



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quels sont les facteurs influençant la concordance entre le motif principal de consultation du patient et celui identifié par le médecin lors d'une consultation de médecine générale programmée ?**

Présentée et soutenue publiquement le 22/06/2023 à 17h00  
au Pôle Formation  
**Par Loïc Dumont**

---

**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
IC95	Intervalle de confiance à 95%
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>3</b>
I. Type d'étude .....	3
II. Population étudiée et critère d'inclusion .....	3
A. Médecins généralistes.....	3
B. Patients.....	4
III. Lieux et temporalités.....	4
IV. Recrutement .....	5
A. Des médecins.....	5
B. Des patients.....	5
V. Questionnaire.....	6
A. Médecin .....	6
B. Patients.....	6
VI. Taille de l'étude .....	7
VII. Gestion des données.....	8
A. Recueil des données .....	8
B. Saisie des données .....	9
C. Archivage des données .....	11
D. Données manquantes .....	11
VIII. Analyse statistique.....	12
IX. Aspects réglementaires et éthiques.....	14
A. Déclaration réglementaire .....	14
B. Information et consentement.....	14
<b>Résultats</b> .....	<b>15</b>
I. Données analysées .....	15
II. Statistiques descriptives .....	17
A. Caractéristiques de la population des médecins généralistes.....	17
B. Caractéristiques de la population des patients.....	18
III. Statistiques analytiques .....	19
A. Modèle et ajustement .....	19
B. Résultats analyse multivariée.....	19
1. Avec toutes les variables.....	19
2. Avec les variables d'intérêt incluant les patients avec un seul motif de consultation.....	19
3. Avec les variables d'intérêt en excluant les patients avec un seul motif de consultation.....	21
<b>Discussion</b> .....	<b>23</b>
I. Principaux résultats.....	23
A. Résultats généraux.....	23
B. Nombre de motifs de consultation du patient .....	23
C. Ancienneté de la relation médecin-patient .....	24
II. Validité Externe de l'étude .....	25

A.	Représentativité des populations (validité externe).....	25
1.	Médecins .....	25
a)	Selon l'âge (27) (28).....	25
b)	Selon le genre (28).....	25
c)	Selon l'activité.....	26
B.	Patients.....	26
1.	Sur les données socio-démographiques .....	26
2.	Sur le nombre de motifs de consultation .....	26
III.	Discussion de la Méthode (validité interne) .....	27
A.	Limitation des biais .....	27
a)	Biais de sélection.....	27
b)	Biais de mesure .....	28
c)	Biais de désirabilité sociale .....	29
d)	Biais de confusion .....	30
B.	Forces et limites de l'étude.....	31
1.	Faiblesses de l'étude.....	31
a)	Nombre de sujets inclus .....	31
b)	Questionnaire .....	32
2.	Forces de l'étude.....	33
a)	Question de recherche .....	33
b)	Méthodologie et protocole .....	33
c)	Choix du type de consultation .....	33
d)	Questionnaire .....	33
IV.	Conflits d'intérêt .....	33
V.	Perspectives .....	34
	<b>Conclusion .....</b>	<b>35</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>37</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>40</b>
	Annexe 1 : organigramme de l'étude .....	40
	Annexe 2 : schématisation procédure de recrutement des médecins.....	40
	Annexe 3 : questionnaire praticien (1).....	41
	Annexe 4 : questionnaire médecin (2).....	44
	Annexe 5 : questionnaire patient.....	45
	Annexe 6 : codage des motifs de consultation .....	49
	Annexe 7 : codage consensuel motifs de consultation fréquents .....	50
	Annexe 8 : récapitulatif des définitions des concordances.....	50
	Annexe 9 : conduite à tenir à la suite du codage des motifs .....	51
	Annexe 10 : exemples de codage .....	52
	Annexe 11 : conformité au regard de la loi informatique et libertés.....	55
	Annexe 12 : médecin à exercice particulier.....	56
	Annexe 13 : variables recueillies concernant le médecin.....	57
	Annexe 14 : variables recueillies concernant le patient .....	58

## RESUME

**Contexte** : Les motifs de recours aux soins primaires sont nombreux et variés et peu de données scientifiques existent à ce sujet. En médecine générale, un patient consulte avec plusieurs motifs. La concordance entre le médecin et le patient à propos du motif de consultation principal du patient varie. De nombreux facteurs pourraient influencer la concordance des motifs de consultation entre patient et médecin.

**Méthode** : étude observationnelle, descriptive, multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale ambulatoire dans les zones géographiques suivantes : Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), la Communauté de Communes des Hauts de Flandre (CCHF) et la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI). La population étudiée comportait 41 médecins exerçant dans la zone définie et 193 patients ayant déclaré leur médecin comme médecin traitant. La concordance était étudiée par l'intermédiaire d'une analyse descriptive. Une analyse multivariée étudiant les facteurs influençant cette concordance.

**Résultats** : l'analyse multivariée par régression logistique retrouve deux variables significatives avec un OR ne comprenant pas 1. Plus le patient a de motifs de consultation, plus la probabilité d'une concordance basse est forte, l'ajout d'un motif de consultation multiplie cette probabilité par 2,33 [1,29 ; 4,52]. Si le patient a une relation avec son médecin de plus de 10 ans, la probabilité d'une concordance basse est faible avec un OR à 0,19 [0,02 ; 0,83].

**Conclusion** : plus le patient présente de motifs de consultation, plus l'identification de ceux-ci par le médecin est difficile et plus la concordance est basse ; la relation patient-médecin de plus de 10 ans améliorerait l'identification de ces motifs. Cette étude est principalement limitée par le manque d'effectif.

## INTRODUCTION

Les motifs de recours aux soins primaires sont nombreux et variés et peu de données scientifiques existent à ce sujet.

Contrairement à la plupart des autres spécialités, en médecine générale, un patient consulte avec plusieurs motifs, en moyenne 2,6 motifs par consultation (1). Le médecin généraliste peut se sentir en difficulté à partir de 3 motifs par consultation (2,3) alors que le patient cherche à ce que la consultation soit la plus productive possible (4).

Bien que la proposition d'une consultation ultérieure soit bien acceptée (4), 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 ne semble pas liée à la satisfaction de la visite (7), elle reste importante dans une démarche de suivi et de qualité des soins (8,9).

Se pose donc la question de la concordance des motifs de consultation du patient et les motifs identifiés par son médecin. Des méthodes existent pour identifier les motifs de consultation (10,11) notamment une formation au recueil d'information des praticiens. Les mauvaises croyances des patients, résultantes d'erreurs d'identification des motifs de consultation, sont souvent mal comprises par leur médecin (12) et les patients ont leur propre représentation de la maladie (13,14). Les inquiétudes et donc la hiérarchisation des motifs de consultation peuvent s'en trouver altérées.

La concordance entre le médecin et le patient à propos du motif de consultation principal du patient varie de 50 à 90% selon des études anciennes dans des centres de soins premiers (15,16). Ces études étaient centrées sur une relation patient-médecin plutôt paternaliste (17,18). Ces dernières années, cette relation a évolué vers une médecine centrée sur le patient à l'origine d'une plus grande complexité des motifs de consultation (19).

De nombreux facteurs pourraient influencer la concordance des motifs de consultation entre patient et médecin. Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs d'influence pouvant jouer un rôle sur la concordance des motifs de consultation en médecine générale ambulatoire de soins primaires.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Type d'étude**

Il s'agissait 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.

### **II. Population étudiée et critère d'inclusion**

#### **A. Médecins généralistes**

Une liste de médecins généralistes a été obtenue par l'intermédiaire de l'annuaire santé de l'Assurance Maladie disponible en ligne (20).

Les critères d'inclusion concernant les médecins étaient :

- 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.

Les critères de non-inclusion concernant les médecins étaient :

- Avoir un exercice exclusivement hospitalier.
- Consultation médicale réalisée par un étudiant en médecine ou un remplaçant.
- Avoir un mode d'exercice particulier exclusif (annexe 12).

## B. Patients

Les critères d'inclusion concernant les patients étaient :

- 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 pour un motif non aigu.

Leurs critères de non-inclusion concernant les patients étaient :

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

## III. Lieux et temporalités

Les médecins recrutés étaient issus de trois zones géographiques définies préalablement à l'étude : la Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), la Communauté de Communes des Hauts de Flandre (CCHF) et la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI). Il était demandé aux médecins recrutés d'inclure des patients issus de leur patientèle.

Les phases de recrutement des médecins et des patients ont eu lieu du 6 décembre 2022 au 1<sup>er</sup> avril 2023.

## **IV. Recrutement**

### **A. Des médecins**

La procédure de recrutement est détaillée en annexe 2. Les médecins généralistes étaient recrutés par appel téléphonique, ou, à défaut, par mailing. Ce recrutement était effectué de manière consécutive au sein de la liste tirée au sort. S'ils acceptaient, une rencontre de mise en place présentielle, ou, à défaut, un entretien téléphonique, était organisé, détaillant les modalités de réalisation de l'étude.

