



UNIVERSITÉ DE FRIBOURG
UNIVERSITÄT FREIBURG

Université de Fribourg
Faculté des sciences économiques et sociales
Chaire de Marketing

Travail de Bachelor

La relation médecin-patient

**L'analyse de facteurs influençant la satisfaction
du patient liée au médecin et à sa consultation**

déposé par

Lara Kellenberger

07.10.1991

12-201-489

lara.kellenberger@bluewin.ch

pour l'obtention du grade académique
Bachelor of Arts (B.A.)

Superviseur

Prof. Dr. Olivier Furrer

Période d'élaboration
lieu, date de soumission

01.02.2015 – 04.08.2015

Fribourg, [DD.08.2015]

ABSTRACT

Objectif: Au moyen de cette étude, on a évalué l'expérience de la consultation médicale, perçue par le patient, sous-forme du degré de satisfaction du patient. Le but était de pouvoir examiner, si les trois dimensions de la satisfaction, *cognitive, affective et conative (comportementale)*, contribuaient à la *satisfaction globale* du patient liée à la consultation, par le biais de la variable médiatrice *confiance*.

Méthode: L'échantillon était constitué de 102 patients d'un chirurgien orthopédique d'un cabinet privé en Suisse. Les patients ont été priés de remplir un questionnaire après leur consultation. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, avec lequel des analyses de régression ont été effectuées.

Résultats: La dimension cognitive ainsi que la dimension affective n'ont pas contribué à la satisfaction globale du patient. Seule la dimension conative a montré un lien statistiquement significatif avec la satisfaction. Par contre on a pu constater une relation forte entre la confiance du patient en le médecin et la satisfaction du patient.

Conclusion: Il conviendrait de retester le modèle de recherche avec un plus grand échantillon et également d'y inclure plusieurs chirurgiens pour pouvoir en tirer des conclusions.

TABLE DES MATIÈRES

ABSTRACT	I
TABLE DES MATIÈRES	II
TABLE DES ILLUSTRATIONS	III
INDEX DES TABLEAUX	IV
INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE CONCEPTUEL.....	6
La satisfaction du patient - une mesure multidimensionnelle.....	7
Informer le patient	9
L'empathie	11
La compétence	13
La confiance en le médecin.....	15
Les facteurs socio-démographiques.....	17
Modèle de recherche	18
La relation médecin-patient dans le domaine chirurgical.....	20
MÉTHODOLOGIE	21
Design expérimental et échantillon.....	21
Méthode d'analyse des données	24
RÉSULTATS	29
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	37
Contributions théoriques.....	38
Limites du travail de recherche	40
Suggestions et recommandations pour recherches futures	42
ANNEXES	43
Output SPSS	43
Questionnaire.....	49
BIBLIOGRAPHIE	50

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: modèle de recherche	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Figure 2: modèle effet total	25
Figure 3: modèle avec variable médiatrice	25
Figure 4: sous-modèle informer le patient	27
Figure 5: sous-modèle empathie	27
Figure 6: sous-modèle compétence	28
Figure 7: synthèse des résultats du sous-modèle informer le patient.....	32
Figure 8: synthèse des résultats du sous-modèle empathie	33
Figure 9: synthèse des résultats du sous-modèle compétence.....	34
Figure 10: modèle de recherche synthétique.....	36

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil des répondants.....	29
Tableau 2: Alpha de Cronbach.....	30
Tableau 3: Hypothèses confirmées ou infirmées	35
Tableau 4: Exemple réponses à la question 16	41
Tableau 5: Exemple réponses à la question 19	41

INTRODUCTION

La consultation, a-t-elle comblé mes attentes? Est-ce que je recommanderais ce médecin à un ami? La satisfaction du patient* - c'est un des critères de succès les plus importants et un atout majeur pour le développement d'une bonne relation interpersonnelle entre un patient et son médecin. (Hamilton et al., 2013)

La mesure et l'évaluation de la satisfaction du patient liée au médecin prend de plus en plus d'ampleur. Cet état de fait peut être expliqué d'une part par l'émergence de la satisfaction comme indicateur important du résultat médical (Marks et al., 2011). D'autre part c'est une mesure cruciale non seulement d'un point de vue économique, mais aussi d'un point de vue social. Plus précisément, lorsqu'un patient est très satisfait, il est possible, qu'il reste fidèle à son médecin. En conséquence, ce patient est disposé à recommander son docteur au cercle de ses connaissances et donc, de favoriser le bouche-à-oreille positif. Par le biais de la construction et le développement d'une patientèle, le bouche-à-oreille peut contribuer au succès du médecin. La satisfaction est un des critères les plus importants - voire le plus important - pour déterminer le succès. Considérée comme un „concept multidimensionnel“ et compliquée à définir, la satisfaction du patient figure comme élément constitutif dans la relation entre le médecin et le patient. Ce n'est pas seulement un terme pour identifier les attentes du patient envers son médecin, mais c'est aussi l'attitude du patient et ses facteurs psychosociaux, comme la douleur par exemple, qui y sont englobés. Le fait de comprendre le concept de la satisfaction du patient à l'égard de la consultation, rend possible la mise en évidence de conséquences et propositions pour la pratique. Par ailleurs, un médecin qui aborde la thématique de la satisfaction du patient, permet de se rendre compte de son impact possible non seulement sur la qualité de service, mais aussi sur le résultat médical (Hamilton et al., 2013; Meakin & Weinman, 2002; Morris, Jahangir, & Sethi, 2013; Shirley & Sanders, 2013).

Le domaine médical fait partie du secteur tertiaire, comprenant les prestations de service. Une des particularités d'un service est celle de la simultanéité: la production - dans notre cas par exemple l'opération et le traitement effectués par le docteur et le personnel médical - et la consommation, expérimentée par le patient, sont réalisées en même temps. Par conséquent, le

*Par souci de lisibilité et de place, il est fait usage, dans la présente étude, du masculin générique pour désigner les personnes des deux sexes.

service médical ne peut pas être évalué à l'avance, mais peut, suivant l'expérience du patient, engendrer un certain degré de satisfaction. En vue de l'intangibilité du service médical, il est favorable pour les médecins de développer un lien de confiance avec leurs patients et de pouvoir établir avec le temps une relation à long terme (Chang, Chen, & Lan, 2013).

L'interprétation de la satisfaction est complexe, parce que dans la perspective du patient, l'idée et la perception d'un résultat satisfaisant sont impactées par une variété de facteurs. Bien que ceci ait été sujet de nombreuses études, on n'a pas pu identifier de fortes influences entre des facteurs spécifiques et la satisfaction (Marks et al., 2011). Ceci justifie une nouvelle approche pour essayer de réduire la complexité du concept de la satisfaction du patient.

Un autre aspect essentiel, contribuant à la construction d'une bonne relation entre le patient et le médecin, est la confiance. Les résultats de l'étude récente *Service quality, trust and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters* de Chang, Chen & Lan (2013), donnent un input intéressant: non seulement la qualité de service impacte positivement la confiance d'un patient, mais également la confiance du patient en son médecin influence positivement sa satisfaction (Chang et al., 2013).

Par contre, on a constaté qu'il y avait un manque de littérature couvrant le thème des relations entre ces trois aspects - la qualité du service, la confiance, et la satisfaction. Ceci est une des raisons, pourquoi l'étude présente a été réalisée.

Une autre raison s'est développée à partir de l'étude *Communication between surgeons and patients in routine office visits*, de Levinson et Chaumeton (1999): Il est avéré, qu'en termes de communication, les chirurgiens sont confrontés à des défis qui sont spécifiques à la consultation chirurgicale. L'obligation d'informer le patient à propos de différentes méthodes de traitement, de procédures techniques complexes et de complications possibles et, en plus de tout cela, de devoir communiquer d'une façon compréhensible avec le patient, à qui les termes médicaux ne sont pas forcément tous connus, manifeste une tâche difficile pour le chirurgien. La „relation plus distante“ entre lui et son patient peut être vue comme une particularité du domaine chirurgical (Levinson & Chaumeton, 1999, p. 128, traduit par l'auteure de l'étude présente). Le manque d'informations existant sur la communication dans la chirurgie relève le besoin d'y creuser plus profondément. Ceci est nécessaire afin de pouvoir élaborer un ensemble de recommandations susceptible à contribuer à une meilleure relation entre le médecin et le patient. L'étude de Levinson et Chaumeton (1999) relève une autre lacune, à savoir que des futures enquêtes sont requises, pour concourir à la théorie sur l'influence de la communication sur la satisfaction du patient (Levinson & Chaumeton, 1999).

En outre, en prenant en compte la spécificité de la relation particulière entre le patient et le docteur pendant le processus du service médical, on a constaté que ce domaine n'a pas encore été suffisamment étudié et commenté (Chang et al., 2013). Ces raisons énoncées ont motivé une nouvelle tentative pour essayer de mieux comprendre la relation complexe entre le patient et son médecin.

Afin de développer le modèle de base, l'auteure de ce travail s'est référée à l'étude *The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure perceptions of physician behavior*, de Wolf, Putnam, James et Stiles (1978). Pour pouvoir mesurer le degré de satisfaction des patients, le concept de l'interaction médecin-patient a été divisé en les trois dimensions de la satisfaction *cognitive, affective* et *comportementale*. La dimension cognitive comprend des aspects informationnels comme par exemple le fait de renseigner le patient sur son problème et de lui expliquer le processus de traitement. La dimension affective conçoit les aspects émotionnels comme, entre autres, la confiance en le médecin. Enfin, la dimension comportementale, aussi appelée conative, est basée sur la perception de l'examen médical et de la qualité de service, expérimentés par le patient (Wolf, Putnam, James, & Stiles, 1978). Bien que l'étude date de 1978, l'idée de la distinction de ces trois dimensions de la satisfaction semble pertinente et c'est pourquoi elle a été reprise dans l'étude présente.

Van Den Assem et Dulewicz (2015) ont constaté que „la confiance contribuait le plus à la satisfaction du patient [...]“ (Van Den Assem & Dulewicz, 2015, p. 8, traduit par l'auteure de l'étude présente). Ceci a été le résultat d'une enquête menée auprès de patients de chirurgiens généraux.

Le but de ce travail - dérivé des études mentionnées ci-dessus - est la focalisation sur la relation entre le patient et le chirurgien orthopédique, notamment l'évaluation des aspects des différentes dimensions influençant la satisfaction globale du patient avec son médecin. En vue de cet objectif, la question de recherche suivante a été développée:

Est-ce que les trois dimensions de la satisfaction contribuent à la satisfaction globale du patient liée au médecin et à sa consultation?

Une réponse partielle à cette question pourrait être donnée en consultant le résultat de Van Den Assem et Dulewicz (2015). Par contre, leur recommandation d'analyser ce concept dans d'autres domaines médicaux que la chirurgie générale, justifie une réexamination de la question.

Par ailleurs, du fait que l'étude présente ait été réalisée dans le domaine de la chirurgie orthopédique, et que - comme relevé juste avant - le chirurgien se voit confronté à des

difficultés de communication spécifiques à son domaine, les hypothèses suivantes ont été formulées:

H1: Le fait de suffisamment informer le patient influence sa satisfaction.

H2: L'empathie perçue par le patient influence sa satisfaction.

H3: La compétence perçue par le patient influence sa satisfaction.


H4: Le fait de suffisamment informer le patient engendre la confiance envers le médecin.

H5: L'empathie perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.

H6: La compétence perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.

H7: La confiance a un impact sur la satisfaction. 

L'analyse documentaire a été menée sur des bases de données universitaires et des sites Web connexes. Une recherche systématique d'enquêtes publiées sur les déterminants de la satisfaction du patient ainsi que sur les facteurs jouant un rôle important dans la consultation médicale a été effectuée. Après la vérification des titres et des résumés des articles afin d'en établir la pertinence, une sélection d'études a été examinée plus profondément. Ces dernières ont permis de construire la base théorique de l'étude présente. Les lacunes scientifiques existantes ont été considérées afin de planifier une enquête qui pourrait fournir une nouvelle prise de conscience.

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche et de tester les hypothèses, un questionnaire comprenant 20 questions a été développé sur la base de plusieurs questionnaires utilisés dans des études antérieures. Ce questionnaire s'adressait aux patients d'un médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique exclusivement du genou et de la hanche. Les réponses pouvaient être données au moyen d'une échelle Likert de cinq points, allant de 1 (pas du tout d'accord) jusqu'à 5 (tout à fait d'accord). Ensuite, à l'aide du progiciel SPSS et de la méthode de Kenny, une analyse de régression a été faite pour pouvoir évaluer le degré d'influence entre les dimensions de la satisfaction et la satisfaction globale du patient. 

S'appuyant sur les résultats de cette étude, il s'agit de pouvoir élaborer des suggestions d'amélioration pour la relation entre le médecin et son patient. Ceci surtout en raison de la communication avec le patient qui est particulièrement spéciale dans le domaine chirurgical. Par ailleurs, au moyen de cette enquête, on souhaiterait enrichir les connaissances scientifiques existantes au niveau des relations entre la performance, la confiance et la satisfaction, qui n'ont pas encore été suffisamment analysées (Chang et al., 2013). Il convient encore de relever ici, que d'un point de vue marketing, il est important de prendre en

considération les possibilités d'augmenter non seulement la qualité de service, mais aussi le degré de satisfaction et la confiance de la patientèle (Levinson & Chaumeton, 1999; Shirley & Sanders, 2013).

