



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Quel est le degré de concordance entre les motifs de consultation listés par le patient en consultation programmée au cabinet et ceux identifiés par le médecin traitant ?

Présentée et soutenue publiquement le 22/06/2023 à 17h
Au Pôle Formation
Par Alexis Loyez

JURY

Président :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Assesseurs :

Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur DESCAMPS Axel

Avertissement

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

Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
CCFI	Communauté de Communes des Flandres Intérieures
CCHF	Communauté de Communes des Hauts de Flandre
CISP	Classification Internationale des Soins Premiers
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CUD	Communauté Urbaine de Dunkerque
DPO	Délégué à la Protection des Données
ECOGEN	Étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale
MG	Médecin généraliste
MSU	Maître de Stage Universitaire
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	4
I. Type d'étude	4
II. Population étudiée et critères d'inclusion.....	4
A. Médecins généralistes.....	4
B. Patients	4
III. Lieux et temporalités.....	5
IV. Recrutement	5
A. Des médecins.....	5
B. Des patients	6
V. Questionnaire	6
A. Médecin.....	6
B. Patients	7
VI. Taille de l'échantillon.....	7
VII. Gestion des données	7
A. Recueil des données.....	7
B. Saisie des données	8
C. Archivage des données.....	10
D. Données manquantes	10
VIII. Analyse statistique	10
IX. Aspects réglementaires et éthiques.....	11
A. Déclaration réglementaire	11
B. Information et consentement.....	11
Résultats	12
I. Données analysées	12
II. Statistiques descriptives	13
A. Caractéristiques des médecins généralistes	13
B. Caractéristiques des patients	14
C. Analyse de la concordance	15
1. Analyse globale.....	15
2. Analyse en sous-groupes de la concordance.....	15
a) Concordance selon le nombre de motifs de consultation du patient ..	15
b) Patients avec 2 motifs de consultation ou plus.....	16
c) Patients avec 3 motifs de consultation ou plus.....	16
D. Analyses bivariées	17
1. Lien avec la satisfaction du patient.....	17
2. Nombres de motifs de consultation du patient	17
3. Lien entre formation du médecin en communication et être MSU	17
Discussion	18
I. Principaux résultats	18
A. Concordance.....	18
1. Analyse principale	18

2.	Analyses secondaires	18
a)	Patients avec 1 seul motif de consultation.....	18
b)	Plus d'un motif de consultation : 2, 3, 4 et 5 motifs patients	18
c)	Plus de deux motifs de consultation : 3, 4 et 5 motifs patients	18
B.	Études antérieures	19
C.	Nombre de motifs de consultation	19
D.	La satisfaction du patient.....	20
E.	La formation en communication	20
II.	Validité externe de l'étude.....	20
A.	Représentativité des populations	20
1.	Médecins.....	20
a)	Selon l'âge.....	20
b)	Selon le genre	21
2.	Patients	21
B.	Choix des outils de mesure	21
III.	Discussion de la méthode (validité interne)	22
A.	Gestion des Biais	22
1.	Biais de sélection	22
2.	Biais de mesure.....	23
3.	Biais d'interprétation.....	24
B.	Forces et limites de l'étude.....	25
1.	Faiblesses de l'étude.....	25
a)	Nombre de sujets inclus	25
b)	Questionnaire	25
2.	Forces de l'étude.....	26
a)	Question de recherche	26
b)	Choix du type de consultation	26
c)	Méthodologie et protocole	26
IV.	Conflits d'intérêt.....	27
V.	Perspectives	27
	Conclusion.....	28
	Références bibliographiques	29
	Annexes	32
	Annexe 1 : Protocole de l'étude	32
	Annexe 2 : Organigramme de l'étude.....	44
	Annexe 3 : Procédure recrutement médecin	44
	Annexe 4 : Questionnaire médecin n°1 à remplir lors du recrutement	45
	Annexe 5 : Questionnaire médecin n°2 à remplir après la consultation	47
	Annexe 6 : Questionnaire patient à remplir après la consultation	47
	Annexe 7 : Procédure codage données brutes	50
	Annexe 8 : Codage CISP-2 de motifs de consultation habituels	50
	Annexe 9 : Evaluation de la concordance	51
	Annexe 10 : Procédure concordance patient / médecin.....	52
	Annexe 11 : Exemples de concordance	53
	Annexe 12 : Attestation de déclaration au délégué à la protection des données ..	56

RESUME

Contexte : Peu d'études se sont intéressées à la concordance entre les motifs de consultation du patient et ceux identifiés par le médecin. Ces études sont anciennes et ont été faites à l'étranger. Les motifs de consultation ont évolué en même temps que la pratique de la médecine.

Méthode : Étude observationnelle descriptive multicentrique réalisée dans l'Arrondissement de Dunkerque. L'échantillon comportait 35 médecins et 175 patients. Le médecin et le patient remplissaient en aveugle les motifs de consultation sur un questionnaire en fin de consultation. Les motifs étaient recodés avec la classification CISP-2. La concordance était ensuite évaluée selon 4 catégories : totale, majeure, mineure ou nulle. Une analyse descriptive de la concordance a été réalisée.

Résultats : On retrouve une concordance haute dans 90,6% des cas. Dans cette étude, les médecins identifiaient les motifs de consultation de leur patient dans la majorité des cas. La concordance était totale dans 53,7% des consultations et majeure dans 37,1%. L'étude suggère que plus le patient a de motifs de consultation, plus il est compliqué pour le médecin de tous les identifier.

INTRODUCTION

Un médecin doit comprendre les besoins de son patient pour pouvoir y répondre.

Un patient vient en consultation avec une pluralité de motifs : en moyenne 2,6 par consultation (1). Lors d'une réévaluation de traitement, le patient va chercher à ce que la consultation soit la plus productive possible (2). Le médecin généraliste peut se sentir en difficulté à partir de 3 motifs par consultation (3,4).

Pour répondre à ces motifs et au temps de consultation limité, la proposition d'une consultation ultérieure est réalisable et bien acceptée (2). Il incombe au médecin traitant d'identifier et de hiérarchiser les motifs les plus importants à traiter (5,6). L'identification des motifs de consultation n'est pas liée à la satisfaction de la visite (7), elle reste importante dans une démarche de suivi et de qualité des soins (8–10).

Les patients ne comprennent pas toujours ce qui est demandé lors de la demande des motifs de consultation, ou n'arrivent pas à aborder le sujet qui les intéresse (11–14). Les croyances des patients sont mal comprises par leur médecin et les patients ont leur propre représentation de la maladie (14–16). Les inquiétudes des patients, et donc l'identification des motifs de consultation, peuvent s'en trouver altérées.

Des méthodes de communication existent pour identifier tous les motifs de consultation (17–25). La principale méthode est de lister les motifs les premières minutes en posant des questions ouvertes. Les autres consistent à ne pas interrompre le patient, établir une liste de priorités avec lui, ou se former en communication.

La concordance entre le médecin et le patient sur le motif de consultation principal du patient varie de 50 à 90% selon des études des années 1980 et 1990. (26–28)

Ces études, anciennes, ont été réalisées dans un paradigme paternaliste (29,30). Cette relation médecin-patient a évolué vers une médecine centrée patient, et avec elle les motifs de consultation. (31)

Aucune étude récente ni française n'a été réalisée sur la concordance. De nouvelles données pourraient être pertinentes avec ce changement de paradigme.

Le but de ce travail était de rechercher le degré de concordance entre les motifs de consultation du patient en consultation programmée au cabinet et ceux identifiés par leur médecin traitant.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale ambulatoire étudiant la concordance entre les motifs de consultation du patient et ceux identifiés par le médecin.

II. Population étudiée et critères d'inclusion

A. Médecins généralistes

Une liste de MG a été obtenue par l'intermédiaire de l'annuaire santé de l'Assurance Maladie disponible en ligne. (32)

Les critères d'inclusion concernant les MG étaient :

- Être MG installé, en exercice durant la durée prévisionnelle de l'étude.
- Être déclaré comme « médecin traitant » du patient à inclure.

Les critères de non-inclusion concernant les MG étaient :

- Avoir un exercice exclusivement hospitalier.
- Consultation médicale réalisée par un étudiant en médecine ou un remplaçant.
- Avoir un mode d'exercice particulier exclusif (ostéopathie, médecine esthétique, médecine du sommeil, angiologie, médecine énergétique, acupuncture, médecine du sport, homéopathie).

B. Patients

Les critères d'inclusion concernant les patients étaient :

- Être âgé de plus de 18 ans.
- Être le patient d'un MG recruté pour l'étude et l'avoir déclaré comme « médecin traitant ».
- Patient consultant son médecin traitant pour une consultation programmée.

Les critères de non-inclusion concernant les patients étaient :

- L'incapacité à remplir le questionnaire seul ; celle-ci a été laissée au libre-arbitre du médecin du patient (exemples : troubles cognitifs ou émotionnels sévères, handicap physique ou mental sévère).
- Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

III. Lieux et temporalités

Les MG recrutés étaient issus de trois zones géographiques : la Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), la Communauté de Communes des Hauts de Flandres (CCHF) et la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI). Les patients recrutés étaient issus de la patientèle de ces MG.

Le recrutement des MG et des patients a eu lieu du 6 décembre 2022 au 1er avril 2023.

IV. Recrutement

A. Des médecins

La procédure de recrutement est détaillée en annexe 3.

Les investigateurs ont tiré au sort l'ordre des MG parmi la liste des 270 éligibles. Le recrutement se faisait de façon consécutive. Les investigateurs ont recruté les MG par appel téléphonique en leur présentant l'étude. S'ils acceptaient, une rencontre présentielle était organisée avec un des investigateurs.

Lors de la rencontre présentielle, le MG acceptant de participer à l'étude donnait son consentement oral et recevait les questionnaires patients à distribuer ainsi qu'une urne ou enveloppe scellée.

En l'absence d'obtention d'un contact téléphonique après 3 essais espacés d'au moins 3 jours ouvrés ou lors d'un refus exprimé lors d'un des appels, le MG était considéré comme non inclus.

B. Des patients

Les patients étaient recrutés par les MG au décours d'une consultation de médecine générale ambulatoire. Le patient complétait ensuite le questionnaire seul au cabinet, en dehors du bureau de consultation. Il déposait ensuite le questionnaire dans une urne ou enveloppe scellée présente sur place. Le MG n'avait pas accès aux résultats du questionnaire du patient.

Chaque MG recrutait consécutivement les cinq premiers patients éligibles de la journée jusqu'à un recrutement total de cinq patients. La participation à l'étude était proposée aux patients en fin de consultation, et leur consentement oral était recueilli.

V. Questionnaire

A. Médecin

Les questionnaires médecin et patient sont disponibles en annexe 4,5 et 6.

Chaque questionnaire bénéficiait d'une pseudonymisation avec une référence unique permettant d'apparier le questionnaire patient au questionnaire MG, mais empêchant l'identification du patient ou du MG. Cette procédure d'anonymisation était mentionnée dans le questionnaire. Le MG remplissait le questionnaire indépendamment de celui du patient.

Le MG remplissait un premier questionnaire unique lors de son recrutement. Les variables recueillies concernant le MG sur ce questionnaire étaient des données socio-démographiques, le mode d'exercice, le lieu d'exercice, ses formations. Les variables sont consultables dans le protocole en Annexe 1.

Le MG remplissait ensuite un second questionnaire à la fin de chacune des cinq consultations où il recrutait un patient. Il y était renseigné les motifs de consultation du patient identifiés par le MG. Les motifs étaient hiérarchisés par le MG du « plus important selon le patient » au « moins important selon le patient ».

B. Patients

Le questionnaire était donné au patient par le MG à la fin de la consultation médicale. Il était demandé au patient de citer jusqu'à cinq motifs de consultation et de les classer par ordre d'importance.

Les autres variables recueillies concernant le patient étaient ses données socio-démographiques, son statut d'exonération et sa préparation de la consultation. Les variables sont consultables dans le protocole en Annexe 1.

