

Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale

Remerciements

Au Professeur Eric Galam, directeur de thèse, qui a su faire de mes interrogations sur ma place d'interne en médecine générale un vrai sujet de thèse. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

Au Professeur Michel Nougairède, président de thèse et un de mes maîtres de stage en SASPAS. Après avoir supporté mon doux caractère pendant 6 mois, il a quand même accepté de présider ma thèse! Merci d'avoir préservé mon dos pour mes vieux jours en multipliant les allers retours en maison de retraite pour faire suivre le sac de visite.

Au Docteur Sylvain Hirsch, maître de stage, tuteur et ami, pour m'avoir fait la brillante démonstration qu'être complet et systématique en 15 min était possible et m'avoir donné envie de progresser.

Au Docteur Christidis et au Docteur Duriez pour m'avoir confié leurs patients en EHPAD lors de mon SASPAS. Et oui, c'était intéressant et j'ai beaucoup appris. Merci aussi pour votre disponibilité sans faille.

Au Docteur Irène Lafont de Cazenove, médecin généraliste dans les Cévennes à Lasalle, pour m'avoir accueillie dans son cabinet et chez elle lors de mon année de DCEM3. Elle m'a permis de confirmer mon souhait : je serais médecin généraliste.

Aux Docteurs Pierre Taboulet, Jean Paul Fontaine, Olivier Peyroni et Adélia Braganca des urgences de Saint Louis pour leur sens de la transmission du savoir et surtout pour cette question qui restera dans ma pratique « qu'est-ce que j'attends de cet examen complémentaire ? ».

A l'équipe médicale et paramédicale du service de pédiatrie à Antoine Béclère à Clamart pour ce stage fatigant mais passionnant et leur gentillesse pendant ma grossesse.

A mes co-internes : à Fozia, Camille et David pour les pauses thés au milieu de la tourmente, à Léa, Borivan, Christophe et Younes pour l'esprit de corps face aux dossiers qui s'empilent dans le bac des patients en attente, à Marie, Marion, Audrey, Pauline, Julie, Solenn et Charlotte pour avoir gardé le sourire malgré les cernes, à Edouard pour avoir accepté de prétester le questionnaire de cette thèse et avoir cru en ce projet.

Aux internes qui ont accepté de participer à ce projet.

A mes co-externes et amis :

- Claire et Geoffrey. Quelle équipe ! Chacun a atteint son objectif de D4, c'est donc qu'on travaillait aussi... Pourtant je me souviens surtout des bons moments à la BU ou autour d'une de nos tables respectives devant les conf' sans oublier le petit resto pour se remonter le moral ! Bonne chance à Toulouse et Marseille.

- Jax pour son amitié franche et sincère
- Et mon grand soutien de P1 NaNie sans qui finalement, tout cela ne serait peut-être resté qu'un rêve... Merci d'avoir enduré avec moi cette année de galère, les réveils à 5h du mat, les siestes impromptues sur la table à la BU, le petit carnet 10h par jour, les soirées thé-kinder bueno et le mythique « la première qui parle va chercher du chocolat à monop ! ». Ça valait bien 8kg !

A ma sœur, pour le meilleur stage pré rentrée P1 du monde, un voyage en Egypte, mais aussi toutes les autres fois où tu m'as accueilli chez toi. Tout ce que tu m'as offert n'a pas de prix et j'espère pouvoir te rendre la pareille au travers de la plus belle nièce du monde, Lisa.

A ma mère pour avoir cru en moi, pour ses encouragements, son soutien moral mais aussi financier pendant les premières années. Merci pour tes prières. Ce que je suis aujourd'hui est grâce à toi et mes qualités humaines viennent de ta volonté d'aider ton prochain.

A Thomas, mon amour, mon mari, mon demi-androgyne. La liste serait trop longue si elle devait être exhaustive. Merci pour avoir accepté de partager ma vie, pour ton soutien et merci pour Margot, la plus belle et la plus marrante des petites filles !

Enfin, j'ai une pensée particulière pour mon grand-père qui je l'espère aurait été fier de son « bébé docteur ».

PLAN

INTRODUCTION	6
METHODE	10
I/Elaboration du questionnaire et distribution	11
II/Prétest.....	13
III/Terrain de l'étude.....	13
IV/Recueil	13
V/Exploitation des données	14
RESULTATS	15
I/Inclusion.....	16
II/Période de recueil	17
III/Résultats du questionnaire	18
Partie 1a : Caractéristiques de la population	18
Partie 1b : Profil du consultant.....	20
Partie 2 : Evaluation de la consultation avec l'interne versus consultation avec le médecin habituel	22
a/Accueil.....	23
b/Ecoute	24
c/Examen	25
d/Explications	26
e/Prescriptions	27
Partie 3 : Impact de la consultation avec l'interne dans le parcours de soins du patient	28
a/Impact sur le nombre de consultations	28
b/Acceptabilité de l'interne comme « médecin traitant de substitution »	29
c/Impact sur la prise en charge	29
Partie 4 : Degré d'accoutumance à l'interne et aux internes	30
a/Nombre de consultations précédentes avec l'interne vu.....	30
b/Expériences précédentes des patients avec les internes du cabinet	31
IV/Recherche de résultats dans les sous-groupes.....	32
V/Analyse des tableaux de distribution	33
VI/Commentaires des patients.....	34

DISCUSSION	36
I/Résultats principaux.....	37
II/Forces et faiblesses	41
III/Comparaison avec la littérature.....	45
IV/Perspectives.....	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	54

Introduction

Lors du DES de médecine générale, l'interne est amené à faire au minimum un semestre dans un cabinet de médecine générale. Ce stage de 6 mois est obligatoire depuis 1997. Il existait déjà des stages de médecine de ville mais beaucoup plus courts. Avec le décret n°97- 494 du 16 mai 1997 (J.O du 18.05.1997) la durée du stage chez le praticien passe de vingt demi-journées à un semestre. Ce stage permet à l'interne d'appréhender les pathologies ambulatoires, différentes de celles de l'hôpital, et ainsi de se préparer à sa future pratique. L'interne est amené après une phase d'observation et une phase de consultation en présence du maître de stage (supervision directe) à consulter seul (supervision indirecte). **L'interne autonome est devenu un consultant de premier recours dans le parcours de soins des patients.** Ce premier stage peut être complété par un deuxième stage en médecine ambulatoire dit « SASPAS » pour Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée où l'interne consulte tout le temps seul.