Le travail présent est structuré de la manière suivante: Tout d'abord, les théories fondamentales, sur lesquelles ce travail se base, sont abordées, de façon à ce que les lecteurs puissent obtenir une image globale du contexte de l'étude. Un ensemble d'aspects pertinents pour ce travail, tiré de la littérature scientifique existante, est mis en avant. Dans un premier temps la spécificité du service médical est discutée. Ensuite, le concept multidimensionnel de la satisfaction et les différents facteurs entrant en jeu sont définis et expliqués. En outre, la littérature existante est reflétée sous un angle critique et à partir de cela, la nécessité du travail est démontrée. Puis, les hypothèses guidant cette étude et le modèle de recherche, qui a été élaboré sur la base de recherches précédentes, sont présentées. Dans un second temps, la méthodologie utilisée est expliquée, et enfin, les résultats détaillés de l'enquête sont présentés. La partie finale est constituée d'un résumé bref en rappelant au lecteur les objectifs de l'étude ainsi que les résultats. Par ailleurs, l'étude réalisée est comparée aux études antérieures et les nouveaux aspects qui contribuent à la théorie sont énoncés. Aussi les limites de ce travail sont thématiques et, par le biais d'une critique constructive, des conseils pour les travaux futurs sont élaborés.

De nos jours, il existent tant de possibilités et de technologies sophistiquées, pour pouvoir diagnostiquer des maladies, néanmoins l'interaction entre le docteur et le patient est un élément indispensable dans la visite médicale (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995).

REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE CONCEPTUEL

Afin de permettre au lecteur une bonne introduction à la thématique complexe de la relation interpersonnelle entre un patient et son médecin, tout d'abord quelques éléments de base d'après Parsons (1951) sont présentés ci-dessous.

Son modèle idéal décrit le rôle du médecin et celui du patient. L'identification des attentes générales qui influencent le comportement et l'attitude du patient et du médecin a pour but de pouvoir se faire une image des différents aspects de l'interaction pendant la consultation médicale. Les quatre points suivants peuvent généraliser le rôle du patient: premièrement, le malade peut, ou - selon son problème et sa situation - est forcé à céder une ou parfois plusieurs activités quotidiennes. Il se peut même, qu'il doive arrêter de travailler à cause de sa douleur. C'est pourquoi le patient ressent le besoin d'être traité. On peut en conclure, qu'il souhaite une guérison rapide. Finalement, pour que cela puisse se produire, le patient va voir le médecin pour se laisser conseiller à propos des alternatives de traitement possibles.

En revanche, les attentes, que le patient a vis-à-vis de son docteur, peuvent être définies par les points suivants: d'un côté, le médecin doit prouver des connaissances médicales ainsi que de bonnes compétences professionnelles. Aussi, il est censé montrer de l'intérêt envers son patient et faire en sorte que ce dernier sente, que l'on prenne bien soin de lui. D'un autre côté, le médecin doit être en mesure d'agir objectivement et se comporter émotionnellement indifférent. En plus, on attend de lui, qu'il s'oriente sur les pratiques professionnelles (Cité par Scambler, 2008). Malgré cet essai de fournir une description standardisée du concept de la relation médecin-patient cela ne représente qu'une approche d'explication rudimentaire de la réalité empirique (Heritage & Maynard, 2006).

La consultation médicale idéale comporte et le côté centré sur le patient, et le côté centré sur la perspective médicale. Le patient apporte sa contribution à la consultation en parlant de ses douleurs, sa peur, aussi des symptômes et des attentes par rapport à son traitement. Du point de vue du médecin, celui-ci en contrepartie fournit des informations concernant les alternatives et le plan de traitement (Ong et al., 1995).


Parsons relève, que dans son rôle, le médecin a une certaine autorité par rapport au patient. Ceci peut être en raison des connaissances médicales, qui dans la plupart des situations ne peuvent pas être comparables à celles du patient (Scambler, 2008).

L'intangibilité du service médical représente une autre difficulté, à laquelle nous sommes confrontés. Les actions du personnel médical et leur interaction avec les patients peuvent rendre le soins de santé plus tangibles. Les liens personnels sont susceptibles de générer la satisfaction du patient. Par le biais de la satisfaction, le résultat médical peut être influencé. Par contre, l'empathie et l'amabilité exprimés par le médecin, mais aussi la réalisation d'analyses et de traitements médicaux ne peuvent „ni être quantifiables ni automatisables“. En particulier la détermination de la qualité du résultat médical n'est pas évidente non plus. Enfin, ce qui est important de relever ici, c'est que le patient ne peut pas être directement comparé à un consommateur. À cause de sa souffrance, le patient se trouve dans „un lien de dépendance confiant“ avec son médecin. „Il reste un patient et n'est pas un client“ (Schnoor & Hokema, 2011).

La satisfaction du patient - une mesure multidimensionnelle

Traditionnellement, la qualité des soins de santé a été évaluée par des indicateurs moins complexes comme le taux de mortalité ou le taux de complications. Ces derniers temps, le secteur médical a commencé à inclure dans l'évaluation des services la perception des soins médicaux expérimentés par le patient. En raison de l'importance croissante de mesures rapportées par les patients pour l'économie, la notion de la satisfaction est devenue primordiale. Aussi dans des environnements autres que médicaux, le concept de la satisfaction est devenu crucial, notamment à cause du lien positif observé entre le taux de croissance de l'entreprise et la fidélisation des clients (Shirley & Sanders, 2013).

„La satisfaction du patient est l'évaluation cognitive d'un individu de, et une réaction émotionnelle à, son expérience des soins de santé“ (Shirley & Sanders, 2013, p. 1, traduit par l'auteure de l'étude présente).

On peut également expliquer le concept de la satisfaction comme une évaluation exprimée par une attitude se développant entre autre sur la base d'interactions entre le produit et le consommateur (Yi, 1990). D'après Ong et al. la satisfaction fait partie des indicateurs pour mesurer le résultat médical. Un résultat peut être défini comme „une conséquence observable d'une action effectuée précédemment [...]“ (Ong et al., 1995, p. 910, traduit par l'auteure de l'étude présente). 

Le terme satisfaction a une portée très large. Son interprétation est complexe, parce que différents facteurs entrent en jeu dans la perception d'un résultat satisfaisant. Ce n'est pas

pour rien que l'on désigne la satisfaction une mesure multidimensionnelle (Marks et al., 2011; McGregor, Doré, & Morris, 2013).

La satisfaction du patient après une intervention chirurgicale ne s'arrête pas à l'évaluation du résultat du traitement. Plutôt, la satisfaction est soumise à une variété de facteurs d'influence, à savoir, l'expérience de l'évènement médical dans l'ensemble, étant constitué de nombreux aspects. „La satisfaction du patient est probablement le critère le plus important de succès“ (Hamilton et al., 2013, p. 4, traduit par l'auteure de l'étude présente). En outre, plusieurs références citées par Meakin & Weinmann (2002) ont prouvé qu'un degré de satisfaction élevé était lié à un meilleur état de santé.

Ray Fitzpatrick (1991) postule différentes dimensions de la satisfaction du patient. Il s'agit de „l'humanité, la valeur informative, la qualité globale, la compétence, la bureaucratie, l'accès, le coût, les infrastructures, le résultat, la continuité et l'attention à des problèmes psychosociaux“ (Fitzpatrick, 1991, p. 888, traduit par l'auteure de l'étude présente). L'étude présente se focalise sur la satisfaction du patient spécifiquement avec le médecin et la consultation. Cette focalisation semble pertinente pour autant qu'un grand nombre d'études ait été publié autour de l'évaluation de la satisfaction liée à l'ensemble du séjour à l'hôpital. Beaucoup d'enquêtes ont également été réalisées avec des généralistes, par contre ces résultats ne s'appliquent pas forcément à toutes les autres spécialités de la médecine. Entre autre d'après les conclusions de Levinson et Chaumeton (1999), le domaine chirurgical s'est avéré comme méritant de l'attention et c'est pourquoi il fait objet de l'enquête présente.

Par ailleurs, a renoncé à inclure dans l'étude l'évaluation de la satisfaction du résultat médical, parce que cela aurait impliqué des analyses qualitatives trop complexes et cela serait sorti du cadre de ce travail. Le choix de se concentrer sur une partie plus étroite du domaine des services médicaux a été fait en traitant de la littérature scientifique existante. Notamment l'étude Wolf, Putnam, James et Stiles (1978) a servi de base pour constituer le design de l'étude présente. Leur idée de „catégoriser“ le questionnaire en trois dimensions de la satisfaction, cognitive, affective et conative / comportementale, a été reprise et adaptée (Wolf et al., 1978, p. 393, traduit par l'auteure de l'étude présente).

Pour représenter la satisfaction cognitive, le terme générique informativité a été choisi. Le terme empathie a été sélectionné pour désigner la satisfaction affective et le terme compétence pour la satisfaction conative. Chacun de ces termes génériques fait l'objet des sous-chapitres suivants, avant qu'ils soient assemblés pour former le modèle de recherche sur lequel l'étude présente s'appuie.

Informier le patient

Puisque le médecin utilise à côté du langage courant le jargon professionnel, cela peut entraîner un déficit de communication entre lui et son patient, à qui des termes médicaux spécifiques ne sont souvent pas connus (Ong et al., 1995, p. 910). La recherche réalisée par Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher et Rowlands (2009) fait preuve de ceci. L'analyse des réponses des patients interviewés a montré que beaucoup d'entre eux souhaiteraient recevoir les informations en relation avec leur traitement dans un langage plus simple et mieux compréhensible. Aussi une grande partie d'entre eux avait exprimé la peine à accéder, à comprendre ainsi qu'à utiliser des informations médicales (Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher, & Rowlands, 2009, p. 114).

En ce qui concerne la communication des médecins, le domaine chirurgical apporte une difficulté qui est considérée comme incomparable à d'autres domaines médicaux. En tant que chirurgiens il leur est exigé de communiquer et d'expliquer au patient d'une manière compréhensible son problème. Ceci ne constitue pas toujours une tâche facile, car les diagnostics et les interventions chirurgicales se manifestent parfois comme complexes et délicats. L'analyse des données de l'étude *Communication between surgeons and patients in routine office visits* réalisée par Levinson et Chaumeton (1999) présente un exemple: pendant les visites postopératives, généralement les docteurs ont renseigné leurs patients sur leur problème et le plan de traitement en utilisant un mélange d'expressions non-techniques et de termes techniques. Pendant le dialogue les patients ont posé des questions pour se rassurer d'avoir bien compris ce que le docteur leur a expliqué.

Le chirurgien doit présenter non seulement les alternatives de traitement possibles, mais aussi discuter avec son patient les conséquences et d'éventuelles complications qui peuvent se produire. Par ailleurs, le docteur doit prendre le temps d'expliquer la procédure de traitement en détail. Cela est nécessaire pour permettre au patient d'avoir une base d'informations complète pour que celui-ci puisse participer à la prise de décision pour choisir une méthode de traitement. L'éducation du patient constitue une part cruciale dans la consultation chirurgicale, tandis que dans le domaine de la médecine du premier recours par exemple, plus de temps est consacré à l'histoire du patient par le biais de l'anamnèse et de premiers examens cliniques. De plus, un chirurgien pose typiquement des questions fermées. Contrairement à cela, la possibilité de parler plus librement dans la consultation chez un médecin généraliste

par exemple, a montré une satisfaction plus élevée avec le style de consultation plus centré autour du patient (Levinson & Chaumeton, 1999).

Malgré cela, les connaissances et la compréhension de patients chirurgicaux sont généralement faibles. Dans les dernières décennies, un standard informationnel centré sur le patient a gagné de plus en plus en importance. Ce consentement éclairé a pour but de fournir au patient toutes les informations relativement à son problème, ainsi qu'aux risques et aux complications pouvant se manifester au cours du traitement. Ce document est conçu pour la protection et du patient et du médecin. Le patient est mieux informé et grâce à cela il peut aboutir à une meilleure prise de décision avec le médecin concernant le plan individuel de traitement. Le processus de consentement se termine avec la signature du patient, qui confirme non seulement la mise à disposition d'une base d'informations complète au patient, mais aussi le fait que le docteur a discuté le plan de traitement et les droits du patient avec ce dernier (Mulsow, Feeley, & Tierney, 2012).

En traitant de la littérature scientifique existante, différents éléments contradictoires ont été identifiés et ont par conséquent éveillé l'intérêt d'y jeter un coup d'œil plus précis.

Il convient de mentionner l'étude de Roter, Hall et Katz (1987) qui a montré que les aspects informationnels contribuaient significativement à la satisfaction du patient, tandis que les aspects affectifs et la satisfaction étaient corrélés plus faiblement (Roter, Hall, & Katz, 1987). Opposé à ce résultat, le *doctor-patient trust outcomes model* développé par Van den Assem et Dulewicz (2015) a réussi à prouver que la confiance - pouvant être identifiée comme élément affectif - contribuait le plus à la satisfaction du patient (Van Den Assem & Dulewicz, 2015). En outre, Kim, Kaplowitz et Johnston (2004) ont observé que l'échange d'informations entre le patient et le docteur ne reflétait pas de lien positif avec le degré de satisfaction (Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004). Même si ce n'était qu'un lien négatif faible, cela contraste avec l'étude de Roter et al. (1987) mentionnée ci-dessus.

Ces contradictions soulèvent des questions et exigent que l'on se penche à nouveau sur cette thématique, c'est pourquoi une première hypothèse a été formulée:

H1: Le fait de suffisamment informer le patient influence sa satisfaction.

En raison de l'importance croissante de pouvoir lire et comprendre de l'information médicale, l'hypothèse H1 a été considérée comme pertinente pour cette étude.

