



HAL
open science

L'expérience patient en cabinet de médecine générale dans les Alpes-Maritimes : état des lieux et facteurs influençant l'expérience des patients

Denis Mansour

► To cite this version:

Denis Mansour. L'expérience patient en cabinet de médecine générale dans les Alpes-Maritimes : état des lieux et facteurs influençant l'expérience des patients. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02968508

HAL Id: dumas-02968508

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968508>

Submitted on 15 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

° UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS °
ANNÉE 2020



**THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE
POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE**

**L'EXPÉRIENCE PATIENT EN CABINET DE MÉDECINE
GÉNÉRALE DANS LES ALPES-MARITIMES :
État des lieux et facteurs influençant l'expérience des
patients**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice
Le Jeudi 17 septembre 2020

Par

Denis MANSOUR

Né le 21 Septembre 1988 à PLEVEN (Bulgarie)

Président du jury :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Professeur Brigitte MONNIER

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Isabelle POURRAT

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDETOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Remerciements

Aux membres du jury,

À Monsieur le Professeur Pradier,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse et vous en suis très reconnaissant. Soyez assuré de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Gardon,

Je vous remercie de siéger dans ce jury et suis honoré que vous puissiez juger ce manuscrit. Veuillez recevoir mon profond respect pour vos années de dévouement envers les internes de médecine générale.

À Madame le Professeur Monnier,

Je vous prie d'accepter toute ma gratitude de siéger dans ce jury, et vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.

À Madame le Docteur Isabelle Pourrat,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie de m'avoir accompagné avec tant de disponibilité et d'investissement. Merci pour votre bienveillance, vos encouragements permanents, et tous nos longs rendez-vous à discuter de cette thèse.

À ma famille,

Maman, Papa, merci d'avoir toujours été là pour moi et d'avoir toujours fait en sorte que je ne manque de rien. Même si je ne suis pas le petit garçon parfait, je vous aime.

À mes grands-parents, tous partis trop tôt.

A tous mes Oncles et Tantes, Cousins, Cousines que je vois trop rarement, que ce soit en Bulgarie, au Liban ou ailleurs, je pense à vous. Pensées particulières pour Diana, Leïla, Ali, Ivo, Nathalie et Céline pour les nombreux souvenirs partagés ensemble.

À ma belle-famille,

À tous, merci du fond du cœur de m'avoir accueilli parmi vous et de faire preuve d'une bienveillance permanente à mon égard. Et merci particulièrement à Sylvie, pour la relecture de ce travail de thèse mais également pour m'avoir fait découvrir les Œufs en Meurette (miam) !!

À Anne-So et Renaud, merci pour ces batailles acharnées au Bowling, au Ping-Pong à Wingspan et pour la relecture de cette thèse.

Aux amis Dijonnais,

À Hélène, de e-carabin (oui oui) à aujourd'hui, tant d'années sont passées avec beaucoup de hauts et quelques bas mais malgré la distance, tu as toujours été là. Merci !!! À très bientôt sur Dijon !

À Florian, pour les centaines d'heures de BU (pas de travail !) et pour les centaines d'heures de tout le reste. Je n'oublierai jamais mon état le matin des résultats du redoublement ou tu m'as fait croire que tu avais validé ... ^^

À Maxime, Laureline, Charlotte, Victor, Marine, Lucie, Lucile, Anouk, Marie, Maud, Gazzo, Paulina (les cornichons à Barcelone) et Justine (les soirées Pizza Hut au Saumon sans croûte) pour les BU, pauses Caf', gardes, WEI, soirées et autres !

À Amine pour les briefing et débriefing des matchs du PSG, le jour de cette thèse Paris sera peut-être champion d'Europe. ^^

À Guillaume, pour les années Auxerroises, les tours de bus et toutes les autres conneries et pour cette année Dijonnaise non prévue et très utile sur mon développement personnel à FIFA.

À Céline et Zim, pour les nombreuses expérimentations culinaires (réussies... ou pas ^^) faites ensemble.

Aux amis Niçois,

Sophie, co-interne Alsacienne de chic et de choc mais surtout Amie ! G'sundheit !

Les GEASPEURS du jeudi après-midi, en particulier Marie, Maxime, Camille et Marie-Doha, que de loooooonngs moments passés ensemble !

Tous les co-internes rencontrés durant le cursus avec une mention spéciale pour ceux des Urgences de Pasteur 2 Nice, de Gynéco et Pédiatrie à Cannes mais aussi Faustine pour les gardes, les restos (quand je suis invité...) et les réponses à mes nombreuses questions !

Barbara (ou Dr Lam quand même), pour ta confiance et les nombreuses semaines de remplacement grâce à toi. Je te souhaite plein de bonheur avec ton p'tit bout.

Aux médecins qui m'ont fait découvrir le métier et accueillis dans leur cabinet,

Docteur Lionel Barrau (et Jeanne) pour le premier contact avec la médecine générale, les visites à domicile, les restos, les voiliers etc.

Docteur Baroghel pour la rigueur, l'humour, l'esthétique et la médecine du sport.

Les Docteurs Le Berre, Nicolas et Dumoulin pour les 6 mois de SASPAS en immersion chez eux, leurs conseils et leur gentillesse.

Et à tous les autres Docteurs qui m'ont permis de gagner en expérience en les remplaçant quelques jours ou plusieurs semaines que ce soit à Cannes, Mougins, Roquebrune, Le Cannet, Mandelieu ou Valbonne.

Aux services qui m'ont accueilli,

Le service d'Onco-Hématologie de Fréjus, sa superbe équipe paramédicale et ses supers médecins (Karine, Jemima et le Dr Valenza), mais aussi les services de Gynécologie et Pédiatrie de Cannes, les Urgences du CHU de Nice, six mois intenses mais enrichissants entouré d'équipes au top et le service de Pneumologie de Grasse

A tous les autres,

Aux médecins qui m'ont permis de diffuser mon questionnaire dans leur cabinet,

Aux patients qui ont pris le temps de répondre avec sincérité aux nombreuses questions,

À David Moreau, ingénieur statisticien, sans qui cette thèse n'était pas possible,

Aux IDE, IDEL (Sandrine, Carine), Secrétaires (Chrystelle, Valérie, Valérie, Nathalie), Infirmière Coordinatrice, AS, ASH, Kiné, Assistantes sociales et ceux que je n'ai pas cité, MERCI !

Enfin, et principalement, à Pauline,

Presque huit années passées à tes côtés, huit années que tu me supportes, que tu m'encourages, que tu m'apportes du Bonheur au quotidien, huit ans que tu m'aimes et que tu as changé ma vie. Bientôt une nouvelle page de notre histoire va s'ouvrir, que j'espère encore plus heureuse. Je t'Aime.

Table des matières

Table des illustrations	13
Abréviations et acronymes	14
INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODE	18
A. TRAVAIL DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	18
B. ÉLABORATION ET VALIDATION STATISTIQUE DU QUESTIONNAIRE	19
C. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	23
D. SCORES ET ANALYSES	24
RESULTATS	25
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ECHANTILLON	25
B. SCORES DE L'EXPÉRIENCE PATIENT.....	26
C. FACTEURS INFLUENÇANT L'EXPÉRIENCE PATIENT	28
D. PRÉFÉRENCES DES PATIENTS.....	29
E. RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'EXPÉRIENCE PATIENT	29
DISCUSSION	32
A. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE.....	32
B. FACTEURS INFLUENCANT L'EXPERIENCE PATIENT	33
C. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE.....	35
D. LA POPULATION ETUDIÉE	36
E. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL.....	37
ANNEXES	39
BIBLIOGRAPHIE	45
Serment d'Hippocrate	48
Abstract	49
Résumé	50

Table des illustrations

FIGURE 1 : MATRICE DE CORRELATION DES QUESTIONS (EN ROUGE D1, EN BLEU D2, EN VERT D3)	22
TABLEAU 1 : COEFFICIENTS ALPHA DE CRONBACH DES DIFFERENTES DIMENSIONS	22
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON ETUDIE	25
TABLEAU 3 : RESULTATS DE L'EXPERIENCE PATIENT DANS CHAQUE DIMENSION EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES. (* TEST DE WILCOXON, ** TEST DE KRUSKAL WALLIS).....	27
TABLEAU 4 : FREQUENCES DES MODALITES ET MOYENNES DES REPONSES AUX QUESTIONS DE L'EXPERIENCE PATIENT	31
ANNEXE 1 : ANALYSE FACTORIELLE DITE "PARALLELE"	39
ANNEXE 2 : TABLE RESUMEE DES INDICATEURS CALCULES POUR CHAQUE ANALYSE FACTORIELLE	39
ANNEXE 3 : CHARGES STANDARDISEES (FACTOR LOADING) ASSOCIANT LES QUESTIONS AUX DIMENSIONS DANS L'ANALYSE FACTORIELLE A 3 FACTEURS.....	40
ANNEXE 4 : CLASSIFICATION HIERARCHIQUE ASCENDANTE (CHA) DU QUESTIONNAIRE	40
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE EXPERIENCE PATIENT	41

Abréviations et acronymes

- **ACP** : Analyse en Composantes Principales
- **AFE** : Analyse Factorielle Exploratoire
- **CG CAHPS** : The Clinician and Group Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
- **CHA** : Classification Hiérarchique Ascendante
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CQI** : Consumer Quality Index
- **GPAQ** : General Practice Assessment Questionnaire
- **GPPS** : General Practice Patient Survey
- **HCAAM** : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
- **IFEP** : Institut Français de l'Expérience Patient
- **IPQ** : Improving Practice Questionnaire
- **NORPEQ** : Norway Patient Experience Questionnaire
- **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PPE-15** : Picker Patient Experience 15

INTRODUCTION

En septembre 2018, la ministre de la santé Agnès Buzyn, présentait le plan « Ma Santé 2022 » qui fixait comme objectif, d'améliorer la qualité et la pertinence des soins et des prises en charge, notamment grâce à la mesure de la satisfaction des patients (1). En effet, les patients étant présents à chaque étape de leur prise en charge, sont les meilleurs juges pour évaluer, de par leur expérience, leur parcours dans le système de santé (2–4). Pourtant, ils sont encore trop peu partie prenante de l'évaluation de leurs soins, alors qu'elle constitue un vrai levier d'amélioration de la pratique des professionnels de santé (1).

Au début des années 2000, des pays comme les États-Unis, le Royaume Uni, les Pays Bas ou les pays scandinaves, ont été les premiers à porter une attention particulière à l'amélioration de "l'expérience patient", au travers d'enquêtes nationales de grande ampleur (5).

Bien qu'il n'existe pas de définition unique et consensuelle de l'expérience patient, la plus communément utilisée reste celle du Beryl Institute qui la décrit comme « l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne au cours de son parcours de santé. Ces interactions étant façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée » (6).

De par leur plus grand pouvoir discriminant, les enquêtes de type expérience patient ont progressivement pris le relais des enquêtes de satisfaction (7). En effet, la satisfaction se focalise sur l'avis subjectif des patients tandis que l'expérience patient recueille le retour des patients sur ce qu'il s'est vraiment passé durant leur parcours de soins, aussi bien leurs avis subjectifs que les faits objectifs (8). Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), contrairement à la satisfaction, l'expérience patient reflète l'interaction réelle des patients avec le système de soins et fait partie intégrante du processus des soins (9).

La mesure de expérience patient est reconnue comme l'une des principales composantes de l'évaluation de la qualité des services de santé (10,11). Il a été démontré qu'une expérience patient positive est corrélée à un plus haut niveau d'adhésion aux recommandations sur la prévention et les traitements, à de meilleurs résultats cliniques, à une meilleure sécurité des patients et à une moins grande utilisation des services de soins (2,12). La répétition des études d'expérience patient permet de mettre en place des actions ayant pour but ultime l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé (13).

