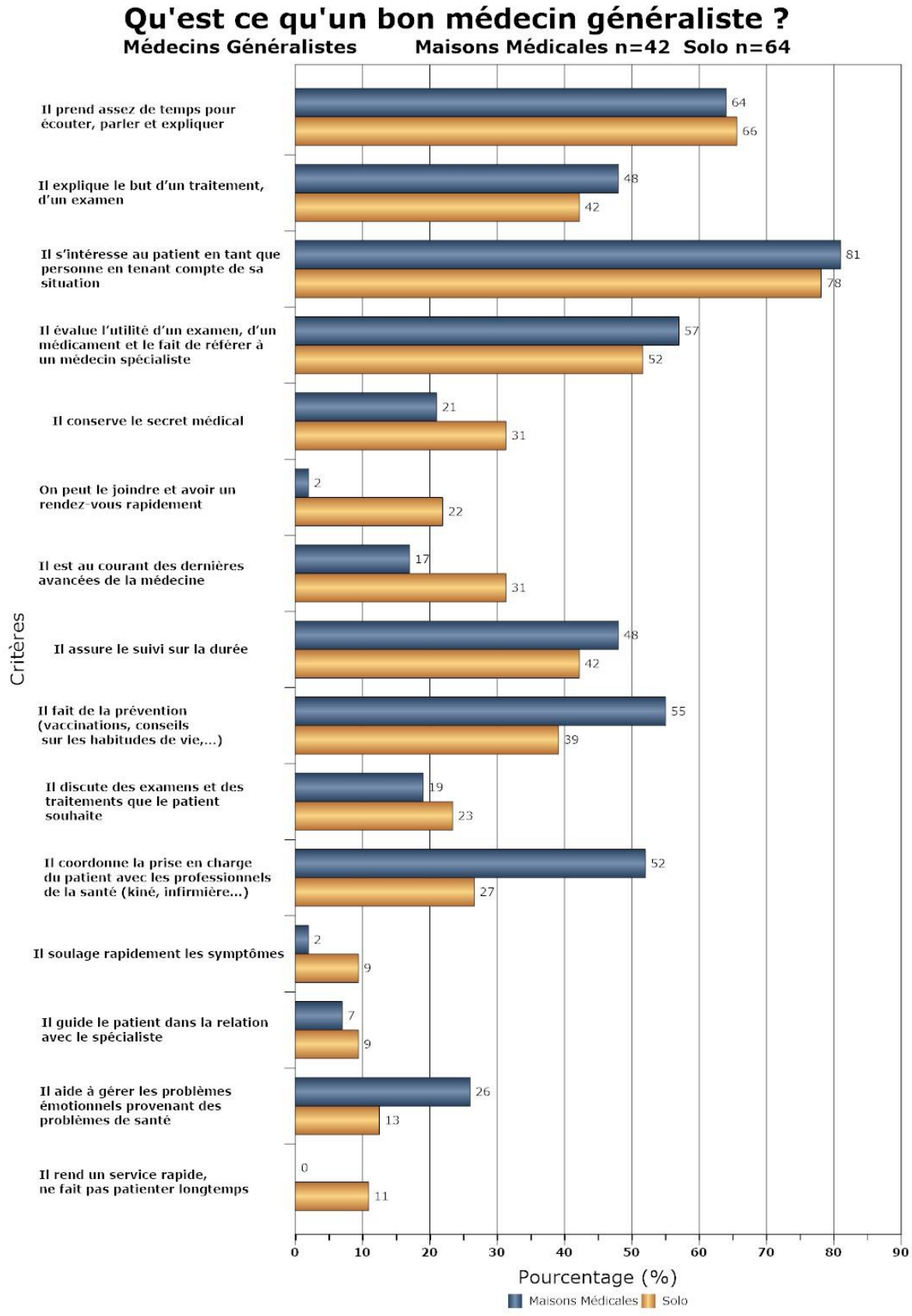
4. Maisons médicales vs la pratique solo



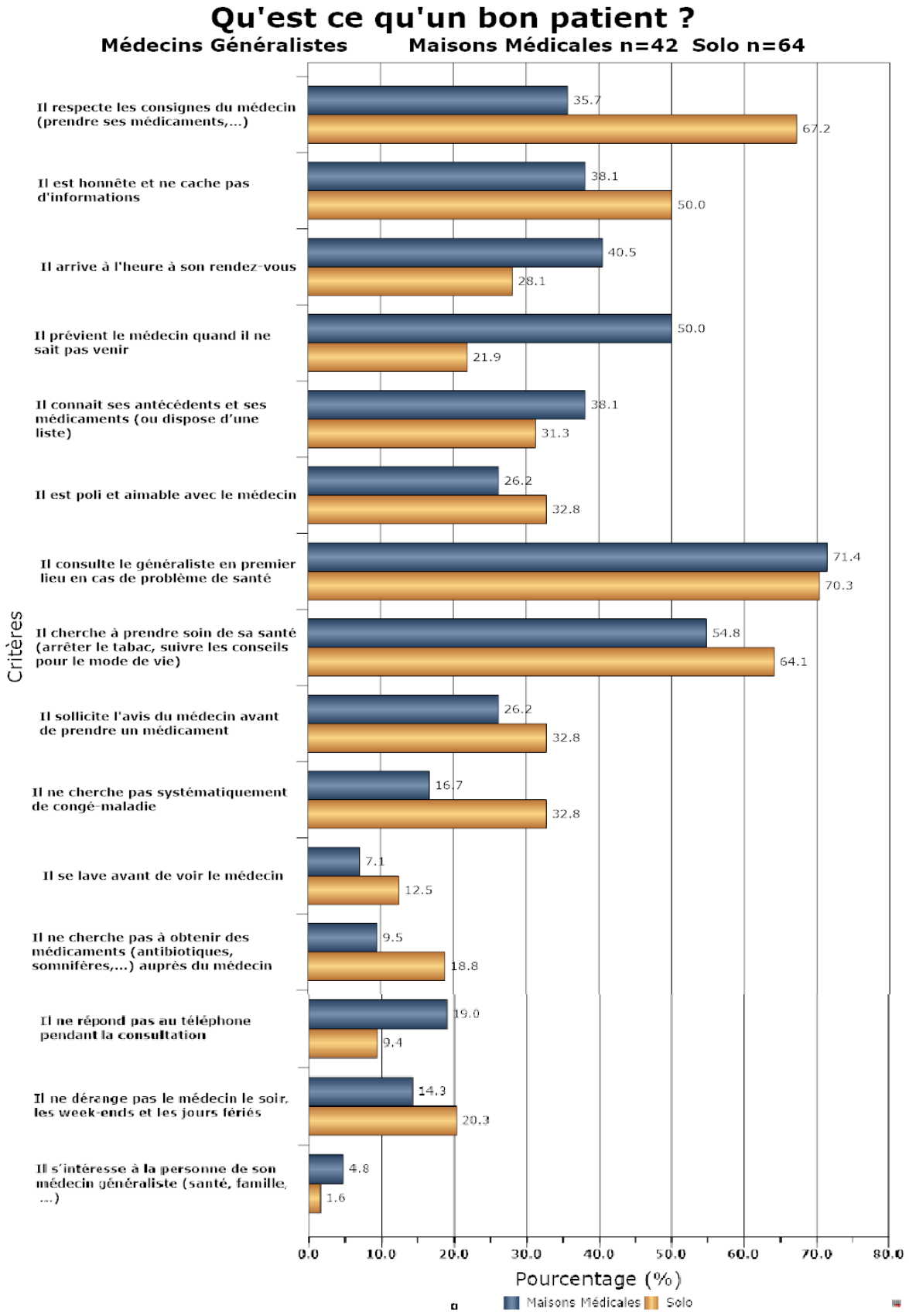
Graphique 7 : les critères définissant un bon médecin généraliste pour les patients des maisons médicales n=87 et les patients de la pratique solo n=211



Graphique 8 : les critères définissant un bon patient pour les patients des maisons médicales n=87 et les patients de la pratique solo n=211



Graphique 9 : les critères définissant un bon médecin généraliste pour les MG des maisons médicales n=42 et les MG solo n=64



Graphique 10 : les critères définissant un bon patient pour les MG des maisons médicales n=42 et les MG solo n=64

D. Les résultats selon les groupes de critères (graphiques)

Pour rappel, les critères sont groupés par 3, donc 5 groupes pour chaque définition. Afin de connaître comment sont groupés les critères, vous pouvez vous référer à l'annexe 1.

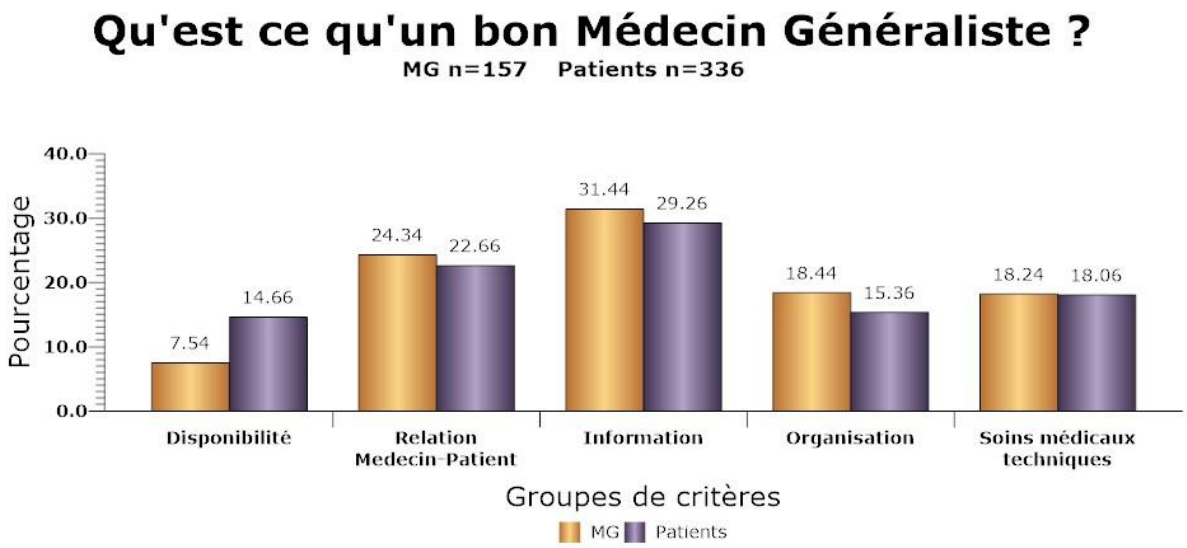
Voici les 5 groupes du bon médecin généraliste :

1) Disponibilité (le fait d'être joignable, de ne pas faire patienter longtemps)
2) Relation Médecin-Patient (secret médical, il tient compte de la situation du patient, aide à gérer les problèmes émotionnels)
3) Information (il prend le temps pour écouter et expliquer, fait de la prévention)
4) Organisation (il coordonne la prise en charge, assure le suivi)
5) Soins médicaux techniques (il est à jour, évalue l'utilité d'un examen, soulage rapidement)

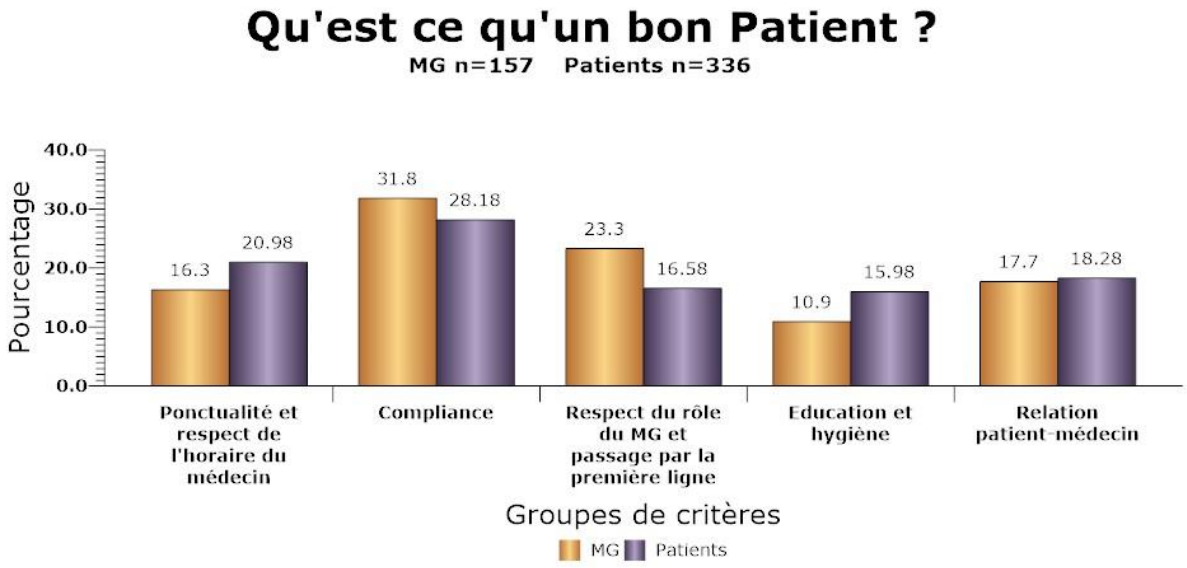
Voici les 5 groupes du bon patient :