Les premiers pas des futurs médecins dans un cabinet de médecine générale sont vécus par la majorité des internes avec appréhension car il s'agit du premier stage « sans blouse ». Lors des stages à l'hôpital nous faisons partie de l'équipe du service et la plupart des décisions prises sont le fruit d'une discussion avec nos supérieurs. Finalement nous nous fondons dans le « groupe docteur » et nous nous cachons derrière cette blouse qui « justifie » notre statut de prescripteur. **Notre arrivée dans la médecine ambulatoire est une rupture avec tout ce que nous avons connu avant.** Nous découvrons la relation duale avec le patient, le « tête à tête sans masque » favorisé aussi par la confiance et la relation plus ancienne que les patients ont envers leur médecin généraliste. Ils connaissent leur médecin et sont donc plus francs, osent plus s'exprimer qu'à l'hôpital. Nous « jouons sur leur terrain ». A l'hôpital le patient n'est pas chez lui, n'a pas ses affaires, souvent pas même ses vêtements et ne connaît pas le fonctionnement du service où il se trouve. Ici la situation est inversée : l'interne n'est pas dans l'hôpital qu'il connaît tant, il n'a pas sa blouse et doit apprendre à connaître le réseau de soins du cabinet où il vient d'arriver.

Cette situation nouvelle pose de nombreuses questions aux jeunes internes : Comment suis-je perçu par les patients ? Suis-je crédible ? Me font-ils confiance ? Vont-ils faire ce que je leur ai demandé ? Sont-ils compliants ? Ai-je l'air d'un « jeune médecin ou d'un vieil étudiant »¹ ? Finalement sont-ils satisfaits ? Comment suis-je perçu par mon maître de stage ?

Nous savons déjà que les patients comprennent la nécessité du passage par le cabinet pour les internes. De nombreuses thèses^{2 3 4 5} ont cherché à évaluer l'acceptabilité de la présence de l'interne au cabinet de médecine générale pour les patients et ont montré

¹ Beaujouan X., SASPAS : Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007. Thèse. Créteil. 2007

² Ciabrani N., Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? Thèse. Paris VI. 2002.

³ Rivière JP., Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. Thèse. Paris VII. 1998.

⁴ Hoang, Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire trois ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien. Thèse. Paris VII. 2002.

⁵ Yekhlief F., Le stage de 6 mois en médecine générale : le point de vue des patients. Thèse. Bordeaux 2. 1999.

une très bonne acceptation des internes dans les consultations en binôme (maître de stage et interne ensemble) **mais 5,3 à 17% des patients n'évoqueraient pas certains problèmes en présence de l'interne** (problèmes psy, gynécologiques, familiaux...).

Une thèse de 2007 à Créteil¹ a évalué la satisfaction globale des patients ayant consulté un interne de SASPAS (donc autonome) ainsi que les informations qu'ils avaient au préalable reçues. La satisfaction globale rapportée était de 100% (avec 89 questionnaires exploitables) mais elle était évaluée par une seule question.

D'autres thèses^{6 7 2 3} qui n'étaient pas destinées à analyser la consultation interne-patient mais les consultations à 3 (interne, maître de stage et patients), ont fait des sous-groupes avec les patients ayant vu l'interne seul. Les échantillons sont de petites tailles (22 à 76 patients). Les patients étaient satisfaits totalement ou en partie pour 90% à 98% mais paradoxalement de **12 à 45% voulaient reconsulter leur médecin habituel**.

Toutes ces thèses recueillaient leurs données en fin de semestre.

Naissance du projet

La relation médecin-malade est une relation complexe et de la qualité de la consultation naîtra la confiance dans les capacités du médecin, facteur important de l'observance.

Le guide Calgary-Cambridge décrit les différents temps d'une entrevue médicale en insistant sur la nécessité d'une bonne communication, de l'accueil du patient à son association au projet thérapeutique, pour arriver à une compréhension des enjeux par le patient et à une prise de décision partagée. Elle passe par l'exploration, l'écoute des problèmes du patient et l'utilisation d'un comportement non verbal adapté. Le patient peut avoir eu l'impression d'être bien examiné mais ne pas être satisfait des explications ou avoir eu l'impression qu'on a écouté son problème mais que l'examen a été bâclé... Il nous est apparu intéressant de faire une étude détaillée du déroulement de la consultation avec un interne et de voir ce qui satisfait les patients et quels sont les points qui les dérangent.

⁶ Janglale-Letniowski C., L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle. Thèse. Lille2. 2009.

⁷ Bur M., Le stage de 6 mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence des stagiaires. Répercussion de sa présence sur la relation médecin- malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stages du Bas Rhin. Thèse. Strasbourg. 2002.

Les patients se sentent-ils écoutés par l'interne ? Sont-ils aussi confortables pour exposer leurs motifs de consultations qu'avec leur médecin habituel ?

Sont-ils satisfaits du diagnostic et de la prise en charge mise en place par l'interne autant que quand ils consultent leur médecin ?

Se sentent-ils associés au projet de soins ?