Ainsi, il convient de s'intéresser à ce qui est important pour le patient lors de son parcours de soins afin de le placer au cœur de ses soins. Dans ce sens, les travaux du Picker Institute et de l'Harvard Medical School ont permis d'isoler huit domaines (14) à prendre en considération afin de mieux impliquer les patients: L'accès aux soins, le respect des valeurs et des préférences du patient, la coordination des soins, l'information, l'éducation et la communication avec le soignant, le confort physique, le soutien émotionnel, l'implication de la famille ainsi que la transition et la continuité des soins.

En France, l'expérience patient reste encore peu connue. En 2018, l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP) notait que 45% des professionnels des établissements de santé ne connaissaient pas le terme et que parmi les 55% restants, 34% pensaient que rien n'avait encore été fait à ce sujet ou que cela commençait à peine (15). Jusqu'à présent, l'expérience patient n'a été mesurée, au niveau national, que chez des patients admis en hospitalisation, par exemple par le biais du questionnaire e-Satis (16).

A ce jour, aucune initiative structurée de mesure de l'expérience patient en soins primaires, notamment en cabinet de médecine générale, n'existe à l'échelon national. De même, il n'existe pas de questionnaire développé spécifiquement dans le but de mesurer l'expérience patient en soins primaires en France. Ce type d'étude est pourtant déjà régulièrement effectué dans les pays précurseurs depuis plusieurs années, afin d'améliorer *in fine* leur système de soins primaires (17). Même s'il existe divers moyens de recueil de l'expérience patient (focus group, patient traceur, patient expert), la méthode la plus fréquemment utilisée reste celle des questionnaires standardisés, validés et adaptés au système de santé du pays (18–25).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a récemment réaffirmé les soins primaires comme étant la « pierre angulaire » de tout système de santé dans la déclaration d'Astana de 2018 (26). Étant la seule spécialité clinique totalement dédiée aux soins primaires, la médecine générale occupe donc un rôle majeur dans notre système de santé, qu'il convient encore de renforcer, comme le stipule la loi « Ma Santé 2022 » et le rapport 2018 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) (1,27,28).

Il paraît donc intéressant d'élargir le champ de ce type d'études à la médecine de ville, et ne pas réserver la prise en compte de l'expérience des patients uniquement au monde hospitalier dans un système de santé français actuellement encore trop « hospitalo-centré » (29).

Notre étude a pour objectifs de décrire, par le biais d'un nouveau questionnaire validé statistiquement, l'expérience des patients dans leur parcours de soins en médecine générale dans les Alpes-Maritimes et de rechercher les facteurs pouvant influencer cette expérience.

Nous chercherons à répondre à la question suivante : comment les patients valorisent-ils leur expérience en cabinet de médecine générale dans le département des Alpes-Maritimes, et quels sont les facteurs qui peuvent influencer cette expérience ?

MATERIEL ET METHODE

Devant l'absence de questionnaire « expérience patient » français, nous avons créé un questionnaire permettant de quantifier l'expérience patient en cabinet de médecine générale et d'explorer les différentes dimensions de l'approche centrée patient du Picker Institute.

Notre étude consistait en une enquête transversale descriptive. La population cible était les patients consultant en cabinet de médecine générale dans le département des Alpes-Maritimes. Les critères d'exclusions étaient : un âge inférieur à 18 ans, une incapacité à répondre soit même au questionnaire, une première consultation chez le médecin.

A. TRAVAIL DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Afin d'identifier les principaux questionnaires étrangers existants mesurant l'expérience patient en soins primaires, nous avons effectué une recherche bibliographique préliminaire. Celle-ci a été réalisée par le biais de la base de données PubMed avec inclusions des ressources dans le logiciel Zotero. Les termes utilisés pour les recherches étaient : « *patient experience* », « *surveys and questionnaires* », « *primary health care* ».

Les articles ont d'abord été sélectionnés sur les titres puis sur les résumés. Les bibliographies des articles sélectionnés ont été analysées pour faire émerger des articles princeps. Sept questionnaires internationaux, validés et standardisés, utilisés dans différents pays ont été isolés :

- The Clinician and Group Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CG- CAHPS) - *États-Unis* (18)
- NOR-Patient Experience Questionnaire (NORPEQ) - *Norvège* (19)
- General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - *Royaume Uni* (20)
- General Practice Patient Survey (GPPS) - *Royaume Uni* (21)
- Consumer Quality index (CQI) - *Pays-Bas* (22)
- Picker Patient Experience-15 (PPE-15) - *Royaume Uni* (23)
- Improving Practice Questionnaire (IPQ) - *Royaume Uni* (24)

Les recherches sur l'approche centrée patient ont permis d'isoler les travaux de Gerteis et al. de 1993 avec le concours du Picker Institute et de la Harvard Medical School citant huit dimensions fondamentales pour le patient au cours de son expérience des soins (14).

B. ÉLABORATION ET VALIDATION STATISTIQUE DU QUESTIONNAIRE

1. Sélection des questions et traduction :

Soixante-trois questions de significations différentes ont été isolées dans les sept questionnaires. Parmi elles, 33 questions revenant dans au moins trois questionnaires ont été sélectionnées puis traduites en français.

Dans un objectif de cohérence du questionnaire vis-à-vis du système de soins français et afin que le questionnaire ne soit pas trop long, nous avons soit éliminé, soit regroupé des items afin d'aboutir à 27 questions. Huit questions sociodémographiques ont été ajoutées en début de questionnaire.

2. Phase d'évaluation qualitative (validité d'apparence, validité de contenu)

La validité d'apparence (30) du questionnaire a été vérifiée en deux étapes :

- Une relecture du questionnaire par un comité de quatre personnes (trois soignants et un statisticien), afin de s'assurer de la cohérence du questionnaire vis-à-vis de l'objectif initial, de la qualité du déroulement des questions et de leur utilité, du choix du vocabulaire et de l'absence d'ambiguïté des questions, de leur compréhension pour la population cible et enfin de la cohérence des modalités de réponses.
- Un pré-test suivi d'un entretien a été effectué mi-octobre 2019 sur 10 patients de la population cible, en conditions réelles avec chronométrage de la passation. Le temps de passation moyen était de 4 minutes et 18 secondes. A l'issue des entretiens, un manque de visibilité de la question « Votre âge » a conduit à la modifier en « Indiquez votre âge (obligatoire) : ». Par ailleurs, une modalité de réponse « ne s'applique pas » a été ajoutée à deux questions.

La validité de contenu était supposée vérifiée, car le questionnaire créé ici se base directement sur des questionnaires validés mesurant les différents domaines de l'expérience patient.

3. Propriétés psychométriques (structure interne, consistance interne) :

Le questionnaire a été testé fin novembre 2019 dans deux cabinets en condition réelle d'étude. Soixante-treize questionnaires (dont deux incomplets) ont été obtenus et les données saisies dans le logiciel Epi Info version 7.2. Les analyses statistiques de validation des propriétés du questionnaire ont été réalisées par un ingénieur statisticien en épidémiologie.

La structure interne a été étudiée par le biais de méthodes d'analyses de données multidimensionnelles permettant d'explorer et de définir la structure du questionnaire. Ces analyses permettent notamment de connaître le nombre de dimensions potentiellement existantes. Elles ont été réalisées en quatre étapes.

- 1) **L'Analyse en Composantes Principales (ACP)** permet de faire émerger les relations existant entre les différentes questions et de former des groupes de questions ayant un lien entre elles. Cette technique a retrouvé qu'un groupe de questions (dimension) représentait 33,1% de la variance totale à elles seules, puis un second groupe de questions 11,1%, un troisième groupe de questions 7,3% et moins de 7% de la variance pour les autres. Ainsi, trois groupes principaux émergeaient suite à l'ACP.

- 2) **L'Analyse Factorielle Exploratoire (AFE)** permet de rechercher à partir des corrélations entre les questions (items), des dimensions (facteurs) sous-jacentes communes à certaines questions, ne pouvant être observées directement. Ces dimensions sont dites « latentes ». Les analyses ont été effectuées par la méthode du maximum de vraisemblance, puis avec une rotation orthogonale de type Varimax. Une recherche du nombre de dimensions envisageables dans notre questionnaire a été réalisée grâce à une analyse dite « parallèle » ([Annexe 1](#)) et une analyse à l'aide d'indicateurs ([Annexe 2](#)). Les données suggéraient la possibilité de modèles avec trois, quatre ou cinq dimensions. Suite aux analyses factorielles, le modèle à trois dimensions a été privilégié du fait d'une plus grande cohérence entre les thèmes abordés par chacune des questions dans ces dimensions. De plus, les charges standardisées (factor loading) associant les questions aux dimensions étaient supérieures à 0,4 sauf pour les questions Q4, Q9, Q11, Q16 et Q19 ([Annexe 3](#)). La proportion de variance expliquée par chacune de ces dimensions était de 51%, 28% et 22%.

- 3) **La Classification Hiérarchique Ascendante (CHA)** ([Annexe 4](#)), réalisée en complément, permet de rechercher une organisation hiérarchique des questions entre

elles, en les regroupant progressivement deux à deux. De ce fait, les questions fortement liées entre elles se regrouperont rapidement en « grappes » censées représenter les différentes dimensions. Cette classification, effectuée par la méthode implémentée dans le logiciel R par Marie Chavent et al. (31) a globalement retrouvé la même répartition des questions au sein des trois dimensions que l'analyse factorielle exploratoire.

- 4) **La consistance interne des dimensions** a été vérifiée tout d'abord par la mesure de la corrélation des items deux à deux à l'aide d'une matrice de corrélation (Figure 1). Dans l'ensemble, les questions étaient bien liées entre elles dans la dimension 1 hormis Q16 et Q19 mais ces dernières étaient encore moins bien liées avec celles des autres dimensions. Dans la dimension 3, les charges entre les questions étaient supérieures à 0,3 sauf pour les questions Q3, Q9 et Q24. Les questions Q3 et Q9 auraient pu, selon l'analyse factorielle, se trouver dans la dimension 2 mais elles avaient plus de sens au sein de celle-ci. La question 11 n'obtenait un coefficient de corrélation suffisant avec aucune des autres questions présentes dans le questionnaire.

Ensuite, un coefficient alpha de Cronbach a été appliqué à chaque dimension pour mesurer leur homogénéité. L'alpha de Cronbach est un indice de consistance d'une échelle (dimension) variant entre 0 et 1. Il mesure le degré auquel l'ensemble des questions incluses mesurent bien la même chose. En pratique, une valeur de plus de 0,7 est considérée comme acceptable.

Pour notre questionnaire, l'alpha de Cronbach était supérieur à 0,75 pour les dimensions 1 et 3. Toutefois, dans la dimension 2, le coefficient était de 0,38 sauf si la question 11 était supprimée auquel cas le coefficient était supérieur à 0,7 (Tableau 1).

De ce fait, devant l'absence de corrélation forte entre la question Q11 et les autres questions et devant le manque d'homogénéité de Q11 au sein de la dimension 2, il a été décidé de la supprimer du questionnaire.