1) Ponctualité et respect de l'horaire du médecin (il arrive à l'heure, ne dérange pas le MG le soir)
2) Compliance (il respecte les consignes du MG, connait ses médicaments et ses antécédents, veut prendre soin de sa santé)
3) Respect du rôle du MG et passage par la première ligne (il attend l'avis du médecin avant de prendre un médicament, consulte le MG en premier, ne cherche pas à obtenir des somnifères ou des antibiotiques)
4) Education et hygiène (il se lave avant, est poli)
5) Relation Patient-Médecin (il est honnête et ne cherche pas à obtenir de congé-maladie)

1. L'ensemble des patients et l'ensemble des médecins généralistes

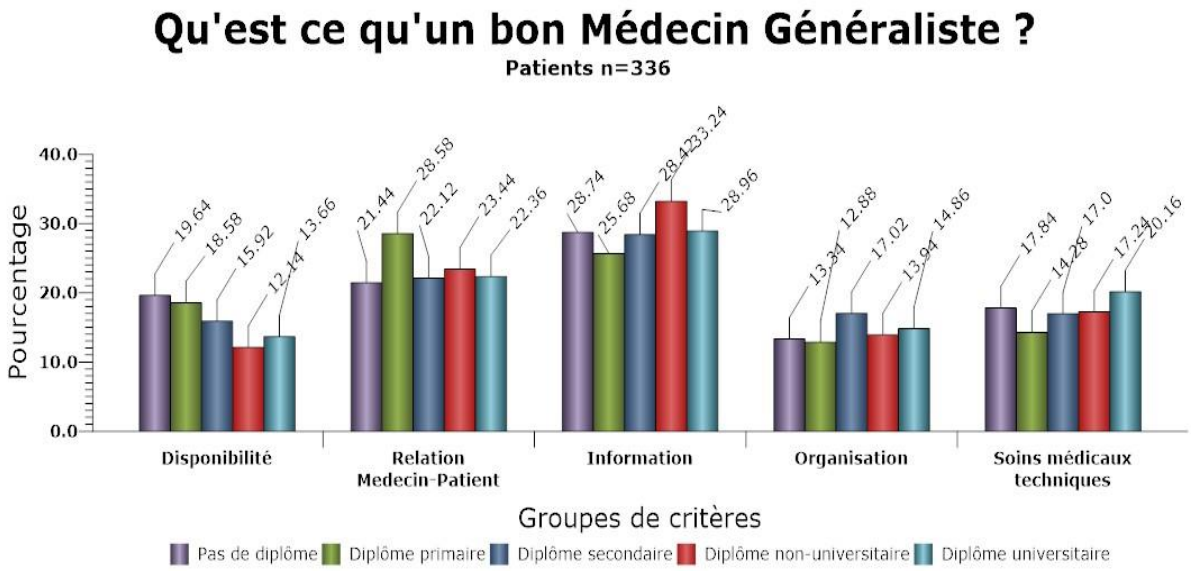


Graphique 11 : la définition d'un bon médecin généraliste par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157

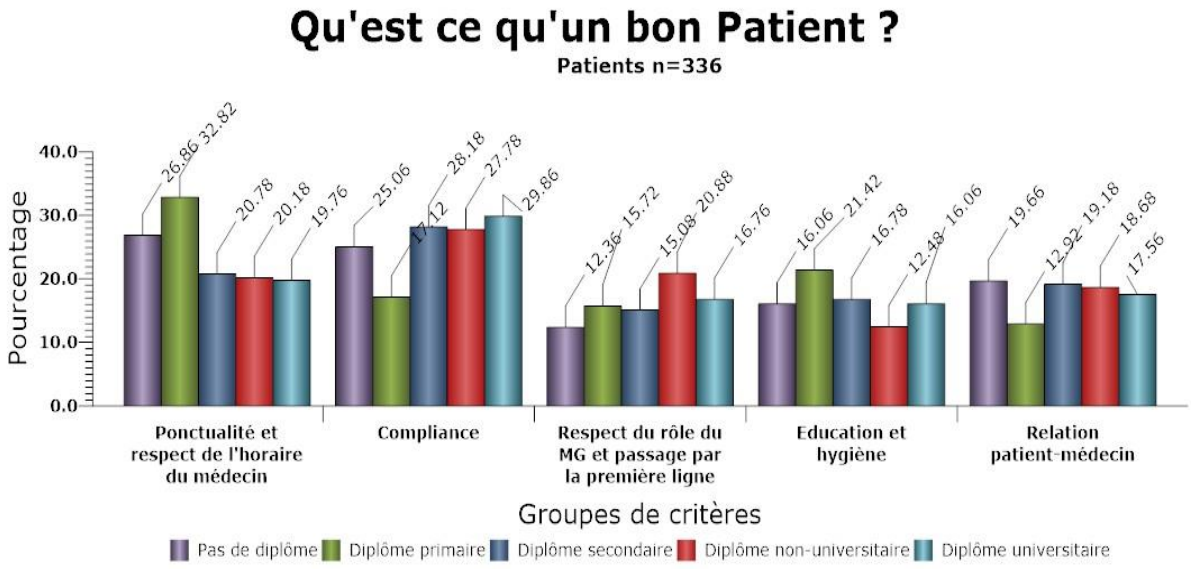


Graphique 12 : la définition d'un bon patient par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157

2. Les patients : le niveau de diplôme

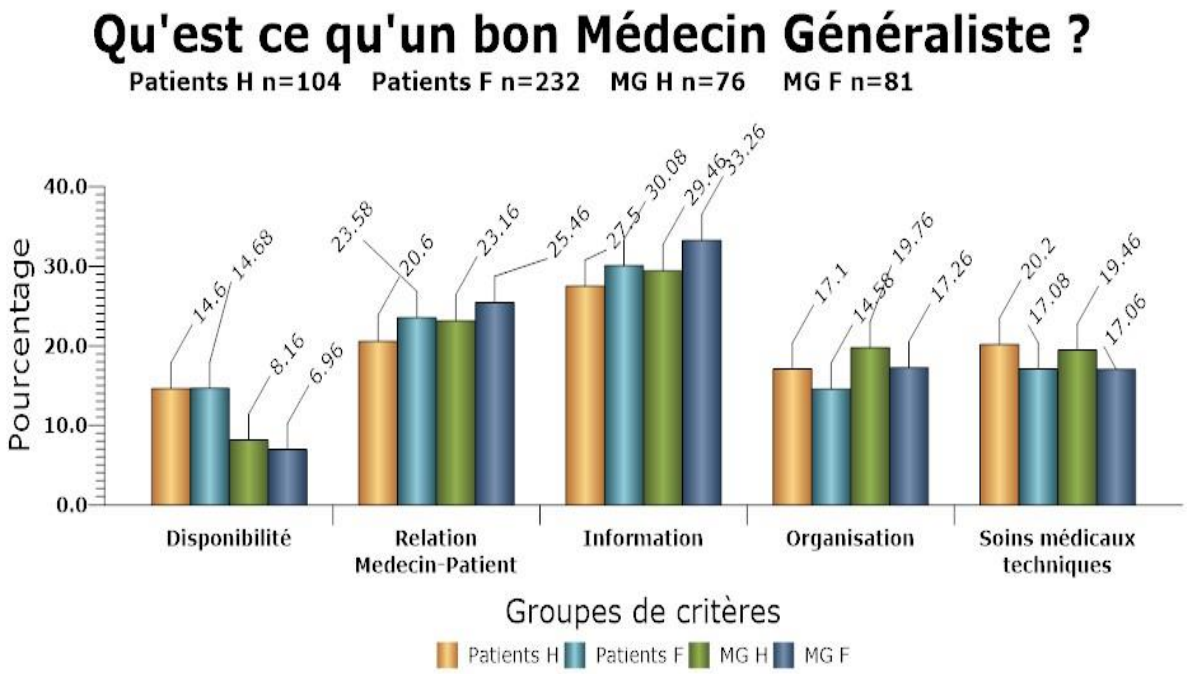


Graphique 13 : la définition d'un bon médecin généraliste par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 en fonction du niveau de diplôme

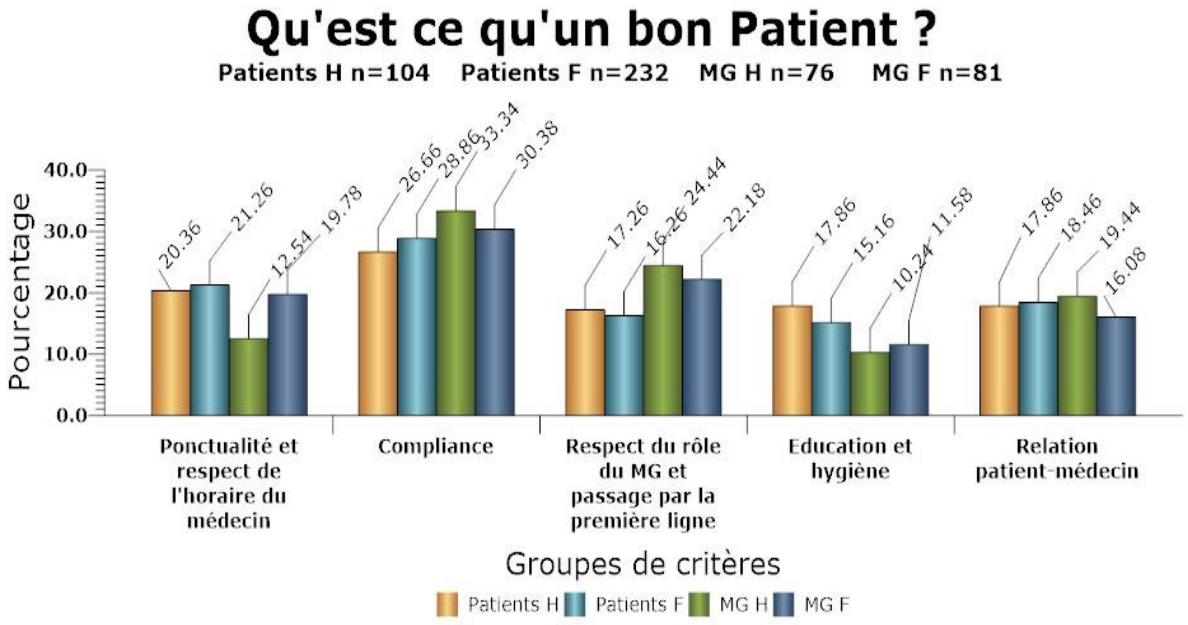


Graphique 14 : la définition d'un bon patient par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 en fonction du niveau de diplôme

3. Les patients et les médecins généralistes : le sexe

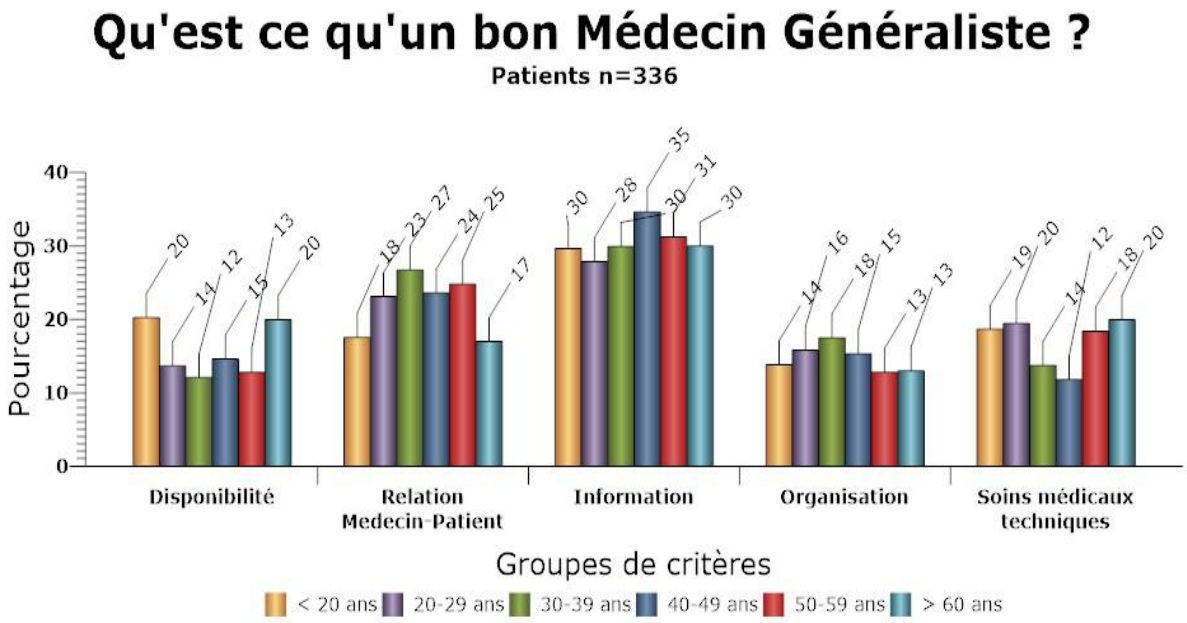


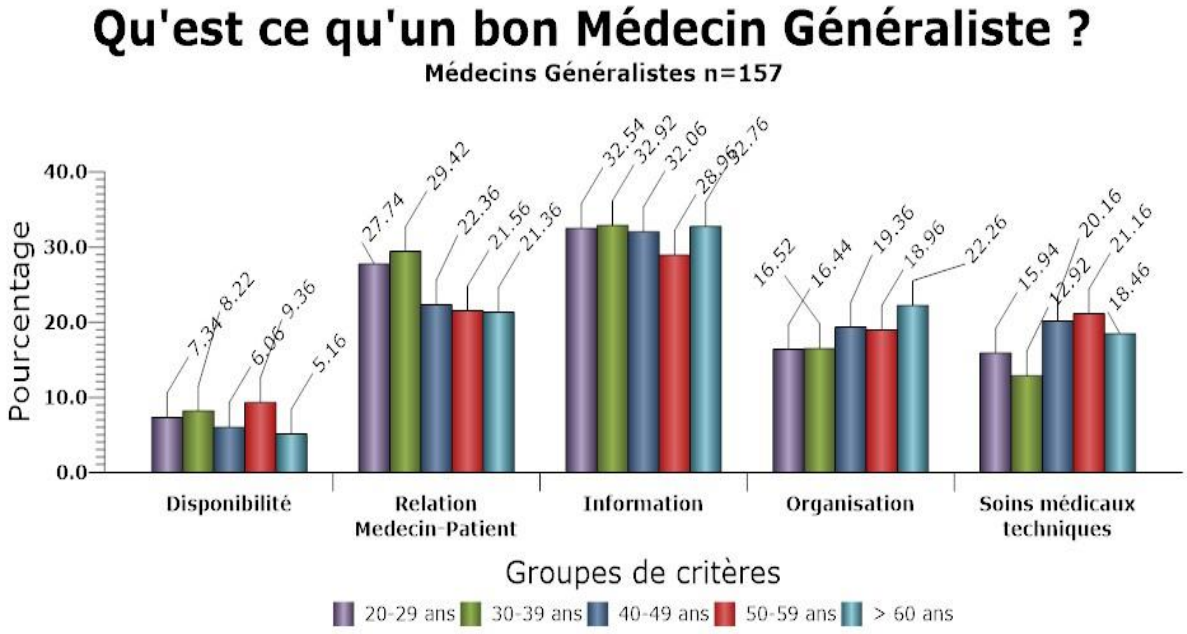
Graphique 15 : la définition d'un bon médecin généraliste par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157 en fonction du sexe