Du point de vue de l'aspect informationnel il est important de relever qu'un patient devrait être en mesure de connaître les différentes variantes de traitement et également de comprendre les avantages et les désavantages ainsi que les risques liés à chacune, avant de prendre une décision. Plusieurs recherches citées par Muslow, Feeley et Tierney (2012) ont montré une discrédance entre la satisfaction des patients avec les informations reçues, et la reproduction de leurs connaissances à propos de leur problème ou maladie. Pour en donner un exemple: une majorité de patients avait confirmé d'être satisfaite avec les informations reçues, tandis que seulement la moitié d'entre eux avait pu reproduire à un niveau acceptable leurs connaissances relativement à leur problème. De plus, seulement 30% des patients avaient compris quelles complications pourraient se manifester. En tout cas, d'assurer que le patient soit bien informé afin qu'il puisse participer à la prise de décision, représente un défi plus grand pour un chirurgien que l'on pourrait imaginer (Mulsow et al., 2012).

En testant l'hypothèse 1, il s'agit de savoir si la satisfaction globale du patient dépend de l'aspect informationnel, c'est à dire de l'engagement du médecin à transmettre des informations au patient.

L'empathie

Du point de vue du côté psychologique, une bonne relation médecin-patient peut contribuer à faire disparaître la peur du patient, et, en contrepartie, à faire en sorte que le patient se sente plus sûr et confortable. Par conséquent, ceci est aussi un aspect important à considérer dans le processus de guérison car ce dernier peut être favorisé par une interaction agréable (Egbert, Battit, Welch & Barlett, 1964).

Un aspect primordial dans la relation médecin-patient est l'empathie (Ong et al., 1995). L'empathie du médecin perçue par le patient est son sentiment „d'être compris et accepté par le médecin“ (Kim et al., 2004, p. 239, traduit par l'auteure de l'étude présente). Vedsted et Heje (2008) caractérisent un médecin généraliste empathique comme quelqu'un qui non seulement montre de l'intérêt envers le patient et sa situation, mais qui fait parler le patient de ses problèmes et qui l'aide à s'en sortir avec ses problèmes émotionnels (Vedsted & Heje, 2008).

Le concept de l'empathie n'a pas encore été suffisamment détaillé dans la littérature scientifique existante, c'est pourquoi l'enquête réalisée par Kim et al. (2004) a été menée et a eu pour but d'obtenir de nouvelles connaissances. En effet, on a pu identifier une relation positive entre le comportement empathique du médecin et la satisfaction du patient. La

dimension émotionnelle perçue par le patient a montré un impact significatif sur la satisfaction. Les patients inclus dans l'échantillon considéraient le côté affectif de la relation médecin-patient comme le plus important pour un degré de satisfaction élevé, comparé aux éléments cognitifs et conatifs. Dans l'ensemble on en a conclu que des médecins ayant un comportement affectif plus prononcé étaient en mesure de satisfaire davantage leur patients (Kim et al., 2004).

Aussi, Bensing (1991) fait remarquer que l'aspect émotionnel est important pour une consultation convenable, mais que ceci contrastait non seulement avec les résultats de Roter et al. (1987), mentionnés dans le chapitre précédent, mais encore avec ceux d'autres investigateurs comme Fitzpatrick et Hopkins (1983) et Wolraigh et al. (1986) (Bensing, 1991, p. 1307). D'après Weng et al. (2011) on a observé dans beaucoup d'études un lien positif entre le manque d'empathie et la insatisfaction chez les patients. Cependant les recherches de Ambady et al. (2002), Levinson et Chaumeton (1999) et McLafferty et al. (2006) ne montrent pas que l'empathie influence considérablement la satisfaction (cité par Weng et al., 2011, p. 592). Toutefois, les propres résultats de Weng et al. (2011) démontrent que l'empathie a une influence indirecte sur la satisfaction du patient avec le chirurgien. Ce lien indirect est affecté positivement à travers le résultat médical, lorsque celui-ci est positif, bien évidemment (Weng et al., 2011). Derksen, Bensing et Lagro-Janssen (2013) relèvent que plusieurs études réalisées antérieurement ont observé l'effet de l'empathie résultant dans une amélioration non seulement de la satisfaction du patient, mais aussi des diagnostics et des résultats médicaux ainsi que dans une diminution de la peur et des douleurs. Aussi Hojat et al. (2011) ont prouvé une influence notable de la perception du comportement empathique du docteur sur la satisfaction du patient (cité par Derksen, Bensing, & Lagro-Janssen, 2013). Du fait que ces résultats proviennent du domaine de la médecine généraliste, une nouvelle examination du comportement empathique du docteur - cette fois-ci chez des patients chirurgicaux - est à effectuer.

La conclusion tirée par Carmel et Glick (1996), que „le comportement empathique était considéré comme la qualité la plus importante pour être un bon médecin“ a renforcé la décision d'évaluer la dimension affective au moyen de l'étude présente (Carmel & Glick, 1996, p. 1253, traduit par l'auteure de l'étude présente). De plus, l'empathie est considérée comme le facteur pertinent de la communication médecin-patient par excellence. Peu d'études empiriques ont été réalisées sur le thème de l'empathie du médecin, quoique son importance soit indubitable (Derksen et al., 2013). De ce fait, le deuxième élément constitutif

du modèle de recherche, englobant le concept de l'empathie, a été concrétisé en élaborant l'hypothèse suivante:

H2: L'empathie perçue par le patient influence sa satisfaction.

En testant cette hypothèse, il s'agit d'évaluer, dans quelle mesure l'empathie explique la satisfaction globale. Du fait des raisons énoncées ci-dessus, il est intéressant de voir cet aspect émotionnel du point de vue du domaine chirurgical, étant considéré comme particulier.

La compétence

Les patients sont plus satisfaits lorsque le docteur examine leur problème en prenant compte de l'histoire du patient ainsi que de sa situation et ses soucis, que lorsqu'il ne considère que sa maladie. Dans le domaine de la chirurgie par contre, des thèmes psychosociaux sont moins souvent discutés. D'un côté ce fait pourrait évoquer une certaine insatisfaction chez les patients. D'un autre point de vue, il serait possible que les patients d'un chirurgien n'attendent pas le même style de consultation de ce dernier que de leur médecin général. Et il serait possible qu'ils ne ressentent pas le besoin de parler de leur situation émotionnelle, ou simplement ne le souhaitent pas (Levinson & Chaumeton, 1999).

Il est important de relever, que „la qualité d'interactions interpersonnelles“ pourraient influencer la qualité technique du traitement effectué (Cleary & McNeil, 1988).

Pour revenir aux résultats de Kim et al. (2004), leur analyse a montré, que la compétence professionnelle du docteur expliquait environ 50% de la variation du degré de satisfaction (Kim et al., 2004). Par ailleurs Chang et al. (2013) ont montré que le facteur interpersonnel dans la consultation médicale avait une influence directe sur la satisfaction du patient. Un effet indirect sur la satisfaction, comportant la qualité de service et la confiance comme „variables intervenantes“, a également été observé. Les auteurs postulent qu'entre autre, la compétence professionnelle perçue par le patient affecte de manière positive sa satisfaction. Plus précisément: „plus la perception du patient est élevée en relation avec la performance du personnel, plus qualité de service, la confiance ainsi que la satisfaction du patient seront élevées“ (Chang et al., 2013, p. 7, traduit par l'auteure de l'étude présente).

L'étude réalisée par Vedsted et Heje (2008) consistait à évaluer la qualité de service au moyen des raisons pour lesquelles les patients recommandaient leur généraliste à des amis.

Entre autre, le fait de le recommander était influencé par la compétence du médecin généraliste perçue par le patient (Vedsted & Heje, 2008).

Van Den Assem et Dulewicz (2015) ont examiné la performance de médecins généralistes au moyen des facteurs suivants: prendre assez de temps pour la consultation, poser des questions sur les symptômes, écouter, expliquer, inclure le patient dans la prise de décision, le traiter avec soin et intérêt, et prendre les problèmes au sérieux. Dans leur étude, les auteurs ont évalué les trois facteurs de la relation médecin-patient (confiance, l'orientation pratique et la performance du docteur) influençant la satisfaction globale, constituée de quatre indicateurs: l'assurance / la confiance, la relation avec le docteur, si l'on recommande le docteur et la satisfaction avec le service. Leurs résultats ont montré que le facteur confiance contribuait le plus à la satisfaction du patient, mais aussi que la confiance était liée fortement à la performance du médecin (Van Den Assem & Dulewicz, 2015).

Les résultats publiés par Kim et al. (2004) ont montré contre toute attente, que la perception de la compétence était un des meilleurs facteurs pour prognostiquer la satisfaction du patient (Kim et al., 2004).

Aussi Shemwell, Yavas et Bilgin (1998) ont observé que la qualité de service influençait profondément la satisfaction du patient. Cependant, dû à l'intangibilité du service médical, celui-ci se caractérise par la crédibilité car il n'est pas évaluable à l'avance. Plutôt en évaluant le résultat, par exemple par une meilleure mobilité du genou du patient après le traitement, le médecin ou le personnel médical en général se sont avérés crédibles. En parlant de cette expérience à son cercle de connaissances, ce dernier ne peut qu'évaluer ce service médical en considérant les perceptions du patient. De ce fait, les patients se font généralement une opinion en se basant sur des facteurs momentanément saisissables comme par exemple, si le docteur paraît aimable ou s'il donne l'impression de se soucier d'eux. Peu importe que le médecin paraisse compétent en diagnostiquant des maladies et en traitant les patients. Les patients se sentent à l'aise seulement si une bonne interaction au niveau émotionnel existe (Shemwell, Yavas, & Bilgin, 1998).

Mais la dimension affective d'une consultation est-elle autant majeure par rapport à la dimension cognitive?

Comme la qualité de service du médecin n'est pas évidente à évaluer par le patient, il serait d'autant plus intéressant de voir, si un éventuel lien entre cet aspect et la satisfaction pouvait être observé au moyen d'une enquête dans le domaine de la consultation chirurgicale. La

troisième hypothèse, avec la notion compétence comme terme générique pour la dimension comportementale a été postulée comme suit:

H3: La compétence perçue par le patient influence sa satisfaction.

La confiance en le médecin

„C’est pendant les visites expérimentées dans les cabinets des médecins que les médecins et les patients échangent des informations, discutent les options de traitement et développent des relations de confiance“ (Levinson & Chaumeton, 1999, p. 127, traduit par l’auteure de l’étude présente). „La confiance du patient“ peut être définie comme „un sentiment rassurant de confiance en le médecin et son intention“. De plus, „la confiance est un élément clé dans la relation entre le patient et le médecin au moyen de laquelle des soins de santé excellents peuvent être fournis“ (Pearson & Raeke, 2000, p. 509; 512, traduit par l’auteure de l’étude présente).

L’étude de Shaw et al. (2009) a permis d’en conclure que la relation médecin-patient était considérée comme importante chez les patients. De plus, les patients ont exprimé le besoin de pouvoir construire une relation de confiance avec le docteur (Shaw et al., 2009).

Par ailleurs, une influence de la confiance sur la satisfaction a été observée. On a confirmé que la confiance contribuait à la maintenance d’une relation stable avec le client. Par conséquent, l’importance de la confiance pour un prestataire de service n’est pas remise en question. Deux aspects intéressants ont été démontrés comme suit: d’une part la qualité de service avait une influence positive sur la confiance, de l’autre part la confiance impactait aussi positivement la satisfaction (Chang et al., 2013).

À considérer est également la conclusion qu’un patient ressentira un „lien émotionnel fort“ avec le médecin seulement si le patient peut se „relaxer“ et avoir „toute confiance“ en le médecin (Shemwell et al., 1998, p. 166, traduit par l’auteure de l’étude présente).

Comme mentionné dans le paragraphe précédent, Van Den Assem et Dulewicz (2015) ont trouvé qu’entre les trois facteurs confiance, orientation pratique et performance du docteur, la confiance était celui qui influençait le plus la satisfaction du patient (Van Den Assem & Dulewicz, 2015).

Mulsow, Feeley et Tierney (2012) relèvent que pour établir une relation avec les patients, les médecins cherchent à gagner leur confiance. Néanmoins il est important de respecter et

d'encourager l'autonomie du patient au moyen du consentement éclairé (Mulsow et al., 2012).

Des études publiées antérieurement se sont concentrées avant tout sur la satisfaction et la communication. Il faut considérer que ces concepts sont non seulement importants, mais qu'ils sont aussi en rapport avec le concept de la confiance. La confiance peut s'avérer être la qualité la plus fondamentale pour une relation, à savoir un attribut qui influence le comportement et le résultat. D'après Hall et al. (2002), la confiance est un élément essentiel pour la relation médecin-patient (M. A. Hall et al., 2002).

La confiance a été choisie comme effet médiateur entre les différentes dimensions de la satisfaction et la satisfaction globale. Alors on a développé la déclaration suivante:

Le fait d'informer le patient, ainsi que l'empathie et la compétence perçues par le patient influencent sa satisfaction par le biais de la confiance qu'il prête au médecin.

Si l'on considère le contenu de cette déclaration, il est évident que la confiance figure comme élément médiateur. Cette constellation a été choisie de cette façon, en raison de la pertinence des deux facteurs confiance et satisfaction. Cependant l'idée fondamentale est basée sur l'étude de Chang et al. (2013), qui ont trouvé que la perception de la qualité de service était en relation avec la satisfaction à travers l'effet de la confiance. Alors on a décidé de développer l'approche de Chang et al. (2013) en inculquant en plus de la compétence, le côté informationnel et le côté émotionnel dans le modèle de recherche.

Par contre, pour pouvoir tester cette déclaration, il convient de la décomposer en hypothèses comme suit:

H4: Le fait de suffisamment informer le patient engendre la confiance envers le médecin.

H5: L'empathie perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.

H6: La compétence perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.

H7: La confiance a un impact sur la satisfaction. 

D'ailleurs, l'examen de ces hypothèses paraît importante, notamment parce qu'il existe un manque de littérature supportant des effets d'influence entre la qualité de service, la confiance et la satisfaction du point de vue d'interactions interpersonnelles dans le domaine de la médecine (Chang et al., 2013).