VI. Taille de l'échantillon

La population-cible était les majeurs vivant dans l'arrondissement de Dunkerque au 1er janvier 2019. Ils étaient 304 133 personnes selon l'Insee.

Le nombre de sujets à inclure, calculé à partir de la taille de la population-cible, avec un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur à 5%, était de 384 patients. En prévention des données manquantes, un total de 400 patients était à recruter.

Dans la zone géographique de l'étude, pour un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur à 10%, le nombre de MG à recruter était de 72. En prévention des données manquantes, un total de 80 MG était à recruter. Chaque MG avait pour objectif de recruter 5 patients pour un total de 400 patients.

VII. Gestion des données

A. Recueil des données

Les données sources étaient recueillies sur des questionnaires papier transmis aux patients par les MG. Les questionnaires étaient déposés dans des urnes ou enveloppes scellées situées dans la structure du MG. Les questionnaires étaient recueillis par les investigateurs de l'étude, et étaient rassemblés au domicile de l'un des deux chercheurs.

La pseudonymisation du centre et du nom du MG était effectuée par les investigateurs (le fichier de pseudonymisation était stocké dans une zone chiffrée du disque dur de l'ordinateur des investigateurs). Les questionnaires étaient pseudonymisés et appariés entre le patient et le MG.

Pour ne pas influencer les patients, le questionnaire ainsi que les informations relatives à cette étude étaient communiqués en fin de consultation, par le MG.

B. Saisie des données

Chaque motif de consultation du patient et du MG était recueilli par une question ouverte et était recodé selon une classification internationale validée, nommée *International Classification of Primary Care 2^d édition*, validée par la Wonca International Classification Committee.

Les catégories « Codes procédure » et « Symptômes et plaintes » de la CISP-2 ont été utilisées pour le codage.

Le recodage des motifs de consultation cités par le patient était réalisé par deux chercheurs indépendants, en aveugle l'un de l'autre.

Le recodage des motifs de consultation identifiés par le MG suivait la même procédure, plusieurs semaines après le recodage des motifs de consultation cités par le patient.

En cas de codage différent entre les deux investigateurs pour un même motif (cité par le patient ou identifié par le MG), les deux investigateurs cherchaient un consensus. En cas d'échec, un troisième investigateur indépendant tranchait (annexe 7).

Afin de favoriser le consensus sur certains motifs de consultation habituels, les chercheurs s'étaient mis d'accord pour coder certains motifs de consultation de la même manière (annexe 8).

Une analyse descriptive des concordances entre les motifs identifiés par les MG et ceux des patients a été réalisée. Cette analyse a été réalisée par deux chercheurs indépendants en aveugle l'un de l'autre. En cas de non-consensus, les deux chercheurs cherchaient un consensus. En cas d'échec, un troisième chercheur indépendant tranchait.

La concordance était considérée comme :

- **Totale** : si les deux critères suivants étaient réunis
 - le MG listait en premier le premier motif de consultation du patient
ET
 - le MG listait tous les motifs de consultation du patient.

- **Majeure** : si l'un des deux critères était présent
 - le MG listait le premier motif de consultation du patient mais pas en première position
OU
 - le MG listait en premier motif le premier motif du patient mais ne listait pas les autres motifs.

- **Mineure**
 - le MG ne listait pas le premier motif de consultation du patient
MAIS
 - le MG listait, en premier, un motif de consultation du patient autre que le premier motif du patient.

- **Nulle**
 - le MG ne mentionnait aucun des motifs de consultation cités par le patient.

Un tableau récapitulatif des concordances est présenté en annexe 9.

En cas de non-concordance (concordance majeure, mineure ou nulle), les opérateurs vérifiaient s'il s'agissait d'une réelle discordance ou si la différence de codage de la CISP-2 pouvait décrire le même motif. En cas d'absence de consensus, un troisième opérateur indépendant tranchait (annexe 10). Des exemples de concordance sont disponibles en annexe 11.

C. Archivage des données

Toutes les données (données sources, fichiers de pseudonymisation, fichiers informatiques) étaient conservées cinq ans et archivées dans les ordinateurs personnels des investigateurs dans des disques durs cryptés.

D. Données manquantes

En cas de donnée manquante concernant les motifs de consultation, le questionnaire était exclu.

Si le MG ne recrutait pas 5 patients, le lot de questionnaire était exclu afin que le MG n'ait pas un poids plus faible dans l'analyse statistique.

Si le MG recrutait plus de 5 patients, les patients supplémentaires étaient exclus afin que le MG n'ait pas un poids plus important dans l'analyse statistique.

VIII. Analyse statistique

La concordance entre les MG et patients était évaluée grâce à une analyse descriptive. Le nombre de médecins dans chaque classe (concordance totale, majeure, mineure, nulle) a été calculé et exprimé en pourcentage. Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentage.

Afin de faciliter l'analyse statistique, la concordance était considérée comme haute en cas de concordance totale ou majeure. Elle était considérée comme basse en cas de concordance mineure ou nulle.

L'analyse descriptive était réalisée par le chercheur Loyez Alexis avec le logiciel Jamovi®. L'analyse a été vérifiée par Mme Fourcot Marie, ingénieur d'étude en biostatistiques et bioinformatique.

L'analyse bivariée a été réalisée par Mme Foucot avec R-software 4.1.2 (<http://cran.r-project.org>).

L'étude des liaisons entre variables qualitatives a été effectuée avec des tests du khi-deux.

L'étude des liaisons entre une variable qualitative et une variable quantitative a été effectuée avec des tests de Student.

L'étude d'une différence à une moyenne théorique a été effectuée avec un test Z.

IX. Aspects réglementaires et éthiques

A. Déclaration réglementaire

L'étude était déclarée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) par l'intermédiaire du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille, le 1er novembre 2022. La collecte des données, en conformité avec la loi informatique et liberté, était accordée en date du 22 novembre 2022 (annexe 12).

Le protocole a été validé par un des membres du comité d'éthique lillois du CNGE, le 13 décembre 2022.

B. Information et consentement

Les MG étaient informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités par des entretiens présents ou téléphoniques. Les patients étaient informés oralement de l'objectif de l'étude et de ses modalités par leur MG lors du recrutement.

Il a été décidé avec le DPO que les patients ne signaient pas de consentement écrit afin de préserver leur anonymat. Le consentement était acquis dans la mesure où le patient acceptait de remplir le questionnaire.

Toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude étaient et seront tenues au secret professionnel.

RESULTATS

I. Données analysées

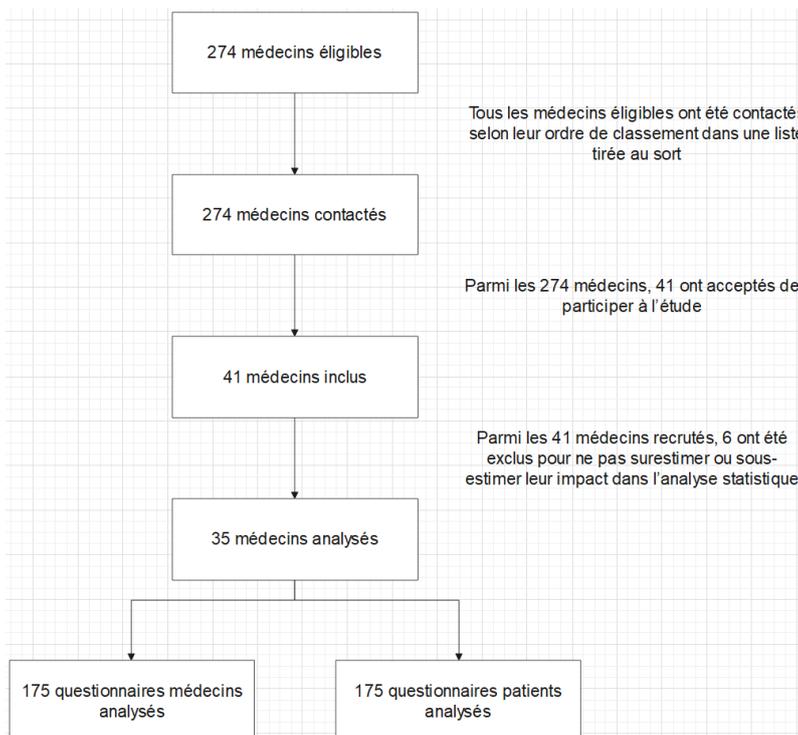
La base de données contenait les données des questionnaires de 41 médecins et de 193 patients.

Des questionnaires médecin et patient ont été exclus, selon le protocole (Méthode partie VII.D.)

Après exclusion de questionnaires, l'analyse portait sur 35 médecins ayant recruté chacun 5 patients. Le nombre de questionnaires utilisés était de 175 questionnaires « médecin » et de 175 questionnaires « patient ».

Un seul patient n'a pas rempli ses données socio-démographiques. Le relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP) n'était pas rempli dans 46% des questionnaires médecin, cette variable était donc exclue des analyses.

Figure 1 : flow-chart des données analysées



II. Statistiques descriptives

Les variables qualitatives sont rédigées sous la forme : effectif (proportion).

Les variables quantitatives sont rédigées sous la forme : moyenne \pm écart type si elles suivent une loi normale, médiane [Q1 ; Q3] sinon.

A. Caractéristiques des médecins généralistes

Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes

		Effectif MG (n= 35)
Caractéristiques socio-démographiques		
Âge (années)		46 [35,5 ; 55]
Genre féminin		17 (48,6%)
Temps d'exercice (années)		13 [6 ; 26,5]
MSU		14 (40,0%)
Participation à des groupes de pairs		9 (25,7%)
Formation en communication		8 (22,9%)
Modalités d'exercice		
Secteur 1 conventionné		35 (100%)
Zone d'exercice	Urbaine	9 (25,7%)
	Semi-rurale	13 (37,1%)
	Rurale	13 (37,1%)
Type d'activité	Libérale	33 (94,3%)
	Salariée	0 (0,0%)
	Mixte (salarié et libéral)	2 (5,7%)
Type de cabinet	Cabinet seul	18 (51,4%)
	Cabinet de groupe ou MSP	17 (48,6%)
Patientèle	< 500	2 (5,7%)
	500 – 1000	6 (17,1%)
	1000 – 1500	12 (34,3%)
	1500 – 2000	11 (31,4%)
	> 2000	4 (11,4%)
Caractéristiques des consultations		
Nombre moyen de motifs de consultation identifiés		2,53 \pm 1,04
Nombre moyen de motifs identifiés quand le patient n'avait qu'un seul motif de consultation (n=48/175)		2,02 \pm 0,91
Type de secrétariat	Aucun	4 (11,4%)
	Présentiel	7 (20,0%)
	Distanciel	23 (65,7%)
	Mixte (présentiel et distanciel)	1 (2,9%)
Recueil préalable du motif de consultation		21 (60,0%)
Type de consultation	Rendez-vous	33 (94,3%)
	Libre	0 (0,0%)
	Mixte (rendez-vous et libre)	2 (5,7%)
Nombre de consultations par jour		32 [25 ; 35]
Nombre d'actes annuels selon le RIAP (n=20/35)		5127 [3120 ; 6505]

Les médecins recueillaient pour la plupart le motif de consultation au préalable (60,0%). Le type de consultation était presque toujours sur rendez-vous (94,3%).

Les médecins avaient en moyenne deux motifs identifiés quand le patient ne rapportait qu'un seul motif de consultation.