L'analyse statistique montrait donc l'existence de trois dimensions indépendantes, possédant une bonne consistance interne au sein du questionnaire :

- Dimension 1 (12 questions) : « La relation médecin – patient »
- Dimension 2 (2 questions) : « L'accueil au cabinet médical »
- Dimension 3 (9 questions) : « L'organisation et le fonctionnement du cabinet médical »

Figure 1 : Matrice de corrélation des questions (en rouge D1, en bleu D2, en vert D3)

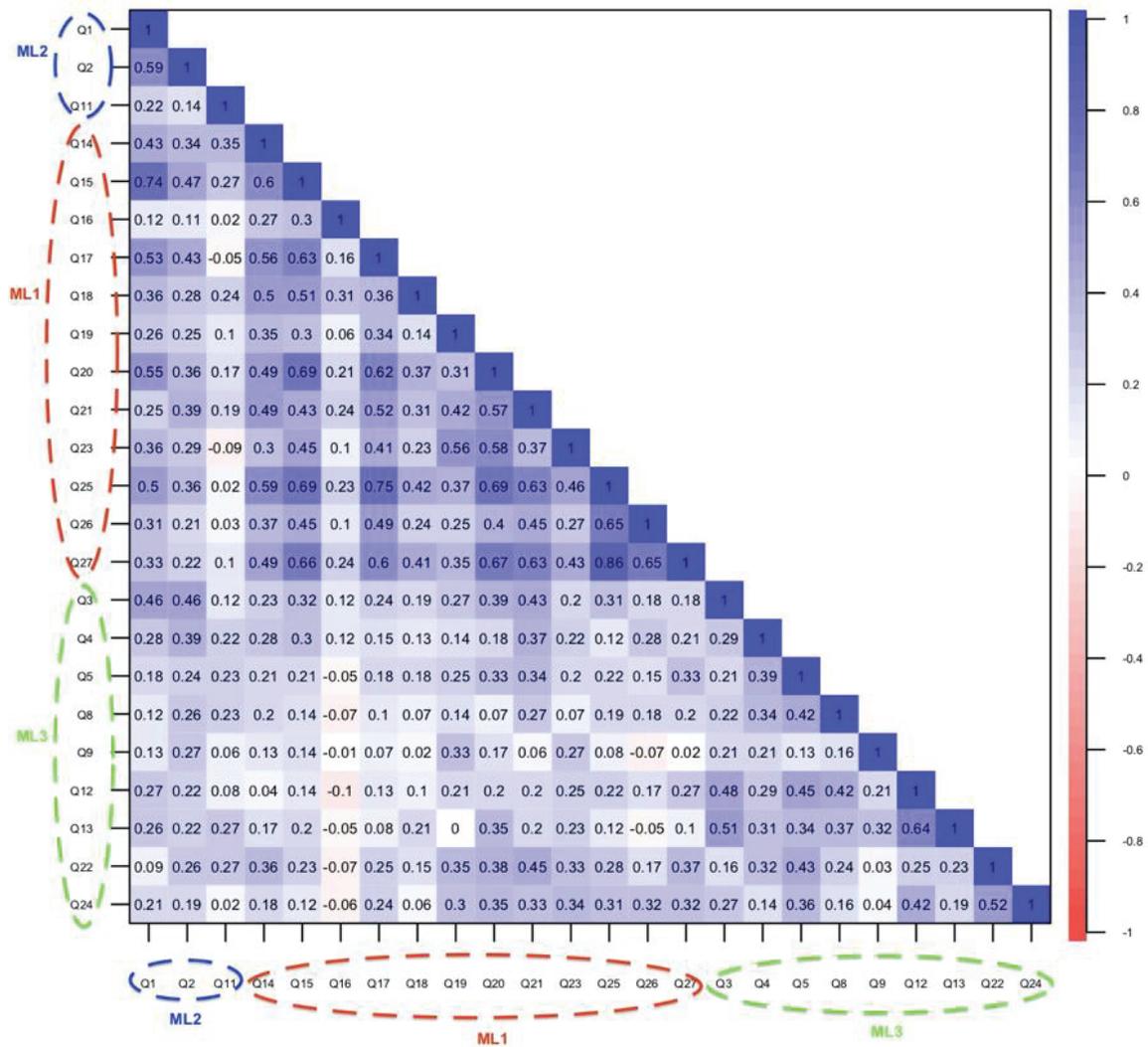


Tableau 1 : Coefficients Alpha de Cronbach des différentes dimensions

Dimensions	Alpha de Cronbach
D1 : Relation Médecin - Patient	0,85
D2 : Accueil au cabinet médical	0,38*
D2 : Accueil au cabinet médical sans Q11	0,74
D3 : Organisation du cabinet médical	0,76

4. Modalités de réponses :

Afin de réaliser les tests statistiques, les modalités de réponses de chaque question ont été transformées en une échelle numérique linéaire avec une cotation.

- Douze questions avaient cinq modalités de réponses : de 1 point pour la plus défavorable à 5 points pour la plus favorable. (1 – 2 – 3 – 4 – 5)

- Trois questions avaient quatre modalités de réponses : 1 point pour la plus défavorable puis 2,5, 3,75 et 5 pour la plus favorable.
- Huit questions avaient quatre modalités de réponses (1 – 2,5 – 3,75 – 5) plus une « nulle » correspondant aux modalités « je ne sais pas », « je n'ai jamais essayé » et « ne s'applique pas ». Les personnes ayant répondu « je n'ai jamais essayé » et « ne s'applique pas » à des questions n'étaient pas comptabilisés dans les calculs de moyenne de ces questions afin de ne pas fausser les résultats en cas de non survenue de l'événement.

Pour les questions 9,11,16 et 18, l'échelle était inversée, l'aspect négatif étant valorisé dans celles-ci.

Le questionnaire est disponible en Annexe 5.

C. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

1. Sélection des médecins participants à l'enquête :

Une liste exhaustive des médecins généralistes répertoriés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) a été réalisée grâce au site <http://annuaire.sante.ameli.fr/>. Au total, 1155 médecins ayant une activité de médecine générale ont été inclus dans un tableur Excel.

Vingt médecins ont été tirés au sort via le logiciel de tirage au sort du site dcode.fr dans le but d'avoir au moins dix cabinets acceptant de participer à l'enquête. Ils ont été contactés par voie téléphonique dans l'ordre du tirage au sort. Huit médecins ont accepté de participer à l'enquête, leurs associés ont également été contactés afin d'obtenir leur approbation. Deux médecins tirés au sort ont refusé de participer et dix n'ont pas donné suite à deux sollicitations différentes. Les deux cabinets ayant participé au test initial ont été inclus dans l'enquête. Au total, dix cabinets et 33 médecins ont accepté que le questionnaire soit diffusé dans leurs locaux.

2. Distribution du questionnaire :

Au total, 1200 exemplaires papier du questionnaire ont été distribués dans 10 cabinets du département des Alpes Maritimes. Ces auto-questionnaires anonymes étaient soit présents en salle d'attente avec une pancarte incitative indiquant la réalisation d'une étude, soit distribués par la secrétaire. A la fin de la passation, les questionnaires étaient déposés dans une urne présente en salle d'attente garantissant l'anonymat.

D. SCORES ET ANALYSES

1. Scores d'expérience patient

Afin de quantifier l'expérience patient, ont été calculés :

- Le score moyen de chaque question, en utilisant la cotation attribuée à chaque modalité de réponse comme décrit précédemment.
- Le score global d'expérience patient, obtenu en additionnant les scores moyens de toutes les questions.
- Des scores composites correspondant aux scores moyens de chaque dimension, obtenus en additionnant les scores moyens des questions composant chacune des dimensions.

Le score global d'expérience patient et les scores composites ont ensuite été rapportés sur 100 afin de permettre une lecture plus homogène des réponses.

2. Analyses descriptives :

Les résultats des réponses quantitatives du questionnaire ont été résumés par la moyenne, l'écart type, la médiane et les quartiles. Les réponses aux questions qualitatives (descriptives et questions sociodémographiques) ont été décrites par des prévalences exprimées en pourcentages.

3. Analyses bivariées et multivariées :

Des comparaisons d'expérience patient ont été effectuées entre les différents groupes de patients en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leur fréquentation du cabinet médical. Pour les comparaisons de distribution des scores entre deux groupes, un test non paramétrique de Wilcoxon a été effectué et pour les comparaisons de plus de deux groupes, un test de Kruskal Wallis a été utilisé.

Les différences entre les distributions des scores ont été considérées comme significatives si la probabilité p du test de comparaison était inférieure à 0,05, et comme présentant une tendance si le p était inférieur à 0,10. L'ensemble de ces analyses ont été effectuées dans le logiciel R version 3.6.3. (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2020).

RESULTATS

L'enquête s'est déroulée du 13 février 2020 au 6 avril 2020. Elle a été stoppée prématurément du fait de la situation sanitaire liée à la COVID-19.

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ECHANTILLON

Au total 808 questionnaires, provenant des patientèles de 32 médecins des Alpes-Maritimes, ont été obtenus. Parmi ces questionnaires, 46 ont été exclus de l'analyse statistique car ils présentaient au moins une réponse manquante parmi celles quantifiant l'expérience patient. Les caractéristiques des 762 patients retenus ne différaient de celles des patients exclus de l'étude que par l'âge médian (51 ans vs 59,5 ans). L'âge moyen des patients était de 52,5 ans avec des extrêmes allant de 18 à 94 ans. Notre échantillon était composé à 58,4% (n=445) de femmes et à 50,5% de personnes marié(e)s/pacsé(e)s (n=384). La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était les retraités et sans activité avec 34,2% (n=259). En ce qui concernait l'état de santé des patients, 82,7% (n=630) se disaient en « très bonne » ou « bonne » santé. Enfin, 61,3% (n=466) des patients sondés étaient suivis par leur médecin depuis plus de cinq ans.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon étudié est regroupé dans le [Tableau 2](#).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié

	% (n)		% (n)
Sexe (n=762)		Niveau d'études (n=759)	
Homme	41,6 (317)	Brevet	6,6 (50)
Femme	58,4 (445)	CAP-BEP	20,4 (155)
Classe d'âge (n=754)		BAC	23,7 (180)
Moyenne (écart type)	52,5 (18,1)	Etudes supérieures	42,0 (319)
Médiane (Q1 - Q3)	51 (38 - 68)	Autre	7,2 (55)
Min - max	18 - 94	Temps de suivi par le médecin (n=760)	
Situation familiale (n=760)		Moins d'un an	11,4 (87)
Marié(e)/Pacsé(e)	50,5 (384)	Entre 1 an et 5 ans	27,2 (207)
En Union Libre	9,9 (75)	Plus de 5 ans	61,3 (466)
Célibataire	21,3 (162)	Fréquence moyenne de consultation par an (n=762)	
Divorcé(e)	13,0 (99)	Moins d'une fois par an	9,6 (73)
Veuf/Veuve	5,3 (40)	Entre 1 et 3 fois	35,4 (270)
Catégorie Socio-Professionnelle (n=757)		Entre 4 et 6 fois	34,3 (261)
Agriculteurs, exploitants	1,1 (8)	Entre 7 et 9 fois	10,2 (78)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,6 (50)	Plus de 10 fois par an	10,5 (80)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	16,0 (121)	Ressenti de l'état de santé (n=762)	
Professions intermédiaires	5,0 (38)	Très bonne santé	18,0 (137)
Employés	29,5 (223)	Bonne santé	64,7 (493)
Ouvriers	3,7 (28)	Plutôt mauvaise santé	16,5 (126)
Retraités / Sans activité	34,2 (259)	Très mauvaise santé	0,8 (6)
Etudiants	4,0 (30)		

B. SCORES DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

1. Score d'expérience globale et scores dans les différentes dimensions

Le score moyen d'expérience patient globale dans les cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes sondés était de 85,7/100.

Dans la dimension « Accueil au cabinet médical », le score d'expérience moyen était de 94,8/100. Au moins 50% des répondants évaluaient leur expérience à 100/100. Pour la dimension « Relation médecin-patient », le score moyen d'expérience était de 90,4/100 avec 75% des patients ayant un score de 85,4/100 et plus. Enfin dans la dimension « Organisation et fonctionnement du cabinet médical », le score moyen d'expérience était de 76,0/100. Dans cette dimension, la dispersion des résultats était plus grande (écart type=12,2), avec un premier quartile à 68,1 et un troisième quartile à 85,0.

2. Score d'expérience globale en fonction des caractéristiques des patients

Les hommes avaient un score d'expérience patient global moyen de 86,1/100 alors que les femmes avaient un score moyen de 85,4/100.

En fonction de la catégorie d'âge, les patients de 60-74 ans avaient le score global le plus élevé avec 87,5/100 tandis que les patients de 45-59 ans avaient le score le plus bas avec 84,3/100.

En ce qui concerne les catégories socio-professionnelles, les retraités et les sans activité obtenaient le score d'expérience patient global moyen le plus élevé avec 86,7/100 tandis que les agriculteurs avaient le score le plus faible avec 80,3/100.