Le but de cette thèse est de :

- Préciser les critères de qualité d'une consultation du point de vue des patients ;
- évaluer l'appréciation des consultations de l'interne versus celles de leur médecin habituel ;
- déterminer quel pourcentage de patients a l'intention de reconsulter leur médecin habituel après une consultation avec l'interne.

Nous espérons ainsi répondre à quelques-unes des interrogations des internes qui découvrent leur rôle de médecin généraliste...

Méthode

Le but de l'étude était d'évaluer la « satisfaction » et le « ressenti » des patients ayant consulté un interne autonome en ville, c'est-à-dire assurant la consultation tout seul. Il s'agit d'une **enquête d'opinion** faite à partir de **questionnaires distribués aux patients qui viennent d'avoir une consultation avec un interne.**

I/ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET DISTRIBUTION

a/Inspiration

Selon VON GEBSATTEL, la consultation peut se diviser en 3 temps :

- La phase d'appel humain où le patient expose son problème correspondant à l'interrogatoire mais aussi au non-dit ; le médecin se rend attentif à l'appel du patient,
- La phase de l'éloignement ou de l'objectivation correspondant à l'examen ; le médecin fait appel à sa compétence et fait abstraction de la subjectivité du malade,
- La phase de personnalisation où en fin de consultation le médecin se rapproche à nouveau de son patient et lui communique ses conclusions ainsi que ses prescriptions. C'est le temps du partenariat : le médecin a fait un diagnostic et propose une solution pour aider le patient.

Dans ce même esprit, il a été décidé de poser des questions aux patients sur 5 points :

- L'accueil et l'écoute lors de l'interrogatoire qui entre dans la phase d'appel humain ;
- Le temps d'examen correspondant à la phase d'objectivation ;
- Les explications reçues et le projet de soins qui reflètent la phase de personnalisation.

b/Stratégie

Le choix d'un questionnaire à choix multiples a été fait pour permettre une analyse statistique de données déclaratives et pour faciliter le remplissage par le patient en lui proposant une forme plus rapide que des questions ouvertes. Nous nous sommes attachés à la forme du questionnaire afin qu'il tienne sur une page recto verso et qu'il soit aéré. Des espaces pour les commentaires ont été prévus afin de laisser au patient la liberté de s'exprimer.

Les questions ont été pensées pour être comprises par le plus grand nombre et parfois reformulées après lecture et critiques par des personnes hors milieu médical afin d'en éliminer tout langage médical.

Afin d'avoir un point de référence il a été décidé de poser la même série de questions à propos de la consultation que les participants viennent d'avoir avec l'interne et à propos de leurs consultations habituelles avec leur médecin traitant.

Le questionnaire a été mis en page sur Word avec des tableaux Excel pour en faciliter la lisibilité (Annexe 1).

Il comportait 4 parties :

1. Profil du patient et ses habitudes médicales en 6 questions ;
2. Appréciation de la consultation avec l'interne en 8 questions ;
3. Appréciation des consultations habituelles avec leur médecin en 5 questions ;
4. Comparaison avec les autres internes en 2 questions avec 2 sous-questions et questions ouvertes.

Soit un total de 23 questions et 2 sous-questions.

La question 2.8 « D'une façon générale pensez-vous qu'avoir vu cet interne en consultation... ?

- a probablement amélioré votre prise en charge et votre suivi
- ne change rien à votre prise en charge et votre suivi
- a probablement gêné votre prise en charge et votre suivi
- sans opinion. »

a été choisie comme critère de jugement principal.

c/Choix de la population étudiée

Nous voulions recueillir l'avis d'un panel de consultants le plus large possible. La nature de l'enquête (remplir seul un questionnaire) nous a amené à exclure les patients ayant des troubles visuels importants, les patients illettrés, les patients ne parlant ou ne lisant pas le français ainsi que les moins de 16 ans. Le questionnaire s'adresse au patient qui consulte pour lui-même (il n'a pas été pensé pour être rempli par un parent). Il n'existait pas d'autres critères d'exclusion. Les patients consultant pour la première fois dans le cabinet médical pouvaient aussi être sollicités.

II/PRE-TEST

Le questionnaire a été pré-testé dans un cabinet libéral par un interne de niveau 1.

Au cours du pré-test, divers problèmes sont apparus :

- Sur 10 questionnaires distribués, 9 ont été récupérés
- La case « sexe » n'a été renseignée que 7 fois sur 9 par manque de visibilité. Elle a donc été déplacée.
- La question sur le nombre de consultations précédentes avec l'interne semblait mal comprise car au bout de seulement 1 mois de stage, 2 patients déclaraient l'avoir déjà vu dont 1 deux fois. Elle a donc été reformulée.
- Les espaces pour les « commentaires » ont été peu utilisés (3 patients sur 9). Ils ont été réduits en nombre afin de poser des questions ouvertes tentant d'inciter les patients à répondre « avez-vous des commentaires, recommandations ou anecdotes... ? »

Le questionnaire a donc été modifié pour sa version finale visible en annexe (Annexe 1).

III/TERRAIN DE L'ETUDE

L'ensemble des maîtres de stage de Paris Diderot a été contacté par e-mail via l'administrateur du DMG (Annexe 2) et certains maîtres de stage ont été relancés de visu.

Une fois l'accord des maîtres de stage, les internes concernés (de niveau 1 et niveau 2) ont été contactés par e-mail (Annexe 3) puis relancés par appels et SMS.

IV/RECUEIL

Après accord, les documents nécessaires étaient envoyés aux internes par voie postale sur leur lieu de consultation (cabinet médical ou CMS) avec une affiche à mettre en salle d'attente (Annexe 4) et une enveloppe retour préaffranchie. Nous avons demandé à chaque interne de remettre 20 questionnaires par lieu de consultation.