B. Caractéristiques des patients

Tableau 2 : caractéristiques des patients

		Effectif patient (n = 175)
Caractéristiques socio-démographiques		
Âge (années)		63 [49 ; 71]
Genre féminin		111 (63,4%)
Ancienneté médecin traitant (années)	< 1	22 (12,6%)
	1 – 5	58 (33,1%)
	5 – 10	30 (17,1%)
	> 10	65 (37,1%)
Profession	Agriculteurs exploitants	2 (1,1%)
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1 (0,6%)
	Cadres et professions intellectuelles	8 (4,6%)
	Employés	31 (17,7%)
	Ouvriers	11 (6,3%)
	Professions intermédiaires	5 (2,9%)
	Retraités	93 (53,1%)
	Autres personnes	2 (1,1%)
	Sans activité professionnelle	22 (12,6%)
Diplôme	Aucun diplôme	16 (9,1%)
	BEP/CAP	50 (28,6%)
	Baccalauréat	27 (15,4%)
	Brevet des collèges	17 (9,7%)
	Certificat d'études	22 (12,6%)
	Doctorat	1 (0,6%)
	Licence générale ou professionnelle	14 (8,0%)
	Master	11 (6,3%)
Exonération	Accident travail / maladie professionnelle	5 (2,9%)
	Affection Longue Durée (ALD)	72 (41,1%)
	Complémentaire Santé Solidaire (C2S)	6 (3,4%)
	Invalidité	6 (3,4%)
	Aucune	86 (49,1%)
Caractéristiques de la consultation		
Nombre moyen de motifs de consultation		2,39 ± 1,21
Nombre de motifs de consultation	1	52 (29,7%)
	2	46 (56%)
	3	43 (24,6%)
	4	24 (13,7%)
	5	10 (5,7%)
Délai depuis dernière consultation (mois)	< 1	37 (21,1%)
	1 – 3	104 (59,4%)
	3 – 6	22 (12,6%)
	> 6	12 (6,9%)
Présence d'un accompagnant		48 (27,4%)
Réalisation d'une liste de motifs avant la consultation		88 (50,3%)
Adressage du patient par un professionnel de santé		19 (10,9%)

L'âge médian de l'échantillon de patient était de 63 ans, avec plus de la moitié de patients retraités (53,1%). Le délai depuis la dernière consultation était en majorité de 1 à 3 mois.

Le nombre moyen de motifs de consultation des patients (2,39) était inférieur à celui identifié par les médecins (2,53), sans que cette différence ne soit statistiquement significative en analyse bivariée.

C. Analyse de la concordance

1. Analyse globale

Tableau 3 : Analyse descriptive de la concordance entre les motifs de consultation du patient et ceux identifiés par le médecin

Concordance	<i>n = 175</i>
Totale	94 (53,7%)
Majeure	65 (37,1%)
Mineure	11 (6,3%)
Nulle	5 (2,9%)

Dans la majorité des cas, la concordance entre les patients et le médecin a été classée comme totale (53,7%) ou majeure (37,1%).

La concordance « haute » (totale et majeure) s'élève à 90,6%.

2. Analyse en sous-groupes de la concordance

a) Concordance selon le nombre de motifs de consultation du patient

Tableau 4 : Analyse descriptive de la concordance MG/patient selon le nombre de motifs de consultation patient

Concordance	1 motif (n=52)	2 motifs (n=46)	3 motifs (n=43)	4 motifs (n=24)	5 motifs (n=10)
Totale	47 (90,4%)	24 (52,2%)	15 (34,9%)	6 (25,0%)	2 (20,0%)
Majeure	5 (9,6%)	20 (43,5%)	23 (53,5%)	12 (50,0%)	5 (50,0%)
Mineure	0 (0,0%)	2 (4,3%)	2 (4,6%)	5 (20,8%)	2 (20,0%)
Nulle	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (7%)	1 (4,2%)	1 (10,0%)

Il était retrouvé une concordance haute à hauteur de 100% chez les patients venant avec un seul motif de consultation.

b) Patients avec 2 motifs de consultation ou plus

Tableau 5 : Analyse descriptive de la concordance MG/patient, en excluant les patients avec un seul motif

Concordance	<i>n= 123</i>
Totale	47 (37,6%)
Majeure	60 (48,7%)
Mineure	11 (8,9%)
Nulle	5 (4,1%)

En analyse secondaire, était observé la concordance en excluant les patients qui ne venaient qu'avec un seul motif de consultation. Cela concernait 52 patients sur les 175.

La concordance haute est de 86,3% en excluant les patients venant avec un seul motif de consultation.

c) Patients avec 3 motifs de consultation ou plus

Tableau 6 : Analyse descriptive de la concordance MG/patient, en excluant les patients avec un ou deux motifs

Concordance	<i>n= 77</i>
Totale	23 (29,9%)
Majeure	40 (51,9%)
Mineure	9 (11,7%)
Nulle	5 (6,5%)

Toujours en analyse secondaire, étaient analysés les patients qui venaient avec plus de deux motifs de consultation.

La concordance est haute à 81,8% si les patients ont plus de deux motifs de consultation.

D. Analyses bivariées

1. Lien avec la satisfaction du patient

Tableau 7 : étude des variables en lien avec la satisfaction patient

Variable croisée avec la satisfaction patient pour le test de χ^2	Valeur p (IC 95%)
Satisfaction médecin	$p = 0.0739$
Nombre de consultation par jour	$p = 0.1525$
Nombre de motifs de consultation	$p = 0.2376$
Ancienneté de la relation médecin-patient >10ans	$p = 0.2726$

Les analyses ont été effectuées avec le test du χ^2 de Pearson. Dans cette étude, la satisfaction du patient n'est associée à aucune variable testée.

2. Nombres de motifs de consultation du patient

Le test de Student ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de motif de consultation patient et le nombre moyen de motifs identifiés par les médecins. ($p = 0,2555$)

Le test Z retrouve un nombre moyen de motif de consultation patient statistiquement différent de l'étude Ecogen ($p = 0,0242$). (1)

3. Lien entre formation du médecin en communication et être MSU

Le test du χ^2 est significatif avec une p -valeur de 0,0018. Le fait d'être MSU est associé au fait d'être formé en communication.

DISCUSSION

I. Principaux résultats

A. Concordance

1. Analyse principale

Le but de cette étude était de rechercher le degré de concordance entre les motifs de consultation du patient en consultation programmée au cabinet et ceux identifiés par leur médecin traitant.

Les résultats suggèrent une concordance haute à 90,6%, comprenant 53,7% de concordance totale et 37,1% de majeure.

2. Analyses secondaires

a) Patients avec 1 seul motif de consultation

Cette analyse en sous-groupe a été réalisée car il était supposé qu'un patient venant avec un seul motif amènerait systématiquement à une concordance haute. L'étude a confirmé cette hypothèse avec une concordance haute dans 100% des cas : totale à 90,4% et majeure à 9,6%. (Tableau 4)

b) Plus d'un motif de consultation : 2, 3, 4 et 5 motifs patients

Lors de l'analyse des patients venant avec plus d'un motif la concordance haute était de 86,3%. (Tableau 5)

Cette analyse suggère qu'une consultation avec plus d'un motif de consultation limite l'identification des motifs par le médecin.

c) Plus de deux motifs de consultation : 3, 4 et 5 motifs patients

Lors de l'analyse des patients venant avec plus de deux motifs la concordance haute passe de 90,6% à 81,8%.

Cette analyse a été réalisée car les médecins se sentent en difficulté à partir de 3 motifs de consultation. (3,4)

L'étude suggère une concordance basse chez près d'un patient sur cinq qui vient avec plus de deux motifs de consultation.

B. Études antérieures

Les résultats montrent une concordance supérieure à celle obtenue dans les études précédentes. Ces études avec des protocoles similaires retrouvent entre 50 et 90% de concordance. Ces études sont anciennes, et aucune n'a été réalisée en France. (26–28)

L'approche centré patient prédominante de nos jours pourrait expliquer que cette étude montre une meilleure concordance que les précédentes. Cette approche pourrait avoir apporté une meilleure identification des besoins et donc des motifs du patient par le médecin.

La formation différente entre les pays est aussi un facteur pouvant modifier la concordance. Il est possible que, de nos jours, les médecins français soient mieux formés à l'identification des motifs.

De nouveaux outils de communication ont fait leur apparition depuis la publication des études sur la concordance. La grille de Calgary publié en 1996 apporte de nouveaux éléments structurant la consultation. Elle met l'accent sur l'identification des motifs de consultation et leur hiérarchisation avec le patient. (33)

L'informatique, qui a connu un essor dans les années 2000, permet aux médecins d'avoir un regard d'ensemble sur le dossier du patient. L'ordinateur peut être bénéfique sur la communication pour vérifier des bilans ou donner des explications aux patients. (34)

C. Nombre de motifs de consultation

Les médecins avaient en moyenne identifié plus de motifs de consultation que ceux déclarés par les patients (2,53 contre 2,39). Quand un patient venait avec un seul motif, le médecin en identifiait en moyenne 2,02.

Il n'y avait cependant pas de différence statistiquement significative, probablement en lien avec la taille de l'échantillon.

Ces résultats suggèrent une probable différence dans la priorisation des motifs, avec une préoccupation plus marquée chez les médecins pour le suivi des maladies chroniques à long terme. (35)

Il y a une différence statistiquement significative entre le nombre de motifs moyen de cette étude, et le nombre moyen dans Ecogen (2,6).(1) Ecogen s'intéressait à des consultations programmées et non-programmées, la population était donc différente de cette étude.

Ces données pourraient aussi indiquer que les patients de l'agglomération de Dunkerque viennent avec moins de motifs de consultation que la population française.

Cette différence pourrait aussi être une fluctuation d'échantillonnage.

D. La satisfaction du patient

La satisfaction du patient n'était associée à aucune variable testée. D'autres études ne retrouvent aucun lien entre la satisfaction du patient et l'identification des motifs de consultation. (7,27)

Un échantillon plus important pourrait retrouver un lien entre ces deux variables.

E. La formation en communication

Les MSU étaient statistiquement plus formés à la communication que les non-MSU.

Ils pourraient avoir coché « oui » à l'item « formation concernant la communication avec les patients » par biais de désirabilité sociale, plus marqué chez les MSU.

« Relation, Communication, Approche centrée patient » est le pilier central de la marguerite des compétences du D.E.S de médecine générale. (36) Il est possible que les MSU, pour transmettre leurs connaissances aux internes, soient mieux formés à la communication que les non-MSU. Les MSU sont en effet statistiquement plus formés que les non-MSU. (37)

II. Validité externe de l'étude

A. Représentativité des populations

1. Médecins

a) Selon l'âge

Dans cette étude, l'âge moyen des médecins recrutés est de 45,7 ans.

L'âge moyen des MG dans cette étude (45,7 ans) est proche de l'âge moyen des MG en France d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (50 ans en 2022). (38)

b) Selon le genre

Dans cette étude, 48,8% des médecins sont des femmes.

Au 1^{er} janvier 2022 en France, les MG en activité régulière sont à 52,2% des femmes. (38)

La proportion de femmes médecins dans cette étude est proche de celle des MG de France.

2. Patients

Aucune donnée sociodémographique n'a été trouvée concernant les patients de plus de 18 ans consultant de façon programmée en médecine générale. Aucune conclusion n'est possible sur la représentativité de l'échantillon de patient sur cette caractéristique.

Le nombre moyen de motifs de consultation patient était de 2,39 ($\pm 1,21$). Cette donnée est similaire à l'étude Ecogen française qui retrouve un nombre moyen de 2,6 motifs par consultation (1). L'étude de Boland retrouve quant à elle 1,85 motif de consultation. (27)

B. Choix des outils de mesure

Les questionnaires utilisaient les mêmes variables que dans l'étude française Ecogen (1). Les motifs de consultation étaient en texte libre afin de limiter la perte de données.

Les motifs de consultation ont été codés avec la CISP-2, classification reconnue internationalement. Cette classification a aussi été utilisée dans d'autres études similaires (1,26,28).

L'analyse de la concordance a été réalisée en 4 niveaux (totale, majeure, mineure, nulle). Le choix de ces niveaux était inspiré d'une autre étude mesurant la concordance médecin/patient (27).

III. Discussion de la méthode (validité interne)

A. Gestion des Biais

1. Biais de sélection

Plusieurs mesures ont été prises lors de la rédaction du protocole pour limiter les biais de sélection.