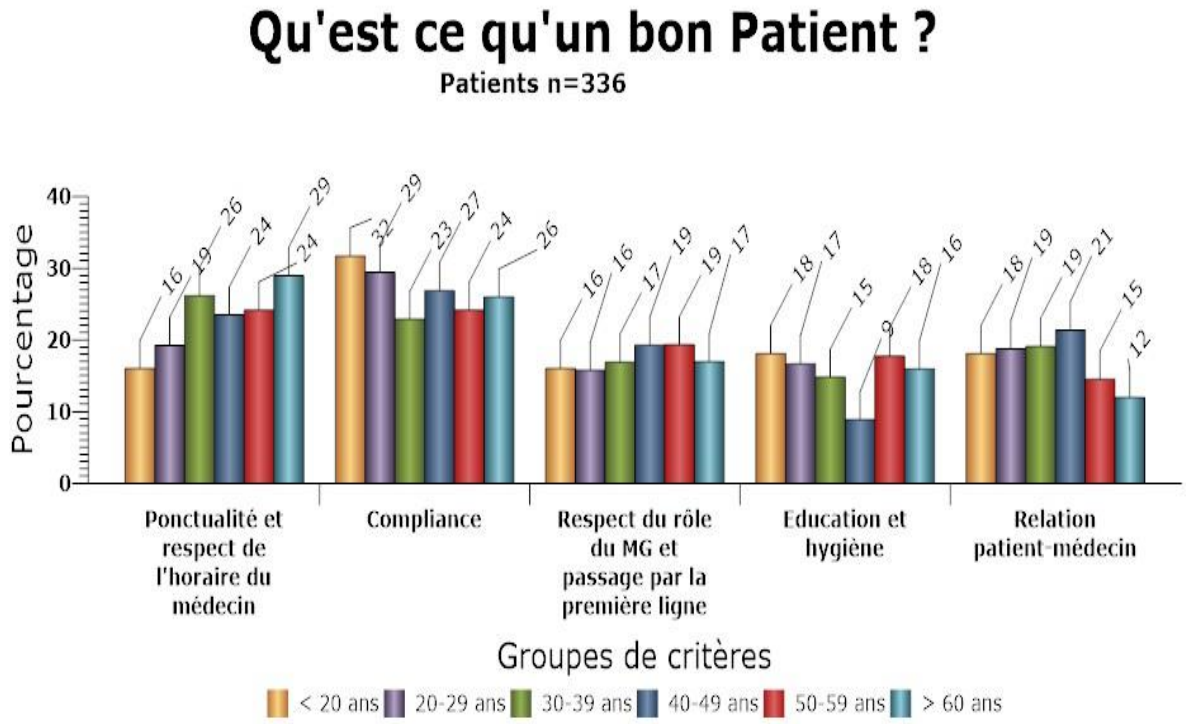
Graphique 16 : la définition d'un bon patient par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157 en fonction du sexe

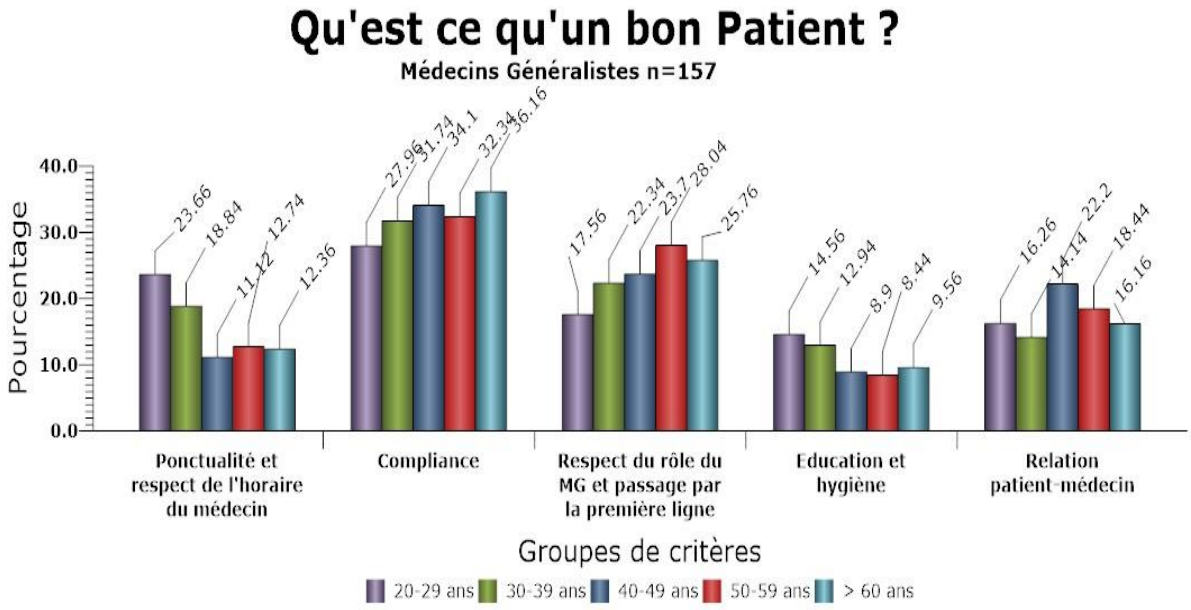
4. Les patients et les médecins généralistes : l'âge





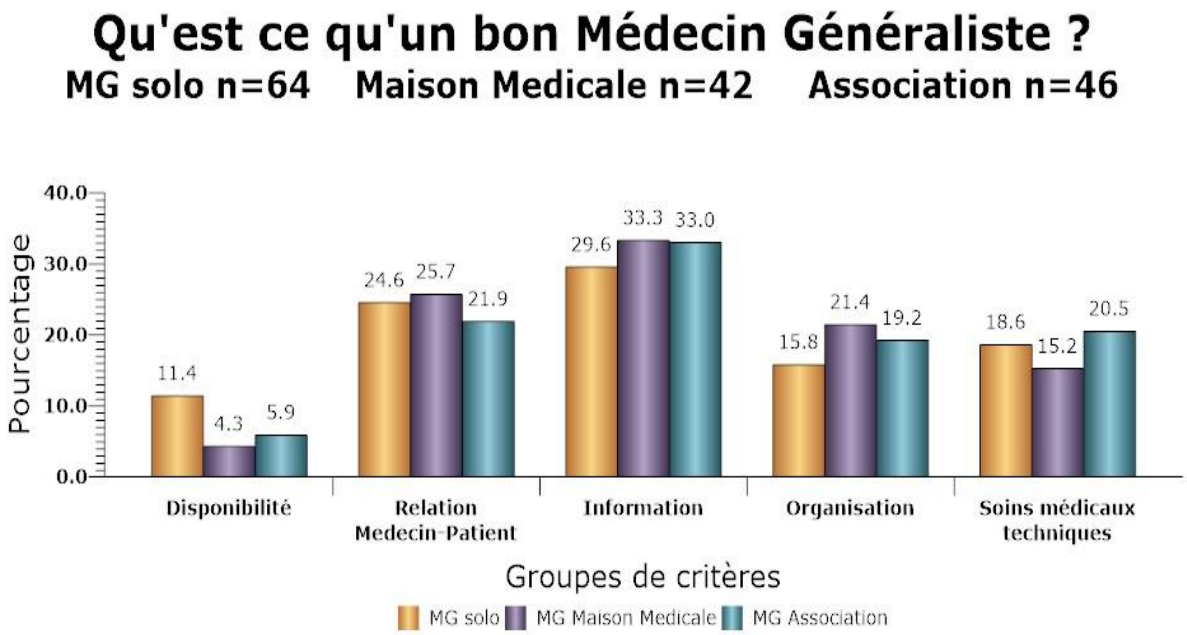
Graphique 17 : la définition d'un bon médecin généraliste par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157 en fonction de l'âge



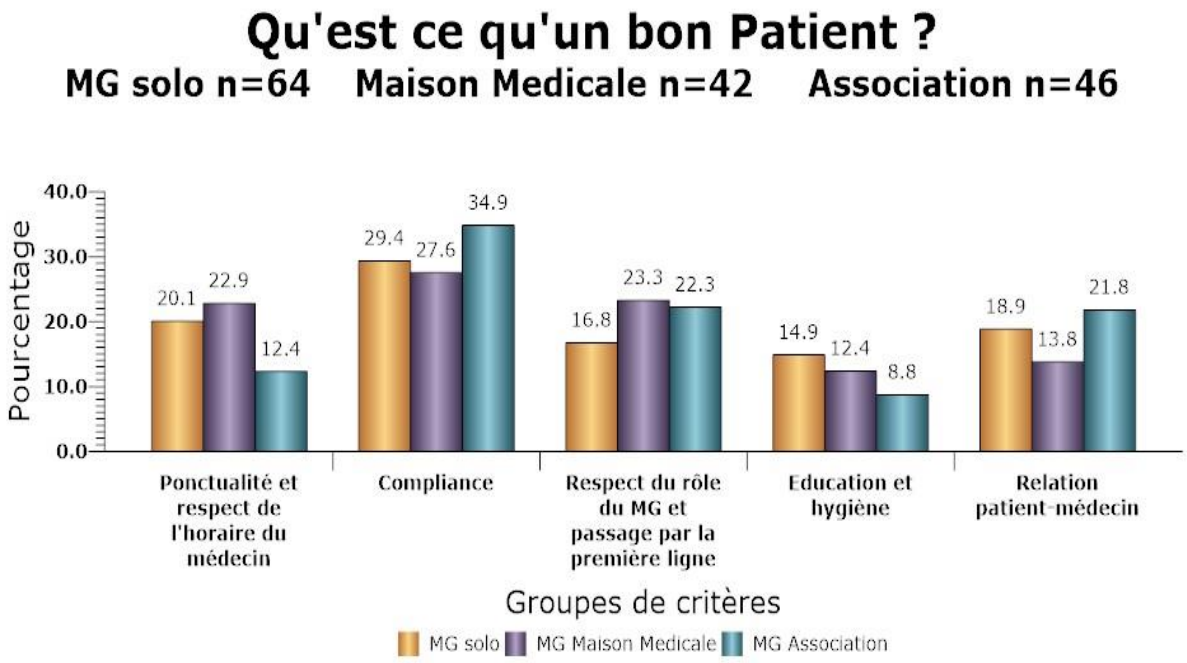


Graphique 18 : la définition d'un bon patient par groupes de critères pour l'ensemble des patients n=336 et l'ensemble des médecins généralistes n=157 en fonction de l'âge

5. Les médecins généralistes : pratique solo vs maisons médicales vs pratique en association



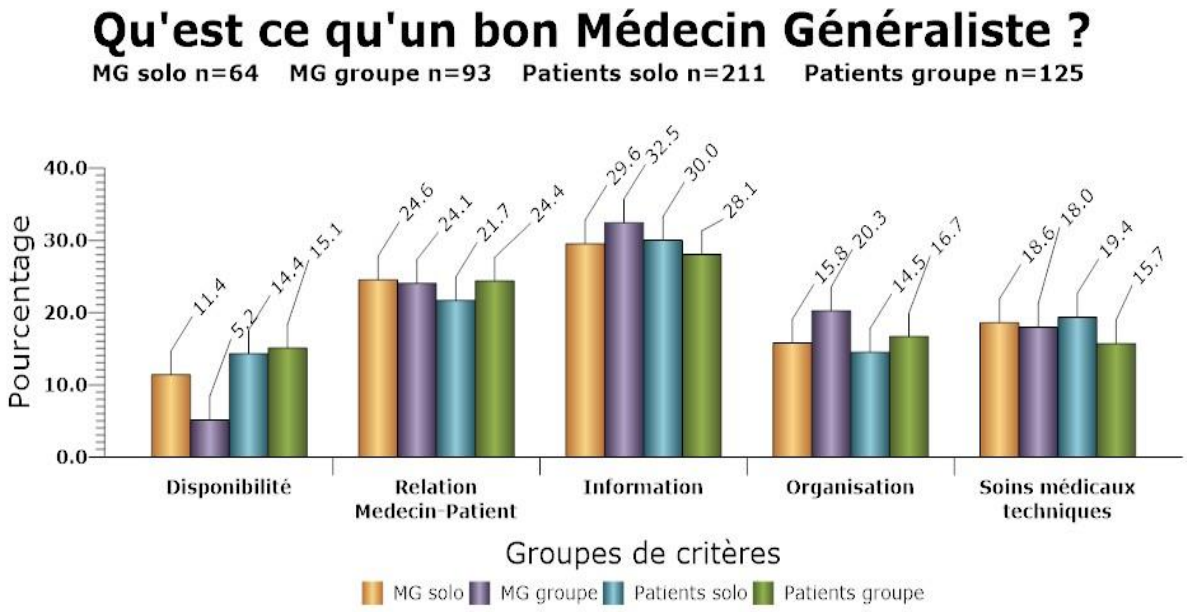
Graphique 19 : la définition d'un bon médecin généraliste par groupes de critères pour les MG solo n=64, les MG en maisons médicales n=42 et les MG travaillant en association n=46