Nous voulions que le recueil de données ait lieu environ 2 mois après le début du stage pour que les patients ne se soient pas encore trop habitués aux internes mais que les internes aient pris leur marque dans le cabinet. Le début de l'étude était programmé pour le 15 janvier 2012.

L'objectif était de récupérer environ 200 questionnaires.

Il a été demandé aux internes de donner le questionnaire en fin de consultation en expliquant rapidement de quoi il s'agissait et en insistant sur le caractère anonyme de leur réponse (cf. protocole de distribution Annexe 5). Les patients pouvaient refuser de participer. En cas de non distribution, il était demandé à l'interne d'en noter les motifs sur le tableau de bord de distribution (Annexe 5). Une enveloppe était fournie au patient afin de conserver l'anonymat. Celui-ci était invité à répondre en salle d'attente et à déposer le questionnaire avant de quitter le cabinet à une secrétaire ou dans une boîte prévue à cet effet ou dans la boîte aux lettres selon la configuration des lieux.

V/EXPLOITATIONS DES DONNEES

Les questionnaires ont été numérotés et traités par Excel. Les données textes ont été comptées par la formule Excel NB.SI à partir de la base de données des réponses possibles (choix multiples de menu déroulant incluant les absences de réponse appelées Blanc et les erreurs de remplissage appelées Nul). Les graphiques ont été aussi réalisés sur Excel à partir du nombre de réponses utilisables pour chaque question.

L'étude n'a bénéficié d'aucun financement.

Résultats

I/INCLUSION

a/Les maîtres de stage

Suite à l'e-mail envoyé via l'administrateur du DMG, 12 maîtres de stage ont répondu sur 127 (soit 9,44%), 8 pour dire oui à la distribution du questionnaire dans leur cabinet et 4 pour dire non.

Les motifs de refus avancés étaient : une enquête similaire faite par une autre interne dans un cabinet de groupe, un maître de stage n'ayant plus d'interne, la conviction que les patients ne faisaient pas la différence entre médecin remplaçant et interne et enfin un désaccord avec le questionnaire.

A ces 8 réponses par e-mail se sont ajoutés oralement 6 réponses favorables.

Au total 14 maîtres de stage (MDS) ont donné leur accord pour être inclus. Un n'a pas pu l'être car son interne participait déjà à cette étude sur 2 autres cabinets et n'a pas souhaité le faire sur 3 lieux de stage différents. Un maître de stage a été inclus par son interne car celle-ci voyait dans le même cabinet des patients de 2 maîtres de stage et a distribué le questionnaire indifféremment à leurs deux patientèles.

Le nombre total de maîtres de stage inclus est de 14 soit 11% des MDS de Paris Diderot

Ils étaient situés dans Paris ou en banlieue et avaient un profil de patientèle varié. Ils avaient 3 types d'exercice : exercice libéral individuel, exercice libéral en cabinet de groupe ou exercice en centre de santé.

Ils étaient répartis de la manière suivante :

MDS 1	Exercice libéral individuel	banlieue aisée
MDS 2	Exercice libéral individuel	Paris 14
MDS 3 et 14	Exercice libéral en cabinet de groupe	Paris 18
MDS 4	Exercice libéral individuel	Paris 10
MDS 5	Exercice en centre de santé	banlieue populaire
MDS 6	Exercice libéral individuel	Paris 17
MDS 7	Exercice libéral individuel	Paris 17
MDS 8	Exercice libéral individuel	banlieue populaire
MDS 9	Exercice libéral individuel	banlieue populaire
MDS 10	Exercice libéral individuel	Paris 19
MDS 11, 12 et 13	Exercice libéral en cabinet de groupe	banlieue populaire

Tableau 1. Répartition des MDS inclus.

b/Les internes

Une fois l'accord des maîtres de stage obtenu, leurs internes ont été contactés par e-mail puis relancés par téléphone et 100% des internes ont donné leur accord pour participer.

La répartition des internes dans les lieux de stage était la suivante :

MDS 1	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2
MDS 2	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 1
MDS 3 et 14	Exercice libéral en cabinet de groupe	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2
MDS 4	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 1
MDS 5	Exercice en centre de santé	1 interne de niveau 2
MDS 6	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2
MDS 7	Exercice libéral individuel	2 internes de niveau 1 et 1 interne de niveau 2
MDS 8	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2
MDS 9	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 2
MDS 10	Exercice libéral individuel	1 interne de niveau 2
MDS 11, 12 et 13	Exercice libéral en cabinet de groupe	2 internes de niveau 1 et 1 interne de niveau 2

Tableau 2. Répartition des internes selon les MDS.

Deux internes étaient présents dans plusieurs cabinets (1 dans 2 cabinets et 1 dans 3 cabinets) et ont été d'accord pour distribuer 20 questionnaires distincts sur plusieurs lieux de stage.

Au total les questionnaires ont été fournis pour être distribués aux patients de 14 maîtres de stages sur 11 lieux de consultations par 17 internes (9 internes de niveau 1 et 8 de niveau 2).

II/PERIODE DE RECUEIL

En raison du délai de réponses des MDS puis des internes la période de recueil a dû être décalée de 15 jours. Elle s'est étalée sur 5 semaines (du 01 février au 08 mars 2013).

III/RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

Au total 380 questionnaires ont été envoyés aux internes par voie postale.