Il était demandé aux médecins de recruter consécutivement les cinq premiers patients remplissant les critères d'inclusion et de non-inclusion, cela de façon consécutive. Dans une optique de maintien de l'anonymat des patients, la date et l'heure de remplissage des questionnaires n'ont pas été mentionnées. Il n'y avait donc aucun moyen de savoir si ce recrutement consécutif était respecté ou non. Néanmoins, le délai d'obtention des données était parfois long, ce qui pourrait indiquer un non-respect de la consécutive des inclusions.

Une sélection des patients par les MG a pu être réalisée, afin d'obtenir des résultats plus concordants par biais de désirabilité sociale.

Les médecins ayant accepté de participer sont probablement des médecins intéressés par le sujet des motifs de consultation. Ils sont donc peut-être plus compétents pour l'identification des motifs, pouvant aboutir à une surestimation de la concordance.

Dans cette étude, les patients dans l'incapacité à remplir le questionnaire seul et ceux bénéficiant d'une mesure de protection juridique ont été exclus. Cette sélection était à l'origine d'un biais, connu, mais éthiquement accepté.

Ces critères de non-inclusions ont pu avoir induit un biais car ils étaient non protocolisés : le choix de l'inclusion était laissé au libre-arbitre du médecin.

La zone géographique du recrutement de cette étude se limitait à la Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), la Communauté de Communes des Hauts de Flandre (CCHF) et la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI). Cette limitation pouvait être à l'origine d'un biais de sélection et diminuer la représentativité de la population de l'étude par rapport à la population-cible. Cette limitation était décidée au protocole pour des raisons de faisabilité.

Un tirage au sort a été réalisé pour connaître l'ordre des MG à recruter. La liste des MG a été obtenue via l'annuaire santé publique Ameli. Le recrutement des MG était réalisé de façon consécutive suivant leur rang sur cette liste après le tirage au sort. Ce protocole a fortement limité la sélection des MG.

Les méthodes de recrutement des patients et des MG étaient standardisées, de même que les procédures de relance des MG. (Annexe 3)

2. Biais de mesure

Lors du recrutement et de la réalisation du questionnaire, il était mentionné aux MG de remplir un motif de consultation et non un diagnostic. Lors du recueil de données, certains avaient tout de même indiqué un diagnostic. Ce diagnostic a été codé en motif de consultation avec la CISP-2. La méthode standardisée de codage a permis de discuter en cas de codage discordant. (Annexe 7 et 10)

La demande de motifs auprès des patients supposait que le patient comprenne ce qu'était un motif de consultation. Lors de la rédaction du protocole, le questionnaire a été testé sur des personnes non-médecins afin d'être le plus clair possible lors de l'étude. Les qualités méthodologiques de cet outil n'ont pas été évaluées, se basant sur des outils utilisés dans d'autres études au préalable.

Il est aussi possible que des patients participants n'aient pas voulu mettre sur un questionnaire des motifs de consultation trop personnels. Pour limiter ce biais, le questionnaire était anonymisé et les patients scellaient le questionnaire.

Les MG connaissaient le protocole et ont pu changer leurs pratiques. Cet effet Hawthorne a pu entraîner un biais majorant la concordance, les médecins faisant mieux expliciter les motifs de consultation et leur hiérarchisation.

Pour limiter le risque d'influence, les MG et patients remplissaient le questionnaire indépendamment. Les patients remplissaient le questionnaire après la consultation, seuls, en dehors du cabinet de consultation et mettaient le questionnaire dans une enveloppe ou urne scellée. Le patient était prévenu que le médecin n'aurait pas accès aux réponses des questionnaires de sa patientèle.

Le recueil des motifs de consultation était réalisé après la consultation. Ce choix a pu induire un biais de classement car les patients ont pu indiquer ce qui a été discuté pendant la consultation, abordé par le MG ou eux-mêmes. Les autres études avaient le même mode de recueil de données, après la consultation. Les patients ne modifiaient ainsi pas leur agenda et réalisaient une consultation habituelle, sans cadre expérimental. Les motifs de consultation ne sont pas figés dans le temps et peuvent émerger lors d'une consultation. Ce protocole a permis de recueillir ces motifs non prévus à l'avance.

Pour diminuer le biais de mémorisation, le questionnaire patient et MG était à remplir dès la consultation terminée. Il semble vraisemblable que certains MG aient rempli les questionnaires à la fin de leur journée de travail, provoquant des altérations de données.

Afin de limiter le risque de données manquantes, le questionnaire réalisé était court et prenait moins de 5 minutes à remplir, autant pour les MG que pour les patients.

3. Biais d'interprétation

Afin de diminuer le biais d'interprétation par les investigateurs, plusieurs solutions ont été mises en place.

Le recodage des motifs de consultation a été effectué par l'intermédiaire d'une classification validée internationalement, nommée *International Classification of Primary Care 2^d édition*, validée par la Wonca International Classification Committee. La CISP-2 a permis un codage précis des données, grâce au nombre important de codes « Symptômes et plaintes ».

Ce recodage entraînant une perte de données, la concordance a peut-être été surestimée de façon mécanique. Cependant, les chercheurs étaient médecins et le sens clinique leur a probablement permis de mieux recoder les motifs de consultation.

L'analyse de la concordance a été réalisée en 4 niveaux (totale, majeure, mineure, nulle). Pour limiter les biais, la classification de ces niveaux a été modifiée par rapport aux anciennes études car trop imprécise pour permettre de classer correctement tous les cas de figure.

Afin de ne pas être influencé dans le codage, les chercheurs ont choisi de coder les motifs patients séparément des motifs MG, à 3 semaines d'intervalle. Les chercheurs codaient les données en aveugle l'un de l'autre. Les procédures de saisie des données sont disponibles en annexe 7, 8 et 10.

B. Forces et limites de l'étude

1. Faiblesses de l'étude

a) Nombre de sujets inclus

Le nombre de médecins et, par conséquent, le nombre de patients inclus, sont plus faibles que prévus initialement. Il existe plusieurs hypothèses pour ce manque de participation.

Les secrétariats répondaient pour la plupart du temps aux appels. Il était demandé à joindre directement le MG, mais le contact était difficile, forçant les chercheurs à laisser un message. Il y a eu peu de rappels suite à ces messages.

Un MG sur deux a plus de 55 ans dans la région (39). Il est possible qu'un travail de thèse puisse paraître désuet pour ceux-ci. La population de l'échantillon de MG était jeune, et possiblement plus intéressée par la formation et la recherche. Il y avait 40% de MSU dans l'échantillon, témoignant d'un probable intérêt pour le travail universitaire.

La charge de travail très importante par médecin, compte tenu de la pénurie médicale sur le secteur, a pu entraîner une diminution de la participation des MG par manque de temps.

Les 270 médecins à recruter représentaient une population peu nombreuse, et les objectifs de l'étude étaient élevés. Dans cette étude, le taux de réponse positive de MG était de 15%.

b) Questionnaire

Après réception des données, il a été envisagé que les questionnaires distribués aux MG et patients n'étaient pas assez précis sur certains points.

Pour les motifs de consultation, malgré explication et répétition, certains MG ont mis les diagnostics et certains patients leurs antécédents.

Concernant le dernier diplôme obtenu, plusieurs patients ont indiqué BTS ou DUT à côté de « autre ». Ces diplômes auraient pu être ajoutés.

Un item sur la présence d'un assistant médical pourrait être ajouté. Deux médecins au minimum en avaient un, faussant probablement certaines données. Le motif a pu être recueilli à deux reprises, par l'assistant médical puis par le MG, pouvant augmenter la probabilité d'une concordance. Le médecin avait peut-être plus de temps à consacrer au patient et pouvait augmenter la probabilité concordance. Cette méthodologie de travail concerne cependant un effectif limité.

2. Forces de l'étude

a) Question de recherche

Il s'agit d'une étude traitant de données de médecine générale non étudiées récemment.

Pour rappel, peu d'études se sont intéressées à ce sujet. Aucune étude française recherchant la concordance des motifs de consultation n'a été retrouvée. Les études sont anciennes et la démographie médicale a évolué.

b) Choix du type de consultation

L'étude s'intéresse aux consultations programmées. Ce terme n'a pas de définition et est propre à chaque médecin. Était considéré comme une consultation programmée une consultation prévue, sans critère d'urgence.

Par opposition, étaient exclues les consultations non-programmées où une concordance totale est attendue dans la majorité des consultations.

Les consultations programmées sont plus complexes et permettent d'explorer plus de motifs de consultation, qu'ils soient cachés ou non.

c) Méthodologie et protocole

Un tirage au sort a été réalisé avec un recrutement consécutif. La totalité des 270 médecins de la liste ont finalement été contactés.

L'étude a été réalisée selon un protocole standardisé et validé par un des membres du comité d'éthique du CNGE.

Chaque questionnaire a été analysé et codé en aveugle avec troisième un investigateur indépendant en aveugle des deux premiers.

IV. Conflits d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec cette question de recherche. Aucun financement n'a été obtenu pour la réalisation de cette étude.

V. Perspectives

Les résultats de l'étude sont encourageants, suggérant que les médecins arrivent à identifier les besoins de leurs patients. Dans une perspective de concordance totale systématique, les médecins pourraient bénéficier de formation en communication.

Les contraintes écologiques et économiques ont participé au choix d'une zone géographique restreinte, parfaitement assumé par l'auteur. Il pourrait être pertinent dans le cadre de futurs travaux de recherche de réaliser une ou plusieurs études similaires sur des zones différentes.

Un travail d'analyse des données de plusieurs travaux similaires pourrait être réalisé, afin d'obtenir une représentativité du Nord-Pas-de-Calais, des Hauts-de-France, voire de plusieurs régions.

CONCLUSION

L'identification des motifs de consultations est au cœur du métier de médecin généraliste. Elle est indispensable pour assurer des soins de qualité.

Cette compétence est complexe à acquérir et requiert du médecin des capacités d'écoute et de communication.

Les résultats de cette étude suggèrent que les médecins arrivent à identifier les motifs de consultation de leurs patients en consultation programmée, avec une concordance haute à 90,6%.

Ces données sont encourageantes, mais d'autres études à plus grande échelle seraient intéressantes pour confirmer ces résultats. On pourrait aussi s'intéresser aux différences de priorité de suivi entre le médecin et le patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. 2014;25(114):10.
2. Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale: étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2018.
3. Delmas S. Les Consultations à motifs multiples en médecine générale dans la circonscription de Bayonne : description, modalités de prise en charge, formation initiale et continue dans le domaine [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux-II; 2005.
4. Dussau L. Les consultations de médecine générale dans le Bas-Rhin (67): problématique des consultations à motifs multiples. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2010.
5. Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. J Fam Pract. avr 1983;16(4):749-54.
6. Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den. The Unexpected in Primary Care: A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda. Ann Fam Med. 1 nov 2004;2(6):534-40.
7. Murden R, Kreger C. Identified physician-patient agenda discordance is not related to patient or physician visit satisfaction. J Gen Intern Med. 1997;
8. Barsky AJ. Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors. Ann Intern Med. 1 avr 1981;94(4_Part_1):492-8.
9. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J Public Health. févr 1981;71(2):127-31.
10. White J, Levinson W, Roter D. Oh, by the way J Gen Intern Med. 1 janv 1994;9(1):24-8.
11. Robinson JD, Heritage J. How patients understand physicians' solicitations of additional concerns: implications for up-front agenda setting in primary care. Health Commun. 2016;31(4):434-44.
12. Rost K, Frankel R. The Introduction of the Older Patient's Problems in the Medical Visit. J Aging Health. 1 août 1993;5(3):387-401.