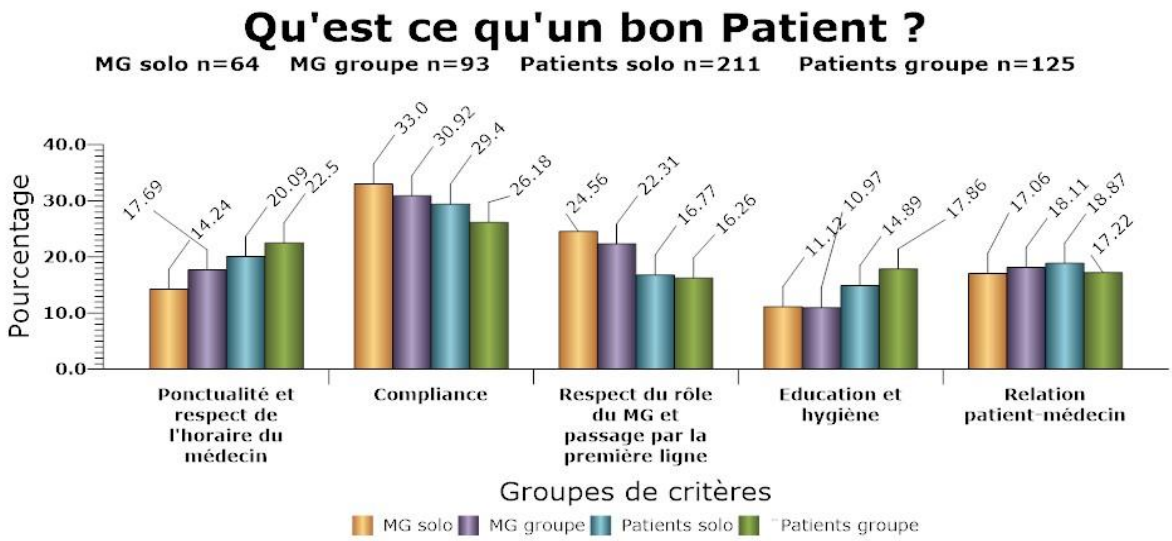
Graphique 20 : la définition d'un bon patient par groupes de critères pour les MG solo n=64, les MG en maisons médicales n=42 et les MG travaillant en association n=46

6. Les patients et les médecins généralistes : solo vs pratiques de groupe

Les pratiques en maisons médicales, en association et dans les établissements multidisciplinaires ont été regroupées sous le terme « pratiques de groupe ». Ici, la comparaison est faite avec la pratique solo afin de voir s'il existe des différences.



Graphique 21 : la définition d'un bon médecin généraliste par groupes de critères pour les MG et patients issus de la pratique solo et les MG et patients issus de pratiques de groupe



Graphique 22 : la définition d'un bon patient par groupes de critères pour les MG et patients issus de la pratique solo et les MG et patients issus de pratiques de groupe

IV. Discussion

A. Les limites de ce travail et les biais

Bien qu'il y ait eu une phase de pré-test et malgré toutes les procédures mises en place afin de diminuer les biais, nous pouvons observer que la distribution de la population ayant participé à cette étude est asymétrique au niveau des sexes (63.5% de femmes contre 36.5% d'hommes), de l'âge (47% des participants ont entre 20 et 29 ans) et du lieu (81% issus de la province de Liège). Nous pouvons constater une maigre participation issue des établissements de soins multidisciplinaires (1.41% des participants).

Pourquoi une telle disparité ? La distribution du questionnaire est la cause de cette asymétrie. En effet, je me suis servi d'une méthode non-probabiliste via un échantillonnage par quotas[14]. Il est donc impossible d'obtenir une généralisation à la population entière ou un seuil de confiance. Voici quelques biais liés à la distribution :

1) En ligne :
    - le réseau internet est à la portée d'une population plus jeune
    - l'annonce sur My ULg a été visionnée 113 fois, ce qui pourrait expliquer une participation plus jeune au questionnaire
    - malgré un afflux d'une centaine de MG grâce au coup de pouce de la SSMG, la distribution n'a pas permis d'obtenir une répartition plus égalitaire des participants en fonction du territoire
    - les réseaux sociaux : les personnes issues de mon cercle de connaissance ont majoritairement entre 20 et 35 ans
2) Format papier :
    - Une distribution élargie sur tout le territoire wallon et bruxellois, par la poste ou en mains propres, aurait pu atteindre plus de participants issus des autres provinces et redresser ainsi la représentativité de la population
    - Environ 30% des questionnaires rendus étaient irrecevables parce que mal remplis (non-respect du nombre de critères à sélectionner…)

Cela signifie que l'on ne peut pas, par exemple, prendre les réponses des 31 participants issus de la province du Luxembourg pour en tirer des conclusions pour l'ensemble de la population de cette province. Par contre, nous pouvons tenter de les associer à l'ensemble des patients ou à l'ensemble des MG issus de Wallonie et de Bruxelles.

Concernant l'asymétrie des sexes, comme le questionnaire s'adressait à tout venant, il ne s'agit pas d'un biais de distribution. Le thème du TFE a peut être sollicité plus de curiosité au sein des femmes. Rappelons toutefois que la population belge comporte 49% d'hommes et 51% de femmes[15], la participation masculine dans cette étude est donc faible. Près de 39% des patients ayant participé possèdent un diplôme universitaire. Parmi ce groupe, nous observons 74% de participation féminine, ce qui ne respecte pas la tendance au sein de la population générale. En 2004, seulement 11% des femmes ont été diplômées d'un niveau universitaire contre 18.7% des hommes[16].

Nous observons une participation plus homogène lorsque nous comparons la distribution en fonction du type de pratique. En effet, le nombre de participants est de 56% pour les pratiques solo contre 44% en pratiques de groupe. Toutefois, les chiffres de 2005 de l'INAMI[17] soulignent 273 MG travaillant en maison médicale pour l'ensemble de la Belgique. En 2014, on dénombre 4211 MG francophones (chiffres correspondant à la distribution de la Newsletter de la SSMG). Or, l'étude connait une participation de MG issus des maisons médicales de l'ordre de 26.75%. Ce qui ne correspond pas à la réalité de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Quel que soit le type de pratique, l'âge, le sexe, le niveau de diplôme, le fait d'être patient ou MG, nous observons une définition très proche de ce qu'est un bon MG, presque à l'unanimité. Les groupes de critères respectent une tendance générale, ce qui nous laisse penser, grâce à la participation de 336 patients et de 157 MG, qu'il s'agit peut-être des définitions qui se rapprochent de toute la population de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Face à tant de biais et d'asymétries, la prudence est de rigueur quant à l'interprétation des résultats ou lorsque l'on serait tenté de tirer des conclusions pour la population entière.

Quelques patients m'ont fait remarquer que le questionnaire ne spécifiait pas s'il s'agissait d'une situation urgente ou non, ce qui était déterminant pour le choix de certains critères (« il rend un service rapide, ne fait pas patienter trop longtemps »). Mais qu'est-ce qu'une situation urgente ? *Il apparait qu'il existe différentes interprétations de ce qu'est un problème de santé urgent chez les patients et les MG*[18,19].

Dans le même contexte, la définition même de la disponibilité, qui regroupe 3 critères est tendancieuse pour certains confères qui ont parcouru les résultats. Certains interprétaient la disponibilité comme le temps consacré au patient pour son information et les explications. Quelqu'un de disponible est quelqu'un de libre pour telle ou telle activité[20]. Ce qu'on entend

par disponibilité dans le cadre de cette étude, c'est le temps consacré à discuter des examens et des traitements que le patient souhaite, le fait de rendre un service rapide, de ne pas faire patienter longtemps et de pouvoir joindre le MG et avoir un rendez-vous rapidement. Cette définition correspond aux termes anglais « availability and accessibility », comme proposé par Grol[21] pour le regroupement des critères. Je rappelle que les critères de mon questionnaire et les sections les rassemblant sont issus de cette même étude.

Il serait utile, mais cela dépasserait le cadre d'un TFE, de connaître également le motif de consultation, le nombre de consultations par an ou le nombre de fois que l'on fait appel à un MG. Dans le même élan, on pourrait s'interroger sur la localisation de la consultation (milieu rural ou urbain), les origines culturelles des personnes participantes ou leur situation familiale. Enfin, on pourrait envisager également de fixer un ordre de priorité aux critères sélectionnés.

B. La comparaison

« Bon » : qui, dans son genre, présente des qualités supérieures à la norme ; qui a de la générosité, de la bienveillance, est porté à faire le bien, qui témoigne de ces qualités[22].

Dans cette partie, nous allons décrire les éléments qui rapprochent les différents groupes et/ou ceux qui les divergent.

1. L'ensemble des patients et des médecins généralistes

a. Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ?

Référons-nous aux tableaux 9-10 (pp 16-17). Nous remarquons que les deux groupes partagent 3 priorités sur 5 quant à la définition d'un bon médecin généraliste, mais pas dans les mêmes proportions. Pour les 336 patients et les 157 médecins, un bon MG (1) prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer ; (2) il s'intéresse au patient au tant que personne en tenant compte de sa situation ; et (3) il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un spécialiste. Les patients semblent accorder une grande priorité au secret médical et à l'explication du but d'un traitement et d'un examen. Les médecins généralistes, quant à eux, accordent une haute priorité au suivi sur la durée et à la prévention. *La continuité des soins, critère important pour les MG, est un exemple de paternalisme médical*[23]. L'évaluation de l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un spécialiste nous apprend quelque chose d'intéressant : *les patients sont plus aptes à contribuer à une meilleure utilisation des soins de santé que ce que croient les MG*[24].

Cela signifie-t-il que les MG n'accordent pas assez de priorité au secret médical ? Il va de soi, pour ceux-ci, qu'il est important de le respecter. Concernant l'explication attendue par les patients, une réponse possible est le fait que le MG pense le faire spontanément. Cependant, l'hypothèse la plus plausible implique que le patient attend plus d'explications de la part de son MG.

Lorsque nous observons le graphique 1 (p 22), nous observons des proportions similaires pour les critères suivants :

a) Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer
b) Il guide le patient dans la relation avec le spécialiste
c) Il aide à gérer les problèmes émotionnels provenant des problèmes de santé

Les divergences concernent tous les autres critères, dont certaines méritent d'être pointées du doigt :

a) Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (Patients 53% vs MG 75%)
b) Il conserve le secret médical (Patients 46% vs MG 29%)
c) Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste (Patients 39% vs MG 56%)
d) On peut le joindre et avoir un rendez-vous rapidement (Patients 37% vs MG 13%)
e) Il fait de la prévention (Patients 25% vs MG 44%)
f) Les patients considèrent, avec le double de pourcentage par rapport aux MG, qu'un MG devrait soulager rapidement les symptômes, rendre un service rapide et ne pas faire patienter longtemps

Lorsque nous observons le graphique 12 (p 33), il en ressort que l'information est la section la plus choisie par les deux groupes pour définir un bon médecin généraliste, suivie de la relation médecin-patient. Bien que le groupe de critères qui définiraient le moins un bon MG semble être la disponibilité, les patients lui accordent doublement de l'importance par rapport aux MG. Concernant la section organisation, elle vient en troisième position pour les patients et en quatrième position pour les MG. Concernant les soins médicaux techniques, l'ordre d'importance est permuté dans les groupes par rapport à la section précédente.

La disponibilité est une section sous-évaluée par les MG par rapport aux attentes des patients. Elle demeure cependant unanimement peu prioritaire dans la définition d'un bon MG à la fois pour l'ensemble des patients et des médecins généralistes.

Si nous voulons définir un bon MG en tenant compte uniquement de la section la plus choisie par l'ensemble des patients et des MG, nous dirons qu'il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer ; qu'il explique le but d'un traitement et d'un examen ; qu'il fait de la prévention. Le dénominateur commun semble être la longueur du temps passé pendant la consultation ou la perception de celui-ci par le patient et le MG. Des études confirment que des consultations plus longues ou perçues plus longues, à travers plus d'information de la part du MG, engendrent une plus grande satisfaction chez le patient et le MG[25]. Celles-ci démontrent également que le fait d'expliquer et informer le patient donnait une plus grande satisfaction avec un sentiment que la consultation était longue et que les patients étaient plus aptes à suivre les recommandations du médecin[25,26].

b. Qu'est-ce qu'un bon patient ?