Les facteurs socio-démographiques

Baker a constaté que la satisfaction était influencée indirectement par les facteurs âge et sexe du patient. Plus précisément, une relation inverse entre l'âge moyen de patients féminins et leur satisfaction a été observée. Donc, plus la patiente était âgée, moins elle était satisfaite (Baker, 1996). Par contre, Marks et al. (2011) relèvent qu'après l'analyse d'un certain nombre d'études réalisées dans le domaine de la chirurgie de la main, des influences significatives entre l'âge, le sexe et la satisfaction n'ont pas été prouvées. Mais, on a quand même constaté un lien positif, quoique faible, entre l'âge du patient et son degré de satisfaction (Marks et al., 2011). Ceci est en contradiction avec la déclaration faite par Baker (1996). Dans une autre étude (J. A. Hall & Dornan, 1990) on a pu observer un degré de satisfaction plus élevé chez des patients plus âgés (cité par Baker, 1996). Alrubaiee et Alkaa'ida (2011) ont observé que l'âge du patient était la variable socio-démographique cruciale pour estimer la satisfaction et que l'influence sur la satisfaction était significative (Alrubaiee & Alkaa'ida, 2011). Ceci contraste avec les résultats de Marks et al. (2011). En outre Hamilton et al. (2015) sont parvenus à la conclusion que des facteurs comme l'âge et le sexe ne contribuaient pas à expliquer la variation dans la satisfaction globale du patient (Hamilton et al., 2013).

Ces controverses peuvent être traitées une nouvelle fois au moyen de l'enquête présente dans le domaine de la chirurgie orthopédique. Il est question d'examiner, si par exemple une corrélation de l'âge avec le degré de satisfaction pouvait être observée.

Ce qui serait également intéressant de découvrir, c'est, si la durée de la relation médecin-patient était en relation avec la satisfaction du patient. Est-ce que les patients de longue durée sont généralement plus satisfaits?

Van Den Assem et Dulewicz (2015) relèvent que d'après Hall et al. (2002) la durée de la relation entre le patient et son médecin n'avait qu'une faible influence sur la confiance du patient en son médecin (cité par Van Den Assem & Dulewicz, 2015).

Modèle de recherche

Le modèle de recherche a été élaboré en considérant les aspects pertinents sur lesquels cette étude s'appuie. Il sert à illustrer le concept, sur lequel se basent les hypothèses. Plusieurs types de modèle existants, montrant des combinaisons et relations différentes de variables influençant la satisfaction du patient, ont été étudiés. Un nouveau modèle a été établi.

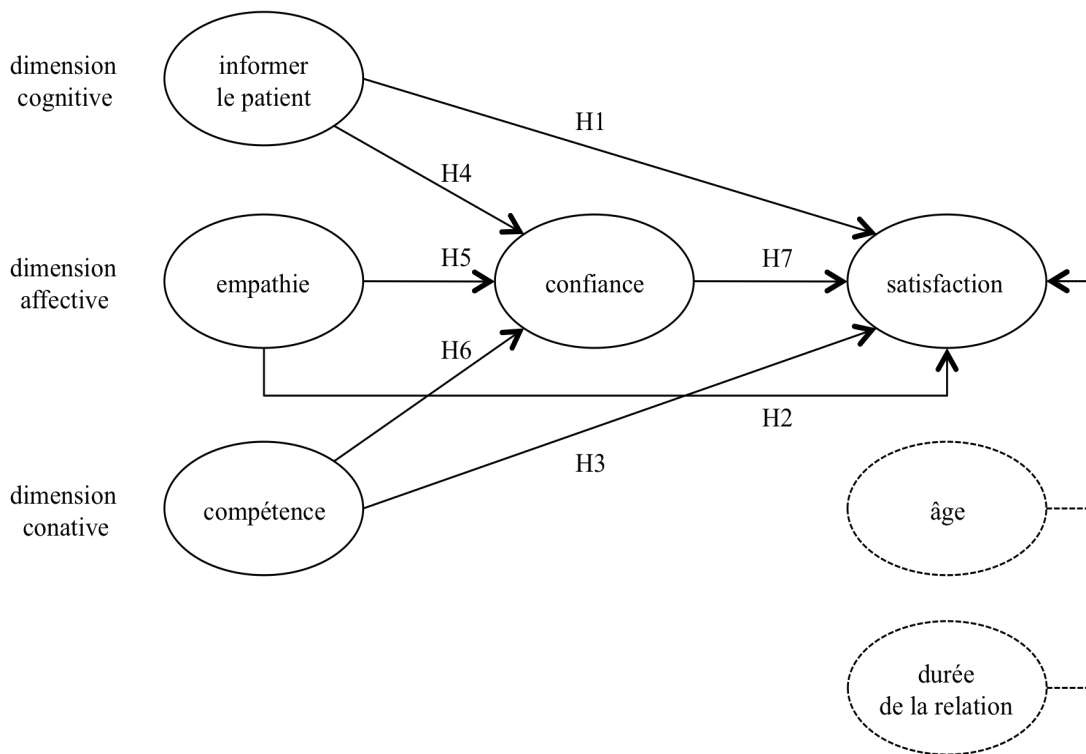
L'idée de Wolf, Putnam, Stiles et James (1978) de faire une catégorisation en trois dimensions a été reprise pour le développement du modèle.

Cinq variables ressortent de ce schéma. La variable définie comme informer le patient représente la dimension cognitive de la satisfaction. La variable empathie identifie le côté affectif, aussi appelé émotionnel. La troisième variable, désignée compétence, a été choisie pour représenter la dimension conative ou, en d'autres termes, la dimension comportementale. Les trois variables sont indépendantes. Les flèches partantes de chacune des variables montrent une influence possible - à évaluer - sur la variable confiance. La confiance est considérée comme une variable médiatrice sur l'axe affectif, entre les trois variables indépendantes et la variable dépendante satisfaction du patient.

Au moyen de ce modèle, le degré d'influence entre chacune des différentes variables et la satisfaction du patient est évaluable.

Ci-après, le chapitre méthodologie présente la mise en oeuvre et l'application pratique de ce concept.

Figure 1: modèle de recherche
 Source: propre illustration



H1: Le fait de suffisamment informer le patient influence sa satisfaction.

H2: L'empathie perçue par le patient influence sa satisfaction.


H3: La compétence perçue par le patient influence sa satisfaction.


H4: Le fait de suffisamment informer le patient engendre la confiance envers le médecin.

H5: L'empathie perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.


H6: La compétence perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.

H7: La confiance a un impact sur la satisfaction.

En ce qui concerne l'hypothèse H7, il s'agit de la tester plusieurs fois, à savoir avec chacune des variables indépendantes individuellement. 

Dans l'étude présente aucun départ n'a été fait entre des patient ayant déjà expérimentés un traitement et ceux n'ayant pas. 

La relation médecin-patient dans le domaine chirurgical

De nos jours l'aspect communicatif de la relation entre le patient et son médecin prend de l'ampleur. La conversation, au moyen de laquelle non seulement des informations détaillées, „de la clarté et de l'assurance sont transmis“, mais encore différents changements et risques possibles liés au traitement sont présentés, constitue le pilier d'une bonne consultation. Le patient souhaite être pris au sérieux et se sentir entre de bonnes mains (Hax & Hax-Schoppenhorst, 2012, p. 15, traduit par l'auteure de l'étude présente). En outre, la communication joue un rôle majeur quant à l'établissement d'une relation de confiance. Elle permet de trouver un traitement ou la décision de non-traitement adapté à chaque patient individuellement. Aussi cette relation constitue la base pour prendre en compte les souhaits du patient, et pour le comprendre au niveau émotionnel, en particulier sa peur et son incertitude (Becker, 2012). 

MÉTHODOLOGIE

Design expérimental et échantillon

L'objectif de cette étude est de pouvoir fournir des suggestions d'amélioration à des médecins pour leur consultation. En particulier, on aimerait examiner si les trois dimensions de la satisfaction influencent significativement la satisfaction globale du patient, entre autre, par l'effet intermédiaire de la confiance.

Dans ce but, un questionnaire à 20 items a été développé sur la base de questionnaires existants de plusieurs études antérieurement réalisées, listés ci-dessous:

- *Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships* (Anderson & Dedrick, 1990)
- *Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics* (Avis, Bond, & Arthur, 1997)
- *Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice* (Baker, 1990)
- *Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters* (Chang et al., 2013)
- *The medical interview satisfaction scale (MISS-21) adapted for British general practice* (Meakin & Weinman, 2002)
- *The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior* (Wolf et al., 1978)

Le modèle de recherche présenté dans le chapitre précédent servait de référence pour le choix des questions. Les questions ont été adaptées. Toutes celles qui contenaient des mots évaluants comme *very*, *extremely* ou *much better* ont été modifiées de façon à ce qu'elles soient neutres. Par exemple: *I am totally satisfied with this doctor* a été changé en *I am satisfied with this doctor*. Les items ont été libellés de façon positive, afin d'éviter tout problème de compréhension. Ensuite, dans un premier temps, le questionnaire a été traduit de l'anglais vers l'allemand. Dans un deuxième temps, une traduction de l'allemand vers le français a été effectuée. Puis, la dernière étape consistait à une retraduction de la version française vers l'anglais, afin de contrôler si d'éventuelles fautes ou inexactitudes s'étaient

produites en traduisant les items. Les traductions ont été faites par des personnes extérieures, n'ayant aucun rapport avec cette étude.

Le questionnaire était constitué de la manière suivante:

Différents items ont été choisis pour mesurer la dimension cognitive. Plus précisément, ces questions permettaient d'évaluer des aspects comme la facilité de compréhension des explications données par le médecin ou bien la qualité d'informations que le patient a reçues. Ces items ont définis la variable *informations données au patient*.

Ensuite, des questions considérant l'aspect émotionnel, ont été regroupées en la deuxième variable *empathie*. Un item comme exemple: Je me sens compris(e) par mon médecin.

En outre, la dimension comportementale a été constitué de questions servant à prendre en compte la qualité de service perçue par le patient, et définie par la variable *compétence*. Les questions reposaient sur la manière dont le médecin a examiné le patient. Par exemple s'il a examiné tous les problèmes que le patient lui a énumérés ou s'il donnait l'impression de savoir ce qu'il faisait pendant l'examen, pour n'en citer que quelques-unes.

La variable *confiance en le médecin* a été composée de questions évaluant si par exemple le patient faisait confiance au médecin de l'informer si une erreur dans son traitement médical avait été faite.

Finalement, la variable *satisfaction du patient* permettait de concevoir le degré de satisfaction global.

Par ailleurs, le patient était demandé de fournir des informations concernant son âge, son sexe et depuis combien de temps il était patient de ce médecin.

Le questionnaire a été distribué aux patients d'un médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique exclusivement du genou et de la hanche d'un cabinet privé en Suisse. Un échantillon de 102 patients a été saisi pendant une période de quatre semaines. En ce qui concerne le choix de l'échantillon, ni une sélection spécifique ni une différenciation en fonction des types de patient par exemple, n'ont été faites.

Les raisons pour lesquelles les patients sont venus voir leur médecin, peuvent être énoncées comme suit:

- pour une première consultation
- pour solliciter l'avis du docteur concernant un ancien ou un nouveau problème
- pour avoir une seconde opinion par rapport à leur problème
- pour un rendez-vous de suivi
- pour une consultation d'urgence

Une consultation ou une visite s'est généralement déroulée comme suit:

Après un bref mot d'accueil le médecin a posé des questions au patient concernant son bien-être, ses douleurs, sa situation momentanée, comment son état de santé s'est développé depuis la dernière visite et - lors d'une première consultation ou lors d'une nouvelle visite après une longue période - la raison pour laquelle le patient est venu voir le docteur. La deuxième partie de la consultation comprenait un examen physique qui permettait au médecin d'aboutir à un diagnostic ou à une impression clinique. Puis le médecin a discuté avec le patient les étapes suivantes, les possibilités de traitement ou de non-traitement, les risques et les conséquences. Dans certains cas, notamment lors d'une première visite, généralement le patient a été envoyé à la radiologie, s'il n'avait pas de radiographies récentes avec soi. La procédure suivante du traitement a été discutée en consultant les radiographies. Le médecin a expliqué au patient son problème au moyen des radiographies et de modèles d'observation. En moyenne la visite a duré entre 15 et 20, parfois jusqu'à 30 minutes et la consultation s'est terminée par les consignes données au patient. Un prochain rendez-vous a été fixé ou, dans le cas d'une opération envisagée, une date pour cette dernière a été proposée.

Les patients ont été priés de remplir le questionnaire à la salle d'attente après leur consultation et ensuite de le remettre au secrétariat. La méthode d'échantillonnage utilisée par Kim et al. (2004) consistant à faire l'enquête auprès de patients volontaires a montré l'inconvénient, que les volontaires ne permettaient pas une comparaison à des non-volontaires car ces derniers auraient probablement répondu différemment aux questions (Kim et al., 2004). Ce désavantage a été remédié dans l'étude présente en exigeant que chaque patient réponde au questionnaire. Les patients avaient également la possibilité de le remplir ultérieurement et de le renvoyer au cabinet. Pour ceux, une enveloppe déjà adressée et timbrée était mise à disposition.

Une lettre d'introduction était jointe au questionnaire pour expliquer la raison de cette étude, à savoir, pour connaître l'opinion des patients concernant leur dernière visite chez le médecin, et aussi, pour garantir l'anonymat total, et que les informations ne permettraient pas d'en déduire l'identité du patient.