Lors de la rencontre présentielle ou de l'entretien téléphonique, le médecin 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, le médecin était considéré comme non inclus (annexe 2).

### **B. Des patients**

Les patients étaient recrutés par les médecins généralistes au décours d'une consultation de médecine générale ambulatoire. Il était demandé au médecin de recruter consécutivement les cinq premiers patients éligibles dès qu'ils débutaient leur recrutement. Le patient complétait ensuite le questionnaire seul au cabinet, en dehors du bureau de consultation avec le médecin, dans la salle d'attente, par exemple. Il déposait ensuite le questionnaire dans une urne ou enveloppe scellée présente sur place. Le médecin n'avait pas accès aux résultats du questionnaire du patient. 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 3, 4 et 5.

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

Les variables recueillies concernant le médecin sont disponibles en annexe 13 et concernaient les motifs de consultation hiérarchisés « du plus important pour le patient » au « moins important pour le patient », des données socio-démographiques, des modes et lieu d'exercice, et des informations sur la formation médicale.

### **B. Patients**

Le questionnaire était donné au patient par le médecin 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 variables recueillies concernant le patient sont disponibles en annexe 14 et concernaient les motifs de consultation hiérarchisés du plus important au moins important, des données socio-démographiques, et le niveau de satisfaction.

## VI. Taille de l'étude

La population cible des plus de 18 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 18 ans, 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 5%, le nombre de médecins à recruter était de 72. En prévention des données manquantes, un total de 80 médecins était à recruter. Chaque médecin 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 en version papier transmis aux patients par les médecins. Les questionnaires complétés étaient déposés dans des urnes ou enveloppes scellées situées dans la structure du médecin. 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 médecin 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 médecin. Un numéro de centre était attribué à chaque médecin recruté et chaque patient recruté par ce centre se voyait attribuer un numéro selon son rang de recrutement.

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

## **B. Saisie des données**

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

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

Le recodage des motifs de consultation identifiés par le médecin 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 médecin), les deux investigateurs cherchaient un consensus. En cas d'échec, un troisième investigateur indépendant tranchait (annexe 6).

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

Une analyse descriptive des concordances entre les motifs identifiés par les médecins et ceux des patients a été réalisée. Cette analyse a été réalisée par deux investigateurs 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 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 était présent

- 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** : si les deux critères suivants étaient réunis

- le médecin ne listait pas le premier motif de consultation du patient  
ET
- 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 définitions des concordances est présenté en annexe 8.

En cas de non-concordance (concordance majeure, mineure ou nulle), les investigateurs 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 investigateur indépendant tranchait (annexe 9). Des exemples de concordance sont disponibles en annexe 10.

### **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 accord avec la statisticienne, selon les données manquantes, certains questionnaires étaient exclus. Si le médecin recrutait moins de 5 patients, le lot de questionnaire était exclu afin que le médecin n'ait pas un poids plus faible dans l'analyse statistique. Si le médecin recrutait plus de 5 patients, les patients supplémentaires étaient exclus afin que le médecin n'ait pas un poids plus fort dans l'analyse statistique. Les questionnaires dont la donnée « RIAP » était manquante ont été conservés car cette donnée était souvent manquante.

## VIII. Analyse statistique

Les analyses statistiques étaient réalisées par Marie Fourcot, ingénieur d'étude en biostatistiques et bio-informatique.

Les analyses statistiques multivariées et bivariées ont été réalisées 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.

La recherche de facteurs prédictifs d'une concordance élevée entre les motifs de consultations du patient et ceux identifiés par le médecin a été effectuée avec des modèles de régression logistique. Le modèle multivarié était construit en incluant toutes les covariables d'intérêt, quel que soit leur degré de signification dans les analyses univariés, cependant les variables quantitatives ont été préalablement discrétisées. Le modèle initial complet a été réduit par une procédure pas à pas mixte. Le modèle réduit a été présenté avec ses Odds Ratio (OR) et leurs intervalles de confiance à 95%, soit une marge d'erreur acceptée à 5%, pouvant être interprétés indépendamment les uns des autres pour chaque variable retenue.

La concordance entre les médecins était évaluée grâce à une analyse descriptive. Les données, pour les variables quantitatives, étaient présentées sous la forme de moyenne, médiane, écart-type, intervalle interquartile selon leur distribution normale ou non. Les données, pour les variables qualitatives, étaient présentées sous la forme d'effectifs (proportions, pourcentages). La variable d'intérêt principal, la concordance des motifs de consultation entre patient et médecin, était dichotomisée : elle était considérée comme haute en cas de concordance totale ou majeure et basse en cas de concordance mineure ou nulle.

Afin de limiter le biais statistique, les questionnaires des médecins n'ayant pas recruté 5 patients ou les questionnaires au-delà de 5 patients recrutés ont été exclus.

Dans l'hypothèse où l'ensemble des variables ne pouvaient pas être incluses dans le modèle statistique multivarié, certaines variables semblaient particulièrement pertinentes à étudier :

- Variables patient : genre, âge, nombre de motifs de consultation du patient, ancienneté de la relation médecin-patient, préparation préalable d'une liste des motifs de consultation, délai depuis dernière consultation, satisfaction du patient, présence d'un accompagnant, adressage du patient par un autre professionnel de santé.
- Variables médecin : genre, âge, durée d'exercice, maître de stage universitaire, nombre de motifs de consultation identifiés, recueil préalable du motif de consultation, nombre de consultation moyen par jour, formation en communication, satisfaction médecin.

À noter que cette liste contient des variables numériques continues qui ont été discrétisées afin de simplifier le modèle. La durée de la relation médecin-patient a été discrétisé de la manière suivante : supérieure ou égale à 10 ans ou inférieure à 10 ans. Cette discrétisation semblait pertinente par les investigateurs compte tenu de leur expérience clinique.

Les conditions statistiques pour interpréter les Odds Ratio (OR) comme des Risques relatifs (RR) étaient remplies.

## **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 1<sup>er</sup> novembre 2022. La collecte des données, en conformité avec la loi informatique et liberté, était accordée en date du 6 décembre 2022 (annexe 11).

Un membre Lillois du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a donné son accord après lecture du protocole.

### **B. Information et consentement**

Les médecins étaient informés de l'objectif de l'étude et de ses modalités par des entretiens présents ou téléphoniques.

Le consentement oral du patient était suffisant et considéré comme acquis dans la mesure où le patient acceptait de remplir le questionnaire. Une lettre d'information sur l'étude était disponible en première page du questionnaire patient.