Sur les 380 questionnaires le retour a été de 213 questionnaires selon le tableau suivant :

MDS 1	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2	13/40
MDS 2	1 interne de niveau 1	19/20
MDS 3 et 14	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2	39/40
MDS 4	1 interne de niveau 1	0/20
MDS5	1 interne de niveau 2	20/20
MDS 6	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2	31/40
MDS 7	2 internes de niveau 1 et 1 interne de niveau 2	13/60
MDS 8	1 interne de niveau 1 et 1 interne de niveau 2	08/40.
MDS 9	1 interne de niveau 2	20/20
MDS 10	1 interne de niveau 2	12/20,
MDS 11, 12 et 13	2 internes de niveau 1 et 1 interne de niveau 2	38/60
Au total 14 MDS	17 internes dont 9 niveau 1 et 8 niveau 2	213/380

Tableau 3. Nombre de questionnaires récupérés selon les lieux de l'étude.

Sur les 213 questionnaires, **200 ont été jugés interprétables** car 13 ont été exclus pour non-respect du protocole (questionnaires remplis dans le bureau de consultation en présence de l'interne).

Partie 1a, caractéristiques de la population

a/Sexe

Il y a pour cette question **172 résultats exploitables** (20 « blancs » et 0 « nul ») parmi lesquels on compte **99 femmes et 73 hommes**.

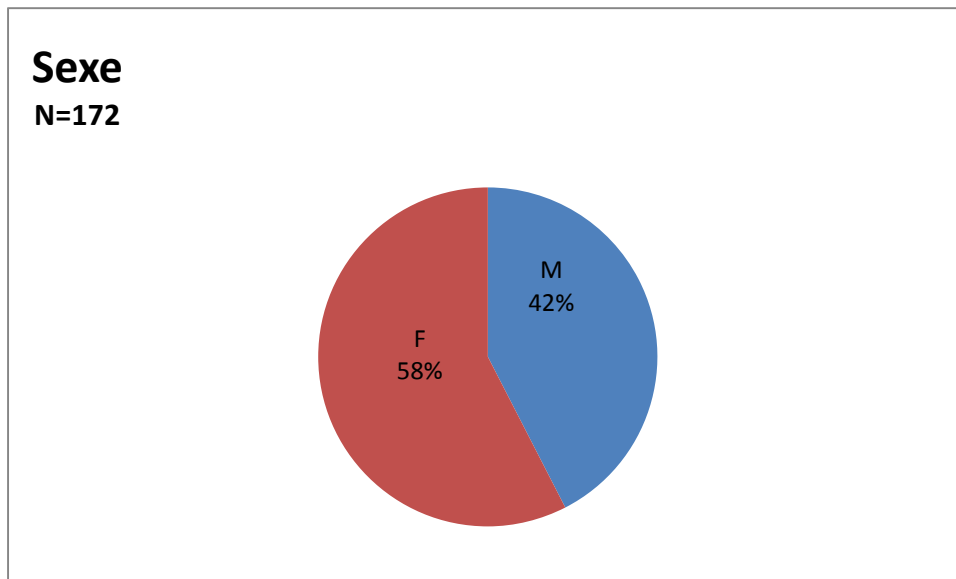


Figure 1. Répartition des patients selon leur sexe.

b/Age

Il y a pour cette question **191 résultats exploitables** (9 « blancs » et 0 « nul ») parmi lesquels on compte **43 patients entre 16 et 30 ans**, **114 patients entre 30 et 60 ans**, **25 patients entre 60 et 75 ans** et **9 patients de plus de 75 ans**.

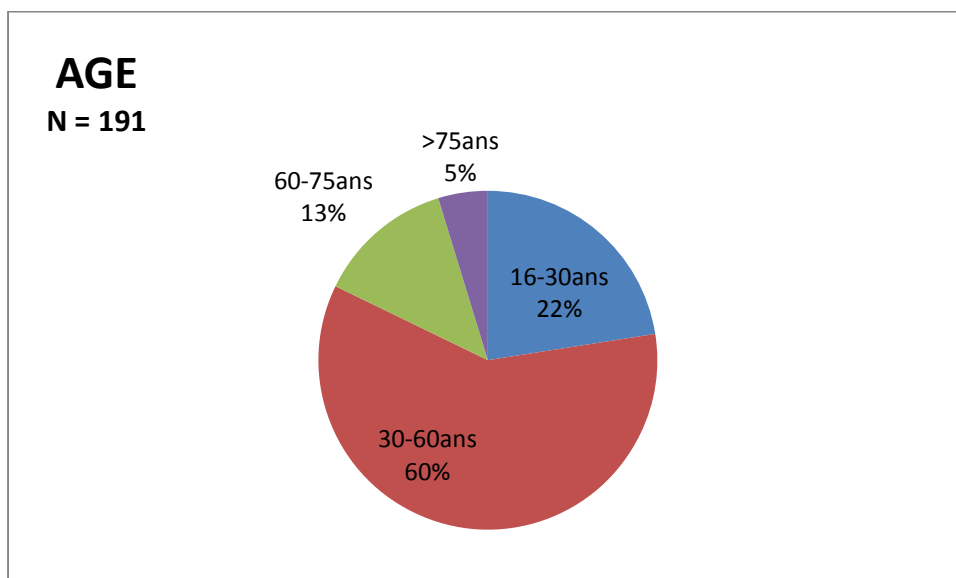


Figure 2. Répartition des patients selon leur tranche d'âge.

c/Catégorie socio-professionnelle

Il y a pour cette question **192 résultats exploitables** (8 « blancs » et 0 « nul ») parmi lesquels on compte par ordre de fréquence **72 « employés »**, **52 « cadres et fonctions supérieures »**, **24 « retraités »**, **16 « sans profession »**, **12 « étudiants »**, **8 « ouvriers »**, **8 « commerçants et artisans »**, **0 « agriculteur »**.