Pour ce qui était de la durée moyenne de suivi par le généraliste, les patients suivis depuis moins d'un an avaient un score plus élevé que ceux suivis depuis 1 à 5 ans ou depuis plus de 5 ans avec respectivement 86,2, 85 et 85,9 sur 100.

Les patients consultant leur médecin plus de dix fois par an avaient un score plus élevé que les autres avec une moyenne de 87,7/100.

Enfin pour ce qui était du ressenti de leur santé, les patients se trouvant en « très bonne » santé obtenaient un score de 87,5/100, ceux en « bonne » santé 85,7/100 et ceux en « plutôt mauvaise » ou « très mauvaise » santé 83,8/100.

L'ensemble des scores d'expérience patient globale ainsi que les scores par dimension sont consignés dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Résultats de l'expérience patient dans chaque dimension en fonction des caractéristiques sociodémographiques. (* Test de Wilcoxon, ** Test de Kruskal Wallis)

	Dimension Accueil au Cabinet Médical			Dimension Relation médecin-patient			Dimension Organisation du cabinet			Expérience Patient globale		
	Médiane (Quartiles)	P	Score (/100)	Médiane (Quartiles)	P	Score (/100)	Médiane (Quartiles)	P	Score (/100)	Médiane (Quartiles)	P	Score (/100)
	94,8			90,4			76,0			85,7		
Tous patients confondus (n=762)												
Sexe (n=762)												
Homme (n=317)	100 (87,5-100)		94,2	92,5 (85,4 - 97,9)		90,6	77,2 (68,6 - 86,2)		76,9	87,4 (80,7 - 92,6)		86,1
Femme (n=445)	100 (90-100)	0,08*	95,3	92,5 (86,2 - 97,9)	NS*	90,3	75,6 (67,8 - 84,3)	NS*	75,6	86,5 (81,1 - 91,6)	NS*	85,4
Classe d'âge (n=754)												
18 à 29 ans	100 (87,5-100)		93,6	90,6 (83,8 - 96,2)		88,8	78,2 (68,1 - 88,6)		77,6	86,8 (81,3 - 92,6)		85,3
30 à 44 ans	100 (87,5-100)		93,9	92,5 (86,7 - 97,9)		90,4	77,1 (65,9 - 85,0)		75,1	87,0 (80,5 - 92,1)		85,2
45 à 59 ans	100 (87,5-100)		94,4	91,9 (84,6 - 96,2)		89,8	75,0 (65,7 - 82,2)		73,7	85,0 (79,1 - 90,7)		84,3
60 à 74 ans	100 (92,5-100)		95,8	94,6 (87,1 - 98,3)		92	78,9 (71,2 - 86,0)		78,4	89,7 (82,2 - 93,2)		87,5
75 ans et plus	100 (100-100)	0,06**	96,8	92,5 (86,7 - 97,9)	0,036**	91,1	77,1 (69,2 - 85,4)	0,001**	77,8	86,8 (82,1 - 92,1)	0,005**	86,7
Situation familiale (n=760)												
Marié(e)/Pacsé(e)	100 (87,5-100)		94,9	93,3 (86,7 - 97,9)		91,1	75,9 (68,8 - 85,0)		76,4	87,0 (81,1 - 92,2)		86,2
En Union Libre	100 (100-100)		95,3	92,5 (85,4 - 96,2)		90,8	77,8 (70,0 - 85,0)		77,1	87,0 (81,8 - 91,6)		86,3
Célibataire	100 (87,5-100)		93,7	91,9 (83,4 - 97,9)		89,2	77,8 (67,8 - 86,2)		76	87,0 (78,8 - 92,5)		84,9
Divorcé(e)	100 (95-100)		95,5	91,2 (84,2 - 97,9)		89,6	75,0 (67,4 - 82,5)		74,8	86,7 (79,7 - 90,7)		84,8
Veuf/Veuve	100 (100-100)	NS**	97,1	91,7 (85,6 - 96,2)	NS**	89,9	75,0 (67,5 - 82,5)	NS**	75,4	86,2 (79,8 - 90,9)	NS**	85,3
Catégorie Socio-Professionnelle (n=757)												
Agriculteurs, exploitants	100 (87,5-100)		95,3	86,3 (82,1 - 89,7)		86,6	67,4 (62,8 - 72,6)		68,1	81,6 (76,2 - 83,8)		80,3
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	100 (100-100)		96,1	92,5 (85,6 - 96,2)		90,1	75,6 (66,4 - 84,1)		75,8	85,1 (79,5 - 92,4)		85,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	100 (87,5-100)		92,4	90,8 (83,3 - 96,7)		88,5	73,3 (64,4 - 80,6)		72,7	84,8 (78,6 - 90,8)		83,3
Professions intermédiaires	100 (90-100)		93,7	90,8 (85,1 - 94,9)		89,9	73,5 (67,1 - 83,4)		74,3	84,2 (80,9 - 88,1)		84,4
Employés	100 (90-100)		95,5	92,5 (87,1 - 97,9)		91,4	77,2 (68,6 - 85,6)		76,3	87,4 (81,1 - 92,2)		86,4
Ouvriers	100 (85,6-100)		92,7	87,1 (75,8 - 93,1)		84,7	78,2 (68,4 - 87,0)		77,9	85,3 (76,7 - 90,3)		83
Retraités / Sans activité	100 (95-100)		95,8	94,2 (87,1 - 98,3)		91,4	77,9 (69,7 - 85,0)		77,5	88,6 (82,3 - 92,4)		86,7
Etudiants	100 (88,2-100)	0,19**	93,7	93,6 (83,0 - 96,6)	0,003**	89,6	79,2 (71,2 - 90,0)	0,006**	79,1	86,1 (82,7 - 92,0)	0,008**	86,1
Niveau d'études (n=759)												
Brevet	100 (92,5-100)		96,2	94,0 (85,9 - 97,9)		91,3	81,1 (73,4 - 85,0)		79,9	89,0 (84,1 - 91,5)		87,6
CAP-BEP	100 (87,5-100)		94,7	92,5 (87,1 - 97,9)		91	79,4 (69,7 - 86,2)		78,2	88,6 (81,4 - 92,6)		86,7
BAC	100 (89,4-100)		94,9	92,1 (85,4 - 96,7)		90,3	74,4 (67,1 - 83,1)		74,9	85,6 (79,4 - 91,4)		85,1
Etudes supérieures	100 (87,5-100)		94,6	92,5 (85,2 - 97,9)		90	75,0 (65,8 - 84,0)		74,8	86,1 (80,3 - 91,5)		85,1
Autre	100 (88,8-100)	NS**	95,7	94,2 (85,4 - 98,3)	NS**	90,7	80,6 (71,4 - 86,5)	<0,001**	78,6	89,1 (81,6 - 93,2)	0,08**	86,8
Temps de suivi par le médecin (n=760)												
Moins d'un an	100 (100-100)		95,2	92,1 (85,6 - 96,2)		89,7	81,9 (72,0 - 87,8)		78,2	87,0 (82,8 - 93,5)		86,2
Entre 1 et 5 ans	100 (87,5-100)		94,5	90,8 (85,0 - 96,2)		94,5	75,0 (67,1 - 82,8)		74,4	86,1 (79,2 - 91,0)		85
Plus de 5 ans	100 (87,5-100)	NS**	94,9	93,6 (86,3 - 97,9)	0,017**	90,9	76,1 (68,3 - 85,0)	0,045**	76	87,6 (81,1 - 92,2)	0,10**	85,9
Fréquence de consultation annuelle (n=762)												
Moins d'une fois par an	100 (87,5-100)		93,2	90,4 (85,4 - 96,2)		89,4	76,2 (68,8 - 83,3)		75,9	85,0 (81,2 - 92,2)		85,2
Entre 1 et 3 fois par an	100 (90-100)		95,6	92,9 (85,1 - 96,2)		90,4	76,1 (67,3 - 84,3)		75,8	87,0 (81,1 - 91,3)		85,7
Entre 4 et 6 fois par an	100 (90-100)		94,6	92,5 (85,4 - 97,9)		90,2	75,6 (68,3 - 85,0)		75,6	86,8 (79,8 - 91,7)		85,3
Entre 7 et 9 fois par an	100 (87,5-100)		93,6	91,2 (85,4 - 97,9)		89,9	77,0 (67,5 - 85,5)		76,6	85,0 (80,2 - 93,8)		85,4
Plus de 10 fois par an	100 (100-100)	0,12**	96,2	96,2 (87,1 - 100)	0,031**	96,2	78,3 (68,7 - 90,0)	NS**	78,6	89,7 (81,9 - 95,2)	NS**	87,7
Resseinti de sa santé (n=762)												
Très bonne santé	100 (100-100)		96,9	93,3 (87,1 - 97,9)		91,8	78,8 (69,4 - 85,8)		78,2	88,7 (83,0 - 92,5)		87,5
Bonne santé	100 (87,5-100)		94,5	92,5 (85,4 - 97,9)		90,6	76,2 (68,6 - 85,0)		76	87,0 (80,7 - 92,2)		85,7
Plutôt mauvaise ou Très mauvaise santé	100 (87,5-100)	0,014**	94,1	91,0 (82,3 - 97,9)	0,13**	88,4	73,1 (66,6 - 84,3)	0,033**	74,6	84,5 (77,9 - 91,2)	0,008**	83,8

C. FACTEURS INFLUENÇANT L'EXPÉRIENCE PATIENT

1. Accueil au cabinet médical

Le seul facteur influençant significativement cette dimension était le ressenti de la santé ($p=0,014$). Les personnes en « très bonne santé » valorisaient mieux que les autres leur expérience dans ce domaine. On notait également deux facteurs ayant une tendance, mais non significative, à influencer l'expérience des patients : le sexe ($p=0,08$) et la classe d'âge ($p=0,06$).

2. Relation médecin-patient

Dans cette dimension, quatre facteurs influençaient significativement l'expérience des patients : la classe d'âge ($p=0,036$), la catégorie socio-professionnelle ($p=0,003$), le temps de suivi par le médecin généraliste ($p=0,017$) et le nombre annuel de consultations ($p=0,031$).

Pour ce qui est de l'âge, les patients de 60-74 ans avaient le score médian le plus élevé avec 94,6/100 (87,1-98,3). Les catégories socio-professionnelles valorisant le mieux la relation médecin-patient étaient les retraités/sans activité et les employés avec un score de 91,4/100. Enfin, les patients suivis depuis plus de cinq ans et ceux consultant plus de dix fois par an obtenaient les meilleurs scores médians.

3. Organisation et fonctionnement du cabinet médical

Cinq facteurs avaient une influence significative sur l'expérience des patients dans cette dimension : la classe d'âge ($p=0,005$), la catégorie socio-professionnelle ($p=0,006$), le niveau d'études ($p<0,001$), le temps de suivi ($p=0,045$) et le ressenti de la santé ($p=0,033$).

Pour l'âge, les 60-74 ans obtenaient le score médian le plus élevé avec 78,9/100 (71,2-86,0). *A contrario* des autres dimensions, les étudiants valorisaient le mieux le fonctionnement du cabinet médical avec un score médian de 79,2 (71,2 - 90). Dans cette dimension, les patients suivis depuis moins d'un an obtenaient un meilleur score médian que ceux suivis depuis plus longtemps. Enfin, plus les patients se sentaient en bonne santé, plus leur interaction avec le cabinet médical était jugée positivement.

4. Expérience patient globale

Au total, trois facteurs influençaient significativement l'expérience patient globale. La classe d'âge ($p=0,005$), la catégorie socio-professionnelle ($p=0,008$) et le ressenti de la santé ($p=0,008$). Dans ces facteurs, ce sont respectivement les patients de 60-74 ans, les « retraité/sans activité » et les personnes s'estimant en « très bonne santé » qui valorisaient au mieux leur expérience patiente globale. Toutefois, on notait également un facteur montrant une tendance non significative à influencer l'expérience globale : le niveau d'études ($p=0,08$).