Une échelle Likert de cinq points allant de 1 (pas du tout d'accord) jusqu'à 5 (tout à fait d'accord), était dédiée aux réponses. Concernant la question, combien de temps le patient était patient de ce docteur, quatre plages de temps étaient prévues pour y pouvoir répondre: moins

d'un an, un à quatre ans, cinq à neuf ans et enfin, plus de 10 ans. Par ailleurs, le questionnaire permettait de saisir les données démographiques âge et sexe du patient.

Méthode d'analyse des données

Le logiciel SPSS 22.0 a été utilisé pour l'analyse statistique des données. Tous les questionnaires, pour lesquels la majorité des réponses a été remplie, ont été intégrés dans l'analyse. Les valeurs manquantes ont été complétées en y insérant la valeur moyenne calculée à partir de la totalité des réponses données pour chaque item. Une analyse factorielle avec rotation oblimum a été effectuée afin de voir, si des regroupements d'items en cinq variables, comme elles ressortent du modèle de recherche, étaient possibles. Ensuite on a abouti à une analyse de fiabilité, où on a évalué à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, si chacun des cinq regroupements présentait une corrélation interne suffisante de façon à ce qu'il puisse être utilisé pour une analyse de régression. Le coefficient alpha de Cronbach devait par définition correspondre à une valeur minimale de 0.6. Pour le test des hypothèses, le coefficient de significativité de 0.1 a été choisi.

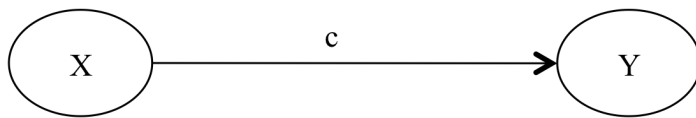
En considérant le design expérimental illustré par le modèle de recherche, il convient d'introduire le modèle de Kenny (2014), servant à l'évaluation d'un modèle contenant une variable médiatrice.

„Une raison pour tester la médiation est d'essayer de comprendre le mécanisme au moyen duquel la variable causale influence le résultat“ (Kenny, 2014, traduit par l'auteure de l'étude présente). Ci-après, nous jetons un coup d'oeil sur la théorie de la médiation afin de transmettre au lecteur une base de connaissances pour comprendre le processus d'évaluation du modèle de recherche.

Tout d'abord il faut considérer une variable X, qui est supposée impacter une autre variable Y. X est dite une variable causale, Y est dite une variable résultante. En d'autre terme, X est la variable indépendante et Y est la variable dépendante. Le chemin c représente l'effet total.

Figure 2: modèle effet total

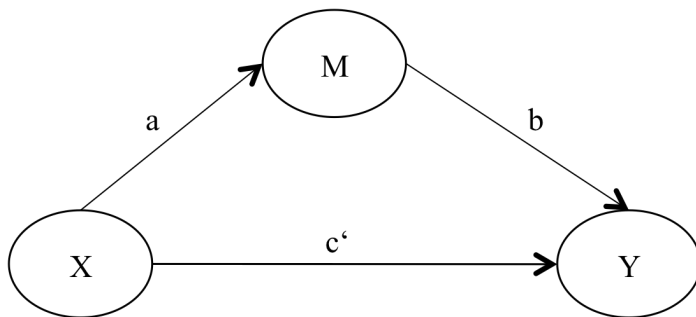
Source: propre illustration basée sur Kenny 2014



Ce modèle simple, illustré ci-dessus, sert comme base pour expliquer la prochaine étape, où s'ajoute une variable médiatrice.

Figure 3: modèle avec variable médiatrice

Source: propre illustration basée sur Kenny 2014



L'effet de X sur Y peut être affecté par une variable intervenante, désignée par la lettre M. Cette fois-ci, le chemin c' représente l'effet direct, tandis que les deux chemins a et b désignent l'effet indirect, que la variable indépendante X peut avoir sur la variable dépendante Y.

Dans ce schéma, différents cas peuvent apparaître.

1. La médiation complète: elle entre en cas lorsque la variable X n'affecte plus Y, après que l'effet de X sur M ait été contrôlé. Le chemin c' aura la valeur 0.
2. La médiation partielle: elle entre en cas lorsque la variable X affecte toujours Y par le chemin c' . Donc c' aura une valeur plus grande que zéro, mais elle affectera également Y par les chemins a et b de la variable médiatrice M.

Les chemins a, b, c et c' peuvent être estimés au moyen d'analyses de régression simple et multiple.

Kenny (2014) explique la manière de procéder, consistant de quatre étapes, comme suit:

1ère étape:

Il convient de montrer que la variable causale X est corrélée avec la variable résultante Y. Pour ce faire, la valeur du chemin c doit être estimée et testée à l'aide d'une analyse de régression linéaire simple.

2ème étape:

Le deuxième pas consiste à examiner si la variable X est corrélée avec la variable médiatrice M, en estimant et testant la valeur du chemin a, également à l'aide d'une régression linéaire simple. Il faut noter ici, que dans cette étape M doit être considérée comme une variable résultante.

3ème étape:

Il s'agit ici de montrer que la variable médiatrice M affecte la variable dépendante Y. Ceci est représenté par le chemin b. Mais pour ce faire, il faut contrôler l'effet que X peut avoir sur M. Seulement au moyen de ce contrôle, on peut établir l'effet médiateur sur Y, au moyen d'une régression linéaire multiple.

4ème étape:

Afin de pouvoir examiner s'il existe une médiation complète, donc que l'effet de X sur Y est complètement affecté par M, il faut considérer le chemin c'. Par conséquent, celui-ci doit, dans ce cas-là, avoir la valeur 0. On applique également une régression linéaire multiple, pour établir l'effet de la variable indépendante X sur la variable dépendante Y, en prenant en compte la variable médiatrice M.

Si les étapes 1 à 3 sont vérifiées, il s'agit d'une médiation partielle, tandis que si toutes les quatre étapes sont valables, on parle d'une médiation complète.

L'équation associée à ce modèle peut être formulée de la façon suivante:

Effet total = effet direct + effet indirect

$$c = c' + ab$$

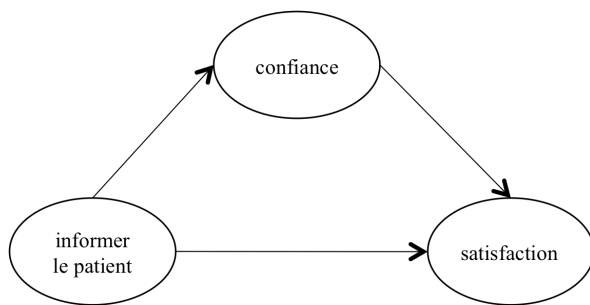
Pour obtenir l'effet indirect ab, il convient de multiplier les valeurs des deux chemins a et b.

En appliquant cette méthode d'évaluation, il est possible d'une part d'identifier, si des effets directs et/ou indirects existent, et d'autre part, d'estimer l'ampleur de ces différentes relations.

Si l'on revient à notre propre modèle de recherche, il convient de le décomposer en trois parties, afin de pouvoir aboutir à l'estimation des effets à l'aide de la méthodologie de Kenny. Lors de la réalisation des différentes analyses de régression, il faut prendre en compte les deux variables de contrôle âge et durée de la relation médecin-patient. Ces variables sont incluses lors des calculs des chemins b, c et c'.

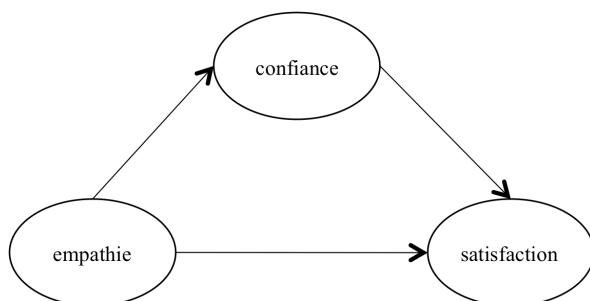
La figure ci-dessous montre la première décomposition du modèle. Le fait d'informer le patient est considéré comme variable indépendante. En procédant à l'évaluation statistique, expliquée précédemment, il est possible d'identifier si un effet direct et / ou indirect sur la variable dépendante satisfaction existe. La confiance représente la variable médiatrice.

Figure 4: sous-modèle informer le patient
Source: propre illustration



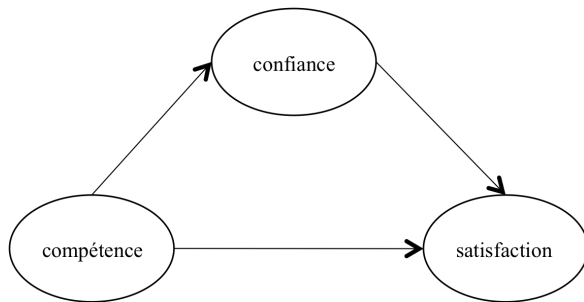
Une deuxième analyse, illustrée ci-dessous, doit être réalisée pour estimer et tester l'intensité des liens entre la variable indépendante empathie, la variable médiatrice confiance et la variable résultante ou dépendante satisfaction.

Figure 5: sous-modèle empathie
Source: propre illustration



Le troisième sous-modèle est constitué de la variable indépendante compétence et à nouveau de la même variable médiatrice confiance ainsi que de la même variable dépendante satisfaction.

Figure 6: sous-modèle compétence
Source: propre illustration



À l'aide de la méthodologie de Kenny (2014) et de la décomposition du modèle de recherche en ses trois sous-modèles présentés ci-dessus, il nous est possible d'examiner, si des liens directs et / ou indirects existent, et par ailleurs, d'en tirer des conclusions en termes d'intensité des relations examinées.

Les intensités des relations peuvent être observées au moyen du coefficient bêta standardisé. Les intensités seront classées de la façon suivante: les valeurs entre 0 et 0.29 sont considérées faibles, celles entre 0.3 et 0.49 sont considérées moyennes et celles supérieures à 0.5 sont qualifiées fortes.

La section résultats permet aux lecteurs d'étudier les différents liens entre les variables, exprimés en chiffres.

RÉSULTATS

Afin de permettre aux lecteurs de se faire une image de l'échantillon, un tableau avec les données socio-démographiques est présenté ci-dessous. Comme mentionné avant, la taille de l'échantillon s'élève à 102.

Tableau 1 : Profil des répondants

Variables socio-démographiques		Effectif
Sexe	masculin	53
	féminin	49
Age	< 25 ans	9
	25-45 ans	11
	46-65 ans	29
	> 65 ans	27
Durée de la relation médecin-patient	< 1 ans	45
	1 - 4 ans	24
	5 - 9 ans	14
	> 10 ans	16

* il existe des valeurs manquantes.

L'échantillon est composé de 48% de femmes et de 52% d'hommes. 11.8% des répondants sont âgés moins de 25 ans, 14.5% sont âgés entre 25 et 45 ans, 38.2% entre 46 et 65 ans et enfin, 35.5% sont âgés plus de 65 ans. Donc on peut constater que presque 75% des répondants sont des patients âgés plus de 45 ans.

En ce qui concerne la durée de la relation médecin-patient, près de 46% des répondants sont patients de ce médecin depuis moins d'une année. Environ 24% sont ses patients depuis un à quatre ans, près de 14% depuis cinq à neuf ans et près de 16% des répondants voient ce médecin depuis plus de 10 ans.

En évaluant les résultats de l'analyse factorielle avec rotation oblimin, on a constaté qu'il faudrait exclure quelques items afin de pouvoir présenter des résultats conformes au modèle de recherche. Plus précisément, cinq items ont été supprimés. Enfin, la variable informations

données au patient a été mesurée par trois items. Également trois items sont ressortis pour mesurer l'empathie et cinq items ont été identifiés pour mesurer la compétence. Trois items se sont révélés appropriés comme mesures pour la satisfaction du patient.

La condition pour pouvoir regrouper ces items est une corrélation interne suffisante, à savoir un coefficient alpha de Cronbach d'au moins 0.6. Ces valeurs sont présentées dans le tableau ci-dessous.



Tableau 2: Alpha de Cronbach

Variable	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Informations données au patient	0.645	3
Empathie	0.958	3
Compétence	0.637	5
Satisfaction	0.714	3

En ce qui concerne la variable médiatrice confiance, un seul item a été choisi pour expliquer la confiance en le médecin.

Les résultats plus détaillés sous forme d'outputs bruts de SPSS sont présentés en annexe.

Ci-dessous, le premier sous-modèle du modèle de recherche est présenté avec les valeurs concrètes. En testant notre première hypothèse H1 par une régression linéaire simple, donc, si un effet direct entre la variable informations données au patient et la variable satisfaction existait, on a pu observer les résultats suivants: la valeur de la statistique de Fisher est de 1.626 et le coefficient de significativité de 0.188. Il en résulte que l'hypothèse nulle, selon laquelle il n'y a pas de relation entre la variable indépendante et la variable dépendante, ne peut pas être rejetée au niveau de significativité 10%. Alors on parle d'une relation statistiquement non significative entre l'aspect informationnel et la satisfaction. Lorsque l'on considère la valeur du R-carré (R Square = 0.047), il est évident que l'aspect informationnel n'explique que 4.7% de la variation de la satisfaction. Ensuite, il convient d'examiner la valeur du bêta standardisé de 0.150. Celle-ci nous indique l'intensité de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante. Son coefficient de régression montre également que l'influence de l'aspect informationnel sur la satisfaction n'est pas significativement différente de 0, car la statistique de Student est de ($t = 1.434$) et (Sig. = 0.155). On peut en conclure que l'effet total, donc le chemin c entre la variable informations

données au patient et la variable résultante satisfaction n'est pas statistiquement significatif. L'hypothèse H1 n'est donc pas confirmée.