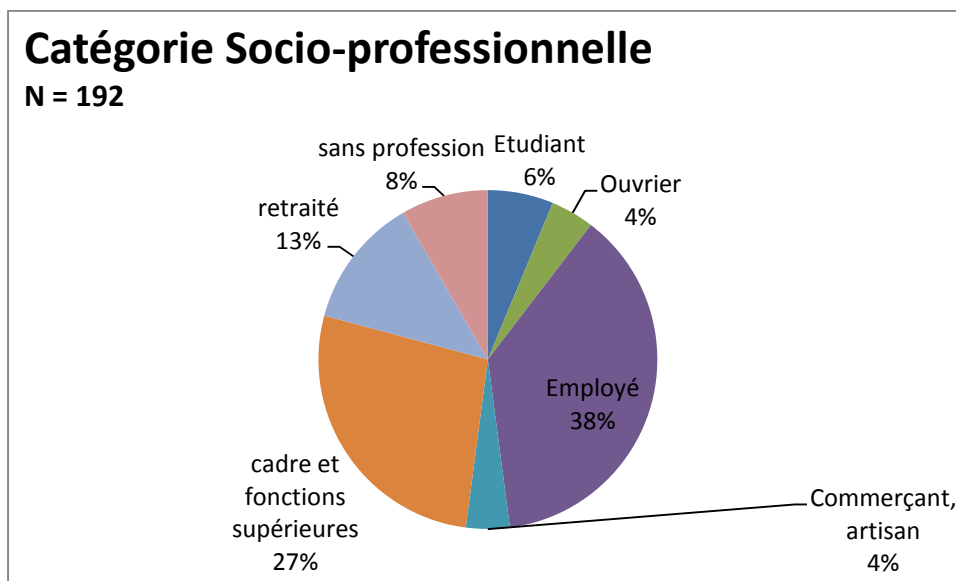


Figure 3. Répartition des patients selon leur catégorie socio-professionnelle.

Partie 1b, profil du consultant

a/Motifs de consultation

Il y a pour cette question **188 résultats exploitables** (12 « blancs » et 0 « nul ») parmi lesquels on compte par ordre de fréquence **110 consultations pour « douleurs ou pathologie ponctuelle »**, **41 consultations pour « suivi »**, **19 consultations pour un « autre motif »**, **10 consultations pour « urgence »**, **7 consultations pour « plusieurs motifs »**, **1 consultation pour « problème social ou familial »**, **0 consultation pour « problème psy »**.

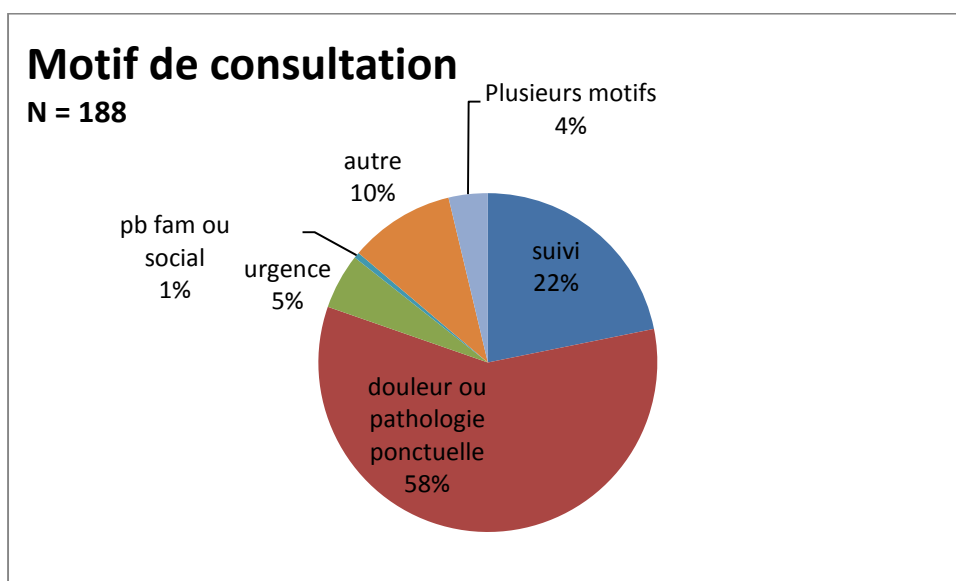


Figure 4. Répartition des patients selon le motif de consultation

Parmi les motifs de consultation « plusieurs motifs » on retrouvait 5 consultations pour 2 motifs, 1 consultation pour 3 motifs et 1 consultation pour 4 motifs. Dans ces réponses on retrouvait 5 fois le motif « douleurs ou pathologie ponctuelle », 4 fois le motif « suivi », 2 fois le motif « autre motif », 2 fois le motif « urgence », 2 fois le motif « problème psy », 1 fois le motif « problème social ou familial ».

b/Ancienneté de fréquentation du cabinet

Il y a pour cette question 185 résultats exploitables (15 « blancs » et 0 « nul ») parmi lesquels on compte 75 patients consultant dans ce cabinet depuis moins de 3 ans, 63 patients consultant dans ce cabinet depuis 3 à 10 ans et 47 patients consultant dans ce cabinet depuis plus de 10 ans.