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

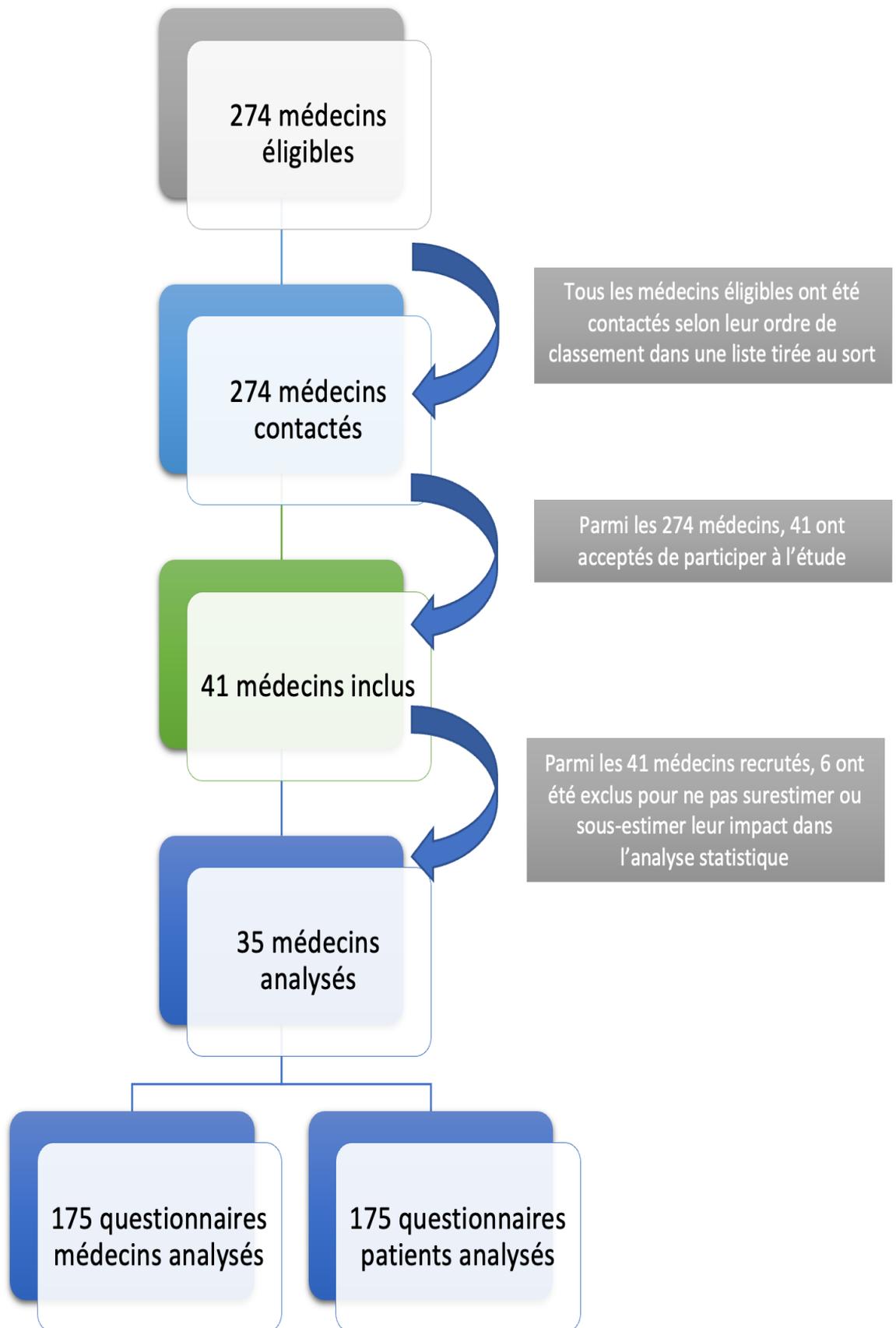
# RESULTATS

## I. Données analysées

La base de données totale contenait les données des questionnaires des 41 médecins et des 193 patients. Conformément aux critères énoncés dans la méthode, les données des médecins n'ayant pas recruté 5 patients ou ayant recruté plus de 5 patients ont été exclues. Après exclusion de ces données, la base de données finale contenant les questionnaires de 35 médecins et 175 patients.

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 de l'étude**



## II. Statistiques descriptives

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

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

### A. Caractéristiques de la population des médecins généralistes

**Tableau 1 : caractéristiques des médecins généralistes**

		Effectif MG (n= 35)
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>		
Âge (années)		46 [35,5 ; 55]
Genre féminin		17 (48,6%)
Durée d'exercice (années)		13 [6 ; 26,5]
Maître de Stage Universitaire (MSU)		14 (40,0%)
Participation des groupes de pairs		9 (25,7%)
Formation en communication		8 (22,9%)
<b>Modalités d'exercice</b>		
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%)
Nombre de patients dans la patientèle	< 500	2 (5,7%)
	500 – 1000	6 (17,1%)
	1000 – 1500	12 (34,3%)
	1500 – 2000	11 (31,4%)
	> 2000	4 (11,4%)
<b>Caractéristiques des consultations</b>		
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 consultation par jour		32 [25 ; 35]
Nombre d'acte annuels selon le RIAP (n=20/35)		5127 [3120 ; 6505]

La majorité des médecins avaient un secrétariat en distanciel (65,7%). Ils recueillaient pour la plupart le motif préalablement à la consultation (60,0%). Le type de consultation était presque toujours sur rendez-vous (94,3%).

## B. Caractéristiques de la population des patients

**Tableau 2 : caractéristiques de la population des patients**

		Effectif patient (n = 175)
<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>		
Âge (années)		63 [49 ; 71]
Genre féminin		111 (63,4%)
Ancienneté relation médecin-patient (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%)
<b>Caractéristiques de la consultation</b>		
Nombre moyen de motif de consultation		2,39 ± 1,21
Nombre de motifs de consultation	1	52 (29,7%)
	2	46 (26,3%)
	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. La moitié des patients préparaient une liste de motifs avant la consultation (49,7%).

### **III. Statistiques analytiques**

#### **A. Modèle et ajustement**

Pour essayer de prédire le niveau de concordance et étudier les facteurs influençant la concordance, une régression logistique a été réalisée. Il n'était pas possible d'ajuster un modèle statistique qui contenait l'ensemble des variables. Dans ce contexte, comme indiqué dans la méthode, certaines variables particulièrement pertinentes ont été incluses au modèle.

#### **B. Résultats analyse multivariée**

##### **1. Avec toutes les variables**

Il n'était pas possible d'ajuster un modèle statistique en incluant l'ensemble des variables.

##### **2. Avec les variables d'intérêt incluant les patients avec un seul motif de consultation**

Les intervalles de confiance des Odds Ratio des variables « nombre de motifs de consultation du patient » et « ancienneté de la relation médecin-patient supérieure à 10 ans » ne comprennent pas 1 et sont interprétables.

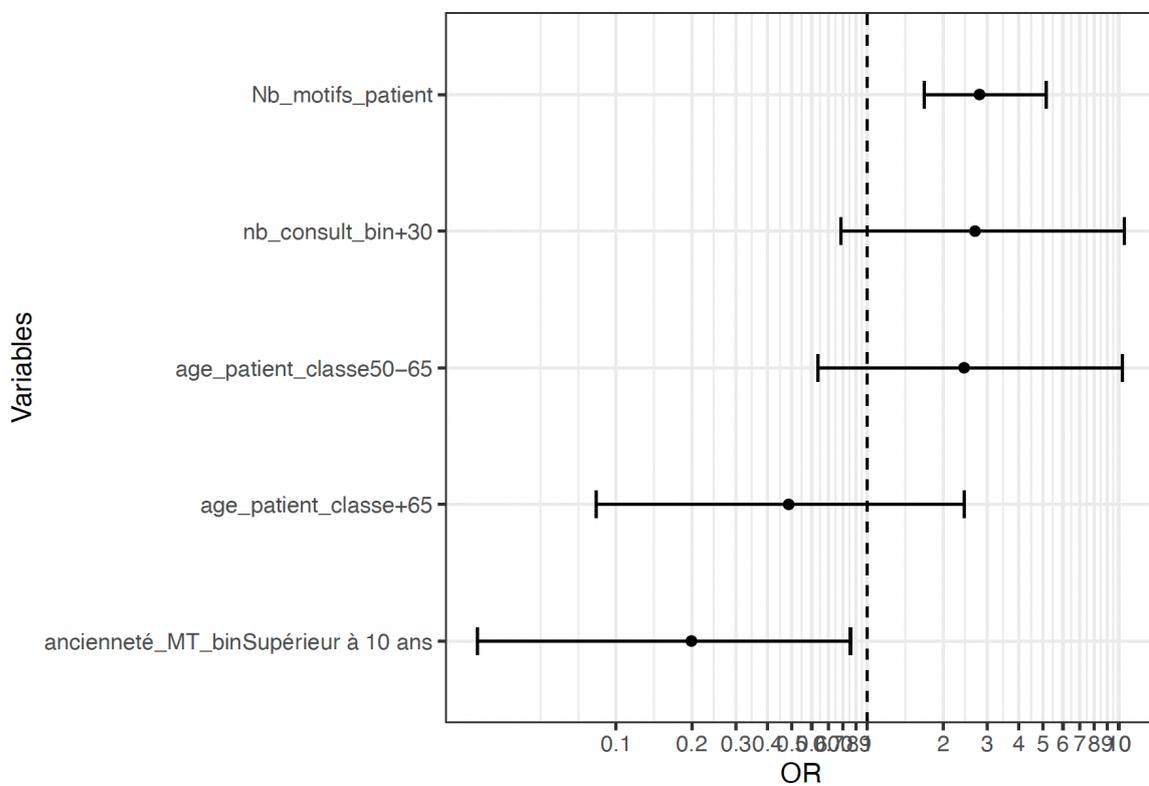
Plus le patient a de motifs de consultation, plus la probabilité d'une concordance basse est forte, l'ajout d'un motif de consultation multiplie par 2,79 le risque d'une concordance basse avec un Odds Ratio (OR) à 2,79 [1,67 ; 5,13].

Si le patient a une relation avec son médecin de plus de 10 ans, la probabilité d'une concordance basse est plus faible avec un Odds Ratio (OR) à 0,19 [0,02 ; 0,85]. En cas de relation médecin-patient de plus de 10 ans, il semblerait que le médecin identifie mieux les motifs de son patient avec une diminution de 81% de probabilité de concordance faible.

**Tableau 3 : OR des variables d'intérêt incluant les patients avec un seul motif de consultation**

Variable	Odds Ratio (IC à 95%)
Patient âgé de plus de 65 ans	0,48 [0,08 ; 2,43]
Patient âgé de 50 à 65 ans	2,42 [0,63 ; 10,34]
Nombre de motifs de consultation du patient	2,79 [1,67 ; 5,13]
Ancienneté relation médecin-patient > 10 ans	0,19 [0,02 ; 0,85]
Nombre de consultations > 30	2,67 [0,78 ; 10,50].

**Figure 2 : graphique des OR des variables d'intérêt incluant les patients avec un seul motif de consultation**



### 3. Avec les variables d'intérêt en excluant les patients avec un seul motif de consultation

Un modèle statistique de régression logistique a été réalisé en excluant les patients avec un seul motif de consultation devant l'hypothèse d'une surestimation de la concordance en cas d'un seul motif.

Les intervalles de confiance des Odds Ratio des variables « nombre de motifs de consultation du patient » et « ancienneté de la relation médecin-patient supérieure à 10 ans » ne comprennent pas 1 et sont interprétables.