13. Levinson W. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA*. 23 août 2000;284(8):1021.
14. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to Patients' Explanations and Concerns About Their Illnesses: A Call for Active Listening. *Arch Fam Med*. 3 janv 2000;9(3):222.
15. Street RL, Haidet P. How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients' Health Beliefs. *J Gen Intern Med*. 1 janv 2011;26(1):21-7.
16. Kravitz RL. Measuring Patients' Expectations and Requests. *Ann Intern Med*. 1 mai 2001;134(9_Part_2):881-8.
17. Baker LH, O'Connell D, Platt FW. "What Else?" Setting the Agenda for the Clinical Interview. *Ann Intern Med*. nov 2005;143(10):766-70.
18. Heritage J, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M. Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. *J Gen Intern Med*. 1 oct 2007;22(10):1429-33.
19. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? *JAMA*. 20 janv 1999;281(3):283.
20. Dyché L, Swiderski D. The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns. *J Gen Intern Med*. mars 2005;20(3):267-70.
21. Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL. Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial. *BMJ*. 25 mai 2006;332(7552):1238-42.
22. Brock DM, Mauksch LB, Witteborn S, Hummel J, Nagasawa P, Robins LS. Effectiveness of Intensive Physician Training in Upfront Agenda Setting. *J Gen Intern Med*. nov 2011;26(11):1317-23.
23. Wittink MN, Walsh P, Yilmaz S, Mendoza M, Street RL, Chapman BP, et al. Patient priorities and the doorknob phenomenon in primary care: Can technology improve disclosure of patient stressors? *Patient Educ Couns*. févr 2018;101(2):214-20.
24. Beckman HB, Frankel RM. The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Ann Intern Med*. 1 nov 1984;101(5):692-6.
25. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA, et al. The Effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing. *Ann Intern Med*. 15 janv 1998;128(2):118-26.
26. Freidin RB. Patient-Physician Concordance in Problem Identification in the Primary Care Setting. *Ann Intern Med*. 1 sept 1980;93(3):490.
27. Boland BJ, Scheitel SM, Wollan PC, Silverstein MD. Patient-Physician Agreement on Reasons for Ambulatory General Medical Examinations. *Mayo Clin Proc*. 1 févr 1998;73(2):109-17.

28. BRITT H, HARRIS M, DRIVER B, BRIDGES-WEBB C, O'TOOLE B, NEARY S. Reasons for Encounter and Diagnosed Health Problems: Convergence Between Doctors and Patients. *Fam Pract.* 1 juin 1992;9(2):191-4.
29. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
30. Braddock III CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed Decision Making in Outpatient Practice: Time to Get Back to Basics. *JAMA.* 22 déc 1999;282(24):2313.
31. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010 [Thèse d'exercice]. Université de Versailles Saint Quentin en Yveline; 2012.
32. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
33. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996;30(2):83-9.
34. Shaarani I, Taleb R, Antoun J. Effect of computer use on physician-patient communication using a validated instrument: Patient perspective. *Int J Med Inf.* 1 déc 2017;108:152-7.
35. Tomsik PE, Witt AM, Raddock ML, DeGolia P, Werner JJ, Zyzanski SJ, et al. How well do physician and patient visit priorities align? *J Fam Pract.* août 2014;63(8):E8-13.
36. CNGE. Présentation du D.E.S de médecine générale [Internet]. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
37. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Santé Publique.* 2015;27(1):59-67.
38. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2022 janv p. 141.
39. ARS - Haut de France. Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France - Territoires de proximité [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/3871/download?inline>

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de l'étude

Protocole thèse Identification des motifs de consultation en médecine générale

TITRE : Quel est le degré de concordance entre les motifs de consultation listés par le patient consultant pour un suivi programmé au cabinet et ceux identifiés par leur médecin traitant ? Quels sont les facteurs influençant cette concordance ?

Investigateurs : Alexis Loyez & Loïc Dumont

Directeur : Dr. Axel Descamps

TABLE DES MATIÈRES

Introduction et rationnel	34
Objectifs	34
Matériels et méthodes	34
1. Type d'étude	34
2. Population étudiée et critère d'inclusion	35
Médecins généralistes	35
Patients	35
3. Recrutements	35
Des médecins	35
Des patients	36
4. Questionnaire	36
Médecin	36
Patient	36
5. Taille de l'étude	37
6. Gestion des données	37
Recueil des données	37
Saisie des données	38
Archivage des données	39
7. Analyse statistique	39
8. Aspects réglementaires et éthiques	40
Déclaration réglementaire	40
Information et consentement	40
9. Durée de l'étude et échéancier	40
Annexes	44
Annexe 1 : organigramme de l'étude	44
Annexe 2 : procédure recrutement médecin	44
Annexe 3 : questionnaire médecin n°1 à remplir lors du recrutement	45
Annexe 4 : questionnaire médecin n°2 à remplir après la consultation	47
Annexe 5 : questionnaire patient à remplir après la consultation	47
Annexe 6 : procédure codage données brutes	50
Annexe 7 : codage CISP-2 de motifs de consultation habituels	50
Annexe 8 : Evaluation de la concordance	51
Annexe 9 : procédure concordance patient / médecin	51
Annexe 10 : exemples de concordance	53
Bibliographie	55

1. Introduction et rationnel

Un patient vient en consultation avec une pluralité de motifs : en moyenne 2,6 par consultation (1). Lors d'un renouvellement, par contrainte professionnelle ou par souci d'économie, le patient va chercher à ce que la consultation soit la plus productive possible (2). Cependant, le médecin généraliste se sent en difficulté à partir de 3 demandes par consultation (3,4).

Bien que le temps de consultation et la proposition d'une consultation ultérieure soient bien acceptés (2), il incombe au médecin traitant d'identifier et hiérarchiser les motifs les plus importants à traiter (5,6). Si l'identification des motifs de consultation n'est pas liée à la satisfaction de la visite (7), elle reste importante dans une démarche de suivi et de qualité des soins (8–10).

Des méthodes existent pour identifier tous les motifs de consultation (11–19). Les patients ne comprennent pas forcément ce qui est demandé lors du listing des motifs de consultation ou n'arrivent pas à discuter de leur motif de consultation (20–23). Les croyances des patients sont mal comprises par leur médecin (24) et les patients ont leur propre représentation de la maladie (23,25). Les inquiétudes et donc la hiérarchisation des motifs de consultation peuvent en être altérés.

La concordance entre le médecin et le patient sur le motif de consultation principal du patient varie de 50 à 90% sur des études des années 1980/90 dans des centres de soins premiers (26–28).

Les études sont donc anciennes et ont été faites dans un paradigme paternaliste (29,30). Cette relation médecin-malade a évolué vers une médecine centrée patient, les motifs de consultation ont aussi évolué (31).

2. Objectifs

Un des objectifs de ce travail était de rechercher le degré de concordance entre les motifs de consultation du patient consultant pour un suivi programmé au cabinet et ceux identifiés par leur médecin traitant

L'autre objectif était de rechercher quels étaient les facteurs impliqués dans cette concordance.

3. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale ambulatoire étudiant les facteurs influençant la concordance entre le motif principal de consultation du patient et celui identifié par le médecin.

2. Population étudiée et critère d'inclusion

A. Médecins généralistes

Une liste de médecins généralistes sera obtenue après tirage au sort à partir d'une base de données recensant l'ensemble des médecins généralistes de l'arrondissement de Dunkerque. Celui-ci regroupe la Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), la Communauté de Communes des Hauts de Flandre (CCHF) et la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI). Cette liste de médecins généralistes sera obtenue grâce à l'annuaire de santé Améli.

Leurs critères d'inclusion seront :

- Être médecin généraliste installé en exercice dans les Hauts-de-France durant la durée prévisionnelle de l'étude
- Être déclaré comme « médecin traitant » du patient à inclure

Leurs critères de non inclusion seront :

- Avoir un exercice exclusivement hospitalier.
- Consultation médicale réalisée par un étudiant en médecine ou remplaçant.
- Avoir un mode d'exercice particulier exclusif (ostéopathie, médecine esthétique, médecine du sommeil, angiologie, médecine énergétique, acupuncture, médecine du sport, homéopathie, ...).

B. Patients

Leurs critères d'inclusion seront :

- Être âgé de plus de 18 ans.
- Être le patient d'un médecin généraliste recruté pour l'étude et l'avoir déclaré comme « médecin traitant ».
- Patient consultant son médecin traitant.

Leurs critères de non inclusion seront :

- L'incapacité à remplir le questionnaire seul ; celle-ci a été laissée au libre arbitre du médecin du patient (*exemple : troubles cognitifs ou émotionnels sévères, handicap physique ou mental sévère*).
- Patient bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

3. Recrutements

A. Des médecins

Les investigateurs recruteront les médecins généralistes par appel téléphonique en leur présentant l'étude. Ce recrutement sera effectué de façon consécutive. S'ils acceptent, une rencontre de mise en place présentielle sera organisée avec un des investigateurs.

Lors de la rencontre présentielle, le médecin acceptant de participer à l'étude signera un formulaire de consentement et recevra une urne et les questionnaires patients à distribuer.

En l'absence d'obtention d'un contact téléphonique après 3 essais espacés d'au moins 3 jours ouvrés, le médecin sera considéré comme non inclus. (Annexe 2)

B. Des patients

Les patients seront recrutés par les médecins au décours d'une consultation de médecine générale ambulatoire, de façon consécutive. Le patient complétera ensuite le questionnaire seul au cabinet. Il déposera enfin le questionnaire dans une urne scellée présente sur place. Le médecin n'aura pas accès aux résultats du questionnaire du patient.

Chaque médecin recrutera consécutivement les cinq premiers patients éligibles de la journée jusqu'à recrutement total de cinq patients, pour diminuer le risque de biais de sélection. La participation à l'étude leur sera proposée en fin de consultation, et leur consentement oral sera recueilli.

Le médecin consignera le nombre total de patients à qui la participation à l'étude a été proposée, afin d'évaluer le taux de refus.

4. Questionnaire

A. Médecin

Les questionnaires médecin et patient seront en version papier et sont disponibles en Annexe 3, 4 et 5.

Chaque questionnaire bénéficiera d'une pseudonymisation avec une référence unique permettant d'apparier le questionnaire patient au questionnaire médecin mais ne permettant pas d'identifier le patient et le médecin. Sur ce questionnaire, il sera fait mention de cet anonymat. Le médecin remplira le questionnaire indépendamment de celui du patient.

Les variables concernant le médecin seront les suivantes :

- lieu et mode d'exercice (1)
- maître de stage universitaire ou non (1)
- nombres d'actes quotidiens (relevé individuel d'activité de de prescriptions) (1)
- activité en secteur 1 ou 2 (1)
- présence d'un secrétariat (1)
- recueil du motif de consultation au préalable (1)
- consultations libres ou sur rendez-vous (1)
- nombre total de patient dans la patientèle (1)
- réception de visiteurs médicaux ou délégué d'assurance maladie (1)
- degré de formation (1)
- durée d'exercice (1).

B. Patient

Le questionnaire sera donné au patient par le médecin à la fin de la consultation médicale. Le patient sera invité à remplir le questionnaire en dehors du bureau

médical (en salle d'attente) et le déposera ensuite dans une urne scellée présente au cabinet. Il sera demandé au patient de citer jusqu'à cinq motifs de consultation et de les classer par ordre d'importance.

Les variables concernant le patient seront les suivantes :

- âge (1)
- genre (1)
- catégorie socio-professionnelle (1)
- ancienneté de la relation patient-médecin (1)
- présence de pathologie chronique (1)
- présence et nature d'un tiers (1)
- adressage par un autre professionnel de santé (1)
- niveau d'étude (1)
- langue parlée (1)
- délai depuis la dernière consultation (1)
- statut d'exonération (1)

5. Taille de l'étude

La population cible des plus de 15 ans vivant dans l'arrondissement de Dunkerque au 1er janvier 2019 était de 304 133 personnes, selon l'Insee.

Le nombre de sujets à inclure, calculé à partir de la taille de la population cible, représenté par les patients de plus de 15 ans, avec un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur à 5%, sera de 384 patients. En prévention des données manquantes, il est décidé de recruter 400 patients.

Dans la zone géographique de l'étude, pour un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur à 10%, le nombre de médecins à recruter sera de 72. En prévention des données manquantes, il est décidé de recruter 80 médecins.