D. PRÉFÉRENCES DES PATIENTS

1. Prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous s'effectuait par téléphone dans 68,9% des cas, par l'utilisation d'un site internet dans 30,7% des cas, directement sur place dans 15,6% des cas et par application smartphone dans 9,6% des cas.

Le moyen le plus simple pour prendre rendez-vous était le téléphone pour 51,5% des patients, l'utilisation d'un site internet pour 25,8%, une application Smartphone pour 16,6% et directement sur place pour 6,1% des patients.

2. Horaires d'ouverture du cabinet médical

Pour 46,3% des patients, les horaires proposés par leur cabinet habituel étaient satisfaisants. Toutefois, 16,1% des patients souhaitaient étendre les horaires d'ouverture aux samedis, 13,8% après 18h30 et 12,6% entre 12 et 14 heures. On note également que 9,6% des patients souhaitaient des rendez-vous avant 8 heures du matin et enfin 1,4% aimeraient des créneaux le dimanche.

E. RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

1. Les points très positifs

L'enquête auprès des patients retrouvait que 85,0% ($n=648$) des patients trouvaient leur médecin « totalement » honnête et digne de confiance et 13,5% ($n=103$) le trouvaient « plutôt » honnête et digne de confiance. Pour ce qui est de la communication, 84,5% ($n=644$) des patients jugeaient que le médecin s'exprimait toujours dans un langage facile à comprendre et 75,6% ($n=576$) disaient que leur médecin leur accordait toujours le temps nécessaire en consultation. Enfin, 97,3% ($n=739$) des patients recommanderaient «

probablement » ou « totalement » leur médecin à leur entourage ou à quelqu'un de nouveau sur la région.

2. Les points à améliorer

Pour 39,2% (n=299) des patients il était « plutôt difficile » ou « très difficile » d'obtenir un rendez-vous en urgence au cabinet médical tandis que 16,4% (n=125) n'avait jamais essayé d'en obtenir un. Des difficultés à parler à leur médecin au téléphone étaient signalées par 28,1% (n=214) des patients tandis que 50,1% (n=382) trouvaient qu'il était « plutôt facile » ou « très facile » de le joindre. Enfin, concernant le temps passé en salle d'attente, 30,8% (n=235) des patients disaient attendre entre 15 et 30 minutes avant la consultation, 30,7% (n=234) entre 5 et 15 minutes, 22,3% (n=170) entre 30 minutes et une heure. Aux deux extrêmes, 9,4% (n=72) attendaient moins de cinq minutes et 6,7% (n=51) disaient attendre plus d'une heure.

L'ensemble des fréquences de réponses aux modalités et les moyennes des différentes questions quantifiant l'expérience patient est consigné dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Fréquences des modalités et moyennes des réponses aux questions de l'expérience patient

						Score Moyen (5)	
ACCUEIL AU CABINET MEDICAL							
	Modalité (Score)	Jamais (1)	Rarement (2)	Parfois (3)	Souvent (4)	Toujours (5)	
1. Avez-vous l'impression d'être accueilli au cabinet médical avec respect et politesse par les membres du cabinet médical (médecins, secrétaires) ?		0,0% (0)	0,1% (1)	2,2% (17)	12,7% (97)	84,9% (647)	4,82
	Modalité (Score)	Pas de secrétariat (0)	Pas du tout d'accord (1)	Pas vraiment (2,5)	Plutôt (3,75)	Tout à fait (5)	
2. La/les secrétaire(s) sont serviables et efficaces :		0,0% (0)	0,3% (2)	1,7% (13)	22,8% (174)	75,2% (573)	4,66
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CABINET MEDICAL							
	Modalité (Score)	Non essayé (0)	Très difficile (1)	Plutôt difficile (2,5)	Plutôt facile (3,75)	Très facile (5)	
4. Trouvez-vous qu'il est facile de joindre votre cabinet médical par téléphone ?		4,5% (34)	2,4% (18)	11,9% (91)	45,5% (347)	35,7% (272)	3,99
5. Si vous avez besoin d'un conseil médical, vous est-il facile d'avoir votre médecin au téléphone ?		21,8% (166)	5,8% (44)	22,3% (170)	33,1% (252)	17,1% (130)	3,46
8. Si vous avez besoin d'un rendez-vous médical en urgence, vous est-il facile d'obtenir un rendez-vous le jour même avec votre médecin ?		16,4% (125)	10,1% (77)	29,1% (222)	32,7% (249)	11,7% (89)	3,16
	Modalité (Score)	Très mauvaises (1)	Plutôt mauvaises (2)	Correctes (3)	Plutôt bons (4)	Très bons (5)	
3. Comment jugez-vous la propreté et l'état des locaux du cabinet médical ?		0,0% (0)	0,3% (2)	7,1% (54)	30,7% (234)	61,9% (472)	4,54
	Modalité (Score)	Jamais (5)	Rarement (4)	Parfois (3)	Souvent (2)	Toujours (1)	
9. Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir un rendez-vous avec votre médecin en raison des horaires d'ouverture du cabinet ?		40,0% (305)	31,9% (243)	21,7% (165)	5,2% (40)	1,2% (9)	4,04
	Modalité (Score)	< 5min (5)	5-15 (4)	15-30 (3)	30min -1h (2)	> 1h (1)	
11. Dans votre cas, lorsque vous avez rendez-vous, combien de temps en moyenne attendez-vous en salle d'attente avant la consultation ?		9,4% (72)	30,7% (234)	30,8% (235)	22,3% (170)	6,7% (51)	3,14
	Modalité (Score)	Très mauvaises (1)	Plutôt mauvaises (2)	Correctes (3)	Bonnes (4)	Très bonnes (5)	
12. Comment qualifieriez-vous les conditions d'attente avant la consultation ?		0,4% (3)	2,0% (15)	30,7% (234)	44,0% (335)	23,0% (175)	3,87
	Modalité (Score)	NSAP (0)	Jamais(1)	Rarement (2,5)	Parfois (3,75)	Toujours (5)	
21. En cas de besoin d'une consultation rapide chez un médecin spécialiste ou un personnel paramédical, votre médecin parvient-il toujours à vous		26,6% (203)	5,2% (40)	8,7% (66)	28,1% (214)	31,4% (239)	3,94
	Modalité (Score)	NSAP (0)	Pas du tout (1)	Pas vraiment (2,5)	Plutôt (3,75)	Totalement (5)	
23. Votre médecin implique-t-il votre famille et vos proches, autant que vous le souhaitez, dans les décisions importantes concernant votre santé ?		36,9% (281)	3,8% (29)	7,6% (58)	19,6% (149)	32,2% (245)	4,07
RELATION MEDECIN - PATIENT							
	Modalité (Score)	Jamais (1)	Rarement (2)	Parfois (3)	Souvent (4)	Toujours (5)	
13. Votre médecin vous accorde-t-il toujours le temps dont vous avez besoin en consultation ?		0,0% (0)	0,8% (6)	3,5% (27)	20,1% (153)	75,6% (576)	4,7
14. Au cours de la consultation, votre médecin s'exprime-t-il dans un langage facile à comprendre ?		0,5% (4)	0,4% (3)	1,0% (8)	13,5% (103)	84,5% (644)	4,81
19. Selon vous, votre médecin prend-il suffisamment en considération vos préférences ou vos antécédents médicaux lorsqu'il vous prescrit un		0,3% (2)	1,2% (9)	6,6% (50)	23,0% (175)	69,0% (526)	4,59
	Modalité (Score)	Je ne sais pas (0)	Pas du tout (1)	Pas vraiment (2,5)	Plutôt(3,75)	Tout à fait (5)	
18. Votre médecin vous donne suffisamment de renseignements sur les médicaments prescrits et leurs effets secondaires au cours des consultations :		4,2% (32)	1,3% (10)	8,5% (65)	41,5% (316)	44,5% (339)	4,01
	Modalité (Score)	Pas du tout (1)	Plutôt pas assez (2)	Moyennement (3)	Plutôt bien (4)	Très bien (5)	
22. Vous sentez-vous impliqué, autant que vous le souhaitez, dans les décisions concernant votre santé (traitements, examens...)?		0,7% (5)	1,2% (9)	6,2% (47)	42,1% (321)	49,9% (380)	4,39
	Modalité (Score)	Pas du tout (1)	Pas vraiment (2)	Moyennement (3)	Plutôt(4)	Totalement (5)	
24. Trouvez-vous votre médecin honnête et digne de confiance ?		0,1% (1)	0,4% (3)	0,9% (7)	13,5% (103)	85,0% (648)	4,83
	Modalité (Score)	Je ne sais pas (0)	Pas du tout (1)	Pas vraiment (2,5)	Plutôt (3,75)	Totalement (5)	
26. Diriez-vous que votre médecin vous aide à rester en bonne santé ?		1,0% (8)	0,0% (0)	2,1% (16)	29,4% (224)	67,5% (514)	4,53
	Modalité (Score)	Jamais (5)	Rarement (4)	Parfois (3)	Souvent (2)	Toujours (1)	
15. Avez-vous déjà eu l'impression d'être insuffisamment écouté par votre médecin au cours d'une consultation ?		63,5% (484)	25,3% (193)	8,1% (62)	2,1% (16)	0,9% (7)	4,48
17. A quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter le cabinet médical avec des questions restées sans réponse sur les conseils pour aller mieux ou concernant votre pathologie ?		47,0% (358)	38,5% (293)	11,3% (86)	2,4% (18)	0,9% (7)	4,28
	Modalité (Score)	Pas du tout (1)	Pas assez (2,5)	Assez (3,75)	Beaucoup (5)		
16. Dans quelle mesure vos problèmes ou vos peurs sont-ils traités avec respect et considération par votre médecin ?		0,0% (0)	1,0% (8)	18,5% (141)	80,4% (613)		4,74
	Modalité (Score)	Pas du tout (1)	Peu (2,5)	Plutôt (3,75)	Totalement (5)		
20. Selon vous, au cours des consultations avec votre médecin, le domaine de la prévention (dépistages, vaccinations, alimentation) est abordé de		1,3% (10)	8,3% (63)	44,9% (342)	45,5% (347)		4,18
	Modalité (Score)	Certainement pas (1)	Probablement pas (2,5)	Probablement (3,75)	Totalement (5)		
25. Êtes-vous satisfait de votre médecin au point de la recommander à quelqu'un de votre entourage ou à quelqu'un de nouveau sur la région ?		0,3% (2)	2,4% (18)	17,8% (136)	79,5% (606)		4,71

DISCUSSION

A. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE

Dans l'ensemble, les patients de notre étude semblaient très satisfaits de leur parcours de soins en médecine générale. L'expérience patient globale étaient jugée positivement atteignant un score de 85,7/100.

Toutefois, des disparités étaient retrouvées entre les différentes dimensions mesurées par le questionnaire. Deux d'entre elles, l'accueil au cabinet médical et la relation médecin-patient, étaient jugées très positivement et obtenaient des scores supérieurs à 90/100 tandis que la troisième dimension, l'organisation et le fonctionnement du cabinet médical, était évaluée à 76,0/100 et donc un peu moins positivement.

Les résultats de notre étude apportent la première évaluation quantitative de la qualité du parcours de soins en médecine générale dans les Alpes-Maritimes. Aucune enquête de ce type n'avait déjà été réalisée en France, ce qui rend les comparaisons chiffrées impossibles. Toutefois, la France a été incluse dans de rares études de satisfaction des soins primaires réalisées à l'échelle européenne. En 2010, une étude européenne du Commonwealth Fund International Health Policy retrouvait, pour la France, une satisfaction relativement élevée envers les soins primaires. En effet, 70% des patients avaient une « excellente » ou une « très bonne » opinion de leur médecin traitant et 87,1% étaient « très confiant » ou « confiant » sur le fait de recevoir les soins appropriés. Ces résultats, qui étaient du même ordre de grandeur que ceux de notre étude, semblent corroborer le fait que les patients français sont satisfaits de leur médecin généraliste et du système de soins primaires en général, apportant de la crédibilité à nos résultats.