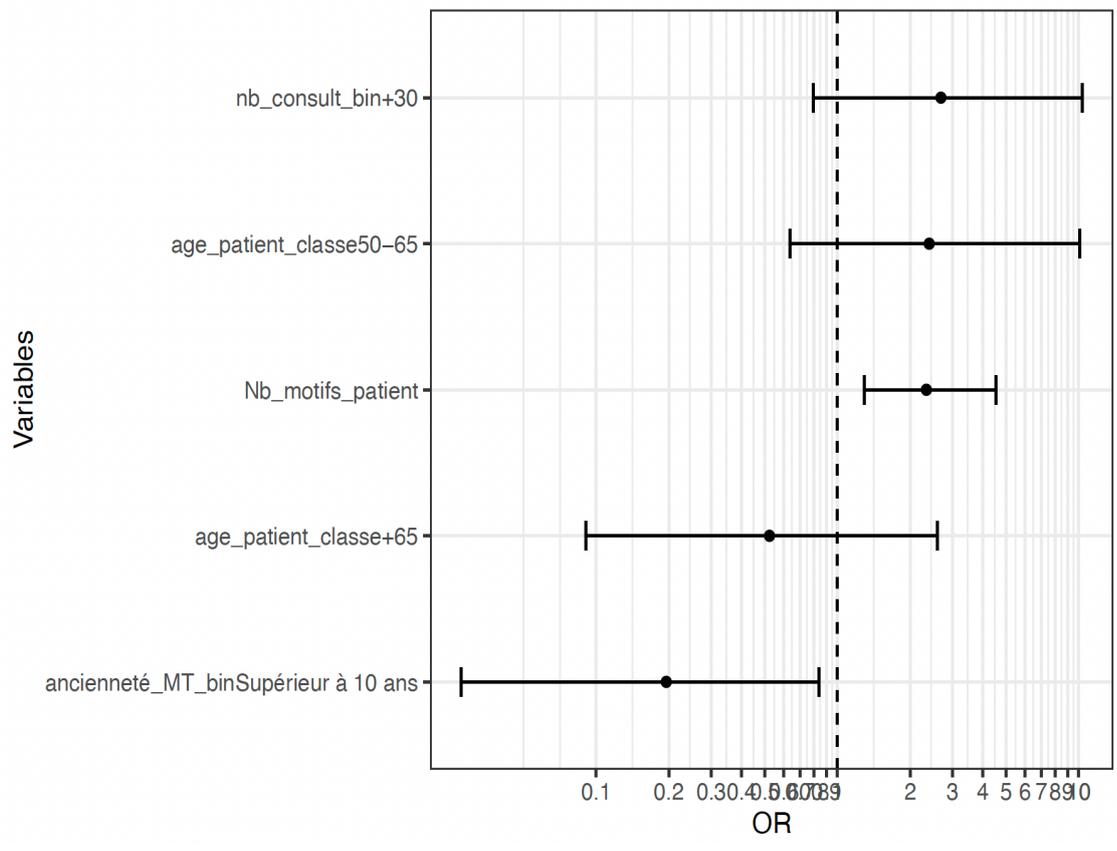
Plus le patient a de motifs de consultation, plus la probabilité d'une concordance basse est forte, l'ajout d'un motif de consultation multiplie par 2,33 le risque d'une concordance basse avec un Odds Ratio (OR) à 2,33 [1,29 ; 4,52].

Si le patient a une relation avec son médecin de plus de 10 ans, la probabilité d'une concordance basse est faible avec un Odds Ratio (OR) à 0,19 [0,02 ; 0,83]. En cas de relation médecin-patient de plus de 10 ans, il semblerait que le médecin identifie mieux les besoins de son patient avec une diminution de 81% de probabilité de concordance faible.

#### **Tableau 4 : OR des variables d'intérêt excluant les patients avec un seul motif de consultation**

Variable	Odds Ratio (IC à 95%)
Patient âgé de plus de 65 ans	0,52 [0,09 ; 2,59]
Patient âgé de 50 à 65 ans	2,39 [0,63 ; 10,10]
Nombre de motifs de consultation du patient	2,33 [1,29 ; 4,52]
Ancienneté relation médecin-patient > 10 ans	0,19 [0,02 ; 0,83]
Nombre de consultations > 30	2,68 [0,79 ; 10,32].

**Figure 3 : OR des variables d'intérêt excluant les patients avec un seul motif de consultation**



## DISCUSSION

### I. Principaux résultats

#### A. Résultats généraux

L'objectif de cette étude était de rechercher les facteurs influençant la concordance entre les motifs de consultation du patient consultant en médecine générale ambulatoire pour un suivi programmé et ceux identifiés par leur médecin traitant.

Dans l'analyse multivariée, les deux variables significatives concernaient le nombre de motifs de consultation du patient avec un OR à 2,33 [1,27 ; 4,5] et l'ancienneté de la relation patient-médecin supérieure à 10 ans avec un OR à 0,19 [0,02 ; 0,85].

Toutes les autres variables étudiées ont des OR comprenant 1 et ne sont donc pas interprétables.

#### B. Nombre de motifs de consultation du patient

Les résultats de cette étude semblent montrer que plus le patient a de motifs de consultation, plus la probabilité d'une concordance basse est forte. Autrement dit, plus le patient a de motifs de consultation, plus il paraît difficile pour le médecin d'identifier les motifs de consultation de son patient. L'ajout d'un motif de consultation multiplie par environ 2,33 le risque de ne pas identifier les attentes de son patient. Une étude américaine, réalisée en 1998 à Boston dans le Massachusetts (21), évoquait cette tendance avec une diminution de la concordance entre médecin et patient lorsque le patient se présentait avec plusieurs motifs de consultation. Une autre étude américaine, réalisée en 1980 à Rochester dans le Minnesota (22) suggère une majorité de discordance entre le médecin et son patient à partir de 3 motifs.

Au niveau de l'implication clinique, le résultat de cette étude, concordante avec la littérature, pourrait suggérer de limiter le nombre de motifs par consultation afin d'améliorer la concordance et mieux répondre aux besoins du patient. Il serait intéressant de proposer un autre rendez-vous au patient à une date ultérieure pour les autres motifs, d'autant plus que la proposition d'une consultation ultérieure semble bien acceptée par les patients (4). Néanmoins, la convocation ultérieure du patient pourrait être limitée par plusieurs raisons : contrainte de temps pour le patient et/ou pour le médecin, facturations itératives aux structures sociales de la santé, faible disponibilité du médecin par surcharge de travail, recherche de productivité de la consultation par le patient. Dans ce contexte, il semble primordial pour le patient et le médecin de hiérarchiser les problématiques de santé sachant que patient et médecin ne hiérarchisent pas systématiquement de la même manière. Des méthodes de communication peuvent améliorer la communication et la hiérarchisation entre le médecin et son patient. La grille de Calgary (23–25) a été élaborée pour définir les différentes étapes d'une consultation médicale. Tout d'abord, le recueil des motifs de consultation, au début de celle-ci, par une question ouverte. Puis, une écoute attentive sans interrompre le patient ou diriger sa réponse. Ensuite, une question de rappel et une synthèse des motifs énoncés. Enfin, une hiérarchisation des motifs, en accord avec le patient. D'autres techniques de communication permettent au patient d'ajouter des éléments au fur et à mesure de la consultation afin d'affiner ses attentes.

### **C. Ancienneté de la relation médecin-patient**

Une étude européenne, réalisée en 2008 (26), évoquait une meilleure concordance entre le patient et son médecin lorsque que l'ancienneté de la relation était supérieure à 6 ans et notamment entre 6 ans et 10 ans.

A partir de cette donnée, l'analyse statistique de cette étude a permis d'obtenir un résultat significatif à partir de 10 ans. En cas de relation médecin-patient de plus de 10 ans, il semblerait que le médecin identifie mieux les besoins de son patient. Néanmoins, la précision de l'estimation de la taille de l'effet est faible compte tenu d'un intervalle de confiance large. Cet intervalle de confiance pourrait être affiné sur le plan statistique avec des effectifs plus importants.

Au niveau de l'implication clinique, le résultat de cette étude, concordante avec la littérature, pourrait suggérer qu'avoir une relation au long terme avec son médecin améliorerait l'identification des motifs de consultation et la satisfaction du patient concernant sa santé.

## **II. Validité Externe de l'étude**

### **A. Représentativité des populations (validité externe)**

#### **1. Médecins**

##### **a) Selon l'âge (27) (28)**

Dans notre étude, l'âge moyen des médecins recrutés est de 45,7 ans. D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 2022, l'âge moyen des médecins actifs réguliers en 2022 en France est de 50,3 ans.

L'âge des médecins dans notre étude semble être proche de l'âge des médecins actifs en France en 2022.

##### **b) Selon le genre (28)**

Dans notre étude, 48,8% des médecins étaient des femmes. Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, en France, les médecins étaient à 45,2% des femmes. Dans le département du Nord, au 1 janvier 2022, il y avait 48,4% de femmes inscrites à l'ordre des médecins en activité régulière.