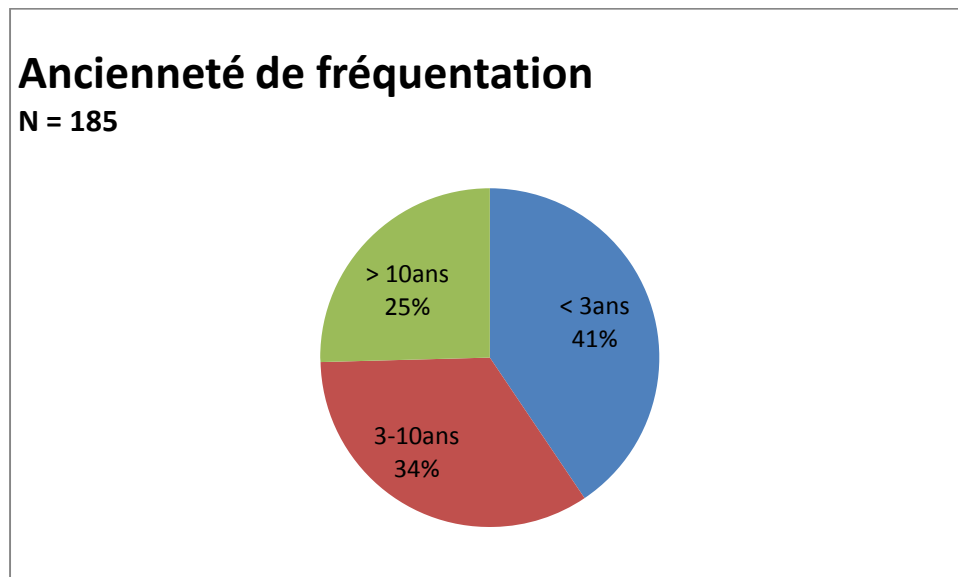


Figure 5. Répartition des patients selon leur ancienneté de fréquentation du cabinet.

c/Rythme de consultations

Il y a pour cette question **185 résultats exploitables** (13 « blancs » et 2 « nul ») parmi lesquels on compte **12 patients consultant plus d'une fois par mois, 13 consultant 1 fois par mois, 28 consultant 1 fois tous les 3 mois et 132 consultant si besoin.**

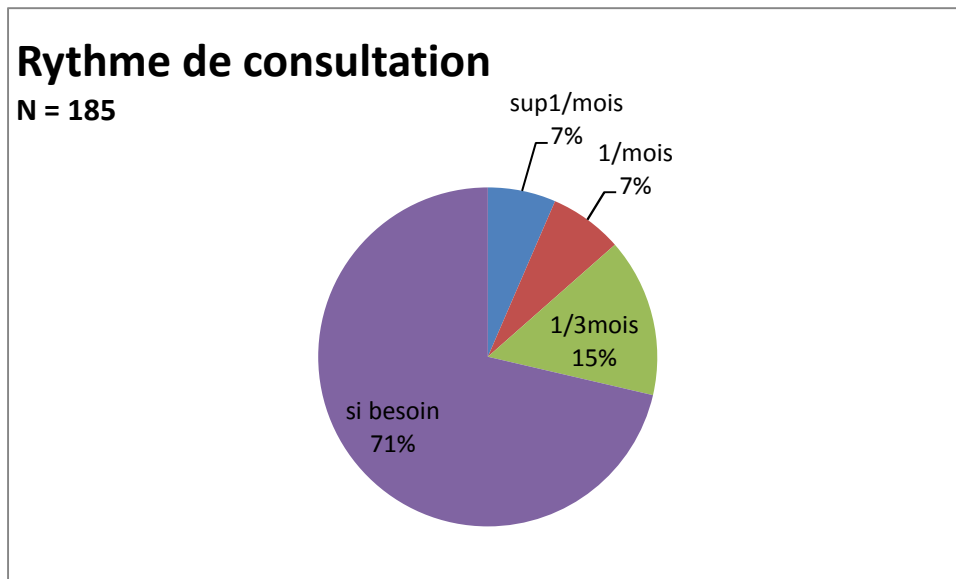


Figure 6. Répartition des patients selon leur rythme de consultations.

Partie 2: évaluation consultation avec l'interne versus consultations avec le médecin habituel.

Les questions sur l'accueil, la capacité d'écoute, l'examen, les explications données au patient et les prescriptions ont été posées pour la consultation que le patient vient d'avoir avec l'interne dans la partie 2, puis pour les consultations habituelles avec leur médecin dans la partie 3 en prenant soin de les modifier le moins possible.

Le but était d'avoir un point de référence de la satisfaction des patients. Ce référentiel permet de pondérer les résultats pour les internes. Les résultats seront donc présentés en un seul temps à but comparatif.

a/Accueil

Pour la question « **vous êtes-vous senti bien accueilli par le médecin que vous venez de voir ?** », il y a eu 197 résultats exploitables (3 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 94% de « oui tout à fait »,
- 6% de « oui plutôt »,
- 0% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 0% de « ne se prononce pas ».

En comparaison pour la question « **vous sentez-vous généralement bien accueilli par votre médecin habituel ?** », il y a eu 196 résultats exploitables (4 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 79% de « oui tout à fait »,
- 16,5% de « oui plutôt »,
- 2,5% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 2% de « ne se prononce pas ».