Afin de tenter de répondre à cette question, analysons les tableaux 11-12 (p 17). Nous remarquons que 3 critères convergent dans des proportions différentes. L'ensemble des MG et des patients s'accordent à définir un bon patient comme quelqu'un qui (1) respecte les consignes du médecin, (2) est honnête et ne cache pas d'informations, (3) connait ses antécédents et ses médicaments. Les patients accordent une grande priorité à la ponctualité, comme arriver à l'heure au rendez-vous ou prévenir le médecin quand ils ne savent pas venir. Les MG, quant à eux, accordent plutôt une grande priorité au respect du passage par la première ligne de soins. Pour eux, un bon patient consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé mais il cherche également à prendre soin de sa santé.

Afin de tenter de comprendre une telle distorsion dans la définition d'un bon patient, laissez-moi vous proposer une caricature grossière. Afin de saisir cette différence, il vous faut retourner à vos études secondaires, assis dans une classe. La situation consiste à comparer le patient à un élève face à son professeur, le MG. L'élève considère qu'être bon signifie arriver à l'heure en classe, être sage et préparer ses devoirs. Pour le professeur, un bon élève est celui qui pose les questions pendant les cours, qui vient trouver son professeur en premier pour des problèmes de compréhension et qui cherche à réussir son année. Je suis profondément surpris de cette comparaison et elle me dérange. *La clé du succès du partenariat entre le patient et le médecin*

repose dans la reconnaissance que les patients sont aussi des experts. Seul le patient connait sa propre expérience de la maladie, sa situation sociale, ses habitudes et ses comportements, ses valeurs, ses attitudes face aux risques et ses préférences[19,27]. Je refuse de croire que nous sommes toujours dans une époque où la relation paternaliste règne. *La nouvelle tendance de la relation médecin-patient réside dans l'information, l'évaluation, la décision et les responsabilités partagées*[27]. Peut-être que le patient ne se rend pas assez compte de son rôle en matière de santé publique ou de la possibilité de prendre soin de sa propre santé. Les anti-paternalistes, imprégnés de la vision de Balint, soulignent l'importance de l'éducation par soi-même[19].

Cependant, il existe une autre explication : et si le patient tentait de définir un bon patient à son image ? Après tout, il ne cherche pas à définir le patient idéal, qui sait arrêter le tabac et suivre les conseils pour le mode de vie (activité physique, boire peu d'alcool, manger moins gras et moins sucré,…). Visiblement, le patient sait distinguer ce qui est bon de ce qui est idéal. Il sait qu'il faut arrêter de fumer mais comme il n'y arrive pas, il se trouve face à deux issues : considérer ce critère comme définissant un bon patient, ce qui ferait de lui un mauvais patient ; ou considérer ce critère comme peu prioritaire parce qu'il ne peut se morceler pour devenir idéal. Il est qui il est, avec des défauts mais aussi beaucoup de qualités. Le MG idéal n'existe pas non plus, et le patient le sait. Nous tentons de trouver une définition à travers des critères sélectionnés par des individus différents, qui ont chacun leur histoire.

Lorsque nous nous référons au graphique 2 (p 23) afin de comparer l'ensemble des critères, il apparait des convergences dans la définition, à proportions rapprochées. Les deux groupes semblent s'accorder quant au respect des consignes du médecin, qu'un bon patient doit être honnête et ne pas cacher d'informations, qu'il connait ses antécédents, qu'il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament, qu'il est poli et aimable avec le médecin, qu'il ne cherche pas à obtenir systématiquement des congés-maladie ou des médicaments, qu'il ne répond pas au téléphone pendant la consultation et enfin, dans une faible priorité qu'il s'intéresse à la personne de son MG.

Il existe cependant des divergences significatives :

- Il arrive à l'heure à son rendez-vous (Patients 54% vs MG 31%)
- Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir (Patients 45% vs MG 32%)

- Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé (Patients 35% vs MG 66%)
- Il cherche à prendre soin de sa santé (Patients 35% vs MG 60%)
- Il se lave avant d'aller voir le médecin (Patients 27% vs MG 10%)
- Il ne dérange pas le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés (Patients 6% vs MG 13%)

Paradoxalement, pour les patients, un bon patient doit prioritairement être ponctuel et respecter l'horaire du médecin mais ils ne considèrent pas le fait de ne pas le déranger le soir et les week-ends comme important, alors que ce critère compte double pour les MG. Toutefois, ce critère est négligeable pour les deux groupes et ne constitue pas une priorité.

Nous observons que près d'1 patient sur 3 accorde une grande importance à l'hygiène corporelle avant la consultation, contre seulement 1 MG sur 10. Dans le même registre, nous observons que la ponctualité du patient et le fait de prévenir en cas de désistement semblent préoccuper un tiers des MG contre plus de la moitié des patients.

À présent, nous pouvons comparer la priorité des différentes sections de critères du graphique 12 (p 33). Il apparait que le premier groupe de critères choisi unanimement pour l'ensemble des patients et des MG est la compliance. Comme mentionné plus tôt, il existe une différence de priorité dans les deux groupes. Les MG accordent la deuxième priorité au respect du rôle du MG et au passage par la première ligne alors que les patients considèrent plus important la ponctualité et le respect de l'horaire du médecin. La 3ème section choisie unanimement comme prioritaire est la relation patient-médecin. Viennent ensuite en 4ème position de priorité la ponctualité pour les MG et le passage par la 1ère ligne pour les patients. La dernière section, la moins prioritaire pour les deux groupes, est l'éducation et l'hygiène. Notons cependant que les deux dernières sections des patients comportent une priorité très proche (respectivement 16.58 et 15.98%).

Au terme de ces comparaisons et si nous devions considérer la section la plus prioritaire, nous définirons un bon patient comme quelqu'un qui respecte les consignes du médecin, qui cherche à prendre soin de sa santé et qui connait ses antécédents et médicaments. Nous voilà donc à un carrefour entre les priorités des patients et ceux des MG.

2. Les sexes

Concernant la définition d'un bon MG et si nous observons le graphique 15 (p35), nous constatons une répartition qui respecte les sexes dans son ensemble, hormis pour la disponibilité où il semble exister une corrélation en fonction de l'appartenance au groupe patient ou MG.

Les femmes semblent accorder plus d'importance que les hommes du même groupe à la relation médecin-patient et à l'information. Les hommes, quant à eux, semblent accorder plus de priorité à l'organisation et aux soins médicaux techniques par rapport aux femmes de la même population. Dans l'ensemble, ces différences ne sont pas significatives et respectent une tendance générale.

Si nous tentons de définir un bon patient en fonction des sexes en regardant le graphique 16 (p 35), nous n'observons pas de différences significatives entre les hommes et femmes dans le groupe patient. Il n'y a pas non plus une tendance qui se dessine entre les hommes ou les femmes en général. Cependant, nous observons certaines particularités propres aux MG hommes : ils accordent très peu de priorité à la ponctualité (presque 40% de moins que les autres groupes) mais énormément à la compliance. Pourquoi cette différence dans le respect de l'horaire du médecin tandis que les femmes se superposent à l'ensemble des patients, quel que soit le sexe ? Je ne possède malheureusement pas la réponse à cette question.

3. L'âge

Afin de définir un bon MG en fonction de l'âge, il est nécessaire de visualiser les graphiques 17-18 (p 36-37). Puisque nous ne possédons que des patients pour un âge inférieur à 20 ans, nous allons analyser ce groupe en premier lieu. Il apparait que la section prioritaire reste l'information mais que la disponibilité passe en 2ème position, suivie des soins médicaux techniques, de la relation médecin-patient et enfin de l'organisation. C'est quelque peu caricatural : le patient désire que le MG prenne le temps pour expliquer et l'informer mais il exige également une disponibilité accrue avec un rendez-vous rapidement. Comment prendre le temps d'expliquer si l'on est constamment perturbé par des appels téléphoniques et si nos journées sont surchargées par les patients qui souhaitent être vus le jour même ? Même si l'on était tenté de résumer cette notion par un médecin-robot au milieu d'une société de consommation qui veut obtenir ce qu'elle désire de façon immédiate, il est plus qu'essentiel de préciser à ce stade que les patients de plus de 60 ans possèdent les mêmes priorités que ceux de

moins de 20 ans. Il semblerait donc que cette image ne soit peut être pas le fruit de notre société Post-Moderne.

Nous observons dans l'ensemble, un respect de l'ordre des priorités pour les patients âgés entre 20 et 59 ans, avec cependant quelques particularités :

- Les patients âgés de 20 à 29 ans et de 50 à 59 ans accordent plus d'importance aux soins médicaux techniques par rapport aux autres patients
- Le groupe des patients âgés de 40 à 49 ans accorde une priorité significative à l'information

Il est d'une curiosité extrême de constater que les patients de plus de 60 ans accordent le moins d'importance à l'organisation sachant qu'ils souffrent proportionnellement plus de maladies multiples et chroniques nécessitant un suivi sur la durée, des prises en charge par de multiples professionnels de santé et une coordination des soins par le MG. Je n'arrive pas à trouver de signification à cette contre attente.

Intéressons-nous à présent aux MG. Il ne semble pas exister de corrélation entre l'âge et le choix des critères entre MG et patients d'un même groupe d'âge. C'est plutôt l'appartenance au groupe MG/Patients qui semble déterminant. Même si l'ensemble des MG considèrent l'information comme 1er critère et la disponibilité comme le dernier, il existe bien des particularités.

- Nous observons une plus grande corrélation entre les MG âgés de 20 à 29 ans et ceux de 30 à 39 ans par rapport aux autres groupes d'âge
- Les MG âgés de plus de 60 ans estiment que l'organisation vient en 2ème position après l'information et avant la relation Médecin-Patient. Les autres groupes placent l'organisation en 4ème position de priorité. Pourquoi une telle différence ? Nous pouvons supposer que ce groupe d'âge a peut-être une vision plus paternaliste que chez les plus jeunes

Comparons à présent les sections « compliance » et « ponctualité » entre patients et MG. Nous remarquons que les pourcentages ont tendance à augmenter suivant l'âge des patients pour la ponctualité et diminuer pour la compliance. Curieusement, c'est le phénomène inverse chez les MG. Ceci va à l'encontre de ce qui est décrit par certaines études. En effet, l*es jeunes patients ont tendance à être beaucoup plus critiques quant aux professionnels paternalistes et*

désirent une participation active concernant leurs soins. Les patients plus âgés et ceux souffrant de maladies graves préfèreraient déférer la décision au médecin, peut-être parce que cela leur permet de ne pas endosser la responsabilité en cas de « mauvaises » décisions »[27]*. Enfin, il apparait que les patients plus âgés ont plus d'évaluations positives de la médecine générale que les plus jeunes*[28].

4. Le niveau de diplôme

Il va de soi que nous ne parlerons que des patients dans ce point, un médecin généraliste étant un diplômé universitaire. En observant les graphiques 13-14 (p 34), c'est avec surprise que nous voyons une exception à la définition du bon MG : alors que tous les groupes s'accordent à dire que la section prioritaire est l'information, les patients possédant un diplôme primaire placent la relation médecin-patient en première position. Il semblerait que ce groupe définirait un bon MG comme quelqu'un qui conserve le secret médical, aide à gérer les problèmes émotionnels provenant des problèmes émotionnels du patient et s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation. Nous serions tentés de généraliser en disant que ceux qui possèdent un diplôme primaire ont un salaire peut être moins élevé que les autres groupes et donc qu'ils font partie de la classe sociale défavorisée. S'il est vrai que le contexte socio-économique des populations les plus défavorisées est omniprésent lors des consultations et des visites, s'il est vrai qu'ils sont *plus sujets aux maladies et plus exposés aux risques dès la plus jeune enfance, qu'ils ont plus de co-morbidités et une espérance de vie moindre*[29], nous ne pouvons généraliser parce que le groupe qui ne possède pas de diplôme ne suit pas cette tendance et n'a pas désigné la relation médecin-patient comme prioritaire.

Dans l'ensemble, les différents groupes, mis à part ceux possédant un diplôme primaire comme précité, conservent les mêmes priorités. Nous pouvons remarquer qu'il existe une diminution significative des pourcentages pour la disponibilité dans le cas des longues études. Cependant, même avec 12.14%, cela reste doublement plus important que pour les MG.

Concernant la définition d'un bon patient, il existe plusieurs particularités liées au niveau de diplôme :

- Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la compliance n'a pas été sélectionnée à l'unanimité par tous les patients pour définir un bon patient. Pour les patients sans

diplôme ou disposant d'un diplôme primaire, la priorité va à la ponctualité et le respect de l'horaire du médecin.

- Le groupe avec un diplôme primaire semble accorder également une grande importance à l'éducation et à l'hygiène. En comparaison avec les autres groupes, il accorde presque la moitié en pourcentage à la compliance (4ème priorité). Enfin, la dernière priorité est accordée à la relation patient-médecin, contrairement aux autres groupes.
- Le groupe en possession d'un diplôme non-universitaire de type long consacre la 2ème priorité au respect du rôle du MG et passage par la première ligne et la dernière à l'éducation et l'hygiène. Il définit un bon patient par sa compliance, comme le groupe de diplôme universitaire et secondaire.

5. La pratique solo

Si nous regardons les tableaux 17-18 (p 19), nous remarquons que 4 critères prioritaires définissant un bon médecin généraliste sont communs aux deux groupes patients-MG, même s'ils n'ont pas le même ordre de priorité : (1) il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer ; (2) il explique le but d'un traitement ; (3) il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation ; (4) il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste. Les patients accordent la 5ème priorité pour le secret médical alors que les MG l'accordent au suivi sur la durée.