La proportion de femmes et d'hommes médecins dans notre étude semble proche de celle des médecins en France.

### **c) Selon l'activité**

La grande majorité des départements français ont une part plus importante des médecins exerçant leur activité en libéral ou mixte qu'en salariat (toutes qualifications confondues). Dans le département du Nord, en 2022, les médecins en activité régulière avaient une activité libérale ou mixte dans 48,1 % des cas et une activité salariée dans 51,9 % des cas.

Dans notre étude, 95,1% des médecins avaient une activité libérale, aucun n'avait une activité salariée et 4,9% des médecins avaient une activité mixte. Il y avait plus de médecins en activité de médecine libérale dans notre étude que dans la population des médecins du Nord en 2022. Cette donnée pourrait être expliquée par le mode de recrutement de cette étude qui était centré sur la médecine générale ambulatoire.

## **B. Patients**

### **1. Sur les données socio-démographiques**

Il n'y a aucune étude, à notre connaissance, qui recense les données sociodémographique sur les patients de plus de 18 ans consultant en suivi programmé. Nous ne pouvons conclure sur la représentativité de notre échantillon de patients sur ce critère.

### **2. Sur le nombre de motifs de consultation**

Le nombre moyen de motifs de consultation patient était de 2,39 ( $\pm 1,21$ ). Cette donnée est similaire à l'étude française ECOGEN (1) qui retrouve un nombre moyen de 2,6 motifs par consultation. Une étude américaine, réalisée en 1998 à Boston dans le Massachusetts (21), retrouvait 1,85 motifs par consultation.

### **III. Discussion de la Méthode (validité interne)**

#### **A. Limitation des biais**

##### **a) Biais de sélection**

Plusieurs mesures ont été prises pour limiter les biais de sélection.

Les méthodes de recrutements des patients et des médecins étaient standardisées de même que les procédures de relance des médecins (annexe 2).

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. Cette incapacité de remplir le questionnaire était laissée au jugement du médecin recrutant le patient. Celle-ci n'était pas basée sur une définition consensuelle avec des critères non validés et non exhaustifs. Ceci a pu entraîner une sélection des patients.

Il était demandé aux médecins de recruter de façon consécutive, les cinq premiers patients remplissant les critères d'inclusion et de non-inclusion. 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 après accord préalable du médecin ce qui pourrait indiquer un non-respect de la consécutive des inclusions.

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 à la réalisation du protocole pour des raisons de faisabilité.

De même, les médecins ayant accepté de participer à l'étude avaient connaissance, au préalable, du sujet de celle-ci. Également, les médecins recrutés étaient majoritairement maître de stage universitaire (MSU). Ces médecins pouvaient donc être plus intéressés par l'objet de l'étude et mieux formés, donc plus compétents pour l'identification des motifs de consultation. Il est également possible que les consultations de ces médecins aient duré plus longtemps, majorant artificiellement la concordance dans la population de l'échantillon.

Un tirage au sort a été réalisé parmi l'ensemble des médecins de la zone géographique étudiée dont la liste était obtenue par l'intermédiaire de l'annuaire santé publique sur le site internet Ameli (20) pour connaître l'ordre des médecins à recruter. Ce recrutement des médecins était réalisé de façon consécutive suivant leur rang sur cette liste après tirage au sort. Ce protocole est un critère méthodologique fort limitant la sélection des médecins.

### **b) Biais de mesure**

Les médecins recrutés étaient contactés par téléphone ou mail et connaissaient au préalable le protocole et l'objectif de l'étude. Ils pouvaient donc modifier leur pratique, par exemple en explicitant la hiérarchisation auprès de leurs patients. Il s'agit de l'effet Hawthorne (29). Cet effet pouvait être à l'origine d'une surestimation de la concordance.

Il était difficile de définir objectivement ce qu'est un « motif » de consultation. Lors du recrutement, il a été demandé aux médecins de remplir un « motif de consultation » et non le(s) diagnostic(s) à l'issue de cette consultation. Néanmoins, il a été observé lors du recueil des données que certains médecins mentionnaient un diagnostic. Ce diagnostic était recodé en motif selon la CISP-2 après consensus entre les investigateurs (annexe 6). La représentation et la compréhension du terme « motif » pouvaient être différentes entre les patients, pouvant entraîner un biais de mesure. Au préalable de l'étude, le questionnaire a été donné à des personnes volontaires pour rendre le questionnaire le plus simple et compréhensible possible, mais les qualités méthodologiques de cet outil n'ont pas été évaluées, se basant sur des outils utilisés dans d'autres études au préalable.

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

Pour diminuer le biais de mémorisation, le questionnaire patient et médecin était à remplir dès la consultation terminée. Néanmoins, le questionnaire ne disposant pas d'un horodatage, il est possible que certains médecins aient rempli les questionnaires à la fin de leur journée de travail, provoquant une altération de certaines données. A la fin de la consultation, les motifs recueillis pouvaient correspondre uniquement aux motifs discutés au décours de la consultation. Certains patients avaient peut-être d'autres motifs préalables à la consultation qu'ils n'ont pas mentionnés à posteriori.

Concernant le recueil des motifs de consultation, un champ libre était disponible en lieu et place de puces allant de 1 à 5. En effet, cette méthode aurait pu entraîner un biais de mesure par remplissage automatique des champs numérotés c'est-à-dire que les patients ont pu remplir les cinq champs alors qu'ils n'avaient peut-être que deux motifs de consultation. Par ailleurs, la question portant sur les motifs de consultation limitait les champs à 5 motifs. Certains patients ou médecins pouvaient avoir plus de motifs.

### **c) Biais de désirabilité sociale**

Les patients étaient invités à remplir le questionnaire après la consultation, seuls, en dehors du cabinet de consultation et à mettre 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.

#### **d) Biais de confusion**

Plusieurs mesures ont été prises pour limiter les biais de confusion, dont les biais d'interprétation.

Le recodage des motifs de consultation a été effectué par l'intermédiaire d'une classification validée internationale, nommée International Classification of Primary Care 2<sup>ème</sup> édition validée par la Wonca International Classification Committee. Cette classification était utilisée dans la littérature et notamment dans l'étude française ECOGEN (1). Néanmoins, ce recodage et la catégorisation des données induisent une perte de données et peut être à l'origine d'une surestimation mécanique de la concordance. La procédure de recodage des motifs de consultation identifiés par le médecin était standardisée et réalisée en double aveugle (annexe 6).

Les études scientifiques réalisées sur ce sujet ne posent pas de définition standardisée de la « concordance ». Il n'y a donc pas de consensus scientifique sur la façon de mesurer la concordance entre les motifs de consultation. Ce système de concordance à quatre niveaux, décrit ci-dessus, et utilisé dans la littérature scientifique (21), permettait de mettre l'accent sur l'importance du motif de consultation principal du patient et de mettre en avant la hiérarchisation des motifs. La concordance était considérée, arbitrairement, comme haute si elle était totale ou majeure. Cette définition non consensuelle a été utilisée pour une meilleure validité externe et comparabilité aux autres études scientifiques mais a pu entraîner un biais d'interprétation des résultats de cette étude, notamment par une surestimation artificielle de la concordance par les investigateurs. Ce biais était, néanmoins limité par l'intermédiaire d'une définition unique et reproductible.

Les données comportant un seul motif de consultation du patient et/ou du médecin ont pu augmenter artificiellement la concordance et entraîner un biais d'interprétation des facteurs d'influence. Une seconde analyse multivariée a été réalisée, dans un second temps, en collaboration avec la statisticienne, en supprimant ces données.

L'interprétation des résultats pourrait être limitée du fait de l'interférence d'autres variables qui ont été insuffisamment contrôlées par le protocole de recherche, qui ne sont pas connues.

## **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 est plus faible que prévu initialement. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce manque d'effectif.

Le taux de réponse dans notre étude était faible, de l'ordre de 15%. Une étude, réalisée en 2011 en Grande-Bretagne (30), montrait un taux de réponse moyen à 61 % aux enquêtes auprès des médecins généralistes publiés dans des revues de soins primaires au cours de la dernière décennie. Une autre étude, réalisée en Suisse et en France en 2015 (31), montrait un taux de réponse 22% par voie postale et 10% par voie numérique. Une autre étude, réalisée en 1996 (32), montre un taux de réponse à 32% et explique que 25% des non répondants, contactés par téléphone, n'avait pas le temps de répondre aux questionnaires.

Dans un premier temps, la quasi-totalité des médecins contactés par voie téléphonique avaient un secrétariat. Il était très difficile de pouvoir discuter avec le médecin directement, forçant le secrétariat à laisser un message. Ceci a pu entraîner une mauvaise retranscription de l'objectif de l'étude et a pu diminuer la participation. Plusieurs rappels ont été effectués afin d'en limiter l'impact.