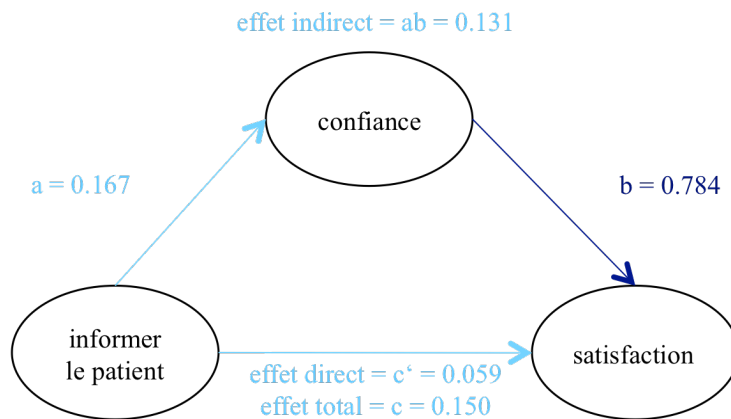
Puis, il s'agit de tester l'hypothèse H4. Dans ce cas, il convient d'évaluer si une influence de l'aspect informationnel sur la variable médiatrice peut être observée. Ce calcul correspond au chemin a, décrit dans la section précédente.

En considérant ($F = 2.876$) et ($\text{Sig.} = 0.093$), il est évident, qu'il existe cette fois-ci un lien statistiquement significatif entre la variable indépendante et la variable médiatrice, qui est prise comme variable dépendante dans cette régression linéaire simple. On rejette alors l'hypothèse nulle, stipulant qu'aucun lien n'existe. La valeur du R-carré indique cependant que la variation de la confiance peut être expliquée à seulement 2.8% par le fait de suffisamment informer le patient. Le coefficient de régression est significativement différent de 0, ($t = 1.696$) et ($\text{Sig.} = 0.093$), et le bêta standardisé de 0.167 nous indique une relation, quoique faible, entre la variable indépendante et la variable médiatrice. L'hypothèse H4 est alors confirmée.

Enfin, pour tester l'hypothèse H7, il s'agit de calculer le chemin b, donc, l'influence possible de la confiance sur la satisfaction, mais en prenant compte de la variable indépendante informations données au patient. Ceci est possible en exécutant une régression linéaire multiple. On obtient alors ($F = 41.004$) et ($\text{Sig.} = 0.000$), ce qui rejette l'hypothèse nulle à nouveau. La valeur du R-carré indique, que 62.8% de la variation de la satisfaction peuvent être expliqués par l'effet indirect de l'aspect informationnel à travers la confiance, sur la satisfaction. Le lien entre la variable médiatrice et la variable dépendante présente un bêta standardisé de 0.784, avec ($t = 12.314$) et ($\text{Sig.} = 0.000$), cela est donc un lien relativement fort. L'hypothèse nulle peut être rejetée. Pour pouvoir juger l'intensité du lien indirect ab, décrit par Kenny, il convient de multiplier la valeur du chemin a avec celle du chemin b, ce qui nous donne, dans ce premier cas une valeur de $ab = 0.131$. L'effet direct, démontré par le chemin c', a une valeur de 0.059, est n'est donc pas statistiquement significatif ($t = 0.895$) et ($\text{Sig.} = 0.373$).

Le premier modèle ci-dessous sert d'illustration de ces analyses effectuées. Les différentes couleurs servent à visualiser l'intensité des relations. Plus le bleu est foncé, plus le lien est fort.

Figure 7: synthèse des résultats du sous-modèle informer le patient
 Source: propre illustration



Dans le deuxième sous-modèle, il s'agit d'effectuer les mêmes tests que dans le premier cas, mais cette fois-ci avec la variable indépendante empathie.

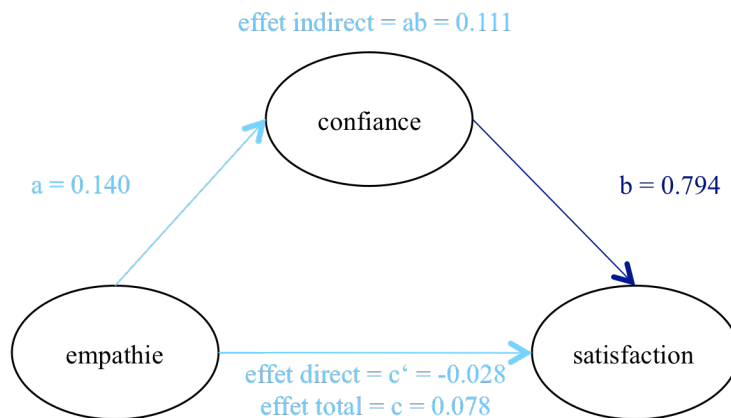
L'effet total de l'empathie sur la satisfaction, l'hypothèse H2, mesuré par une régression linéaire simple, ne montre cependant pas de valeurs statistiquement significatives: non seulement la statistique de Fisher est très faible ($F = 1.131$) et ($\text{Sig.} = 0.340$), mais aussi le bêta standardisé, à savoir 0.078, avec ($t = 0.783$) et ($\text{Sig.} = 0.436$). De plus, la valeur du R-carré est de seulement 0.033. Le lien entre la variable empathie et la satisfaction n'est donc pas confirmé statistiquement.

Ensuite, il convient de tester l'hypothèse H5, donc s'il existe une relation entre l'empathie et la confiance. En observant ($F = 2.009$), ($\text{Sig.} = 0.159$) et la valeur du R-carré de 0.020, l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée. Ceci signifie, qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'empathie et la confiance. Aussi la valeur du bêta standardisé (0.140), avec ($t = 1.418$) et ($\text{Sig.} = 0.159$) est considérée faible. L'hypothèse H5 est donc infirmée.

Lorsque l'on prend la confiance comme variable médiatrice, afin de calculer l'effet indirect de l'empathie sur la satisfaction, en d'autre terme H7, on obtient les résultats suivants: La variation de la satisfaction peut être expliquée à 62.6% par la confiance, en prenant en compte la variable indépendante empathie. La relation est statistiquement différente de 0, car ($F = 40.598$) et ($\text{Sig.} = 0.000$). Le bêta standardisé égale à 0.794. Cette valeur est considérée comme un lien fort entre la variable satisfaction et la variable confiance. Par conséquent, on peut rejeter l'hypothèse nulle ($t = 12.398$) et ($\text{Sig.} = 0.000$). L'hypothèse H7 est alors confirmée, il existe un lien entre la confiance et la satisfaction. Toutefois il convient de

calculer l'effet indirect de la variable indépendante sur la variable dépendante au moyen de l'inclusion de la variable médiatrice, donc de multiplier les bêtas des deux chemins a et b. Ceci nous donne une valeur de 0.111.

Figure 8: synthèse des résultats du sous-modèle empathie
Source: propre illustration



Le troisième et dernier sous-modèle, présenté ci-dessous, montre les résultats de l'analyse réalisée avec la variable indépendante compétence.

Cette fois-ci, la compétence est susceptible d'expliquer 8.7% de la variation de la satisfaction, ($F = 3.100$) et ($\text{Sig.} = 0.030$). Il y a donc une relation statistiquement significative entre ces deux variables. L'intensité du lien compétence-satisfaction mesurée par le bêta standardisé est de 0.245, ($t = 2.521$) et ($\text{Sig.} = 0.013$), ce qui est jugé comme une intensité faible. La compétence contribue, quoique faiblement, à l'explication du modèle. L'hypothèse H3 est confirmée.

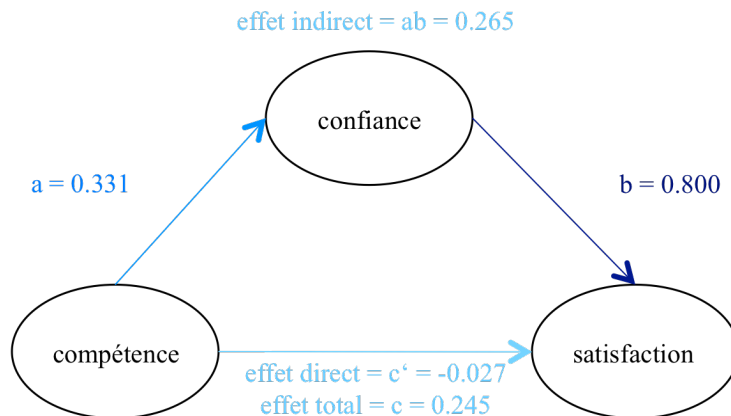
Une deuxième analyse de régression linéaire simple est effectuée pour pouvoir de mesurer l'effet de la compétence sur la confiance. L'hypothèse nulle peut être rejetée: ($F = 12.267$) et ($\text{Sig.} = 0.001$). Le R-carré de 0.109 nous indique que presque 11% de la variation de la confiance peuvent être expliqués par la compétence. L'intensité du lien, mesurée par le bêta standardisé de 0.331, peut être considérée comme moyenne et statistiquement significative ($t = 3.502$) et ($\text{Sig.} = 0.001$). Par conséquent l'hypothèse H6 est également confirmée.

La régression linéaire multiple, réalisée pour tester l'hypothèse H7 donne les valeurs suivantes: ($F = 40.579$), ($\text{Sig.} = 0.000$) et un R-carré de 0.626. Le bêta standardisé est de 0.800, avec ($t = 11.826$) et ($\text{Sig.} = 0.000$). Ceci indique qu'il existe un lien fort entre la confiance et la satisfaction, en prenant compte de la compétence. La relation est

statistiquement significative. En multipliant les bêtas des chemins a et b, on obtient une intensité de 0.265.

Figure 9: synthèse des résultats du sous-modèle compétence

Source: propre illustration



Finalement, deux autres régressions linéaires simples ont été réalisées, afin de savoir, s'il existait d'un côté une relation entre l'âge et la satisfaction du patient, et de l'autre côté une influence de la durée de la relation sur la satisfaction.

Le résultat a montré que la variable socio-démographique âge ne contribuait qu'à 2.6% à l'explication de la variation de la satisfaction ($R^2 = 0.026$). En vue de la statistique de Fisher de 2.696 et du coefficient de significativité de 0.104, l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée. Donc on peut en conclure qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre l'âge et la satisfaction du patient.

En ce qui concerne la durée de la relation médecin-patient, l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée non plus. La valeur du R-carré de 0.000 indique que cette variable ne contribue pas du tout à l'explication du modèle de recherche ($F = 0.000$) et ($\text{Sig.} = 0.991$).

Avant de passer à la section suivante pour discuter les implications des résultats, il convient de résumer ce qui a été observé.

Tableau 3: Hypothèses confirmées ou infirmées

Hypothèse formulée	Résultat
H1: Le fait de suffisamment informer le patient influence sa satisfaction.	Infirmée
H2: L'empathie perçue par le patient influence sa satisfaction.	Infirmée
H3: La compétence perçue par le patient influence sa satisfaction.	confirmée
H4: Le fait de suffisamment informer le patient engendre la confiance envers le médecin.	Confirmée
H5: L'empathie perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.	Infirmée
H6: La compétence perçue par le patient engendre la confiance envers le médecin.	confirmée
H7: La confiance a un impact sur la satisfaction.	Confirmée dans tous les tests

À l'aide de la méthodologie de Kenny (2014) on a pu tester les différentes hypothèses sur lesquelles cette étude s'est appuyée. Il a également été possible d'estimer les intensités des liens entre les variables au moyen d'analyses de régression linéaires simples et multiples.

L'hypothèse H1 a été infirmée. La relation entre le fait d'informer le patient et sa satisfaction n'était pas statistiquement significative. L'intensité de l'effet total était plutôt faible, à savoir 0.150. L'effet total de la dimension cognitive sur la satisfaction n'a pas été confirmée.

L'hypothèse H2 a également été infirmée. L'influence de l'empathie perçue par le patient sur sa satisfaction avec le médecin n'était pas statistiquement différente de zéro. Son intensité indiquée par le bêta standardisé était très faible, à savoir 0.078. L'effet total de la dimension affective sur la satisfaction n'a pas été confirmée.

Par contre l'hypothèse H3 a pu être confirmée. Il existe en effet une relation considérée statistiquement significative entre la compétence et la satisfaction. Même si l'intensité de cette relation est considérée faible, à savoir 0.245, le lien entre la dimension conative et la satisfaction a été confirmé.

L'hypothèse H4 a également été confirmé. Cela signifie une relation statistiquement différente de zéro entre l'aspect informationnel et la confiance en le médecin. L'intensité du lien est cependant considéré faible.

L'hypothèse H5 a par contre été infirmée. On n'a pas pu observer une influence statistiquement significative du comportement empathique du médecin sur la confiance du patient en le médecin. L'intensité de ce lien est également considérée faible, à savoir 0.140.