Si nous analysons le graphique 5 (p 26), nous observons des convergences concernant le temps pris pour écouter, parler et expliquer, l'évaluation de l'utilité d'un examen ou d'un médicament, le fait d'être au courant des dernières avancées de la médecine, le suivi sur la durée, le fait de discuter des examens et des traitements que le patient souhaite, la coordination de la prise en charge avec les professionnels de la santé, la gestion des problèmes émotionnels provenant des problèmes de santé et le fait de rendre un service rapide et de ne pas faire patienter longtemps.

Nous observons également des divergences pour les critères suivants :

- Il explique le but d'un traitement, d'un examen (Patients 55% vs MG 42.2%)
- Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation (Patients 53.1% VS MG 78.1%)

- Il conserve le secret médical (Patients 42.7% vs MG 31.3%)
- On peut le joindre et avoir un rendez-vous rapidement (Patients 39.8% vs MG 21.9%)
- Il fait de la prévention (Patients 28% vs MG 39.1%)
- Il soulage rapidement les symptômes (Patients 15.2% vs MG 9,4%)
- Il guide le patient dans la relation avec le spécialiste (Patients 14.7% vs MG 9.4%)

Afin de définir un bon patient et si nous regardons les tableaux 19-20 (pp 19-20), nous n'observons que 2 critères convergents : le fait de respecter les consignes du médecin et de ne pas cacher d'informations. En fait, les MG possèdent 7 critères prioritaires, les 3 derniers ayant été sélectionnés équitablement : il est poli et aimable avec le médecin, il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament et il ne cherche pas systématiquement de congé-maladie. Les MG accordent une grande importance à un patient qui cherche à prendre soin de sa santé et qui le consulte en premier lieu en cas de problème. Les patients, quant à eux, accordent une grande priorité au fait de connaître les antécédents et les médicaments, d'arriver à l'heure au rendez-vous et prévenir le médecin quand ils ne savent pas venir.

En regardant le graphique 6 (p 27), nous observons peu de critères convergents, comme le respect des consignes du médecin, le fait de solliciter l'avis du médecin avant de prendre un médicament, être poli et aimable avec le médecin et ne pas chercher à obtenir des médicaments.

D'autres critères divergent significativement :

- « Il arrive à l'heure au rendez-vous », « il prévient le médecin quand il ne sait pas venir » et « il se lave avant de voir le médecin » récoltent près du double de pourcentage au détriment des MG (Respectivement : Patients 49.8% vs MG 28.1%, Patients 46.9% vs MG 21.9% et Patients 25.6% vs MG 12.5%)
- « Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé » et « il cherche à prendre soin de sa santé » récoltent quant à eux le double de pourcentage au détriment des patients (Respectivement : Patients 33.6% vs MG 70.3 et Patients 32.7% vs MG 64.1%)
- « Il connait ses antécédents et ses médicaments » (Patients 46% vs MG 31.3%)
- Le critère « il ne dérange pas le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés » a obtenu 7 fois plus de priorité pour les MG (Patients 2.8% vs MG 20.3%). C'est le 14ème critère pour les patients et le 11ème pour les MG. Il existe deux explications à

cette asymétrie. La première est qu'un patient trouve normal d'appeler son médecin traitant à n'importe quelle heure parce que c'est urgent. Encore faudrait-il définir l'urgence, est-elle vitale sur le plan médical ? La deuxième explication est qu'un médecin généraliste doit être disponible 24h/24 et 7j/7 parce que cela fait partie de sa profession et qu'il l'a choisi. La deuxième explication parait peu probable et pourtant je l'ai entendue à de multiples reprises sortant de la bouche des patients. Comme si c'était un droit acquis. Ce n'est que récemment, compte tenu de l'histoire de la médecine générale, que les MG se sont regroupés en cercles de garde. Il y a encore quelques années, le MG était disponible en permanence, comme dans certains milieux ruraux. Certains patients projettent encore cette image et ne se soucient guère des horaires de leur MG.

6. Les maisons médicales

Quels sont les critères définissant un bon médecin généraliste pour les patients et les MG issus des maisons médicales ? Afin de tenter y répondre, observons les tableaux 13-14 (pp 17-18). Nous constatons que seuls 2 critères prioritaires similaires ont été sélectionnés par les deux groupes : « il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation » et « il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer ». Les patients semblent accorder une grande priorité, encore une fois, au secret médical, aux explications concernant le but d'un traitement ou d'un examen et à l'importance du suivi sur la durée. Les MG, quant à eux, accordent une grande importance à la prévention, à la coordination de la prise en charge avec les professionnels de santé et à l'évaluation de l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un spécialiste.

Contrairement à la population issue de la pratique solo et si nous observons le graphique 3 (p 24), nous constatons qu'un seul critère seulement sur 15 a été choisi dans les mêmes proportions par les MG et les patients. Les autres critères sont même parfois très divergents. Plus qu'ailleurs, il existe des différences significatives entre la définition des patients et celle des MG :

- Aucun MG n'a choisi le critère « il rend un service rapide, ne fait pas patienter longtemps » contre 8% des patients. La singularité ne s'arrête pas là, 16% des patients considèrent qu'un bon MG doit soulager rapidement les symptômes, contre seulement 2% des MG. Dans le même ordre d'idée, « on peut le joindre et avoir un

rendez-vous rapidement » récolte 36% de la part des patients mais seulement 2% des MG. La section disponibilité ne semble pas prioritaire pour les MG issus de maisons médicales. Il y a là des attentes du patient par rapport à son MG, même si les critères de disponibilité ne semblent pas les plus prioritaires.

- 54% des patients considèrent que le secret médical est une priorité contre 21% des MG. Les patients ont attribué un double pourcentage par rapport aux MG à d'autres critères également : « il discute des examens et des traitements » et « il est au courant des dernières avancées de la médecine ». Quant au critère suivant « il guide le patient dans la relation avec le spécialiste », nous remarquons qu'il compte trois fois plus pour les patients.
- Les MG accordent 2 fois plus d'importance à la gestion des problèmes émotionnels provenant des problèmes de santé, à la coordination de la prise en charge avec les professionnels de la santé ainsi qu'à l'évaluation de l'utilité d'un examen et d'un médicament. Ils accordent 3 fois plus de priorité à la prévention.
- Plus de 8 MG sur 10 considèrent le critère le plus prioritaire pour définir un bon MG comme l'intérêt porté au patient en tenant compte de sa situation.

À présent, nous allons essayer de définir ce qu'est un bon patient pour la population issue des maisons médicales. En nous référant aux tableaux 15-16 (p 18), nous remarquons tout d'abord 6 critères prioritaires pour les MG. Ceci est dû au fait que deux critères ont été choisi avec un même pourcentage. Ensuite, nous pouvons voir 4 critères communs aux deux groupes : (1) il arrive à l'heure à son rendez-vous ; (2) il est honnête et ne cache pas d'informations ; (3) il prévient le médecin quand il ne sait pas venir et (4) il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé. Les patients considèrent en plus qu'il est important de respecter les consignes du médecin tandis que les MG accordent plus d'importance au fait de connaître ses antécédents et médicaments ainsi qu'au fait de chercher à prendre soin de sa santé.

Si nous comparons à présent la priorité des 15 critères, indiqués sur le graphique 4 (p 25), nous observons des corrélations : « il prévient le médecin quand il ne sait pas venir », « il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament », « il ne répond pas au téléphone pendant la consultation », « il ne cherche pas systématiquement de congé-maladie », « il ne cherche pas à obtenir de médicaments », « il ne dérange pas le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés » et « il s'intéresse à la personne de son médecin généraliste ».

Il existe aussi des différences de priorité : le patient accorde plus d'importance au fait d'arriver à l'heure au rendez-vous, au respect des consignes du médecin, au fait d'être honnête, à l'hygiène et à la politesse. Les MG quant à eux accordent plus d'importance au fait de consulter le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé, à la volonté de prendre soin de sa santé et le fait de connaître ses antécédents et ses médicaments.

7. Les pratiques en association

Pour connaître la définition d'un bon MG, nous allons comparer les tableaux 21-22 (p 20). Chaque groupe a sélectionné 5 critères prioritaires et nous remarquons que 3 critères sont communs : (1) il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer ; (2) il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation ; (3) il assure le suivi sur la durée. Les patients accordent plus d'importance au secret médical et aux explications données pour un traitement ou un examen. Les MG préfèrent évaluer l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à une spécialiste ainsi que faire de la prévention.

Afin de définir un bon patient, observons les tableaux 23-24 (p 21). Il existe deux critères sélectionnés par les deux groupes : (1) il respecte les consignes du médecin et (2) il est honnête et ne cache pas d'informations. Les patients préfèrent définir un bon patient par sa politesse et son amabilité, par le fait d'arriver à l'heure au rendez-vous ou le fait de solliciter l'avis du médecin avant de prendre un médicament. Les MG quant à eux définissent un bon patient comme quelqu'un qui consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé, une personne qui cherche à prendre soin de sa santé et qui connait ses antécédents et ses médicaments.

8. Les différentes pratiques

a. Les médecins généralistes solos vs en maison médicale vs en association

Existe-t-il des différences de définition d'un bon MG entre ces 3 pratiques ? Afin de le savoir, observons le graphique 19 (p 38). Les différents groupes accordent la première priorité à l'information et la deuxième à la relation médecin-patient dans des proportions similaires. Les MG issus de pratique solo et en association attribuent la 3ème place aux soins médicaux techniques et la 4ème à l'organisation. Les MG issus de maisons médicales inversent ces deux sections. Bien que la disponibilité soit le dernier groupe de critère et donc celui qui définit le moins un bon MG, nous remarquons que les médecins en pratique solo lui attribuent deux fois plus d'importance.

Concernant la définition d'un bon patient, référons-nous au graphique 20 (p 38). Nous remarquons que la section de critères la plus prioritaire constitue la compliance pour les 3 groupes. Ensuite, nous remarquons que les MG solo et en maison médicale attribuent la 2ème priorité à la ponctualité et le respect de l'horaire du médecin, contrairement aux MG en association qui l'attribuent au respect du rôle du médecin et le passage par la première ligne.

Pour les MG en association, le 3ème point important est la relation patient-médecin, vient ensuite la ponctualité puis l'éducation et l'hygiène. Nous pouvons noter que « éducation et hygiène » constitue la dernière section et est donc la moins prioritaire, celle qui définit le moins un bon patient.

Les MG en maison médicale attribuent la 3ème place au respect du rôle du médecin et passage par la première ligne tandis que les MG solo préfèrent la relation patient-médecin. La 4ème priorité constitue le respect du rôle du médecin pour les MG solo et la relation patient-médecin pour ceux travaillant en maison médicale.

b. Les médecins généralistes solos vs en pratique de groupe

Pour définir un bon MG, observons le graphique 21 (p 39). Nous pouvons voir que les MG solos et en pratique de groupe respectent le même ordre de priorité pour les groupes de critères, dans les mêmes proportions hormis pour la disponibilité où les médecins issus de pratique solo lui attribuent deux fois plus d'importance.

Concernant la définition d'un bon patient, si nous nous référons au graphique 22 (p 39), le même ordre de sections est observé dans des proportions similaires.

c. Les patients de pratique solo vs en pratique de groupe

Afin de définir un bon MG, nous allons observer le graphique 21 (p 39). Nous remarquons que l'ordre de priorité des sections est conservé dans des proportions similaires pour les deux groupes. Il en va de même pour la définition d'un bon patient comme démontré sur le tableau 22 (p 39).

d. Les patients issus de pratiques solo vs maisons médicales

Si nous observons le graphique 7 (p 28) pour définir un bon MG, nous remarquons de nombreux critères proportionnellement similaires. Il existe cependant 2 critères divergents entre les deux groupes :

- Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un spécialiste (Patients maison médicale 27.6% vs Patients solo 44.1%)
- Il conserve le secret médical (Patients maison médicale 54% vs Patients solo 42.7%)

À présent nous allons voir s'il existe une différence pour la définition d'un bon patient en nous référant au graphique 8 (p 29). Il existe beaucoup de critères similaires et de même priorité, mais il existe aussi beaucoup de divergences :

- Il arrive à l'heure au rendez-vous (Patients maison médicale 66.7% vs Patients solo 49.8%)
- Il respecte les consignes du médecin (Patients maison médicale 56.3% vs Patients solo 67.3%)
- Il connait ses antécédents et ses médicaments (Patients maison médicale 27.6% vs Patients solo 46%)
- Il ne répond pas au téléphone pendant la consultation (Patients maison médicale 21.8% vs Patients solo 9.5%)
- Il ne dérange pas le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés (Patients maison médicale 12.6% vs Patients solo 2.8%)

Les patients issus de maisons médicales semblent accorder plus d'importance à l'éducation.

e. Les MG issus de pratiques solo vs maisons médicales

Si nous observons le graphique 9 (p 30) et que nous tentons de distinguer des différences dans la définition d'un bon MG entre ces deux groupes, nous remarquons qu'il existe beaucoup de critères proportionnellement similaires. Il existe cependant de nombreuses divergences :

- On peut le joindre et avoir un rendez-vous rapidement (MG maison médicale 2% vs MG solo 22%). C'est une différence très significative. Pourquoi les MG

issus de pratiques solo attribuent-ils plus d'importance à la disponibilité par rapports aux autres types de pratiques ? Je ne possède pas la réponse à cette question.