Ensuite, cela pourrait s'expliquer par la démographie médicale actuelle des médecins généralistes. En effet, en France, en 2022, selon l'Agence Régionale de Santé, il y a 8,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 10,5 en 2010. Selon l'Agence Régionale de Santé, en 2022, il y a respectivement 7,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants dans Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD) (n=146), 6,3 médecins généralistes pour 10 000 habitants dans la Communauté de Communes des Hauts de Flandre (CCHF) (n=34) et 9,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants dans la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI) (n=94) (33). Dans la zone de la CCFI où la densité médicale était la plus élevée, le taux de participation à notre étude était plus faible. Dans ce contexte de faible densité de médecins généralistes dans la zone géographique de cette étude, à

l'image de la France, la participation des médecins était moindre. En effet, la charge de travail très importante par médecin a pu entraîner une diminution de la participation des médecins, probablement par manque de temps.

Selon l'Agence Régionale de Santé, en 2022, environ 50% des médecins généralistes (136 sur 274) de la zone géographique étudiée ont plus de 55 ans et environ 35% (96 sur 274) ont plus de 60 ans (34). La population de médecins de cette étude étant plutôt jeune avec une moyenne d'âge à 46 ans, il est possible que les médecins plus âgés ne souhaitent pas participer à des études de thèse.

### **b) Questionnaire**

Certains questionnaires distribués aux médecins et patients auraient pu être adaptés pour une meilleure compréhension. Pour les motifs de consultation, malgré les explications lors du recrutement, certains médecins ont mis un ou des 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.

Deux médecins avaient, selon les informations des investigateurs, un(e) assistant(e) médical(e). Il semble que ces médecins réalisaient plus de consultations par jour. Cette information aurait pu être demandée au préalable dans le questionnaire. Ceci a pu modifier certaines données. En effet, l'assistant(e) médical(e) a pu recueillir le motif de consultation au préalable pour le médecin. Le motif a pu être recueilli à deux reprises, par l'assistant médical puis par le médecin, pouvant augmenter la probabilité d'une concordance. Par ailleurs, par l'utilisation d'un assistant médical, le médecin avait peut-être plus de temps à consacrer au patient et pouvait augmenter la probabilité concordance. Cependant, cela concernait probablement un effectif très limité.

## **2. Forces de l'étude**

### **a) Question de recherche**

La principale force de cette étude relève de la modernité des données étudiées. En effet, la question de recherche traite d'un sujet dont les études scientifiques sont anciennes, non françaises et peu concluantes. Cette étude s'inscrit dans des contextes politiques, sociologiques et épidémiologiques très différents des anciennes études. La démographie médicale actuelle est différente avec une densité médicale plus faible. Par ailleurs, la qualité de formation universitaire semble meilleure.

### **b) Méthodologie et protocole**

L'étude a été réalisée selon un protocole détaillé, standardisé et validé par un membre du comité d'éthique. De nombreuses procédures ont été mises en place afin de limiter les biais.

### **c) Choix du type de consultation**

Cette étude s'est principalement intéressée aux patients consultants en médecine générale ambulatoire dans un contexte de consultation programmée pour des motifs de consultation non aigus. Les consultations non programmées ou traitant de motifs aigus étaient exclues car une concordance totale était attendue dans la majorité de ces consultations. Les consultations programmées étaient plus complexes et permettaient d'explorer plus de motifs de consultation.

### **d) Questionnaire**

Les variables recueillies dans les questionnaires étaient choisies par rapport à la littérature et notamment l'étude française ECOGEN (1). La variable concernant les motifs de consultation était en texte libre afin de limiter la perte de données et ne pas influencer les participants.

## **IV. Conflits d'intérêt**

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

## V. Perspectives

Les résultats de cette étude sont limités par la présence de faiblesses méthodologiques et statistiques qui n'ont pas pu être anticipées au préalable, en partie lié à la taille limitée de l'effectif recruté. En effet, cette étude a été réalisée dans une zone géographique restreinte, limitant la représentativité des données recueillies et les résultats. Ce choix était effectué par les investigateurs, préalablement à l'étude, pour des raisons de faisabilité. Néanmoins, ce travail est novateur et pourrait servir d'étude préliminaire. En effet, à l'avenir, la réalisation d'autres études, en utilisant la même méthode, sur des zones géographiques différentes, en s'inspirant du même protocole, pourraient permettre d'obtenir des données supplémentaires. Ces données pourraient servir à l'obtention d'une base de données commune plus importante pouvant permettre d'obtenir d'autres résultats significatifs.

Identifier les motifs de consultation de ses patients, en médecine générale ambulatoire, est indispensable pour assurer des soins de qualité et améliorer la qualité de vie des patients. La relation entre le médecin et son patient et notamment l'ancienneté de celle-ci est un facteur important permettant une meilleure compréhension des attentes des patients.

## CONCLUSION

Identifier et hiérarchiser les motifs de consultations est une compétence primordiale pour le médecin généraliste afin d'assurer des soins de qualité à son patient et garantir sa qualité de vie. Néanmoins, cette compétence est complexe à acquérir et requiert du médecin des capacités d'écoute et de communication.

Les résultats de cette étude suggèrent que le nombre de motifs de consultation et l'ancienneté de la relation médecin-patient influencent l'identification de ces motifs. Le médecin aura plus de mal à identifier les motifs de consultation de son patient si ceux-ci sont nombreux. D'autre part, plus la relation entre le patient et son médecin est ancienne, meilleure est l'identification des motifs de consultation. La relation avec le patient et la connaissance du patient par le médecin est un élément important.

Ces données sont encourageantes mais limitées par un faible effectif. D'autres études à plus grande échelle pourraient permettre d'améliorer la compréhension de ce phénomène.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

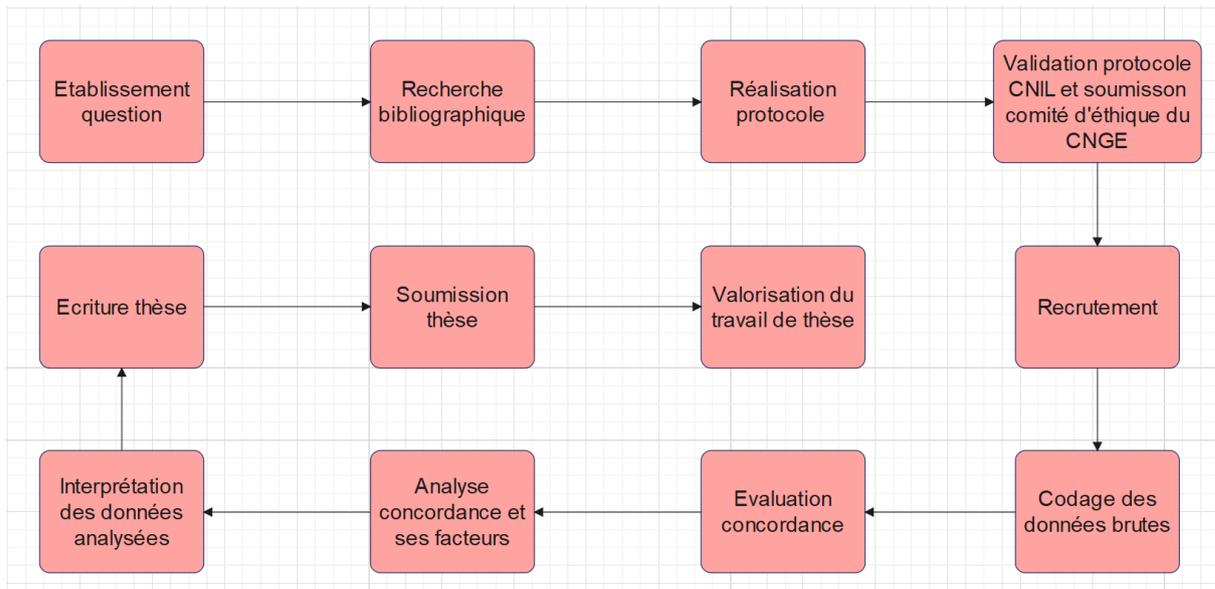
1. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. 2014;25(114):10.
2. Delmas S. Les Consultations à motifs multiples en médecine générale dans la circonscription de Bayonne : description, modalités de prise en charge, formation initiale et continue dans le domaine [Thèse d'exercice]. Université Bordeaux-II; 2005.
3. 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.
4. 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.
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. White J, Levinson W, Roter D. Oh, by the way .... *J Gen Intern Med.* 1 janv 1994;9(1):24-8.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.