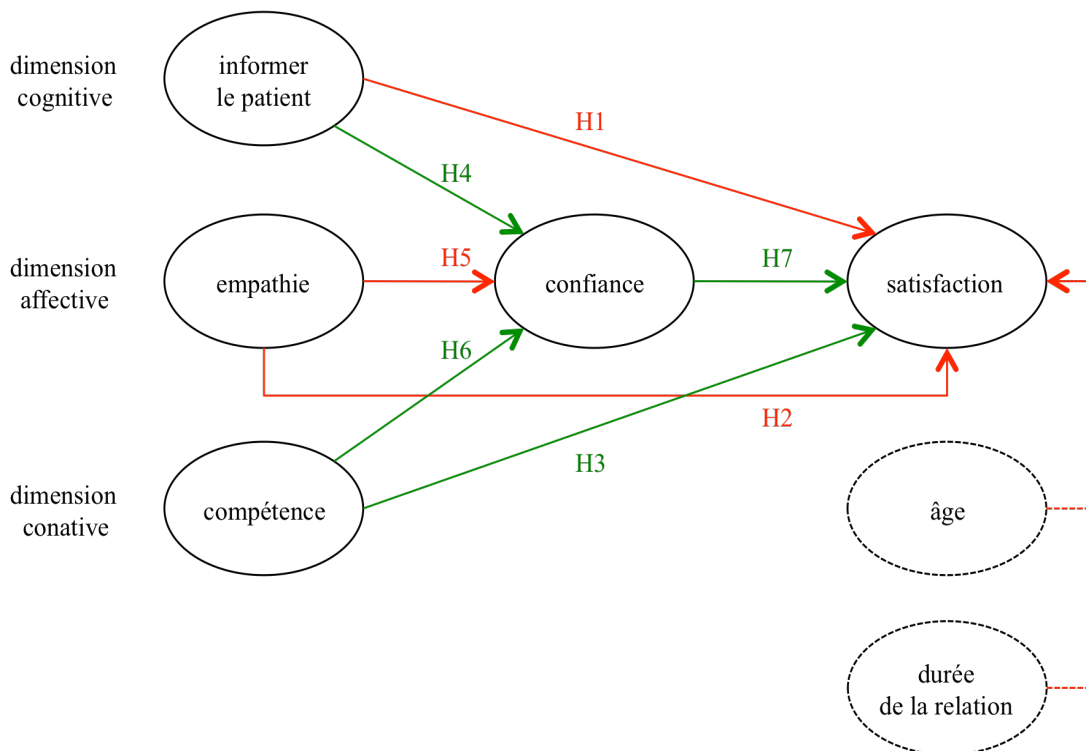
L'hypothèse H6 a été confirmée. Elle stipule une relation statistiquement significative entre la compétence du médecin perçue par le patient et la confiance en le médecin. L'intensité de la relation est considérée moyenne, à savoir 0.331.

L'hypothèse H7 a été testée en trois approches. On a mesuré le lien entre la confiance du patient en le médecin et la satisfaction du patient, mais en prenant compte à chaque fois d'une des trois variables indépendantes. Un lien statistiquement significatif a pu être observé dans les trois cas: en prenant en considération la dimension cognitive (bêta = 0.784), la dimension affective (bêta = 0.794) et la dimension conative (bêta = 0.800). Le calcul des chemins indirects nous a donné les valeurs 0.131, 0.111 et 0.265.

En dernier, on a évalué s'il existait un lien entre l'âge du patient et sa satisfaction et aussi, s'il y avait un rapport entre la durée de la relation médecin-patient et la satisfaction du patient. Dans les deux cas, aucun lien statistiquement significatif a pu être identifié.

Le modèle synthétique ci-dessous illustre ces résultats. Les flèches vertes indiquent les hypothèses confirmées et les flèches rouges celles qui ont été rejetées.

Figure 10: modèle de recherche synthétique
Source: propre illustration



DISCUSSION ET CONCLUSION

Comme évoqué plusieurs fois, le concept de la satisfaction du patient n'est pas évident à interpréter. Il n'est pas décrit de manière nette et homogène car il est considéré comme une mesure multidimensionnelle. La diversité de théories et d'approches pour mesurer la satisfaction du patient a constitué un défi pour l'auteure de ce travail. Déjà pendant plusieurs décennies en arrière la relation médecin-patient avait éveillé l'intérêt des investigateurs. Malheureusement les nombreuses approches qualitatives et quantitatives de la recherche se sont révélées incohérents (Heritage & Maynard, 2006).

La multitude de liens de causalité et d'interactions entre les différents concepts, notamment l'empathie et la confiance, qui eux par exemple sont également subdivisables en différentes dimensions, a rendu compliqué à garder un aperçu clair du contexte. Cependant, en traitant de la littérature scientifique existante, il a été possible d'avoir une vue d'ensemble des études réalisées dans le domaine de la satisfaction du patient. (Derksen...)

L'aspect informationnel, donc l'obligation de donner au patient une base d'informations assez étendue pour que celui-ci puisse participer aux choix de la méthode de traitement représente un véritable défi pour le chirurgien (Mulsow et al., 2012, p. 7). Ceci a été une des raisons pourquoi l'étude présente a été réalisée. L'étude a également été motivée par le fait que peu d'enquêtes ont été menées sur le thème de la satisfaction du patient avec la consultation dans la chirurgie orthopédique.

De ce fait, on a aboutit au choix de focaliser sur la relation entre le patient et le chirurgien orthopédique, notamment sur l'évaluation des aspects des différentes dimensions influençant la satisfaction globale du patient avec le médecin et sa consultation. La question de recherche suivante a été développée:

Est-ce que les trois dimensions de la satisfaction contribuent à la satisfaction globale du patient avec le médecin?

Parce que le terme de la satisfaction est tellement vaste et parce que une grande variété de facteurs entrent en jeu, une partie plus étroite, à savoir la consultation du médecin a été prise comme objet d'évaluation. Pour ce faire, un questionnaire s'adressant aux patients d'un chirurgien orthopédique a été développé. Au moyen d'une échelle Likert, les patients ont pu évaluer la consultation expérimentée en cochant leur degré de satisfaction pour chaque item.

Les questions étaient catégorisées en trois dimensions (cognitive, affective et conative) de la consultation. L'échantillon était composé de 102 patients. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS, avec lequel entre autre différentes analyses de régression ont été exécutées.

Les résultats ont montré que quatre sur les sept hypothèses ont pu être confirmées.

Premièrement, on a pu conclure qu'il existait une relation statistiquement significative entre la compétence du médecin perçue par le patient et sa satisfaction (H3). Par contre, les liens entre l'aspect informationnel et la satisfaction et entre l'aspect empathique et la satisfaction n'ont pas été confirmés (H1 et H2).

D'ailleurs, et le fait d'informer le patient et la compétence avaient une influence sur la confiance en le médecin (H4 et H6). Par contre, l'empathie cette fois-ci ne montrait pas de rapport significatif avec la confiance (H5).

En testant l'hypothèse H7, on a constaté que la confiance influençait la satisfaction dans les trois cas. Plus précisément, lorsque l'on prenait en considération à chaque fois une des valeurs indépendantes, on a pu observer une influence significative de la confiance sur la satisfaction.

Contributions théoriques

S'appuyant sur les résultats de cette étude, on aimerait pouvoir élaborer des suggestions d'amélioration pour la relation entre le médecin et son patient. Ceci surtout en raison de la communication avec le patient qui est particulièrement spéciale dans le domaine chirurgical. Par ailleurs, au moyen de cette enquête, on souhaiterait enrichir les connaissances scientifiques existantes au niveau des relations entre la performance, la confiance et la satisfaction, qui n'ont pas encore été suffisamment analysées (Chang et al., 2013).

Même si les effets totaux des dimensions cognitive et affective sur la satisfaction n'ont pas été confirmés, on a quand même constaté un rapport intéressant entre la variable médiatrice confiance et la satisfaction.

Si l'on compare les résultats de l'étude présente avec les conclusions tirées par d'autres investigateurs préalablement, on y trouve quelques conformités. Notamment la relation entre la qualité de service, la confiance et la satisfaction, observée par Chang et al. 2013, a à nouveau été confirmée. Plus précisément, on a identifié un lien entre la compétence, pouvant être considérée comme un facteur contribuant à la qualité de service, et la confiance (H6). La relation entre la compétence et la satisfaction du patient a également été confirmée.

Par ailleurs, les intensités fortes des liens entre la confiance et la satisfaction, résultantes des analyses de régression de l'étude présente (H7) correspondent au résultat de Van den Assem et Dulewicz (2015), que la confiance influençait dans une large mesure la satisfaction.

Cependant, le rejet de l'hypothèse H1, que l'aspect informationnel contribuait à la satisfaction du patient, contraste avec l'étude de Roter, Hall et Katz (1987), où un lien significatif entre ces deux variables a été trouvé. Il convient de mentionner encore une fois l'enquête de Kim, Kaplowitz et Johnston (2004), dans laquelle une relation négative, quoique faible, entre l'aspect informationnel et le degré de satisfaction a été observée. Donc, il est encore controversé, s'il existe un lien statistiquement significatif entre ces deux variables. Cette relation entre le fait d'informer le patient et sa satisfaction mériterait d'être testée une nouvelle fois pour autant que la thématique du consentement éclairé gagne de plus en plus en importance. Est-ce que ce consentement éclairé contribue non seulement à la sécurité du patient et du médecin, mais favorise également la satisfaction du patient avec la consultation? En ce qui concerne l'hypothèse H2, elle a également été infirmée. Ce résultat contraste avec les études de Weng et al. (2011) et Derksen, Bensing et Lagro-Janssen (2013), où il a été prouvé que l'empathie avait une influence directe sur la satisfaction. Comme l'étude présente a été réalisée dans le domaine de la chirurgie, et donc un lien entre l'aspect émotionnel et la satisfaction n'a pas été trouvé, il conviendrait de tester cette relation une nouvelle fois. La dimension affective est-elle vraiment estimée moins importante dans la consultation chirurgicale?

D'après Hall et Dornan (1990) et Murphy-Cullen et Larsen (1984) les variables socio-démographiques ne montrent qu'une faible relation avec la satisfaction (Cité par Van Den Assem & Dulewicz, 2015, p. 8). Les résultats de l'étude présente ne montrent par contre pas de lien du tout entre les variables âge et la satisfaction, ainsi qu'entre la durée de la relation médecin-patient et la satisfaction. Ceci est en effet conforme à la déclaration faite par Marks et al. (2011), qu'aucune influence de variables socio-démographiques sur la satisfaction n'existe.

Après avoir réalisée cette étude, on peut raisonner qu'il existe un lien important entre la confiance du patient en son médecin et la satisfaction du patient. Cependant, l'intensité de ce lien varie selon la variable indépendante (informations données au patient, l'empathie ou la compétence) que l'on prend en considération.

On a également constaté que dans le cas de la chirurgie orthopédique, seulement la dimension conative, à savoir la compétence, contribuait significativement à la satisfaction globale du patient.

Par ailleurs, une influence sur la confiance a seulement été observée chez la dimension cognitive et conative. La dimension affective, à savoir l'empathie, ne montrait ni un effet sur la confiance, ni un effet direct sur la satisfaction

Limites du travail de recherche

Afin de mesurer le degré de satisfaction, une évaluation de quelques aspects sélectionnés sur la base de la perception du patient a été réalisée. Comme les données pour l'analyse étaient constituées d'évaluations subjectives des patients, un point de vue objectif de la consultation n'a pas pu être pris en considération pour une comparaison. Aussi, l'évaluation au moyen d'un questionnaire avec des réponses prédéfinies ne laissait pas la place à des commentaires individuels, qui mèneraient à une plus grande diversité des résultats.

„L'apparente simplicité“ de l'utilisation de questionnaires pour mesurer la satisfaction des patients „peut occulter des difficultés d'interprétation des résultats ainsi que des problèmes sous-jacents concernant leur validité“ (Avis et al., 1997, p. 91, traduit par l'auteure de l'étude présente).

En outre, la taille de l'échantillon était relativement petite ce qui peut produire certains biais. Le fait d'avoir réalisé cette enquête avec des patients d'un seul chirurgien orthopédiste ne permet pas de généraliser les résultats. En effet, il s'agirait d'inclure plusieurs chirurgiens et d'avoir un plus grand échantillon pour pouvoir générer une distribution normale et pour effectuer des meilleures analyses. Pour illustrer cela, un exemple est présenté ci-dessous.

Deux questions auxquelles les patients devaient répondre, étaient les suivantes:

- Dans l'ensemble, j'ai confiance en ce médecin.
- Je recommanderais ce médecin à un ami.

L'analyse de fréquence dans les tableaux ci-dessous montre, que dans les deux cas, la plus part des patients a répondu en cochant la réponse „tout à fait d'accord“. La majorité des questionnaires a été remplie comme ceci, donc relativement unilatéralement. Cela est une autre raison, pourquoi il serait judicieux de réaliser une enquête auprès de plusieurs médecins.

Tableau 4: Exemple réponses à la question 16

16 Dans l'ensemble, j'ai confiance en ce médecin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	2	2,0	2,0	2,0
	tout à fait d'accord	100	98,0	98,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tableau 5: Exemple réponses à la question 19

19 Je recommanderais ce médecin à un ami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	1,0	1,0	1,0
	4	3	2,9	3,0	4,0
	tout à fait d'accord	96	94,1	96,0	100,0
	Total	100	98,0	100,0	
Missing	System	2	2,0		
Total		102	100,0		

Un autre point faible de l'étude présente est l'essai de rendre tangible le concept de la satisfaction du patient au moyen d'un questionnaire. Cette enquête constitue seulement une approche pour contribuer à l'explication de la satisfaction du patient - considérée comme une mesure multidimensionnelle. L'idée de mesurer le degré de satisfaction lié au médecin et à sa consultation est seulement une partie étroite du concept de la satisfaction. Il y a une grande variété de facteurs, qui entrent en jeu dans l'expérience du service médical, que l'on ne peut pas isoler seule la perception de la consultation. Plus précisément, il est probable qu'un patient, étant très satisfait du résultat de traitement, évaluerait mieux la performance du docteur en général lors d'un prochain rendez-vous, que s'il avait été insatisfait. Et parce que dans l'enquête présente, on n'a pas fait de distinction entre les patients ayant déjà subi une opération chez ce médecin et les patients n'ayant pas, il est probable que les résultats aient été influencés par cet effet.

Suggestions et recommandations pour recherches futures

Une approche qualitative serait d'autant plus intéressante que l'on puisse obtenir de précieuses indications de la part des patients concernant leur expérience de la visite médicale. Elle serait intéressante notamment, parce que dans le cas d'une interview avec le patient cela permettrait un dialogue libre et plus ouvert à des remarques. Par contre cette méthode serait moins anonyme et de ce fait elle pourrait entraîner des réponses superficielles qui biaiserait à nouveau les résultats.