- Il est au courant des dernières avancées de la médecine (MG maison médicale 17% vs MG solo 31%).
- Il fait de la prévention (MG maison médicale 55% vs MG solo 39%)
- Il coordonne la prise en charge du patient avec les professionnels de la santé (MG maison médicale 52% vs MG solo 27%)
- Il aide à gérer les problèmes émotionnels provenant des problèmes de santé (MG maison médicale 26% vs MG solo 13%)
- Il rend un service rapide, ne fait pas patienter longtemps (MG maison médicale 0% vs MG solo 11%)

Afin de voir s'il existe des différences dans la définition d'un bon patient, observons le graphique 10 (p 31). Nous remarquons beaucoup de similitudes mais aussi plusieurs divergences significatives :

- Il respecte les consignes du médecin (MG maison médicale 35.7% vs MG solo 67.2%)
- Il est honnête et ne cache pas d'informations (MG maison médicale 38.1% vs MG solo 50%)
- Il arrive à l'heure à son rendez-vous (MG maison médicale 40.5% vs MG solo 28.1%)
- Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir (MG maison médicale 50% vs MG solo 21.9%)
- Il ne cherche pas systématiquement de congé-maladie (MG maison médicale 16.7% vs MG solo 32.8%)

C. Ce que montrent les autres études européennes

Il apparait clairement que les patients réclament plus de disponibilité, même s'il s'agit de la section la moins prioritaire pour eux[24]. Lorsque nous faisons une revue systématique de la littérature, nous constatons que les 6 critères prioritaires pour les patients sont les suivants[30] (ordre décroissant) :

- L'humanité, correspondant au critère suivant « il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation » de la section « relation médecin-patient »
- La compétence et la précision, correspondant au critère suivant « il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste » dans la section « soins médicaux techniques »
- L'implication du patient dans les décisions relatives à sa santé, correspondant au critère « il discute des examens et des traitements que le patient souhaite » de la section « disponibilité »
- Temps accordé au patient lors des soins, correspondant au critère « il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer » de la section « information »
- D'autres critères de disponibilité comme « on peut le joindre et avoir un rendez-vous rapidement » et « il rend un service rapide, ne fait pas patienter longtemps », correspondant à la section « disponibilité »
- L'information, correspondant au critère « il explique le but d'un traitement, d'un examen » de la section « information »

Ainsi, nous remarquons des similitudes entre les critères prioritaires présentés par les autres études et la nôtre, tout en gardant à l'esprit que l'information reste la section définissant au mieux un bon MG pour nos patients. Si nous regardons le tableau 9 (p 16), nous constatons que les 336 patients participants partagent 3 des critères cités ci-dessus :

- « il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer » (information)
- « il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation » (relation médecin-patient)
- « il explique le but d'un traitement, d'un examen » (information)

Il existe un consensus sur l'importance de l'information, de la relation médecin-patient et de la disponibilité, indépendamment du pays, du système de soins de santé et de la culture[21]. *Nous remarquons également que les MG et les patients ne partagent pas toujours les mêmes critères de ce qu'est un bon MG, en tout cas pas avec les mêmes priorités*[23].

Toutefois, nous noterons qu'aucun des 5 premiers critères sélectionnés par les 336 patients n'est issu de la section « disponibilité », contrairement aux études européennes. Nos patients préfèreraient le secret médical et l'évaluation de l'utilité d'un examen, d'un médicament, issus respectivement des sections « relation médecin-patient » et « soins médicaux techniques ».

Le comportement du MG qui détermine le plus de satisfaction chez le patient est l'information[25]. Nous remarquons également que les critères « il ne fait pas patienter longtemps » et « il aide à gérer les problèmes émotionnels provenant de ses problèmes de santé » ont été sous évalués par les patients par rapport aux groupes de MG[21].

De même, il apparait clairement qu'il existe des opinions différentes influencées par l'âge et le sexe des patients[21].

D. La spécificité de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Les études montrent que les autorités, les professionnels de la santé et les patients peuvent avoir différentes notions de la bonne qualité des soins[21].

Une étude européenne a évalué les critères prioritaires concernant la disponibilité pour les patients. *Il apparait qu'ils préfèrent les MG qui effectuent plus d'heures de travail et qui travaillent avec un nombre d'autres professionnels de santé restreint (médecins généralistes inclus)*[31].

Le regroupement en pratiques plus grandes avec une équipe plus large semble entraîner une perte de la continuité interpersonnelle, diminuant ainsi la satisfaction des patients et des MG[19]. *Dans les pays comme la Belgique où il existe des consultations à l'acte sans passage obligatoire par le MG en premier lieu, les opinions concernant la médecine générale étaient très positives*[28].

E. Les attentes des patients

Les patients sont uniques et autonomes : ils découvrent la vie de leur propre perspective[32]. Tandis que les MG sont experts des maladies, les patients sont experts de leur expérience au quotidien avec les problèmes médicaux[19]. C'est pourquoi le MG doit, non seulement prendre le temps d'écouter et de parler, mais également donner le sentiment que le patient peut parler librement de ses problèmes[21]. Il apparait que le patient n'a pas plus de satisfaction quand le MG a plus d'expérience professionnelle[31].

L'avantage des consultations plus longues ne résulte pas uniquement dans le nombre de services rendus par le MG mais aussi d'une reconnaissance proportionnellement plus large des besoins du patient et la discussion de ceux-ci[33]. Il s'avère que les consultations sont plus longues

quand le patient connait déjà le MG[34]. Généralement, les MG savent octroyer plus de temps quand il est nécessaire et arrivent la plupart du temps à compenser leur retard en diminuant le temps passé avec d'autres patients[35]. Les consultations plus courtes semblent plus appropriées à une population plus jeune[19].

Une étude européenne a démontré que les patients attendent un respect du secret médical, une écoute attentive, plus de temps lors des consultations et un service rapide en cas d'urgence. Les patients ont critiqué les délais d'attente avant de voir le MG, de le joindre au téléphone et réclament plus de prévention[28]. Il apparait également que les patients qui consultent fréquemment le MG évaluent la médecine générale de manière plus positive[28].

Les patients veulent avoir confiance en leur MG mais cette confiance doit être acquise en les traitant comme des adultes responsables, répondant à leurs questions clairement et honnêtement, écoutant leur point de vue et les impliquant dans les décisions[23].

Enfin, une étude récente menée par l'INAMI sur 2200 patients a conclu que quasi 87% d'entre eux sont satisfaits de l'entente avec leur MG, 80% du respect que le médecin traitant leur manifeste et 80% du temps qu'il leur consacre[36].

F. Les attentes des médecins généralistes

Les expériences professionnelles positives ont tendance à maintenir leur identité de « bons médecins ». Les expériences négatives compromettent parfois cette image et les MG ont tendance à trouver des explications qui les éloignent de la source de cette insatisfaction. Les MG trouvent satisfaction lorsqu'ils ciblent avec priorité la détresse du patient et qu'ils y apportent une solution[35].

Face à une demande croissante d'augmenter le temps de consultation pour informer, le MG fait face à deux situations : couper court à la consultation ou raccourcir le temps disponible pour le prochain patient. Ceci mène à une baisse de satisfaction sur le plan professionnel traduite par une pression sur le temps[19].

Il existe quelques pistes qui pourraient octroyer plus de temps aux MG afin qu'ils augmentent le temps de leurs consultations. Je vais en citer un exemple maintenant mais sachez que les autres seront discutées dans le point suivant. L'éducation thérapeutique, qui vise à aider

les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique[37], est une sorte d'autonomie rendue au patient, de responsabilisation. C'est l'exemple d'informations que les patients attendent et elle permettrait de diminuer les co-morbidités et d'augmenter la qualité de vie. Ceci pourrait se traduire, in fine, en un gain de temps à consacrer aux autres patients. Seulement 4 MG francophones sur 10 considèrent qu'une formation à l'éducation thérapeutique des patients peut être utile à leur pratique, contre 7 MG sur 10 au-delà de la frontière linguistique. 76.33% des MG francophones estiment qu'ils doivent recevoir une compensation financière pour ce temps investi et seuls 36.62% seraient prêts à déléguer cette formation du patient à une tierce personne (infirmier, autre intervenant paramédical)[38].

Les MG ont tendance à se sous-évaluer concernant le fait de mettre à l'aise le patient, expliquer et conseiller et de laisser l'expression de sentiments émotionnels qui apporterait une meilleure satisfaction chez le patient[39].

G. Quelles sont les stratégies à adopter à l'avenir ?

1. Au niveau des études de médecine

On pourrait envisager d'introduire un cours d'initiation à la psychothérapie en médecine générale : comprendre les plaintes présentées par le patient comme des symptômes provenant également de son passé[40]. Ainsi, on acquiert une compétence personnelle au lieu de cours ex-cathedra, le but étant d'aider le MG à connaître ce que le patient désire lui transmettre, pas seulement à travers les mots mais à travers toute l'attitude du patient. Les candidats MG apprendront également que leur propre attitude et réponses face au patient influencent ce que le patient peut leur dire[41].

Les candidats en médecine générale devraient acquérir des connaissances en sociologie médicale et en anthropologie afin de les aider à comprendre comment les patients peuvent être conditionnés par leur culture, leur famille, les personnes proches de leur réseau ; au travers de leur relation avec la société en général, et ce, incluant leur travail.

Il faudrait également valoriser la médecine générale durant les études universitaires et je suis convaincu que l'introduction du mois de stage obligatoire est une étape cruciale pour y parvenir.

2. Organisation des consultations

Pour répondre au mieux aux attentes de nos patients, nous devrions augmenter le temps des consultations ou augmenter le temps imparti à l'écoute pendant les consultations[26]. Les médecins qui ont des consultations plus longues prescrivent moins et offrent plus de conseils sur le mode de vie et en matière de prévention. Cela se traduit par une meilleure reconnaissance et manipulation des problèmes psychologiques qui entraînent un effet positif sur le patient[19].

Il faudrait adopter une approche centrée sur les patients (prise de décision partagée) afin d'augmenter leur satisfaction. Comme le MG ne dispose pas énormément de temps pendant la consultation et afin qu'il dispose de plus de temps, nous pourrions envisager d'apprendre aux patients l'autogestion, les informer via des infirmières, des conseillers, des agents d'informations ou d'autres patients[19,23,31].

Le système de rendez-vous devrait réduire le temps des files d'attente pour les consultations mais cela est perçu comme un frein sur la demande générale. Le fait de programmer entièrement ses journées ne permettrait pas au patient de voir son MG quand il en a besoin. De plus, il existe un piège : le patient qui ne présente plus de symptômes a tendance à garder son rendez-vous juste au cas où. Les réceptionnistes sont souvent blâmés à tort pour cet accès inadéquat aux MG[19].

3. Au niveau politique et financier

Il serait temps de récompenser les MG qui ont des consultations plus longues et qui fournissent une meilleure continuité des soins : les deux permettent de recevoir plus de patients et permettent aux patients de recevoir plus[34]. Pour bien faire, il faudrait que les autorités soient à l'écoute des valeurs préexistantes des MG, de leurs croyances et de leurs attentes quant à la médecine générale. Il ne faut pas négliger la relation médecin-patient qui semble être thérapeutique en soi[35].

Il pourrait être envisageable de mettre en place des cliniques de soins primaires sans nécessité de fixer un rendez-vous « walk-in centers » et une ligne de téléphone professionnelle qui donnerait des conseils sur des médications simples et qui orienterait le patient vers tel ou tel service[19]. Ces différentes actions ont pour but de prévenir les éventuelles surcharges de travail et ainsi empêcher le « burn-out » des MG.

Selon une enquête récente, 83.51% des MG francophones sondés sont d'accord pour déléguer des obligations administratives à un télé-secrétariat ou un(e) secrétaire[42]. Les MG peuvent déjà bénéficier de fonds « Impulseo II et III ». Il existe également le concept « Assisteo » : une infirmière spécialisée dans les soins chroniques[42]. Rappelons qu'un système a déjà été mis en place pour attirer plus de MG dans les zones où ils sont en pénurie (« Impulseo I »). Malgré tous ces subsides, les MG réclament encore et toujours un soutien financier. Je pense qu'il faudrait revaloriser le métier de médecin généraliste, notamment sur ce point. L'administratif prend de plus en plus de place dans notre quotidien et l'on manque crucialement de temps pendant les consultations afin de répondre aux attentes de nos patients. Je suis convaincu qu'il faudrait trouver un moyen de récompenser les MG qui prennent le temps d'informer le patient. Nous sommes dans un cercle vicieux. Nous n'avons pas assez de temps à consacrer aux patients qui en exigent de plus en plus. Les patients sont donc moins compliants, ont moins tendance à suivre nos conseils et entretiennent leur maladie. Ils reviennent en consultation et surchargent nos horaires ou vont consulter le médecin spécialiste sans nous informer. Toute cette spirale diminue la satisfaction du patient et celle du médecin généraliste mais augmente les dépenses inutiles de la Santé Publique.

Pourquoi ne pourrions-nous pas envisager un dessin animé ou une série sur le quotidien d'un médecin généraliste ? Ainsi, le patient, dès son plus jeune âge, sera peut-être plus tolérant et responsable vis-à-vis de son MG. Exemple : vous faites des consultations sur rendez-vous mais un patient arrive pour une urgence. Vous prenez donc du retard. Pendant vos visites de l'après-midi, vous entrez chez un patient mais découvrez que 3 personnes attendent d'être examinées et que l'on ne vous avait pas prévenu. Ajoutez à cela 2 imprévus du jour : un patient confus en maison de repos et une personne avec des douleurs thoraciques et des facteurs de risques cardio-vasculaires. A présent, permettez-moi de vous poser une question : que dites-vous au patient qui vous téléphone à 17h55 parce que c'est urgent pour lui alors qu'il vous reste encore 6 patients à voir ? Quel que soit votre réponse, comment pensez-vous que le patient l'interprètera ? Pour rappel, notre étude a montré que les patients accordent très peu d'importance au fait de ne pas déranger le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés.