Il semble important d'analyser les résultats des études d'expérience patient dans le détail. Bien que dans l'ensemble les résultats que nous avons obtenus sont positifs, ils laissent apparaître des points d'amélioration. Trois éléments semblent entraîner une baisse de la qualité de l'expérience des patients : le temps d'attente avant la consultation, la possibilité de joindre son médecin par téléphone et l'obtention d'un rendez-vous en urgence avec son médecin. Ces trois éléments, bien que connus des instances dirigeantes de la santé ainsi que des médecins depuis longtemps, ne semblent pas, à l'heure actuelle, aller dans le sens d'une amélioration.

B. FACTEURS INFLUENCANT L'EXPERIENCE PATIENT

Notre étude retrouvait que trois facteurs propres aux patients influençaient de manière significative l'expérience patient globale dans les cabinets de médecine générale : l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le ressenti de l'état de santé des patients.

En effet les patients décrivant la meilleure expérience dans leur parcours de soins en médecine générale et de meilleures interactions avec leur médecin et leur cabinet étaient les patients âgés de 60 à 74 ans, les retraités ou sans activité et ceux se sentant en très bonne santé.

1. L'âge

L'âge revient comme facteur influençant significativement l'expérience patient dans deux des trois dimensions : la relation médecin-patient et le fonctionnement et l'organisation du cabinet. Ce facteur montrait également une tendance non significative à influencer l'expérience des patients concernant l'accueil au cabinet médical. Dans notre étude, la catégorie des 60-74 ans valorisait toujours le mieux leur expérience. En effet, ils obtenaient les meilleurs scores médians pour toutes les dimensions ainsi que pour l'expérience globale et ceci de façon significative. Ces résultats concordent avec les diverses études internationales recherchant les facteurs influençant l'expérience des patients en soins primaires, telles que celles réalisées au Royaume Uni et en Suisse (32–34). Il est désormais admis que les patients âgés valorisent globalement mieux leur expérience que les jeunes. Ces études mettent en avant l'hypothèse de différences culturelles entre ces catégories de patients peuvent être à l'origine de ces résultats, les plus âgés ayant possiblement moins la volonté de donner une vision défavorable de leur expérience. Autre hypothèse évoquée, les consultations des jeunes patients pourraient être perçues comme moins légitimes par le corps médical, et cela pourrait être communiqué ou être fait ressenti à ces patients, conduisant à une évaluation plus défavorable.

2. La catégorie socio-professionnelle

La catégorie socio-professionnelle des patients influence également leur expérience. L'influence était significative pour ce qui est de l'expérience globale dans le parcours de soins mais aussi plus précisément dans la relation entre le malade et le médecin et le fonctionnement du cabinet médical. Contrairement au facteur âge, ce n'était pas la même catégorie de patients qui valorisaient toujours le mieux l'expérience dans chacun des domaines. Par analogie avec l'âge, les patients les plus âgés, donc les retraités étaient les plus positifs pour ce qui est de l'expérience globale et la relation médecin-patient. *A contrario*,

pour ce qui est de la dimension « organisation et fonctionnement du cabinet médical », les étudiants obtenaient les résultats médians les plus positifs. Cette particularité pourrait s'expliquer par le fait que les domaines les plus « critiqués » dans notre étude (accessibilité téléphonique, rendez-vous en urgence) concernent moins les étudiants, plus jeunes, en meilleure santé et consultant moins souvent que les personnes plus âgées.

3. Le ressenti de la santé

Le ressenti de la santé des patients influençait aussi l'expérience des patients et ceci dans tous les domaines ainsi que pour ce qui est de l'expérience globale. Plus les patients se disaient en bonne santé, plus leur expérience était positive et vice versa. On retrouvait cette donnée dans les différentes études réalisées à l'étranger (32–35). Dans notre étude, il n'était pas demandé si les patients avaient des pathologies chroniques ou des affections de longue durée, mais il paraît facile, dans la grande majorité des cas, de relier le fait d'avoir une pathologie chronique et le fait de se sentir en « mauvaise » santé. C'est pourquoi ces moins bonnes évaluations de l'expérience patient peuvent être liées à différents facteurs. Tout d'abord, on peut penser que des limitations physiques (douleurs, handicaps) touchent plus souvent ces patients, rendant l'accès au cabinet médical ou les démarches liées à la santé plus contraignants. D'autre part, la plupart de ces patients peuvent être amenés à consulter plus fréquemment, à cumuler différents rendez-vous médicaux pour leur santé, les rendant donc moins patients et peut-être plus demandeurs avec leurs médecins. C'est pourquoi il pourrait être intéressant de réaliser une étude se focalisant sur les personnes se jugeant en mauvaise santé, afin de déterminer quels facteurs influencent le plus leur moins bonne expérience et jusqu'à quel point. Cela aurait pour but de trouver des facteurs d'amélioration de l'expérience de ces patients, qui requièrent probablement plus d'attention, plus de temps et plus de travail de la part des soignants et dont la proportion risque d'augmenter à l'avenir.

4. Le temps de suivi par le médecin traitant et la fréquence de consultation annuelle

Le temps de suivi par le médecin traitant et la fréquence de consultation annuelle influençaient également significativement la relation entre le médecin et le patient. Dans ce domaine, les patients suivis depuis le plus longtemps et ceux consultant le plus souvent durant l'année valorisaient le mieux cette relation. Cela suggère la probable existence d'un lien fort et solide entre patients et médecins, surtout lorsqu'ils se connaissent depuis longtemps ou se voient souvent, reflétant indirectement la satisfaction des patients vis-à-vis de leur médecin.

Enfin, à l'image des études effectuées dans d'autres pays, ni le sexe, ni la situation familiale, n'avaient d'influence, positive ou négative, sur l'expérience des patients dans leur parcours de soins en médecine générale.

C. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude est la première prenant en compte l'expérience des patients dans leur parcours de soins en médecine générale dans un département français. Elle permet, *a minima*, d'avoir une tendance chiffrée de l'expérience globale des patients mais également de mettre en lumière les nombreux points forts et les quelques points faibles du parcours de soins.

Le questionnaire qui a été créé pour l'étude se base sur sept questionnaires validés et utilisés à l'international pour mesurer l'expérience patient, aussi bien dans les hôpitaux qu'en soins primaires. Le choix des questions composant ces différents questionnaires a été fait conjointement entre patients, médecins et autres experts. Différentes études qualitatives, notamment aux États-Unis, recherchant les grandes priorités des patients dans leur parcours de soins ont permis de cibler les domaines à prendre en considération afin d'explorer au mieux l'expérience des patients.

Dans notre questionnaire, les questions étaient sélectionnées sur leurs apparitions multiples dans plusieurs questionnaires internationaux et donc leur pertinence. Ainsi, il permettait d'explorer les domaines importants pour les patients dans leur parcours de soins, de connaître leurs avis et de détecter la survenue ou non de certains événements. De plus, notre questionnaire a été validé statistiquement comme mesurant trois grandes dimensions dans lesquelles l'ensemble des critères importants pour une bonne expérience patient sont réunis. L'ensemble forme un outil adapté au système français, pertinent, fiable et cohérent comme l'ont montré les analyses fonctionnelles exploratoires et les coefficients de Cronbach. Cela ouvre la voie à l'utilisation de ce questionnaire dans d'autres études, que ce soit au niveau d'une maison de santé, d'une ville ou d'un département afin de pointer des pistes d'amélioration ou d'évaluer des plans ayant été mis en place.

La taille de notre échantillon de patients était un autre point fort de l'étude. Nous avons pu recueillir et comparer l'expérience de 762 patients des Alpes-Maritimes et ainsi mettre en avant les forces et faiblesses de notre système de soins primaires pour ce qui est de la médecine générale. Les analyses nous ont également permis de mettre en lumière des pistes d'exploration et d'amélioration concernant des facteurs propres aux patients pouvant avoir une influence sur leur expérience. Même si la représentativité de notre échantillon n'était pas

totale, sa taille et le fait que les résultats retrouvés correspondaient souvent à ceux d'études étrangères donnent de la force à notre étude.

Toutefois, notre étude peut souffrir de plusieurs biais. Comme dans toute étude transversale, la réelle causalité des différents facteurs retrouvés comme influençant l'expérience des patients ne peut être affirmée. De plus, les questionnaires, bien qu'auto-administrés, étaient soit proposés par la secrétaire soit placés en salle d'attente, ce qui a entraîné un biais de sélection, les plus motivés étant ceux qui ont répondu. De plus le choix de l'auto-administration a fait que seuls les patients lettrés et avec un niveau de connaissance suffisant ont pu répondre. Cependant le fait d'avoir organisé le recueil de questionnaire en salle d'attente immédiatement avant ou immédiatement après la consultation permet de diminuer l'impact du biais de mémoire comme cela aurait été le cas avec une passation téléphonique du questionnaire ou envoyé au domicile des patients plusieurs jours après la consultation.

Il est important de noter que notre étude n'a ni pris en compte, ni analysé les caractéristiques des médecins ou des cabinets médicaux alors qu'ils pourraient également influencer l'expérience des patients que ce soit de façon positive ou négative.

Concernant le questionnaire, bien que l'étude pilote ait montré des résultats cohérents et consistants assurant sa validité, il pourrait être intéressant de refaire ces études de validation statistique à plus grande échelle, afin de vérifier que les dimensions et les regroupements de questions sont les mêmes que ceux de notre étude pilote. Par exemple, une future étude pourrait utiliser l'ensemble des 762 questionnaires afin de valider à nouveau notre questionnaire.

Enfin deux autres biais peuvent être mis en avant : un biais d'attrition correspondant aux 46 patients exclus de l'enquête car leur questionnaire présentait au moins une réponse manquante, et un biais de gratitude des patients envers leur médecin qui expliquerait la très large positivité des résultats de l'étude et ceci malgré l'anonymat du questionnaire.

D. LA POPULATION ETUDIÉE

Notre échantillon de population n'était pas représentatif de la population des Alpes-Maritimes sur le plan du sexe des patients, ou de leur catégorie socio-professionnelle. Pour notre étude, nous nous étions basés sur les données démographiques 2016 de l'INSEE. Bien que les femmes représentaient 52,7% de la population du département, dans notre étude, la proportion de femmes était encore plus importante avec 58,4% des patients. Toutefois, la grande majorité des études à l'international montre une surreprésentation des femmes dans des proportions souvent plus importantes que la nôtre, ces dernières semblant plus

« motivées » à répondre. Des études (36,37) en France et au Royaume Uni rapportaient que 55% des consultations chez les médecins généralistes concernaient des femmes. Ce chiffre est facilement explicable à la vue de la démographie française et de la durée de vie plus longue des femmes, mais également du fait qu'elles peuvent consulter de façon plus régulière, par exemple en cas de grossesse.

L'âge des patients inclus dans notre étude ne différait pas significativement de celui de la population du département après l'âge de 29 ans. Le fait que les deux populations ne soient comparables qu'à partir de cet âge venait du fait que notre étude excluait les patients de moins de 18 ans alors que l'INSEE intégrait les patients à partir de 15 ans. Ainsi, en excluant de la comparaison des populations la classe « 18-29 ans », notre échantillon était comparable sur le critère de l'âge pour les 30 ans et plus.

E. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL

Notre étude s'est attachée à faire un état des lieux de l'expérience des patients dans leur parcours de soins en médecine générale et à faire émerger les facteurs influençant cette expérience. Dans l'ensemble, l'expérience patient dans les cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes est valorisée positivement par les patients de notre échantillon reflétant la qualité du parcours de soins. De plus, des facteurs comme l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le ressenti de la santé, influencent significativement l'expérience des patients.

En nous focalisant sur des facteurs propres aux patients, nous avons trouvé des pistes ouvrant la voie à des travaux plus approfondis dans le but de connaître la vraie influence de ces facteurs. Toutefois, des études récentes (35) montrent que 20 à 50% de la variation de l'expérience des patients viendrait de caractéristiques non imputables aux patients. C'est pourquoi, réaliser une étude portant sur l'influence des facteurs liés aux médecins et aux caractéristiques des cabinets médicaux dans l'expérience des patients pourrait également s'avérer utile.