6. Gestion des données

A. Recueil des données

Les données sources seront recueillies sur des questionnaires papier transmis aux patients par les médecins. Les questionnaires seront déposés dans des urnes situées dans la structure du médecin. Les questionnaires des urnes seront recueillis par les investigateurs de l'étude, et seront rassemblés au domicile de l'un des deux chercheurs.

La pseudonymisation du centre et du nom du médecin sera effectuée par les investigateurs (le fichier de pseudonymisation sera stocké dans une zone chiffrée du disque dur de l'ordinateur des investigateurs). Les questionnaires sont pseudonymisés et appareillés entre le patient et le médecin. Chaque médecin recruté se verra attribuer un numéro de centre (exemple centre 1) et chaque patient recruté par centre se verra attribuer une lettre selon son rang de recrutement.

Premier exemple : le premier médecin recruté aura la référence centre "01", le premier patient du centre 01 aura la référence "01-A", puis le second patient recruté

du centre 01 aura la référence "01-B".

Deuxième exemple, le cinquième patient recruté par le 6ème médecin recruté aura la référence "06-E". Les questionnaires seront ensuite agrafés ensemble. La correspondance entre le nom du médecin et le numéro de centre attribué sera confidentiel et ne sera connu que par les investigateurs afin de pouvoir appareiller les questionnaires des patients au médecin correspondant.

Pour ne pas influencer les patients, le questionnaire ainsi que les informations relatives à cette étude seront communiqués en fin de consultation, par le médecin.

B. Saisie des données

Chaque motif de consultation du patient et du médecin sera recueilli par une question ouverte et sera recodé selon une classification internationale validée, nommée *International Classification of Primary Care 2e édition* validée par la *Wonca International Classification Committee*.

Le recodage des motifs de consultation cités par le patient sera réalisé par deux chercheurs indépendants et aveugle l'un de l'autre.

Le recodage des motifs de consultation identifiés par le médecin sera réalisé par deux chercheurs indépendants et aveugle l'un de l'autre, plusieurs semaines après le recodage des motifs de consultation cités par le patient afin de maintenir l'aveugle entre les deux questionnaires.

En cas de codage différent entre les deux investigateurs pour un même motif (cité par le patient ou identifié par le médecin), les deux investigateurs décideront ensemble d'un recodage consensuel. En cas d'absence de consensus, un troisième investigateur indépendant tranchera (annexe 6).

Afin de favoriser le consensus sur certains motifs de consultation habituels, les chercheurs se seront mis d'accord pour coder certains motifs de consultation de la même manière (annexe 7).

Une analyse descriptive des concordances entre les motifs des médecins et ceux des patients sera faite. L'analyse consistera à identifier les codages des motifs médecins réalisés et de comparer aux codages des motifs patients afin d'observer s'ils seront concordants. Cette analyse sera réalisée par deux chercheurs indépendants en aveugle l'un de l'autre. En cas de non-consensus, les deux chercheurs se rencontreront et discuteront afin d'obtenir un consensus sur la concordance. En cas d'échec, un troisième chercheur tranchera.

La concordance sera considérée comme :

- **Totale** : si les deux critères suivants sont réunis
 - le médecin listait en premier le premier motif de consultation du patient
 - ET
 - le médecin listait tous les motifs de consultation du patient.

- **Majeure** : si l'un des deux critères est réuni

- le médecin listait le premier motif de consultation du patient mais pas en première position
OU
- le médecin listait en premier motif le premier motif du patient mais ne listait pas les autres motifs.

- **Mineure**
 - le médecin ne listait pas le premier motif de consultation du patient
MAIS
 - le médecin listait, en premier, un motif de consultation du patient autre que le premier motif du patient.

- **Nulle**
 - le médecin ne mentionnait aucun des motifs de consultation cités par le patient.

Un tableau récapitulatif des concordances est présenté en Annexe 8

En cas de discordance (concordance majeure, mineure ou nulle), les opérateurs vérifieront s'il s'agissait d'une réelle discordance ou si la différence de codages de la CISP pouvait décrire le même motif. En cas d'absence de consensus, un troisième opérateur indépendant tranchera (annexe 9).

Des exemples de concordance sont visibles en annexe 10.

C. Archivage des données

Toutes les données (données sources, fichiers de pseudonymisation, fichiers informatiques) seront conservées cinq ans et archivées dans les ordinateurs personnels des investigateurs dans des disques dur cryptés.

7. Analyse statistique

Les analyses seront prises en charge par le Docteur Descamps Axel, directeur de thèse et ont été effectuées avec le logiciel Jamovi®.

La concordance entre les médecins sera évaluée grâce à une analyse descriptive. Le nombre de médecins dans chaque classe (concordance totale, majeure, mineure, nulle) à été calculé et exprimé en pourcentage.

Les variables qualitatives seront exprimées en pourcentage.

La concordance sera considérée comme haute si totale ou majeure. Elle sera considérée comme basse si mineure ou nulle.

La hiérarchisation sera évaluée en analyse descriptive avec un calcul de médiane et l'intervalle interquartile.

Concernant la recherche de facteurs influençant la concordance, l'analyse statistique effectuée sera un modèle de régression logistique permettant l'obtention de résultats

sous forme d'Odds Ratio avec un intervalle de confiance à 95% soit une marge d'erreur acceptée à 5%.

Les comparaisons seront réalisées avec un test du chi-2 pour les variables qualitatives, avec un test de Student ou un test de Wilcoxon (en l'absence de distribution normale) pour les variables quantitatives.

Régression logistique

8. Aspects réglementaires et éthiques

A. Déclaration réglementaire

L'étude sera déclarée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) par le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille, le 01/11/2022. S

Un avis favorable a été obtenu auprès de Nassir Mesaadi, membre du Comité d'Éthique d'Exercer, le 13/12/2022.

B. Information et consentement

Les médecins sont informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités par des entretiens présentsiels.

Les patients seront informés oralement de l'objectif de l'étude et de ses modalités par leur médecin traitant lors du recrutement en fin de consultation, puis dans une lettre d'information placée en première page du questionnaire patient.

Il a été décidé avec le DPO que les patients ne signeraient pas de consentement afin de préserver leur anonymat. Le consentement était acquis dans la mesure où le patient acceptait de remplir le questionnaire.

Toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

9. Durée de l'étude et échéancier

Le montage du projet a eu lieu du 3 mai 2021 au 01/11/2022, date de la soumission du protocole au comité d'éthique.

La révision du protocole a eu lieu jusqu'au 01/11/2022.

Les inclusions des médecins s'effectueront du 01/12/2022 au 14/04/2023.

Le recrutement des patients par les médecins s'effectuera en partie en parallèle à celui des médecins, du 01/12/2022 au 14/04/2023.

La saisie informatique des données se fera du 15/12/2022 au 16/04/2023 (il sera possible de saisir les données au fur et à mesure puisque les questionnaires seront

recueillis régulièrement pendant la période d'inclusion).

Le data management sera effectué du 15/12/2023 au 30/04/2023.

L'analyse des données se fera du 17/04/2023 au 30/04/2023. La valorisation scientifique sera effectuée jusqu'en juin 2024.

Bibliographie

1. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. 2014;25(114):10.
2. Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale: étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2018.
3. Delmas S. Les Consultations à motifs multiples en médecine générale dans la circonscription de Bayonne : description, modalités de prise en charge, formation initiale et continue dans le domaine [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux-II; 2005.
4. Dussau L. Les consultations de médecine générale dans le Bas-Rhin (67): problématique des consultations à motifs multiples. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2010.
5. Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. J Fam Pract. avr 1983;16(4):749-54.
6. Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den. The Unexpected in Primary Care: A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda. Ann Fam Med. 1 nov 2004;2(6):534-40.
7. Murden R, Kreger C. Identified physician-patient agenda discordance is not related to patient or physician visit satisfaction. J Gen Intern Med. 1997;
8. Barsky AJ. Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors. Ann Intern Med. 1 avr 1981;94(4_Part_1):492-8.
9. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J Public Health. févr 1981;71(2):127-31.
10. White J, Levinson W, Roter D. Oh, by the way J Gen Intern Med. 1 janv 1994;9(1):24-8.
11. Baker LH, O'Connell D, Platt FW. "What Else?" Setting the Agenda for the Clinical Interview. Ann Intern Med. nov 2005;143(10):766-70.
12. Heritage J, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M. Reducing

Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. *J Gen Intern Med.* 1 oct 2007;22(10):1429-33.

13. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? *JAMA.* 20 janv 1999;281(3):283.

14. Dyche L, Swiderski D. The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns. *J Gen Intern Med.* mars 2005;20(3):267-70.

15. Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL. Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial. *BMJ.* 25 mai 2006;332(7552):1238-42.

16. Brock DM, Mauksch LB, Witteborn S, Hummel J, Nagasawa P, Robins LS. Effectiveness of Intensive Physician Training in Upfront Agenda Setting. *J Gen Intern Med.* nov 2011;26(11):1317-23.

17. Wittink MN, Walsh P, Yilmaz S, Mendoza M, Street RL, Chapman BP, et al. Patient priorities and the doorknob phenomenon in primary care: Can technology improve disclosure of patient stressors? *Patient Educ Couns.* févr 2018;101(2):214-20.

18. Beckman HB, Frankel RM. The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Ann Intern Med.* 1 nov 1984;101(5):692-6.

19. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA, et al. The Effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing. *Ann Intern Med.* 15 janv 1998;128(2):118-26.

20. Robinson JD, Heritage J. How patients understand physicians' solicitations of additional concerns: implications for up-front agenda setting in primary care. *Health Commun.* 2016;31(4):434-44.

21. Rost K, Frankel R. The Introduction of the Older Patient's Problems in the Medical Visit. *J Aging Health.* 1 août 1993;5(3):387-401.

22. Levinson W. A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA.* 23 août 2000;284(8):1021.

23. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to Patients' Explanations and Concerns About Their Illnesses: A Call for Active Listening. *Arch Fam Med.* 3 janv 2000;9(3):222.

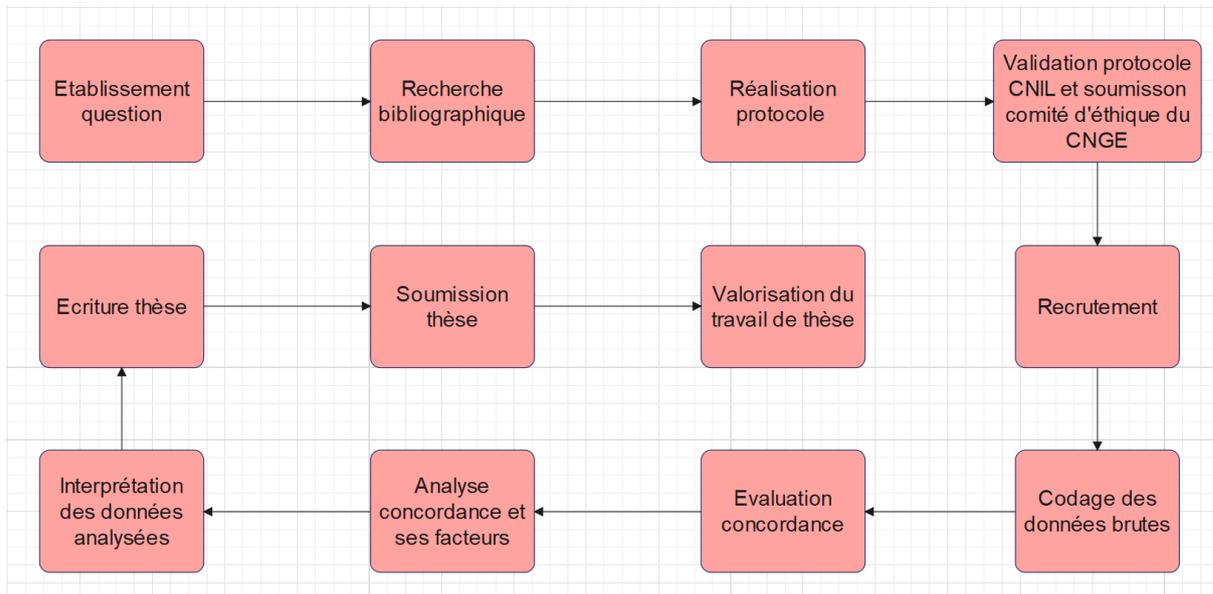
24. Street RL, Haidet P. How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients' Health Beliefs. *J Gen Intern Med.* 1 janv 2011;26(1):21-7.