Les MG sont tous les maillons d'une chaîne : ils se situent à l'avant-garde des soins de santé dans notre pays. Si un médecin généraliste est surchargé, il risque l'épuisement et arrêtera soit provisoirement, soit définitivement sa pratique. S'il arrête, les autres MG de la région vont

en subir les conséquences et être surchargés à leur tour. Nous savons que les maillons de cette chaîne (qu'est la médecine générale) sont fragiles et requièrent un soutien de nos politiques.

V. Conclusion

En 1974, on définissait le médecin généraliste comme un diplômé universitaire administrant des soins personnels, primaires et continus à des individus, des familles et à la population générale ; sans tenir compte de l'âge, du sexe et du type de maladie. La synthèse de toutes ces fonctions rendent le MG unique. Cependant, le MG doit également tenir compte des aspects sociaux et psychologiques de la maladie qui affectent le patient. Les MG savent que des éléments de la personnalité du patient et sa relation avec la société ont un rôle majeur à jouer dans sa maladie[32].

L'information est le critère définissant au mieux un bon médecin généraliste pour l'ensemble des patients et des MG sondés. Or, informer et expliquer requièrent du temps. Il y a donc des modifications à faire et de nombreuses pistes à exploiter afin d'optimiser au maximum le temps passé en consultation avec le patient et ainsi répondre à ses attentes.

Les médecins qui ont des consultations plus longues prescrivent moins et offrent plus de conseils sur les habitudes de vie et font plus de prévention. Ceci résulte dans une meilleure reconnaissance et manipulation des problèmes psychosociaux avec un patient plus actif sur sa santé.

Le MG est un spécialiste entraîné à travailler en première ligne du système de soins de santé et à entreprendre les premiers pas pour fournir des soins à n'importe quel problème de santé que le patient requiert. Le MG prend soin d'individus dans une société, sans tenir compte du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales, il organise les ressources disponibles dans le système de soins de santé pour le meilleur avantage des patients. Le MG s'engage avec des individus autonomes sur les champs de la prévention, du diagnostic, des soins, de la guérison, du palliatif, utilisant et intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale[32].

Je n'ai pas la prétention de connaître la définition d'un bon médecin généraliste pour l'ensemble de la population de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Néanmoins, ce serait intéressant, sur le plan de la santé publique, de tester le questionnaire sur une population plus large afin de vérifier la véracité des résultats obtenus dans ce travail. Il reste encore à trouver

un moyen d'exploiter la définition d'un bon patient afin de comprendre leurs comportements et les réactions qu'elles suscitent chez les MG.

VI. Sources

1. M. Vanmeerbeek. *Guide du TFE en médecine générale.* DUMG Liège, janvier 2007
2. http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html (début 2013)
3. https://www.cdlh.be/fr/Pages/bronnen.aspx (début 2013)
4. http://www.thecochranelibrary.com.gateway.cdlh.be/view/0/index.html (début 2013)
5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ (début 2013)
6. https://www.ebmpracticenet.be/fr/pages/welkom.aspx?language=1 (début 2013)
7. http://www.ssmg.be/recherche/recommandations-de-bonne-pratique (début 2013)
8. http://www.globalfamilydoctor.com/ (début 2013)
9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term= (début 2013)
10. http://journals.bmj.com.gateway.cdlh.be/#global-tab-group (début 2013)
11. http://scholar.google.be (début 2013)
12. Baker R. *Development of a questionnaire to assess patients'satisfaction with consultations in general practice.* Br J Gen Pract 1990 ;40 :487-490.
13. www.sondageonline.com (01/04/13)
14. Perso.univ-rennes1.fr/benoit.le-maux/Echantillon.pdf
15. http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/agesexe/popbel/ (15/04/14)
16. *Evolution du niveau de diplomation de la population.* Ministère de la Communauté française de Belgique / ETNIC 2006
17. INAMI. *Exposés thématiques – Registre des médecins généralistes : nombre et profil des médecins généralistes en 2005 – 4ème Partie.*
18. Jung H P, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. Qual Saf Health Care 2002 ;11 :315-319.
19. Freeman G K, Horder J P, Howie J G R, Hungin A P, Hill A P, Shah N C, Wilson A. *Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context.* BMJ 2002 ;324 :880-882.

20. http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/disponible/25951 (02/03/14)

21. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. *Patients' priorities with respect to general practice care : an international comparison.* Family Practice 1999 ;16 :4-11.

22. http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bon/10103?q=bon#9992 (02/03/14)
23. Coulter A. Patients' views of the good doctor. BMJ 2002 ;325 :668-669.

24. Jung H P, Wensing M, Grol R. *What makes a good general practitioner : do patients and doctors have different views ?.* Br J Gen Pract 1997 ;47 :805-809.

25. Jung H P, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. *Which aspects of general practitioners behaviour determine patients' evaluations of care ?* Soc Sci Med 1998 ;vol 47, n° 8 :1077-1087.

26. Ogden J, Bavalia Kh, Bull M, Frankum S, Goldie Ch, Gosslau M, Jones A, Kumar S, Vasant K. *« I want more time with my doctor » : a quantitative study of time and the consultation.* Family Practice 2004 ; vol 21, n° 5 : 479-483.

27. Coulter A. *Paternalism or partnership ?* BMJ 1999 ;319 :719-720.

28. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung H P, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. *Patients in Europe evaluate general practice care : an international comparison.* Br J Gen Pract 2000 ;50 :882-887.

29. Université Catholique de Louvain. *Prévention, médecine générale et milieux défavorisés – état des lieux et perspectives.* Séminaire Européen à Bruxelles du 23 au 25 octobre 1997.

30. Wensing M, Jung H P, Mainz J, Olesen F, Grol R. *A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1 : description of the research domain.* Soc Sci Med 1998 ;vol 47, n°10 :1573-1588.

31. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Paulus D, Künzi B, Mendive J, Grol R. *Patient satisfaction with availability of general practice : an international comparison.* Int J Qual Health Care (2002) 14(2): 111-118.

32. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. *General practice-time for a new definition.* BMJ 2000 ;320 :354-357.

33. Howie J G R, Porter A M D, Heaney D J, Hopton J L. *Long to short consultation ratio : a proxy measure of quality of care for general practice.* Br J Gen Pract 1991 ;41 :48-54.

34. Howie J G R, Heaney D J, Maxwell M, Walker J J, Freeman G K, Rai H. *Quality at general practice consultations : cross sectional survey.* BMJ 1999 ;319 :738-743.

35. Fairhurst K, May C. What General Practitioners Find Satisfying in Their Work: Implications for Health Care System Reform. Ann Fam Med 2006 ;4 :500-505.

36. http://www.ssmg.be/component/content/article/7-actualites/501 (03/04/14)

37. www.sante.gouv.fr/.../**Definition**_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf (06/05/14)

38. Verrijken G, Mathy J. *L'éducation thérapeutique, l'affaire du MG ?* Medi-Sphere 440, 16 avril 2014.

39. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. *Consultations in general practice : a comparison of patients' and doctors' satisfaction.* Br Med J 1989 ;299 :1015-1016.

40. Balint M. *Psychotherapy and the general practitioner.* BMJ 1957 January 19 : 156-158.

41. Balint M. *Training General Practitioners in Psychotherapy.* BMJ 1954 January 16 : 115-120.

42. Verrijken G, Mathy J. *Du soutien, svp !* Medi-Sphere 439, 2 avril 2014.

VII. Annexes

Annexe 1 : les groupes de critères

A. Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ?

1) Disponibilité :

1.Il discute des examens et des traitements que le patient souhaite
2.Il rend un service rapide, ne fait pas patienter longtemps
3.On peut le joindre et avoir un rendez-vous rapidement

2) Relation médecin - patient :

1.Il conserve le secret médical
2.Il aide à gérer les problèmes émotionnels provenant de ses problèmes de santé
3.Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation

3) Information :

1.Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer
2.Il explique le but d'un traitement, d'un examen
3.Il fait de la prévention (vaccinations, conseils sur les habitudes de vie,…)

4) Organisation :

1.Il coordonne la prise en charge du patient avec les professionnels de santé (kiné, infirmière,…)
2.Il assure le suivi sur la durée
3.Il guide le patient dans la relation avec le spécialiste

5) Soins médicaux techniques :

1.Il est au courant des dernières avancées de la médecine
2.Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicaments et le fait de référer à un médecin spécialiste
3.Il soulage rapidement les symptômes

B. Qu'est-ce qu'un bon patient ?

1) Ponctualité et respect de l'horaire du médecin

1.Il arrive à l'heure à son rendez-vous
2.Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir
3.Il ne dérange pas le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés.

2) Compliance

1.Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments, ...)
2.Il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie)
3.Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste)

3) Respect du rôle du médecin généraliste et passage par la première ligne

1.Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé.
2.Il ne cherche pas à obtenir des médicaments (antibiotiques, somnifères,…) auprès du médecin
3.Il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament

4) Education et hygiène

1.Il se lave avant de voir le médecin
2.Il ne répond pas au téléphone pendant la consultation
3.Il est poli et aimable avec le médecin

5) Relation patient-médecin

1.Il s'intéresse à la personne de son médecin généraliste (santé, famille,…)
2.Il ne cherche pas systématiquement de congé-maladie
3.Il est honnête et ne cache pas d'informations

Annexe 2 : questionnaire écrit

Enquête médicale en 5 minutes* (*durée moyenne)

Cette enquête est réalisée par le Dr NAJM-EDDINE Ali dans le cadre de son travail de fin d'études (spécialisation en médecine générale à l'Université de Liège).

Ce questionnaire s'intéresse aux éléments qui définissent ce qu'est un bon médecin généraliste et un bon patient, à la fois pour les patients et pour les médecins eux-mêmes.

Le compléter ne vous prendra que quelques minutes.

L'anonymat et la confidentialité des données vous sont garantis.

Une fois ce questionnaire rempli, vous pouvez le déposer dans l'enveloppe en plastique orange prévue à cet effet.

Merci pour votre participation et votre patience !

1. *Pour vous, qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ?*

Merci de cocher seulement les 5 propositions qui sont les plus importantes pour vous

- ☐ Il conserve le secret médical
- ☐ Il coordonne la prise en charge du patient avec les professionnels de santé (kiné, infirmière...)
- ☐ Il assure le suivi sur la durée
- ☐ Il aide à gérer les problèmes émotionnels provenant des problèmes de santé
- ☐ Il soulage rapidement les symptômes
- ☐ Il prend assez de temps pour écouter, parler et expliquer
- ☐ Il fait de la prévention (vaccinations, conseils sur les habitudes de vie,…)
- ☐ On peut le joindre et avoir un rendez-vous rapidement
- ☐ Il est au courant des dernières avancées de la médecine
- ☐ Il guide le patient dans la relation avec le spécialiste
- ☐ Il explique le but d'un traitement, d'un examen
- ☐ Il évalue l'utilité d'un examen, d'un médicament et le fait de référer à un médecin spécialiste
- ☐ Il discute des examens et des traitements que le patient souhaite
- ☐ Il rend un service rapide, ne fait pas patienter longtemps
- ☐ Il s'intéresse au patient en tant que personne en tenant compte de sa situation

Annexe 2 (bis) : questionnaire écrit

2. *Pour vous, qu'est-ce qu'un bon patient ?*

Merci de cocher seulement les 5 propositions qui sont les plus importantes pour vous

- ☐ Il se lave avant de voir le médecin
- ☐ Il s'intéresse à la personne de son médecin généraliste (santé, famille, …)
- ☐ Il ne dérange pas le médecin le soir, les week-ends et les jours fériés
- ☐ Il arrive à l'heure à son rendez-vous
- ☐ Il respecte les consignes du médecin (prendre ses médicaments,…)
- ☐ Il consulte le généraliste en premier lieu en cas de problème de santé
- ☐ Il ne répond pas au téléphone pendant la consultation
- ☐ Il connait ses antécédents et ses médicaments (ou dispose d'une liste)
- ☐ Il ne cherche pas à obtenir des médicaments (antibiotiques, somnifères,...) auprès du médecin
- ☐ Il est poli et aimable avec le médecin
- ☐ Il ne cherche pas systématiquement de congé-maladie
- ☐ Il prévient le médecin quand il ne sait pas venir
- ☐ Il cherche à prendre soin de sa santé (arrêter le tabac, suivre les conseils pour le mode de vie)
- ☐ Il est honnête et ne cache pas d'informations
- ☐ Il sollicite l'avis du médecin avant de prendre un médicament

3. Vous êtes : □ Homme □ Femme

4. Dans quelle Province habitez-vous : ……..

5. Votre âge : □ moins de 20 ans □ 20 à 29 ans □ 30 à 39 ans

□ 40 à 49 ans □ 50 à 59 ans □ plus de 60 ans

6. Vous êtes : □ Patient □ Médecin Généraliste

Pour les patients : Quel est votre niveau de diplôme :
□ Pas de diplôme □ Diplôme primaire □ Diplôme secondaire
□ Diplôme non universitaire □ Diplôme universitaire

7. Pour les patients : quel est le type de pratique de votre médecin généraliste/Pour les MG : quel est votre type de pratique :

□ pratique solo □ association de généralistes

□ établissement de soins pluridisciplinaire □ maison médicale