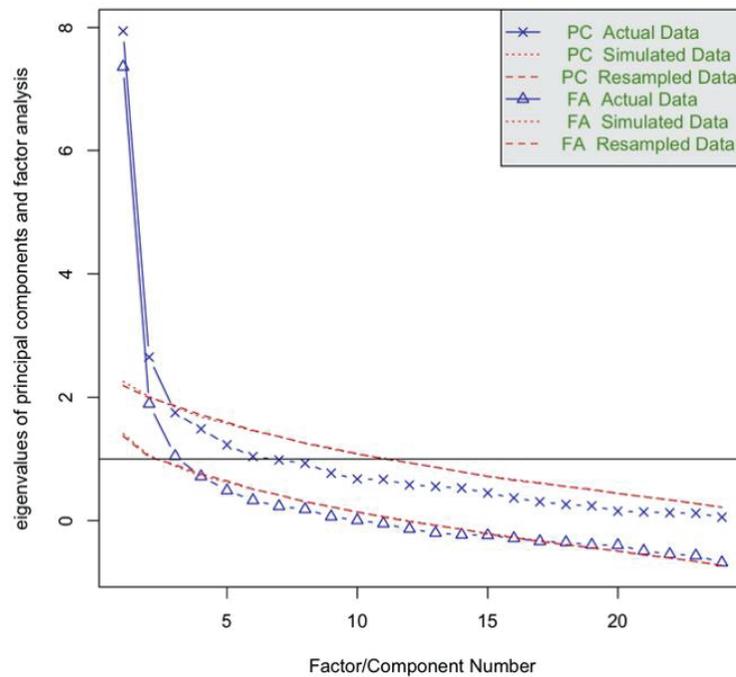
L'expérience patient, par la mesure de ce qui est important pour les patients, est un outil majeur d'évaluation de la qualité du parcours de soins. Son utilisation, comme dit précédemment, est encore trop peu courante en France, *a fortiori* en soins primaires. Pourtant, connaître l'avis des patients s'avérerait être un pas important pour l'amélioration de la qualité du système de soins en pointant les écarts entre l'offre et les besoins.

Les études de retour d'expérience (38), ont montré que l'utilisation régulière de ces questionnaires d'évaluation, améliorerait la relation entre le médecin et ses patients mais également les pratiques médicales et *in fine* avait un impact sur la santé de la population. Bien

qu'il soit important de collecter ces informations, il est encore plus important d'utiliser ces dernières dans un but d'amélioration globale par le biais d'initiatives individuelles, locales ou à plus grande échelle. Ces enquêtes de collection d'informations devront être régulièrement répétées afin de juger de l'amélioration ou non des pratiques dans les divers domaines de l'expérience patient. Bien que les études de recueil d'informations soient désormais bien implantées à travers le monde, les actions concrètes d'amélioration sont encore trop rares.

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse factorielle dite "parallèle"



Annexe 2 : Table résumée des indicateurs calculés pour chaque analyse factorielle

Nombre de facteurs	Chi 2	RMSA	Tucker Lewis Index	RMSEA index	BIC
1	483,9 $p < 0,00001$	0,12	0,613	0,113	-590,27
2	370,7 $p < 0,00001$	0,09	0,736	0,092	-605,43
3	287,1 $p < 0,0002$	0,07	0,832	0,072	-595,31
4	241,8 $p < 0,0037$	0,07	0,868	0,063	-551,08
5	192,2 $p < 0,08$	0,06	0,929	0,045	-515,46
6	157,8 $p < 0,26$	0,05	0,967	0,029	-468,85

BIC: Bayesian Information Criterion

Tucker-Lewis Index: non-normed fit index (NNFI)

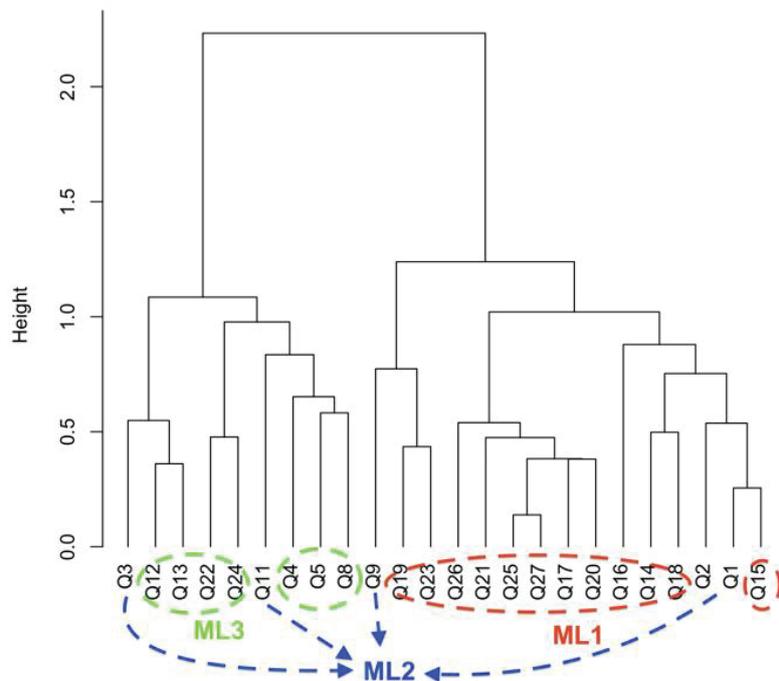
RMSA: Root mean square of the residuals

RMSEA: Root mean square error of approximation

Annexe 3 : Charges standardisées (factor loading) associant les questions aux dimensions dans l'analyse factorielle à 3 facteurs

	ML1	ML3	ML2
Q1	0.50	-0.02	0.73
Q2	0.31	0.16	0.57
Q3	0.16	0.39	0.51
Q4	0.12	0.37	0.33
Q5	0.14	0.59	0.16
Q8	0.05	0.51	0.15
Q9	-0.01	0.21	0.29
Q11	0.06	0.16	0.29
Q12	0.02	0.70	0.28
Q13	-0.05	0.57	0.46
Q14	0.60	0.11	0.26
Q15	0.77	0.01	0.47
Q16	0.31	-0.12	0.05
Q17	0.74	0.08	0.21
Q18	0.46	0.05	0.24
Q19	0.34	0.28	0.13
Q20	0.69	0.26	0.30
Q21	0.58	0.43	0.05
Q22	0.24	0.51	0.04
Q23	0.44	0.27	0.22
Q24	0.21	0.51	0.06
Q25	0.90	0.22	0.05
Q26	0.65	0.19	-0.07
Q27	0.87	0.34	-0.12

Annexe 4 : Classification Hiérarchique Ascendante (CHA) du questionnaire



VOTRE EXPERIENCE AU CABINET MEDICAL NOUS INTERESSE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine, je réalise une étude dont l'objectif principal est de décrire l'expérience des patients dans les cabinets de médecine générale des Alpes-Maritimes.

Pour cela, je vous invite à participer à ce questionnaire **strictement anonyme** et à répondre **avec le plus de sincérité possible à toutes les questions** en vous basant sur l'expérience dans votre cabinet, avec votre médecin traitant. Merci de déposer ensuite le questionnaire dans l'urne prévue à cet effet.

Je tiens à souligner que **ni votre médecin, ni sa secrétaire ne connaîtront vos réponses.**

Je vous remercie par avance de prendre le temps d'y répondre.

Temps de réponse : 5 minutes.

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes :

- Un homme
 Une femme

Indiquez votre âge (obligatoire) :

Votre situation familiale :

- Marié(e)/pacsé(e)
 En Union libre
 Célibataire
 Divorcé(e)
 Veuf/veuve

Votre Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) :

- Agriculteurs exploitants
 Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
 Cadres et professions intellectuelles supérieures
 Professions intermédiaires
 Employés
 Ouvriers
 Retraités / Sans activité
 Etudiant

Votre niveau d'études :

- Brevet
 CAP-BEP
 BAC
 Etudes Supérieures
 Autre

Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin généraliste :

- Premier rendez-vous
 Moins d'un an
 Entre 1 an et 5 ans
 Plus de 5 ans

Combien de fois consultez-vous en moyenne votre médecin généraliste chaque année :

- Moins d'une fois par an
 Entre 1 et 3 fois
 Entre 4 et 6 fois
 Entre 7 et 9 fois
 Plus de 10 fois par an

Concernant votre santé, diriez-vous que vous êtes en :

- Très bonne santé
 Bonne santé
 Plutôt mauvaise santé
 Très mauvaise santé

LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET LE FONCTIONNEMENT DU CABINET

1. Avez-vous l'impression d'être accueilli avec respect et politesse par les membres du cabinet médical (médecins, secrétaires) ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

2. La/les secrétaire(s) sont serviables et efficaces :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Pas vraiment d'accord
- Pas du tout d'accord
- Il n'y a pas de secrétariat

3. Comment jugez-vous la propreté et l'état des locaux du cabinet médical ?

- Très bons
- Plutôt bons
- Correct
- Plutôt mauvais
- Très mauvais

4. Trouvez-vous qu'il est facile de joindre votre cabinet médical par téléphone ?

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile
- Je n'ai jamais essayé

5. Si vous avez besoin d'un conseil médical, vous est-il facile d'avoir votre médecin au téléphone ?

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile
- Je n'ai jamais essayé

6. En général, par quel moyen prenez vous rendez-vous avec votre médecin ? (Plusieurs réponses possible)

- Directement sur place
- Par téléphone
- Par un site internet
- Par une application Smartphone

7. Selon vous, quel est ou quel serait le meilleur moyen pour prendre un rendez-vous médical ? (Une seule réponse)

- Directement sur place
- Par téléphone
- Par un site internet
- Par une application Smartphone

8. Si vous avez besoin d'un rendez-vous médical en urgence, vous est-il facile d'obtenir un rendez-vous le jour même avec votre médecin ?

- Très facile
- Plutôt facile
- Plutôt difficile
- Très difficile
- Je n'ai jamais essayé

9. Avez-vous déjà eu des difficultés à obtenir un rendez-vous avec votre médecin en raison des horaires d'ouverture du cabinet ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

10. Dans votre cas, une de ces tranches horaires supplémentaires de consultation vous permettrait-elle d'avoir plus facilement un rendez-vous ? (Une seule réponse)

- Avant 8 heures
- Entre 12 heures et 14 heures
- Après 18h30
- Samedi
- Dimanche
- Non, les heures d'ouvertures me conviennent

11. Dans votre cas, lorsque vous avez rendez-vous, combien de temps en moyenne attendez-vous en salle d'attente avant la consultation ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 30 minutes et 1 heure
- Plus d'1 heure

12. Comment qualifieriez-vous les conditions d'attente avant la consultation ? (Durée, confort, propreté, informations, divertissements)

- Très bonnes
- Bonnes
- Correctes
- Plutôt mauvaises
- Très mauvaises

LA CONSULTATION AVEC VOTRE MEDECIN

13. Votre médecin vous accorde-t-il toujours le temps dont vous avez besoin en consultation ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

14. Au cours de la consultation, votre médecin s'exprime-t-il dans un langage facile à comprendre ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

15. Avez-vous déjà eu l'impression d'être insuffisamment écouté par votre médecin au cours d'une consultation ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

16. Dans quelle mesure vos problèmes ou vos peurs sont-ils traités avec respect et considération par votre médecin ?

- Beaucoup de respect et de considération
- Assez de respect et de considération
- Pas assez de respect et de considération
- Pas du tout de respect et de considération

17. A quelle fréquence vous arrive-t-il de quitter le cabinet médical avec des questions restées sans réponse sur les conseils pour aller mieux ou concernant votre pathologie ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

18. Votre médecin vous donne suffisamment de renseignements sur les médicaments prescrits et leurs effets secondaires au cours des consultations :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Pas vraiment d'accord
- Pas du tout d'accord
- Je ne sais pas

19. Selon vous, votre médecin prend-il suffisamment en considération vos préférences ou vos antécédents médicaux lorsqu'il vous prescrit un traitement ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

20. Selon vous, au cours des consultations avec votre médecin, le domaine de la prévention (dépistages, vaccinations, alimentation) est abordé de manière :

- Totalement satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

ET POUR FINIR

21. En cas de besoin d'une consultation rapide chez un médecin spécialiste ou un personnel paramédical (kinésithérapeute, podologue, infirmière...) votre médecin parvient-il à vous obtenir un rendez-vous rapidement ?

- Toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Ne s'applique pas

22. Vous sentez vous impliqué(e), autant que vous le souhaitez, dans les décisions concernant votre santé (traitements, examens...) ?

- Très bien impliqué(e)
- Plutôt bien impliqué(e)
- Moyennement impliqué(e)
- Plutôt pas assez impliqué(e)
- Pas du tout impliqué(e)

23. Votre médecin implique-t-il votre famille et vos proches, autant que vous le souhaitez, dans les décisions importantes concernant votre santé ?

- Totalement
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Ne s'applique pas

24. Trouvez-vous votre médecin honnête et digne de confiance ?

- Totalement
- Plutôt
- Moyennement
- Pas vraiment
- Pas du tout

25. Êtes-vous satisfait de votre médecin au point de la recommander à quelqu'un de votre entourage ou à quelqu'un de nouveau sur la région ?

- Totalement
- Probablement
- Probablement pas
- Certainement pas

26. Diriez-vous que votre médecin vous aide à rester en bonne santé ?

- Totalement
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout
- Je ne sais pas

Merci de votre participation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 Un engagement Collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 sept p. 52. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
2. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Med Care Res Rev MCRR*. oct 2014;71(5):522-54.
3. Haggerty JL, Lévesque J-F, Santor DA, Burge F, Beaulieu C, Bouharaoui F, et al. Accessibility from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthc Policy*. déc 2011;7(Spec Issue):94-107.
4. Fancott C. QU'ARRIVERAIT-IL SI L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ÉTAIENT GUIDÉS PAR L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS? *Fond Can Pour L'amélioration Serv Santé*. 2012;3.
5. LaVela SL, Gallan AS. Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Exp J*. 2014;1(1):11.
6. Defining Patient Experience - The Beryl Institute - Improving the Patient Experience [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPX>
7. Salisbury C, Wallace M, Montgomery AA. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *The BMJ* [Internet]. 12 oct 2010 [cité 6 nov 2018];341. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954274/>
8. Dr Foster Intelligence Team. The Intelligent Board 2010 : Patient Experience [Internet]. 2010 p. 24. Disponible sur: <http://www.healthcaregovernance.org.au/docs/the-intelligent-board-patient-experience-2010.pdf>
9. OECD. Measuring Up Improving Health System Performance in OECD Countries: Improving Health System Performance in OECD Countries. OECD Publishing; 2002. 347 p.
10. Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res*. sept 2014;7(3):235-41.
11. Sarah Russel. Patients' Experience : Top heavy with research. *Patients Exp Top Heavy Res*. 2013;27.
12. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570.
13. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Med J*. janv 2014;29(1):3-7.
14. Gerteis Margaret et al. Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. San Francisco: Josey Bass; 1993. 352 p.

15. Muriel Rosset. Résultats 2018 du Baromètre de "l'Expérience Patient": quels enseignements de l'IFEP ? [Internet]. ManagerSante.com®. 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://managersante.com/2019/02/01/resultats-du-barometre-de-lexperience-patient-queles-enseignements-synthese-de-muriel-rosset/>
16. Direction Générale de l'Offre de Soins. Fiche descriptive de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) « I-SATIS [Internet]. DGOS; 2012 p. 3. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/I-SATIS_fiche_descriptive-2.pdf
17. Bélanger, Marquis et Mercier. La communauté de pratique québécoise en évaluation de l'expérience patient : une expertise à partager! E Point En Adm Santé Serv Sociaux. 2013;9(3):28-30.
18. Dyer N, Sorra JS, Smith SA, Cleary PD, Hays RD. Psychometric properties of the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Clinician and Group Adult Visit Survey. Med Care. nov 2012;50 Suppl:S28-34.
19. Holmboe O, Iversen HH, Danielsen K, Bjertnaes O. The Norwegian patient experiences with GP questionnaire (PEQ-GP): reliability and construct validity following a national survey. BMJ Open. sept 2017;7(9):e016644.
20. Roland M, Roberts M, Rhenius V, Campbell J. GPAQ-R: development and psychometric properties of a version of the general practice assessment questionnaire for use for revalidation by general practitioners in the UK. BMC Fam Pract. 20 oct 2013;14:160.
21. Campbell J, Smith P, Nissen S, Bower P, Elliott M, Roland M. The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK--development and psychometric characteristics. BMC Fam Pract. 22 août 2009;10:57.
22. Damman OC. Public reporting about healthcare users' experiences: the consumer quality index. [Utrecht]: Nivel; 2010.
23. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. Int J Qual Health Care. 1 oct 2002;14(5):353-8.
24. Greco M, Powell R, K S, Carter M. The Improving Practice Questionnaire (IPQ): A practical tool for general practices seeking patient views. Educ Prim Care. 1 nov 2003;14:440-8.
25. Haute Autorité de Santé. Mesure de l'expérience du patient Analyse des initiatives internationales [Internet]. 2011 avr [cité 28 avr 2020] p. 43. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011
26. WHO. From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future [Internet]. Astana: WHO; 2018 p. 68. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2018/from-alma-ata-to-astana-primary-health-care-reflecting-on-the-past,-transforming-for-the-future-2018>
27. DREES. Les réformes de l'organisation des soins primaires - Ministère des Solidarités et de la Santé. RFAS [Internet]. 2018 [cité 27 avr 2020]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/revue->

francaise-des-affaires-sociales/appels-a-contribution-de-la-rfas/article/les-reformes-de-l-organisation-des-soins-primaires

28. Safon M-O. Soins de santé primaires Les pratiques professionnelles en France [Internet]. IRDES; 2020 p. 435. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>
29. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé : AVIS ET RAPPORT 2018 [Internet]. HCAAM; 2018 p. 112. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_et_rapport_hcaam_2018_-_contribution_a_la_strategie_de_transformati.pdf
30. Colleen Konicki Dilorio. Measurement in Health Behavior: Methods for Research and Evaluation. 2005. 336 Pages. (Jossey-Bass Public Health).
31. Chavent M, Kuentz-Simonet V, Liquet B, Saracco J. ClustOfVar: An R Package for the Clustering of Variables. J Stat Softw. 22 sept 2012;50(1):1-16.
32. Lyratzopoulos G, Elliott M, Barbieri JM, Henderson A, Staetsky L, Paddison C, et al. Understanding ethnic and other socio-demographic differences in patient experience of primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. BMJ Qual Saf. 1 janv 2012;21(1):21-9.
33. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Fam Pract. 28 août 2010;11(1):61.
34. Cohidon C, Wild P, Senn N. Patient experience in primary care: association with patient, physician and practice characteristics in a fee-for-service system. Swiss Med Wkly [Internet]. 3 avr 2018 [cité 8 juill 2020];148(1314). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2018.14601>
35. Holt K, Doubova SV, Lee D, Perez-Cuevas R, Leslie HH. Factors associated with positive user experience with primary healthcare providers in Mexico: a multilevel modelling approach using national cross-sectional data. BMJ Open [Internet]. 14 janv 2020 [cité 8 juill 2020];10(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7045193/>
36. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. juin 2004;(315):12.
37. Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Primary care consultation predictors in men and women: a cohort study. Br J Gen Pract. 1 févr 2005;55(511):108-13.
38. Heje HN, Vedsted P, Olesen F. General practitioners' experience and benefits from patient evaluations. BMC Fam Pract. 31 oct 2011;12(1):116.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

PATIENT EXPERIENCE IN GENERAL PRACTICES OF ALPES-MARITIMES : Global overview and influencing factors

Background

Patient Experience (PE) is recognized as a key component of quality of care and health services assessment. A positive Patient Experience is correlated with higher levels of adherence to treatment processes, better clinical outcomes, better care safety, and a decrease of health-related costs. Improving quality and appropriateness of primary care services, considered as the cornerstone of healthcare systems, is thus an overall target. Our study aimed to describe Patient Experience in general practices of Alpes-Maritimes and identify patient-related factors that might influence this experience.

Methods

Our cross-sectional study was based on a newly-created, statistically validated multidimensional questionnaire exploring the various domains of Patient Experience. Global and composite scores were used to assess Patient Experience. Multivariate analyses have been carried out to determine which patient-related factors might influence Patient Experience.

Results

Overall, 762 patients followed by 32 general practitioners were included in our study. Global Patient Experience mean score was 85,7/100. Patient aged between 60 and 74 years old, retirees and people in « very good health » reported the best PE scores. In Patient Experience different dimensions, mean scores were : 94,8/100 for « healthcare practice hospitality », 90,4/100 for « doctor-patient relationship » and 76,0/100 for « practice organisation and management ». We highlighted that global Patient Experience of primary care was influenced by three patient-related factors : age ($p=0,005$), socio-professional category ($p=0,008$) and health status ($p=0,008$).

Conclusions

Patient Experience in general practices of Alpes-Maritimes was evaluated positively by patients. Our newly-created Patient Experience questionnaire is relevant, reliable, consistent and designed for french healthcare system and could be used in the future in new studies at different levels. Those studies would serve to set up or assess initiatives to improve quality of the french primary healthcare system.

Keywords: Patient Experience, Primary care, Survey and Questionnaire, France

L'EXPÉRIENCE PATIENT EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES ALPES-MARITIMES : État des lieux et facteurs influençant l'expérience des patients

Contexte

La mesure de l'expérience patient est reconnue comme l'une des principales composantes de l'évaluation de la qualité des soins et des services de santé. Une expérience patient positive est corrélée à une meilleure adhésion aux traitements, à de meilleurs résultats cliniques, à une meilleure sécurité et dans l'ensemble à une baisse des coûts relatifs à la santé. L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins primaires, considérés comme la « pierre angulaire du système de santé », est ainsi un objectif global.

Objectif

Décrire l'expérience patient en cabinet de médecine générale dans les Alpes-Maritimes et rechercher les facteurs influençant cette expérience.

Méthode

Notre étude transversale descriptive se base sur un questionnaire multidimensionnel créé et validé statistiquement, explorant les différents domaines de l'expérience patient. L'expérience des patients a été mesurée par le biais de scores. Des analyses multivariées ont permis de rechercher les facteurs propres aux patients influençant leur expérience.

Résultats

Au total, 762 patients suivis par 32 médecins ont été inclus dans notre étude. Le score d'expérience globale moyen était de 85,7/100. Les patients âgés de 60 à 74 ans, les retraités et les personnes en « très bonne santé » ont obtenu les meilleurs scores d'expérience. Dans les différentes dimensions, les scores moyens étaient de : 94,8/100 pour l'accueil au cabinet médical, 90,4/100 pour la relation médecin-patient et 76,0/100 pour l'organisation et le fonctionnement du cabinet médical. Trois facteurs influençaient significativement l'expérience patient globale : l'âge ($p=0,005$), la catégorie socio-professionnelle ($p=0,008$) et le ressenti de la santé ($p=0,008$).

Conclusion

L'expérience patient en cabinet de médecine générale des Alpes-Maritimes était valorisée positivement. Notre nouveau questionnaire « expérience patient », pertinent, fiable, cohérent et adapté au système français, pourra être utilisé dans de nouvelles études à différents niveaux (maison de santé, ville, département ou pays) afin de mettre en place ou d'évaluer des initiatives visant à améliorer la qualité et la pertinence du système de soins français.

Mots clés : Expérience patient, Médecine générale, Questionnaire, France