25. Kravitz RL. Measuring Patients' Expectations and Requests. *Ann Intern Med.* 1 mai 2001;134(9_Part_2):881-8.

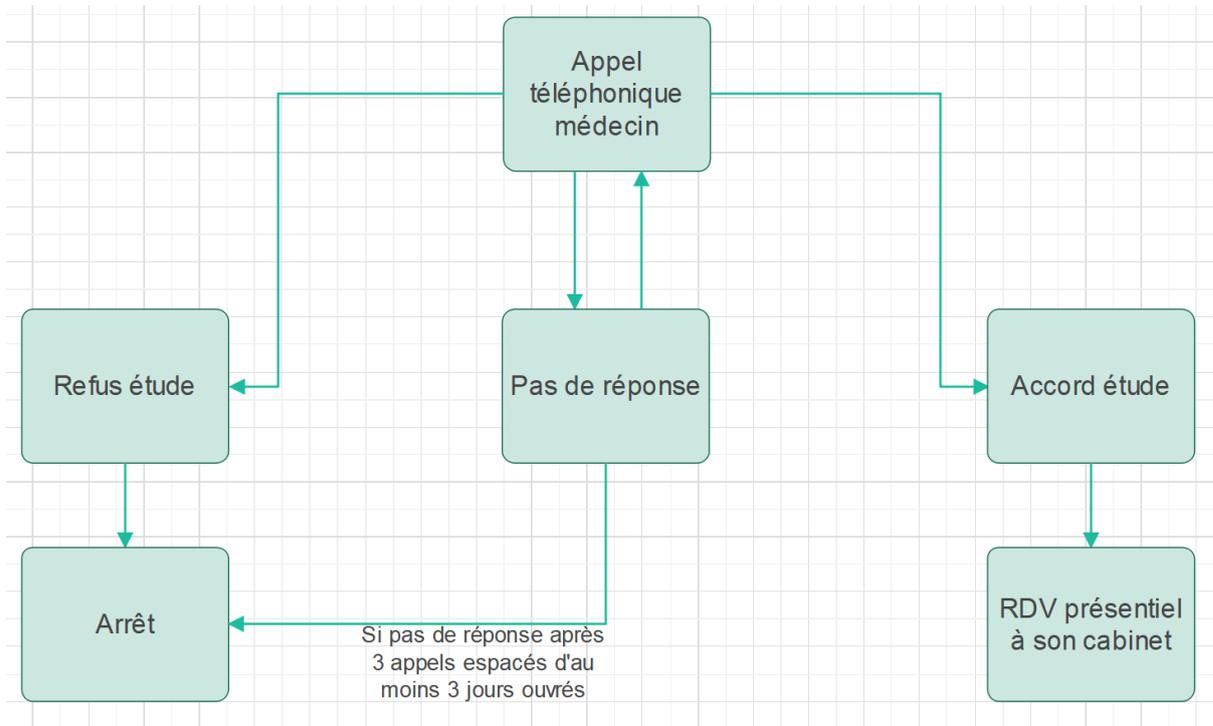
26. Freidin RB, Goldman L, Cecil RR. Patient-Physician Concordance in Problem Identification in the Primary Care Setting. *Ann Intern Med.* 1 sept 1980;93(3):490-3.

27. Boland BJ, Scheitel SM, Wollan PC, Silverstein MD. Patient-Physician Agreement on Reasons for Ambulatory General Medical Examinations. *Mayo Clin Proc.* 1 févr 1998;73(2):109-17.
28. BRITT H, HARRIS M, DRIVER B, BRIDGES-WEBB C, O'TOOLE B, NEARY S. Reasons for Encounter and Diagnosed Health Problems: Convergence Between Doctors and Patients. *Fam Pract.* 1 juin 1992;9(2):191-4.
29. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
30. Braddock III CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed Decision Making in Outpatient Practice: Time to Get Back to Basics. *JAMA.* 22 déc 1999;282(24):2313.
31. Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010 [Thèse d'exercice]. Université de Versailles Saint Quentin en Yveline; 2012.

Annexe 2 : Organigramme de l'étude



Annexe 3 : Procédure recrutement médecin



Annexe 4 : Questionnaire médecin n°1 à remplir lors du recrutement

Question n°1

Votre genre :

- Femme
- Homme
- Autre :

Question n°2

Quel âge avez-vous ?

Question n°3

Quel est votre type d'exercice ? Une ou plusieurs réponse(s) possible(s)

- Seul
- En cabinet de groupe et en MSP
- Salarié
- Libéral
- Mixte (salarié et libéral)

Question n°4

Quelle est votre durée totale d'exercice de la médecine générale ?

Question n°5

Quel est votre lieu d'exercice ?

- Milieu rural
- Milieu semi-rural
- Milieu urbain

Question n°6

Quel est votre secteur d'activité ?

- Secteur 1 conventionné
- Secteur 2 conventionné
- Secteur 3 non conventionné

Question n°7

Êtes vous Maître de Stage Universitaire (MSU) ?

- Oui
- Non

Question n°8

Quel est le nombre total de patients dans votre patientèle selon les données de l'Assurance Maladie ?

- Moins de 500
- 500 à 1000 patients
- 1000 à 1500 patients
- 1500 à 2000 patients
- Plus de 2000 patients

Question n°9

Avez-vous un secrétariat ?

- Oui, secrétariat présentiel
- Oui, secrétariat à distance
- Oui secrétariat présentiel et distanciel
- Non

Question n°10

Lors de la prise de rendez-vous, recueillez-vous, au préalable, le motif de consultation ?

- Oui
- Non

Question n°11

Quel est votre type d'organisation ?

- Consultations libres uniquement
- Consultations sur rendez-vous uniquement (hors consultation d'urgence)
- Consultations mixtes libres et sur rendez-vous

Question n°12

Quel est votre nombre moyen de consultations par jour ?

Question n°13

Participez-vous à des groupes de pairs / groupes d'échange de pratique ?

- Oui
- Non

Question n°14

Avez-vous réalisé des formations complémentaires dans le cadre du DPC concernant la communication avec les patients ?

- Oui
- Non

Question n°15

Quel est le nombre de consultations que vous avez effectuées lors de l'année civile 2021 selon votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) ?

Annexe 5 : Questionnaire médecin n°2 à remplir après la consultation

Question 1

Lors de la consultation avec votre patient, quels étaient selon vous, le ou les objectifs (et/ou les attentes) médicaux, psychologiques ou sociaux de votre patient ? **Classer les différents motifs de consultation de votre patient par ordre d'importance (du plus important (1) au moins important (5)).**

Vous pouvez mettre de 1 à 5 motif(s) différent(s).

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Question 2

Lors de cette consultation, pensez-vous avoir répondu à l'ensemble des motifs et attentes de votre patient ?

- En totalité
- Partiellement
- Pas du tout

Annexe 6 : Questionnaire patient à remplir après la consultation

Hierarchisation des objectifs et attente du médecin en consultation de médecine générale ambulatoire

Durée estimée du questionnaire : moins de 5 minutes

Bonjour, nous sommes Alexis Loyez et Loïc Dumont , étudiants en médecine générale. Dans le cadre de notre thèse, nous réalisons un questionnaire sur la relation patient/médecin. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les motifs de consultation en médecine générale . Si vous le souhaitez, nous vous proposons de participer à l'étude.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

*Les réponses données seront donc **anonymes** et collectées afin d'obtenir des statistiques. **Le médecin n'aura pas accès aux résultats.***

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : alexis.loyez.etu@univ-lille.fr (Adresse universitaire)"

Nous vous remercions des quelques minutes que vous accorderez à notre travail.

Question n°1

Pour quelle(s) raison(s) / motif avez-vous consulté votre médecin généraliste ce jour ? Quelles étaient les raisons/motifs de votre consultation d'aujourd'hui ? **Classez les différents motifs de consultation par ordre d'importance pour vous (du plus important (1) au moins important (5)).** Vous pouvez mettre moins de 5 motifs

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Question n°2

Votre genre :

- Femme
- Homme
- Autre :

Question n°3

Quel âge avez-vous :

Question n°4

Depuis combien de temps votre médecin est-il votre médecin traitant ?

- Moins de 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Question n°5

Vous êtes :

- Agriculteur exploitant
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes
- Sans activité professionnelle

Question n°6

Quel est votre dernier diplôme obtenu ?

- Aucun diplôme
- Brevet des collèges
- Certificat d'études
- BEP/CAP
- Baccalauréat
- Licence générale ou professionnelle
- Master
- Doctorat
- Autre

Question n°7

Quel est votre statut d'exonération ?

- Affection Longue Durée (ALD) (à 100%)
- Accident de Travail (AT) / Maladie Professionnelle (MP)
- Complémentaire Santé Solidaire (C2S ou CSS ; anciennement CMU)
- Aide Médicale d'Etat (AME)
- Invalidité
- Aucun

Question n°8

Quel est le délai depuis la dernière consultation chez votre médecin traitant ?

- Moins d'un mois
- 1 à 3 mois
- 3 à 6 mois
- Plus de 6 mois

Question n°9

Lors de la consultation d'aujourd'hui, étiez-vous accompagné (famille, amis) ?

- Oui
- Non

Question n°10

Lors de la consultation d'aujourd'hui, aviez-vous préparé une liste de choses à demander à votre médecin ?

- Oui
- Non

Question n°11

Lors de la consultation d'aujourd'hui, étiez-vous adressé chez votre médecin traitant par un autre professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, aide-soignant, pharmacien, médecin) ?

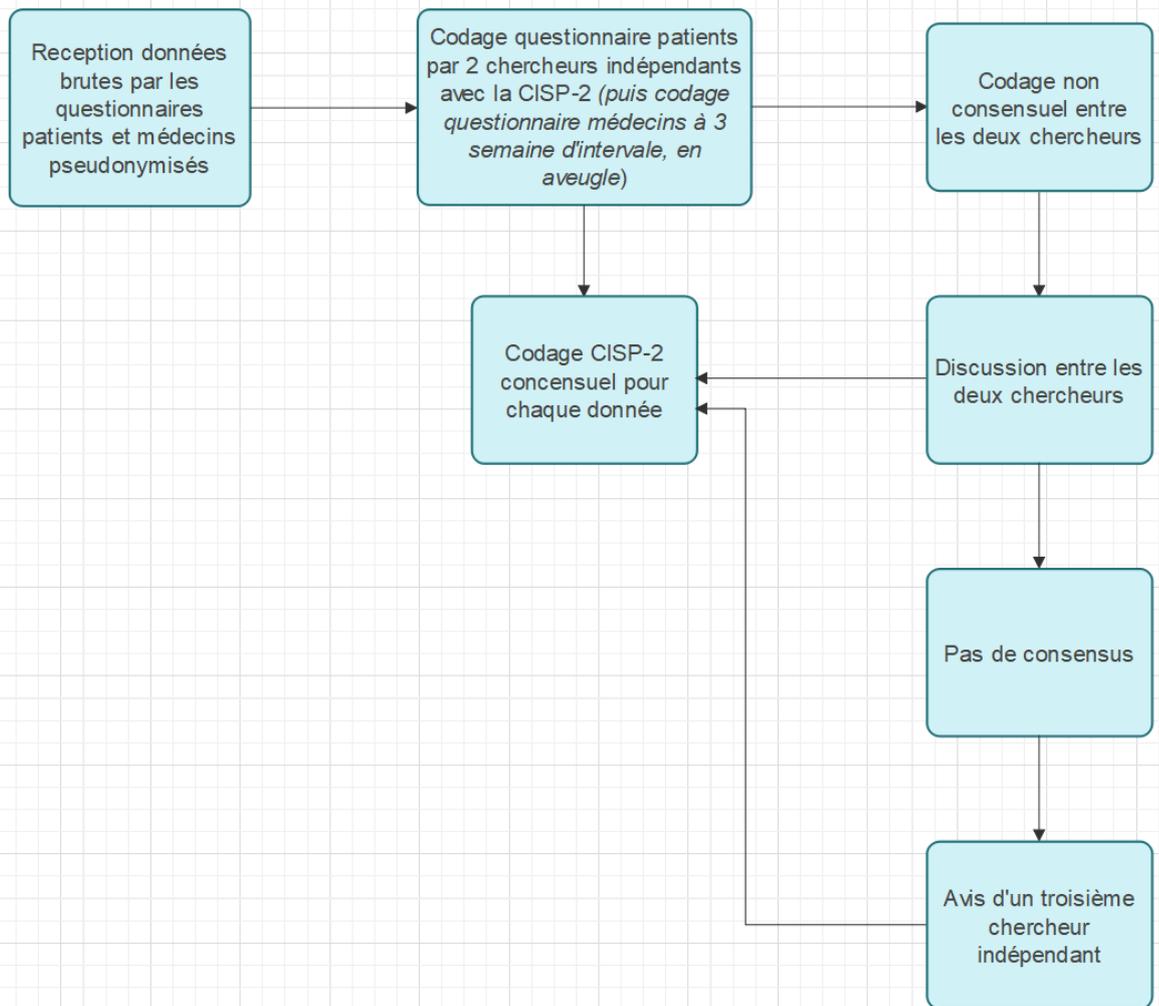
- Oui
- Non

Question n°12

Lors de cette consultation, le médecin a répondu à vos attentes :