14. Kravitz RL. Measuring Patients' Expectations and Requests. *Ann Intern Med.* 1 mai 2001;134(9\_Part\_2):881-8.
15. 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.
16. 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.
17. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
18. 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.
19. 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.
20. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
21. 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.
22. Freidin RB. Patient-Physician Concordance in Problem Identification in the Primary Care Setting. *Ann Intern Med.* 1 sept 1980;93(3):490.
23. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).
24. 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.
25. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2nd edition). Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).
26. Žebiene E, Švab I, Šapoka V, Kairys J, Dotsenko M, Radić S, et al. Agreement in patient–physician communication in primary care: A study from Central and Eastern Europe. *Patient Educ Couns.* 1 nov 2008;73(2):246-50.
27. Effectif de professionnels de santé libéraux par âge et sexe et par département - 2016 à 2020 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2022 [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/age-sexe-professionnels-sante-liberaux-departement>

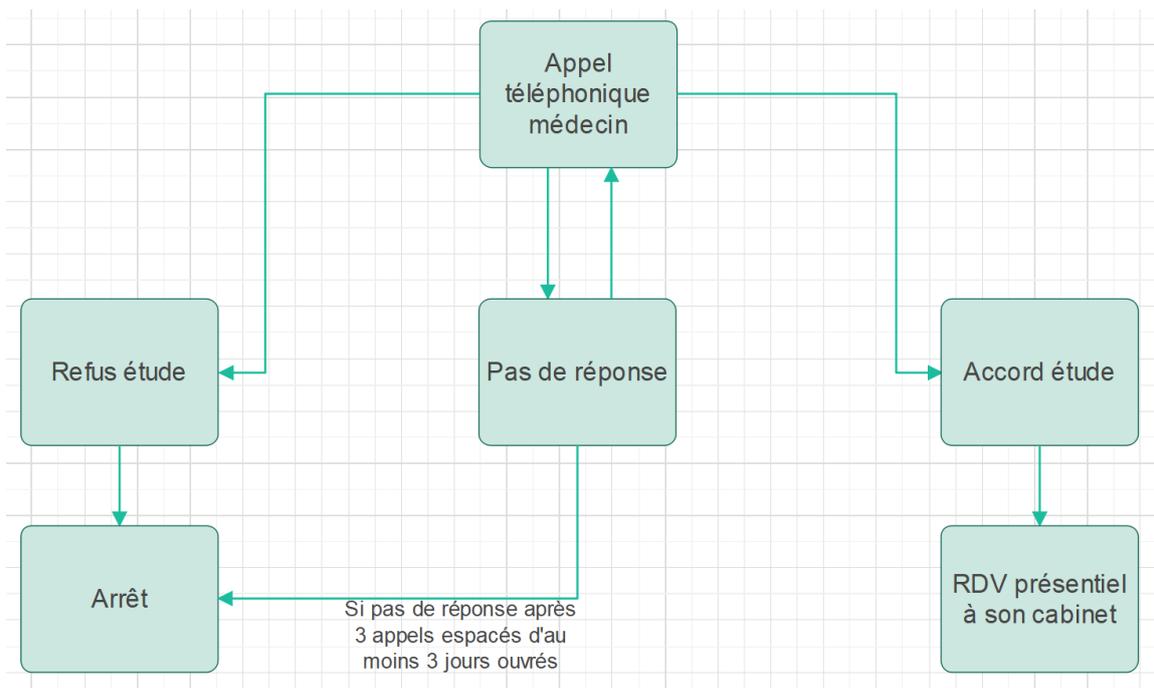
28. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2022 janv p. 141.
29. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol.* mars 2014;67(3):267-77.
30. Creavin ST, Creavin AL, Mallen CD. Do GPs respond to postal questionnaire surveys? A comprehensive review of primary care literature. *Fam Pract.* 1 août 2011;28(4):461-7.
31. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res.* 22 mars 2017;19(3):e83.
32. McAvoy BR, Kaner EFS. General practice postal surveys: a questionnaire too far? *BMJ.* 21 sept 1996;313(7059):732-3.
33. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=596705,7131006,111157,60599&c=indicator&i=offre\\_ps.dens\\_g&s=2022&selcodgeo=245900428&view=map9](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=596705,7131006,111157,60599&c=indicator&i=offre_ps.dens_g&s=2022&selcodgeo=245900428&view=map9)
34. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=596705,7131006,111157,60599&c=indicator&selcodgeo=245900428&view=map9>

## ANNEXES

### Annexe 1 : organigramme de l'étude



### Annexe 2 : schématisation procédure de recrutement des médecins



## Annexe 3 : questionnaire praticien (1)

Travail de Thèse - Alexis Loyez et Dumont Loïc

### Questionnaire Médecin

#### 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 4 : questionnaire médecin (2)**

Travail de Thèse - Alexis Loyez et Dumont Loïc

### Questionnaire Médecin

#### 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).

#### 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 5 : questionnaire patient**

Travail de Thèse - Alexis Loyez et Dumont Loïc

Questionnaire Patient

### **Questionnaire à remplir après la consultation, sans le médecin**

*Durée estimée du questionnaire : moins de 5 minutes*

*Dans le cadre d'un travail de thèse, nous souhaitons obtenir vos attentes d'une consultation de suivi programmé en médecine générale ambulatoire. Ce travail a pour objectif principal de connaître les différents motifs de consultation et les attentes d'un patient en médecine générale et de les comparer aux attentes du médecin.*

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

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

*LOYEZ Alexis - Interne de médecine générale.*

*DUMONT Loïc - Interne de médecine générale.*

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

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.

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
- Aucune

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

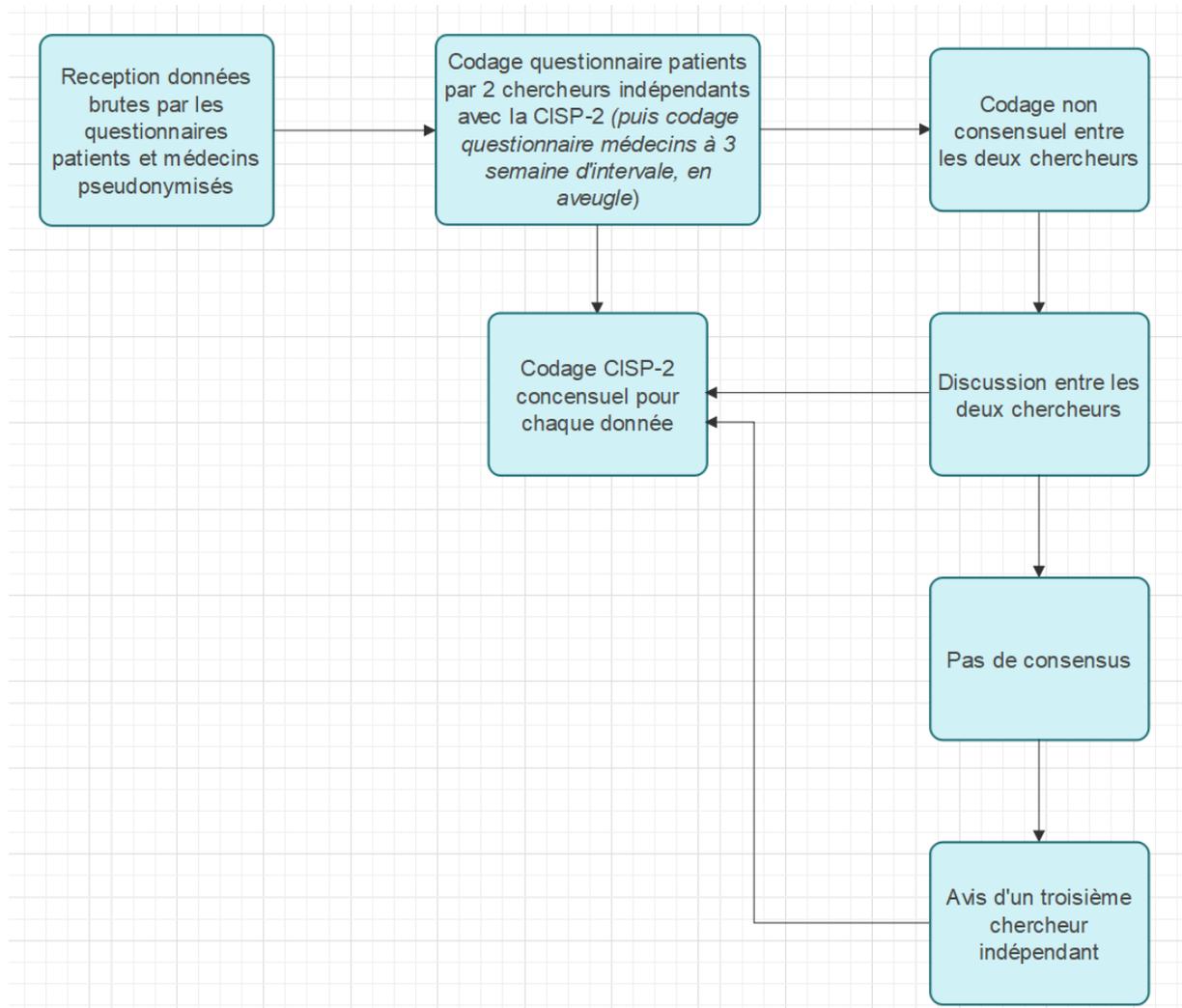
Question n°12

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

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

Veuillez remettre le questionnaire au secrétariat ou au médecin dans une enveloppe scellée. Merci.