Il serait également intéressant d'évaluer les perceptions des chirurgiens concernant leur relation avec le patient.

Le fait que des patients satisfaits sont désireux de partager l'expérience qu'ils ont faite avec le médecin, est favorable au développement du succès à long-terme. Il est important de considérer ceci, parce qu'une haute qualité de service, se manifestant par un degré de satisfaction élevé, contribue non seulement à la rétention des patients existants, mais, par le biais du bouche-à-oreille positif, aussi au fait d'en attirer des nouveaux (Alrubaiee & Alkaa'ida, 2011; Shabbir, Kaufmann, & Shehzad, 2010).

Pour conclure, on aimerait citer Mead et Bower (2000) :

« Patients value the following: Doctors' humaneness, being given sufficient information and time, being treated as individuals and involved in decision-making and aspects of the relationship with a doctor such as mutual trust » (cité par Van Den Assem & Dulewicz, 2015, p. 8).

ANNEXES

Output SPSS

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
21_sexe	102	0	1	,52	,502
22_age	76	16	88	54,93	18,367
23_patient de ce médecin depuis	99	1	4	2,01	1,120
Valid N (listwise)	74				

Sexe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid féminin	49	48,0	48,0	48,0
masculin	53	52,0	52,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Durée de la relation médecin-patient

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1 an	45	44,1	45,5	45,5
1-4 ans	24	23,5	24,2	69,7
5-9 ans	14	13,7	14,1	83,8
> 10 ans	16	15,7	16,2	100,0
Total	99	97,1	100,0	
Missing System	3	2,9		
Total	102	100,0		

Structure Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
16_confiance dans l'ensemble	,932	-,203	,120	-,116	,123
17_contentement	,932	-,203	,120	-,116	,123
18_MV_sati_2_18	,929	-,161	,201	,122	,185
2_sériosité	,682	-,121	,348	-,209	,059
3_minutiosité	,551	,010	,335	,340	-,154
19_MV_sati_3_19	,435	-,009	,250	,411	,240
12_MV_comp_4_12	,064	-,953	,148	-,198	,155
11_amabilité	,059	-,952	-,030	-,056	,072
14_MV_conf_2_14	,194	-,913	,178	-,249	,245
20_MV_sati_4_20	,448	-,874	,226	,038	,138
5_sentiment d'être compris par le médecin	,045	-,740	,090	-,024	,636
13_MV_info_5_13	,052	-,088	,838	-,060	,114
7_MV_info_3_7	,244	-,094	,745	-,139	,038
4_MV_info_2_4	,315	-,168	,592	-,327	,465
10_MV_info_4_10	,102	-,103	,539	-,104	,372
15_MV_comp_5_15	,467	-,263	,436	-,731	,333
6_MV_comp_2_6	,241	-,166	,304	-,722	,241
1_MV_info_1_1	-,018	-,042	,043	-,540	,030
9_MV_comp_3_9	,084	-,160	,159	-,100	,885
8_soutient de la décision	,390	-,206	,520	-,351	,530

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Structure Matrix

	Component				
	1	2	3	4	5
15_MV_comp_5_15	,840		,365		
8_soutient de la décision	,809				
4_MV_info_2_4	,702			,444	
6_MV_comp_2_6	,654				,365
9_MV_comp_3_9	,653			,346	
10_MV_info_4_10	,500			,474	
12_MV_comp_4_12		-,962			
11_amabilité		-,952			

5_sentiment d'être compris par le médecin	,300	-,946			
14_MV_conf_2_14	,392	-,922			
3_minutiosité			,775	,363	
16_confiance dans l'ensemble	,426		,766		
2_sériosité	,368		,736		,316
13_MV_info_5_13	,311			,862	
7_MV_info_3_7	,343		,337	,683	
1_MV_info_1_1					,940

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Structure Matrix

	Component		
	1	2	3
13_MV_info_5_13	,791		
4_MV_info_2_4	,671		,501
7_MV_info_3_7	,670		
10_MV_info_4_10	,650		
12_MV_comp_4_12		-,964	
11_amabilité		-,957	
5_sentiment d'être compris par le médecin		-,955	
15_MV_comp_5_15	,488		,778
6_MV_comp_2_6	,350		,702
2_sériosité			,650
1_MV_info_1_1			,624
9_MV_comp_3_9	,510		,523

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Structure Matrix

	Component	
	1	2
16_confiance dans l'ensemble	,958	,360
17_contentement	,958	,360
18_MV_sati_2_18	,950	,386
19_MV_sati_3_19	,470	
14_MV_conf_2_14		,929
20_MV_sati_4_20	,447	,896
8_soutient de la décision	,389	,596

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,645	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,958	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,637	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,714	3

Régressions sous-modèle informations données au patient

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,218 ^a	,047	,018	,17325

a. Predictors: (Constant), 23_MV_(temps_23), information, 22_MV_(age_22)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,146	3	,049	1,626	,188 ^b
	Residual	2,941	98	,030		
	Total	3,088	101			

a. Dependent Variable: satisfaction

b. Predictors: (Constant), 23_MV_(temps_23), information, 22_MV_(age_22)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,305	,400		10,749	,000
	information	,121	,085	,150	1,434	,155
	22_MV_(age_22)	,001	,001	,122	1,149	,253
	23_MV_(temps_23)	-,007	,016	-,042	-,412	,681

a. Dependent Variable: satisfaction

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,167 ^a	,028	,018	,13806

a. Predictors: (Constant), information

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,055	1	,055	2,876	,093 ^b
	Residual	1,906	100	,019		
	Total	1,961	101			

a. Dependent Variable: confiance

b. Predictors: (Constant), information

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		

1	(Constant)	4,449	,314		14,173	,000
	information	,108	,064	,167	1,696	,093

a. Dependent Variable: confiance

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,793 ^a	,628	,613	,10877

a. Predictors: (Constant), 23_MV_(temps_23), information, confiance, 22_MV_(age_22)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,940	4	,485	41,004	,000 ^b
	Residual	1,147	97	,012		
	Total	3,088	101			

a. Dependent Variable: satisfaction

b. Predictors: (Constant), 23_MV_(temps_23), information, confiance, 22_MV_(age_22)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,149	,440		-,337	,737
	information	,048	,054	,059	,895	,373
	confiance	,984	,080	,784	12,314	,000
	22 MV (age 22)	,000	,001	,023	,340	,735
	23 MV (temps 23)	-,018	,010	-,112	-1,765	,081

a. Dependent Variable: satisfaction

Questionnaire

Questionnaire sur le degré de satisfaction des patients

	pas du tout d'accord					tout à fait d'accord				
1. Le médecin m'a expliqué mon problème avec des mots que je comprends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le médecin semble prendre mes problèmes au sérieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le médecin est minutieux et soucieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le médecin m'a expliqué tout ce que je voulais savoir à propos de mon problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens compris(e) par mon médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le médecin a examiné tous les problèmes que je lui ai énumérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le médecin m'explique bien les raisons pour lesquelles il faut faire des traitements médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le médecin soutient la décision que nous avons prise ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le médecin s'intéresse à moi comme personne et pas seulement à mon problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je comprends mieux mon problème, depuis que j'ai vu le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Le médecin me paraît aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Le médecin a pris du temps pour m'examiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Le médecin m'informe sur le plan de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je fais confiance au médecin de m'informer si une erreur avait été faite dans mon traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Le médecin donne l'impression de savoir ce qu'il fait pendant l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dans l'ensemble, j'ai confiance en ce médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis content(e) de ce médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Après la consultation et le traitement, je crois que ce médecin était un bon choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je recommanderais ce médecin à un ami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La consultation a comblé mes attentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sexe	masculin					féminin				
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					
22. Âge	_____									
	< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	> 10 ans						
23. Depuis combien de temps êtes-vous patient/e de ce médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

BIBLIOGRAPHIE

- Egbert, L. D., Battit, G. E., Welch, C. E., & Bartlett, M. K. (1964). Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *New Engl. J. Med.* 270: 825-827.
- Alrubaiee, L., & Alkaa'ida, F. (2011). The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. *International Journal of Marketing Studies*, 3(1). <http://doi.org/10.5539/ijms.v3n1p103>
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports*, 67(3 Pt 2), 1091-1100. <http://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.3f.1091>
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1997). Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science & Medicine*, 44(1), 85-92. Consulté à l'adresse http://econpapers.repec.org/article/eesocmed/v_3a44_3ay_3a1997_3ai_3a1_3ap_3a85-92.htm
- Baker, R. (1990). Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 40(341), 487-490. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371443/>
- Baker, R. (1996). Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 46(411), 601-605. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239785/>
- Becker, S. (2012). *Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie*. (P.-M. Hax & T. Hax-Schoppenhorst, éd.) (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine* (1982), 32(11), 1301-1310. Consulté à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369190047G>
- Carmel, S., & Glick, S. M. (1996). Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine* (1982), 43(8), 1253-1261.
- Chang, C.-S., Chen, S.-Y., & Lan, Y.-T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13, 22-22. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-22>
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 25(1), 25-36.
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84. <http://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations. *BMJ: British Medical Journal*, 302(6781), 887-889. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669267/>
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* (1982), 30(7), 811-818. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2138357>

- Hall, M. A., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K. E., Mishra, A., & Balkrishnan, R. (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 59(3), 293-318.
- Hamilton, D. F., Lane, J. V., Gaston, P., Patton, J. T., MacDonald, D., Simpson, A. H. R. W., & Howie, C. R. (2013). What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement. *BMJ Open*, 3(4), e002525. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002525>
- Hax, P.-M., & Hax-Schoppenhorst, T. (2012). *Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie*. (P.-M. Hax & T. Hax-Schoppenhorst, éd.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annual Review of Sociology*, 32(1), 351-374. <http://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Kenny, D. A. (2014). Mediation (David A. Kenny). Consulté 14 juillet 2015, à l'adresse <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237-251. <http://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Levinson, W., & Chaumeton, N. (1999). Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery*, 125(2), 127-134. [http://doi.org/10.1016/S0039-6060\(99\)70255-2](http://doi.org/10.1016/S0039-6060(99)70255-2)
- Marks, M., Herren, D. B., Vliet Vlieland, T. P. M., Simmen, B. R., Angst, F., & Goldhahn, J. (2011). Determinants of Patient Satisfaction After Orthopedic Interventions to the Hand: A Review of the Literature. *Journal of Hand Therapy*, 24(4), 303-312.e10. <http://doi.org/10.1016/j.jht.2011.04.004>
- McGregor, A. H., Doré, C. J., & Morris, T. P. (2013). An exploration of patients' expectation of and satisfaction with surgical outcome. *European Spine Journal*, 22(12), 2836-2844. <http://doi.org/10.1007/s00586-013-2971-6>
- Meakin, R., & Weinman, J. (2002). The « Medical Interview Satisfaction Scale » (MISS-21) adapted for British general practice. *Family Practice*, 19(3), 257-263.
- Morris, B. J., Jahangir, A. A., & Sethi, M. K. (2013). Patient Satisfaction: An Emerging Health Policy Issue. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 7(6). Consulté à l'adresse <http://www.aaos.org/news/aaosnow/jun13/advocacy5.asp>
- Mulsow, J. J. W., Feeley, T. M., & Tierney, S. (2012). Beyond consent--improving understanding in surgical patients. *American Journal of Surgery*, 203(1), 112-120. <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.12.010>
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine* (1982), 40(7), 903-918.
- Pearson, S. D., & Raeke, L. H. (2000). Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513. <http://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 25(5), 437-451.
- Scambler, G. (2008). *Sociology as Applied to Medicine*. Elsevier Health Sciences.
- Schnoor, J. D. med., & Hokema, F. D. med. (2011). Krankenhäuser: Die Krise als Chance. Consulté 15 juillet 2015, à l'adresse [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.aerzteblatt.de%2Farchiv%2F80177%2FKrankenhaeuser-Die-Krise-als-Chance](http://www.aerzteblatt.de/2Farchiv/2F80177%2FKrankenhaeuser-Die-Krise-als-Chance)
- Shabbir, S., Kaufmann, H. R., & Shehzad, M. (2010). Service quality, word of mouth and trust: Drivers to achieve patient satisfaction. *Scientific Research and Essays*, 5(17),

- 2457-2462. Consulté à l'adresse <http://www.academicjournals.org/journal/SRE/article-abstract/01F459F19250>
- Shaw, A., Ibrahim, S., Reid, F., Ussher, M., & Rowlands, G. (2009). Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 114-120. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.026>
- Shemwell, D. J., Yavas, U., & Bilgin, Z. (1998). Customer-service provider relationships: an empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship-oriented outcomes. *International Journal of Service Industry Management*, 9(2), 155-168. <http://doi.org/10.1108/09564239810210505>
- Shirley, E. D., & Sanders, J. O. (2013). Patient Satisfaction: Implications and Predictors of Success. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 95(10), e69. <http://doi.org/10.2106/JBJS.L.01048>
- Van Den Assem, B., & Dulewicz, V. (2015). Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(1), 82-95. <http://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2013-0037>
- Vedsted, P., & Heje, H. N. (2008). Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(4), 228-234. <http://doi.org/10.1080/02813430802294886>
- Weng, H.-C., Steed, J. F., Yu, S.-W., Liu, Y.-T., Hsu, C.-C., Yu, T.-J., & Chen, W. (2011). The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction. *Advances in Health Sciences Education*, 16(5), 591-600. <http://doi.org/10.1007/s10459-011-9278-3>
- Wolf, M. H., Putnam, S. M., James, S. A., & Stiles, W. B. (1978). The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 391-401. <http://doi.org/10.1007/BF00846695>
- Yi, Y. (1990). A critical review of consumer satisfaction, in Review of Marketing 1990, Zeithaml, V. A., Chicago: American Marketing Association.