- Complètement d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord

Annexe 7 : Procédure codage données brutes



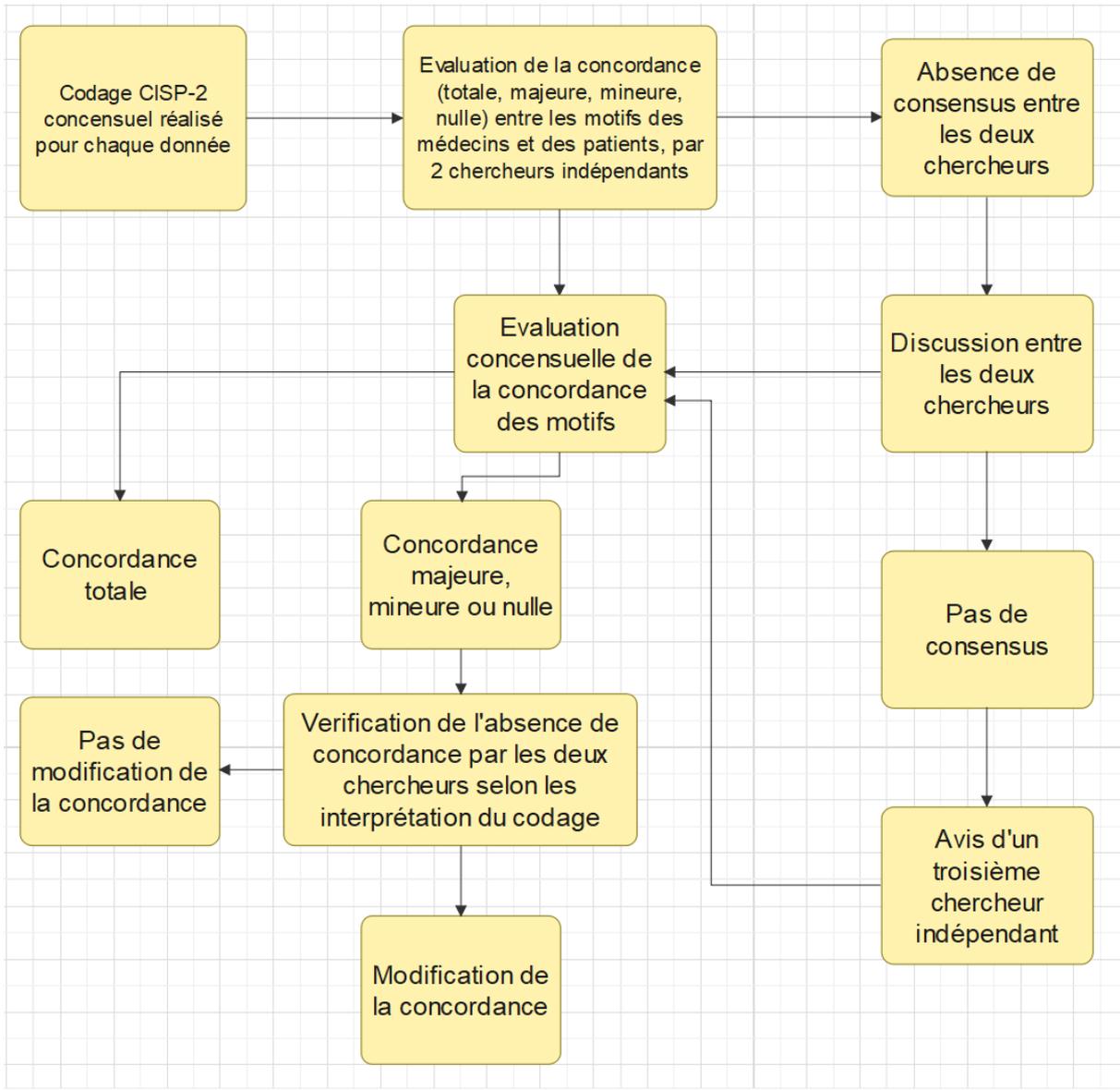
Annexe 8 : Codage CISP-2 de motifs de consultation habituels

- Renouvellement de traitement : 63 - rencontre de suivi
- Résultats biologiques : 60 - résultats analyses/examens
- Toute demande de certificat : 62 - contact administratif
- Recherche de sang dans les selles : 49 - autre procédure préventive
- Mammographie de dépistage : 49 - autre procédure préventive
- Frottis cervico-utérin : 49 - autre procédure préventive

Annexe 9 : Evaluation de la concordance

Totale	Le médecin listait en premier le premier motif de consultation du patient <u>ET</u> le médecin listait tous les motifs de consultation du patient
Majeure	Le médecin listait le premier motif de consultation du patient mais pas en première position <u>OU</u> Le médecin listait en premier motif le premier motif du patient mais ne listait pas les autres motifs.
Mineure	Le médecin ne listait pas le premier motif de consultation du patient <u>MAIS</u> Le médecin listait en premier un motif de consultation du patient autre que le premier motif du patient.
Nulle	Le médecin ne mentionnait aucun des motifs de consultation cités par le patient.

Annexe 10 : Procédure concordance patient / médecin



Annexe 11 : Exemples de concordance

Exemple n°1 : concordance totale

Un patient a pour motif de consultation "fatigue" (code A04) et le médecin décrit comme motif de consultation du patient "fatigue ou asthénie" (code A04) alors la concordance est **totale**.

Exemple n°1 : concordance totale				
Motifs de consultation cités par le patient	Recodage	Motifs de consultation identifiés par le médecin	Recodage	Concordance
Fatigue	A04	Asthénie	A04	Totale

Exemple n°2 : concordance nulle

Un patient a pour motif de consultation "toux" (code R05) et le médecin décrit comme motif de consultation du patient "eczéma" (code S02) alors la concordance est **nulle**.

Exemple n°2 : concordance nulle				
Motifs de consultation cités par le patient	Recodage	Motifs de consultation identifiés par le médecin	Recodage	Concordance
Toux	R05	Eczéma	S02	Nulle

Exemple n°3 : concordance majeure

Un patient a pour motif de consultation "maux de tête" (code N01) et "douleurs mâchoire" (code D20) et le médecin décrit comme motif de consultation du patient "céphalées" (code S02) alors la concordance est **majeure** (car le médecin a listé le premier motif du patient mais n'a pas listé le ou les autres motifs).

Exemple n°3 : concordance majeure				
Motifs de consultation cités par le patient	Recodage	Motifs de consultation identifiés par le médecin	Recodage	Concordance
Maux de tête	N01	Céphalée	N01	Majeure
Douleurs mâchoire	D20			

Exemple n°4 : concordance majeure

Un patient a pour motif de consultation "renouvellement de traitement" (code 63) et le médecin décrit comme motif de consultation du patient "syndrome anxieux" (code P01 et "renouvellement de traitement" (code 63) alors la concordance est **majeure** (car le médecin a listé le premier motif du patient mais pas en première position).

Exemple n°4 : concordance majeure				
Motifs de consultation cités par le patient	Recodage	Motifs de consultation identifiés par le médecin	Recodage	Concordance
Renouvellement traitement	63	Syndrome anxieux	P01	Majeure
		Renouvellement traitement	63	

Exemple n°5 : concordance mineure

Un patient a pour motif de consultation “dysfonction érectile” (code Y07), “peur dysfonction sexuelle” (code Y24) et “renouvellement de traitement” (code 63) et le médecin décrit comme motif de consultation du patient “renouvellement de traitement” (code 63) alors la concordance est **mineure** (car le médecin n’a pas listé le premier motif de consultation du patient, mais qu’il a cité un motif de consultation du patient autre que le premier motif en premier motif).

Exemple n°5 : concordance mineure				
Motifs de consultation cités par le patient	Recodage	Motifs de consultation identifiés par le médecin	Recodage	Concordance
Dysfonction érectile	Y07	Renouvellement de traitement	63	Mineure
Renouvellement de traitement	63			

Exemple n°6 : concordance nulle

Un patient a pour motif de consultation “douleur thoracique” (code K01), “peur d’une maladie cardiaque” (code K24) et le médecin décrit comme motif de consultation du patient “syndrome anxieux” (code P01) alors la concordance est **nulle** (car le médecin n’a mentionné aucun des motifs de consultation listés par le patient).

Exemple n°5 : concordance nulle				
Motifs de consultation cités par le patient	Recodage	Motifs de consultation identifiés par le médecin	Recodage	Concordance
Douleur thoracique	K01	Syndrome anxieux	P01	Nulle
Peur d’une maladie cardiaque	K24			

Annexe 12 : Attestation de déclaration au délégué à la protection des données



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

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

Responsable administrative : Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

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

Traitement exonéré

Intitulé : Identification des motifs de consultation en médecine générale.
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Alexis LOYEZ

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 22 ~~octobre~~
Novembre 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

AUTEUR : Nom : LOYEZ

Prénom : Alexis

Date de Soutenance : 22/06/2023

Titre de la Thèse : Quel est le degré de concordance entre les motifs de consultation listés par le patient en consultation programmée au cabinet et ceux identifiés par le médecin traitant ?

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : consultation ; médecine générale ; relations médecin-patient ; soins centrés sur le patient ; signes et symptômes

Contexte : Peu d'études se sont intéressées à la concordance entre les motifs de consultation du patient et ceux identifiés par le médecin. Ces études sont anciennes et ont été faites à l'étranger. Les motifs de consultation ont évolué en même temps que la pratique de la médecine.

Méthode : Etude observationnelle descriptive multicentrique réalisée dans l'Arrondissement de Dunkerque. L'échantillon comportait 35 médecins et 175 patients. Le médecin et le patient remplissaient en aveugle les motifs de consultation sur un questionnaire en fin de consultation. Les motifs étaient recodés avec la classification CISP-2. La concordance était ensuite évaluée selon 4 catégories : totale, majeure, mineure ou nulle. Une analyse descriptive de la concordance a été réalisée.

Résultats : On retrouve une concordance haute dans 90,6% des cas. Dans cette étude, les médecins identifiaient les motifs de consultation de leur patient dans la majorité des cas. La concordance était totale dans 53,7% des consultations et majeure dans 37,1%. L'étude suggère que plus le patient a de motifs de consultation, plus il est compliqué pour le médecin de tous les identifier.

Composition du Jury :

Président

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Assesseurs

Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur DESCAMPS Axel