## Annexe 6 : codage des motifs de consultation

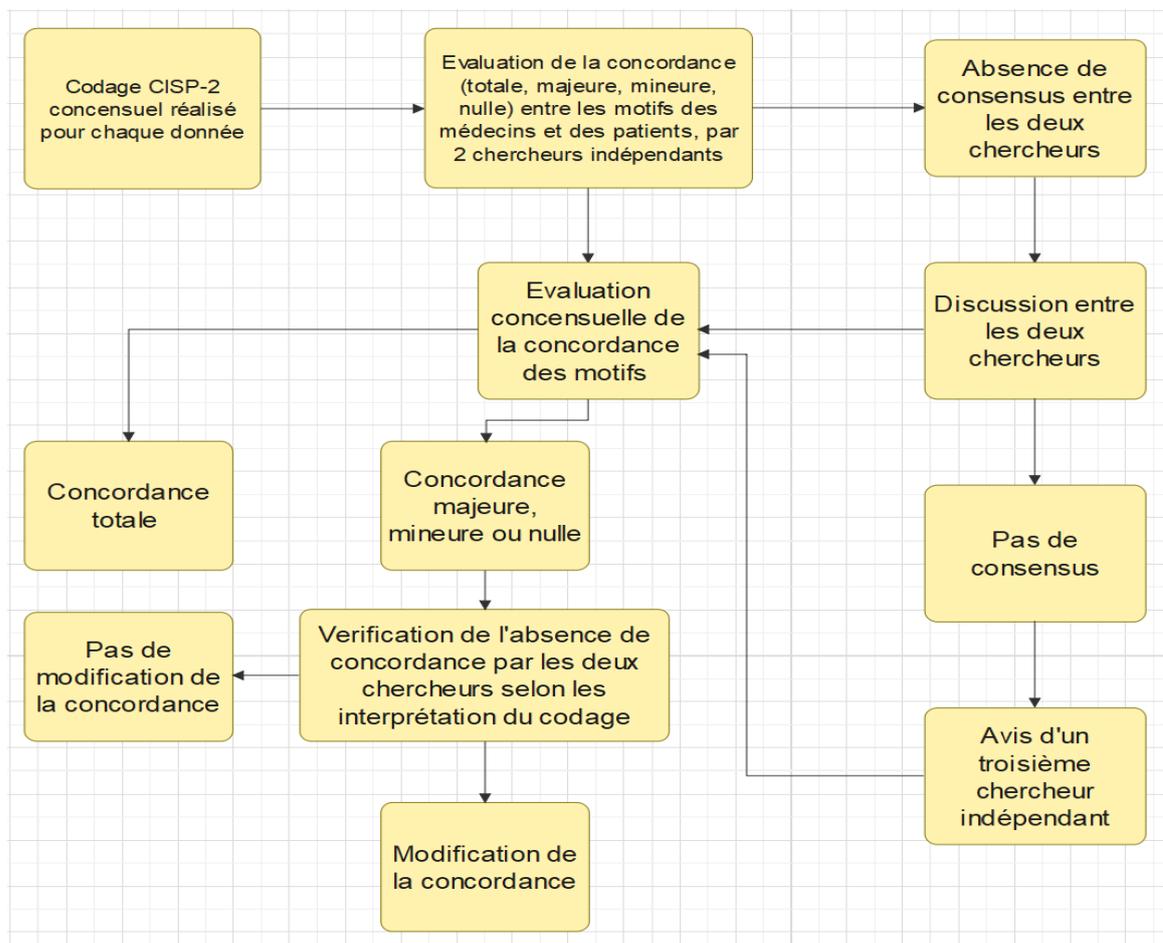


## Annexe 7 : codage consensuel motifs de consultation fréquents

Motif relaté dans le questionnaire	Motif CISP-2
Renouvellement de traitement	63 - Rencontre de suivi
Résultat biologique	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 8 : récapitulatif des définitions des concordances

<b>Totale</b>	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
<b>Majeure</b>	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.
<b>Mineure</b>	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.
<b>Nulle</b>	Le médecin ne mentionnait aucun des motifs de consultation cités par le patient.

**Annexe 9 : conduite à tenir à la suite du codage des motifs**

## Annexe 10 : exemples de codage

### 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.

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

### 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.

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

*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).

<b>Exemple n°3 : concordance majeure</b>				
<b>Motifs de consultation cités par le patient</b>	<b>Recodage</b>	<b>Motifs de consultation identifiés par le médecin</b>	<b>Recodage</b>	<b>Concordance</b>
Maux de tête	N01	Céphalée	N01	<b>Majeure</b>
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).

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

*Exemple n°5 : concordance mineure*

Un patient a pour motif de consultation “dysfonction érectile” (code Y07), 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 a cité un motif de consultation du patient autre que le premier motif en premier motif).

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

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

## Annexe 11 : conformité au regard de la loi informatique et libertés



### 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](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Traitement exonéré

**Intitulé** : Facteurs influençant la concordance entre le motif principal de consultation du patient et celui identifié par le médecin.

**Chargé (e) de la mise en œuvre** : M. Dominique LACROIX  
**Interlocuteur (s)** : M. Loïc DUMONT

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 6 décembre 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

## **Annexe 12 : médecin à exercice particulier**

Il n'existe pas de liste officielle et validée des modes d'exercice particulier en médecine générale. Néanmoins, ci-dessus, une liste non exhaustive :

- Ostéopathie
- Médecine esthétique
- Médecine du sommeil
- Angiologie
- Médecine énergétique
- Acupuncture
- Homéopathie
- Médecine du sport
- Pathologie des infections tropicales
- Médecine de catastrophe
- Phoniatrie
- Médecine pénitentiaire
- Hydrologie et climatologie médicale
- Médecine aérospatiale
- Toxicomanie et alcoologie
- Médecine polyvalente d'urgence
- Médecine polyvalente gériatrique
- Aide médicale urgente
- Techniques transfusionnelles
- Évaluation et traitement de la douleur
- Médecine d'urgence

**Annexe 13 : variables recueillies concernant le médecin**

- motif(s) de consultation du patient identifiés avec hiérarchisation selon importance
- réponse aux attentes du patient
- genre
- âge
- type d'exercice
- durée totale d'exercice
- lieu d'exercice
- secteur d'activité
- maître de stage universitaire ou non
- nombre total de patient dans la patientèle
- présence d'un secrétariat (présentiel ou distanciel) ou non
- recueil du motif de consultation au préalable
- consultations libres ou sur rendez-vous
- nombre d'actes quotidiens
- participation à des groupes de pairs ou groupes d'échange de pratique
- participation à des formations complémentaires sur le thème de la communication
- relevé individuel d'activité de prescriptions

## **Annexe 14 : variables recueillies concernant le patient**

- motif(s) de consultation
- genre
- âge
- ancienneté de la relation patient-médecin
- catégorie socio-professionnelle
- niveau de diplôme
- statut d'exonération
- délai depuis précédente consultation
- présence et nature d'un tiers au moment de la consultation
- préparation d'une liste préalable de choses à demander au médecin
- adressage par un autre professionnel de santé
- niveau de satisfaction

**AUTEUR : Nom : DUMONT**

**Prénom : Loïc**

**Date de Soutenance : 22 juin 2023**

**Titre de la Thèse : Quels sont les facteurs influençant la concordance entre le motif principal de consultation du patient et celui identifié par le médecin ?**

**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** : Les motifs de recours aux soins primaires sont nombreux et variés et peu de données scientifiques existent à ce sujet. En médecine générale, un patient consulte avec plusieurs motifs. La concordance entre le médecin et le patient à propos du motif de consultation principal du patient varie. De nombreux facteurs pourraient influencer la concordance des motifs de consultation entre patient et médecin.

**Méthode** : Étude observationnelle, descriptive, multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale ambulatoire dans les zones géographiques suivantes : Communauté Urbaine de Dunkerque (CUD), la Communauté de Communes des Hauts de Flandre (CCHF) et la Communauté de Communes des Flandres Intérieures (CCFI). La population étudiée comportait 41 médecins exerçant dans la zone définie et 193 patients ayant déclaré leur médecin comme médecin traitant. La concordance était étudiée par l'intermédiaire d'une analyse descriptive. Une analyse multivariée permettait l'identification des facteurs influençant cette concordance.

**Résultats** : l'analyse multivariée par régression logistique retrouve deux variables significatives avec un OR ne comprenant pas 1. Plus le patient a de motifs de consultation, plus la probabilité d'une concordance basse est forte, l'ajout d'un motif de consultation multiplie par 2,33 [1,29 ; 4,52]. Si le patient a une relation avec son médecin de plus de 10 ans, la probabilité d'une concordance basse est faible 0,19 [0,02 ; 0,83].

**Conclusion** : Plus le patient présente de motifs de consultation, plus l'identification de ceux-ci par le médecin est difficile et plus la concordance est basse ; la relation patient-médecin de plus de 10 ans améliorerait l'identification de ces motifs. Cette étude est principalement limitée par le manque d'effectif.

**Composition du Jury :**

**Président**

**Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe**

**Asseseurs**

**Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice**

**Directeur de thèse**

**Monsieur le Docteur DESCAMPS Axel**