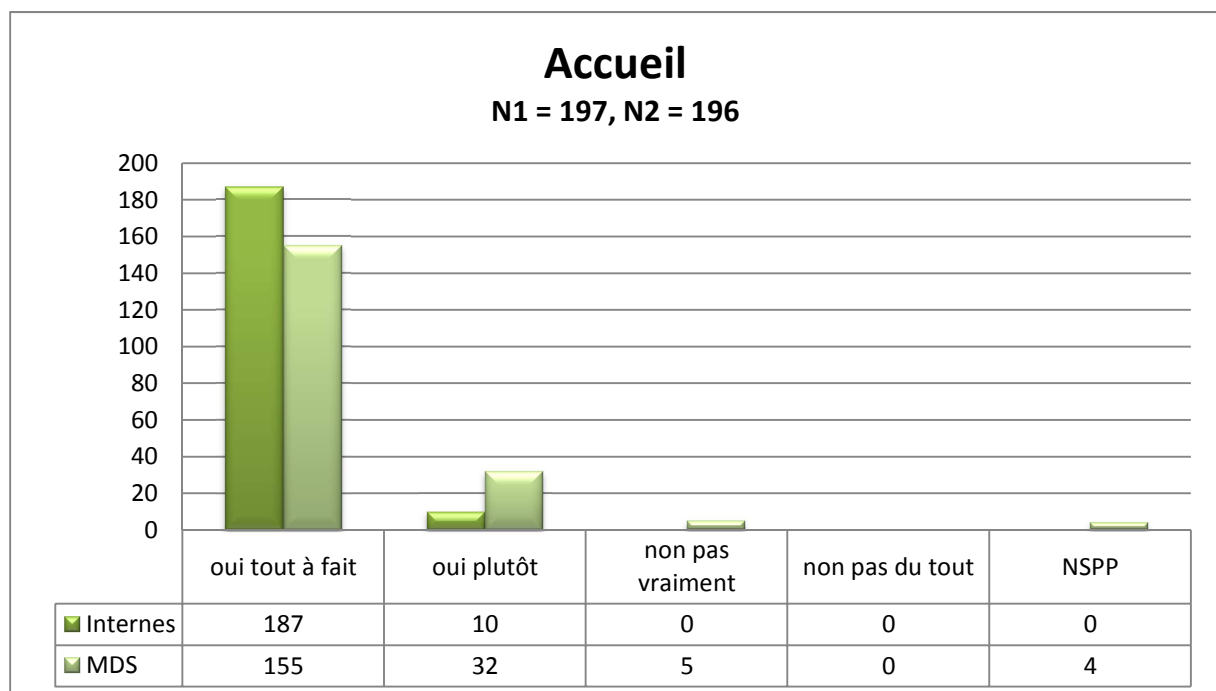


Figure 7. Répartition des réponses pour l'accueil.

b/Ecoute

Pour la question « **avez-vous pu expliquer librement au médecin toutes les raisons qui vous ont amené à consulter aujourd'hui?** », il y a eu 198 résultats exploitables (2 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 89,5% de « oui tout à fait »,
- 10% de « oui plutôt »,
- 0,5% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 0% de « ne se prononce pas ».

En comparaison pour la question « **pouvez-vous expliquer librement au médecin toutes les raisons qui vous ont amené à consulter quand vous venez le voir ?**», il y a eu 195 résultats exploitables (5 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 79% de « oui tout à fait »,
- 15% de « oui plutôt »,
- 4% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 2% de « ne se prononce pas ».

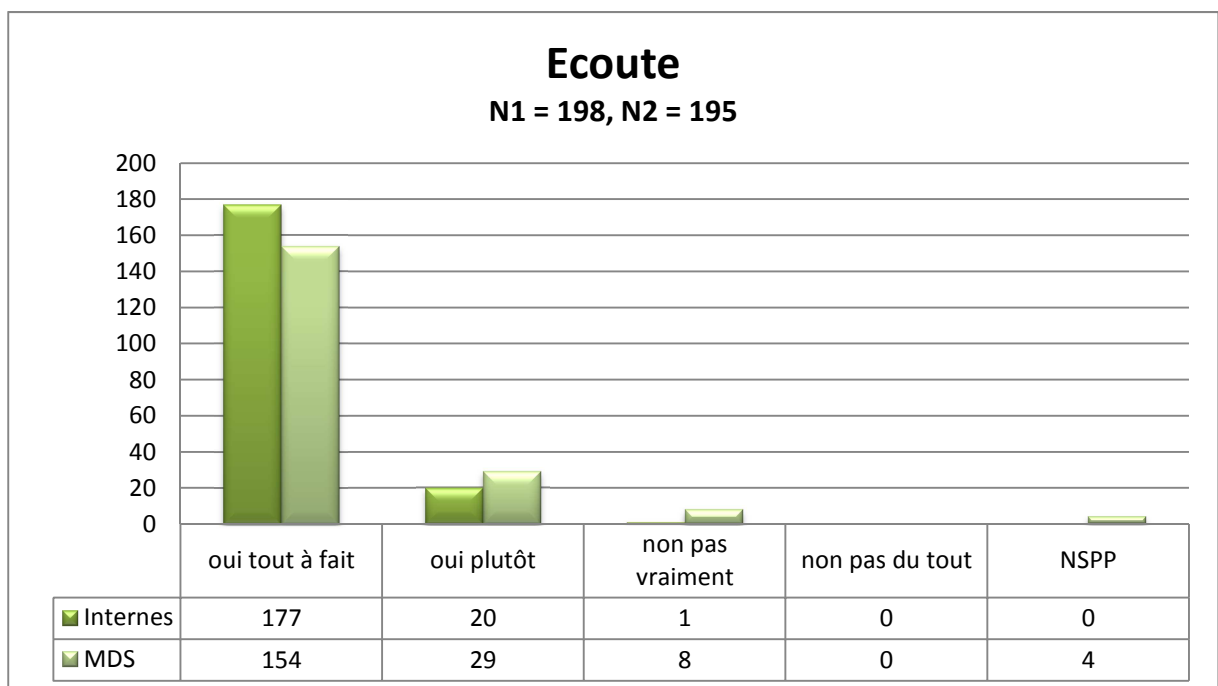


Figure 8. Répartition des réponses pour l'écoute.

c/Examen

Pour la question « **trouvez-vous que l'examen du médecin a été adapté par rapport au(x) problème(s) dont vous lui avez parlé?** », il y a eu 195 résultats exploitables (5 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 84% de « oui tout à fait »,
- 14% de « oui plutôt »
- 1,5% de « non pas vraiment »,
- 0,5% de « non pas du tout »
- 0% de « ne se prononce pas ».

En comparaison pour la question « **trouvez-vous que l'examen de votre médecin habituel est adapté par rapport au(x) problème(s) dont vous lui parlez quand vous le voyez?** », il y a eu 193 résultats exploitables (7 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 75,5% de « oui tout à fait »,
- 17,5% « oui plutôt »,
- 5% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- et 2% de « ne se prononce pas ».

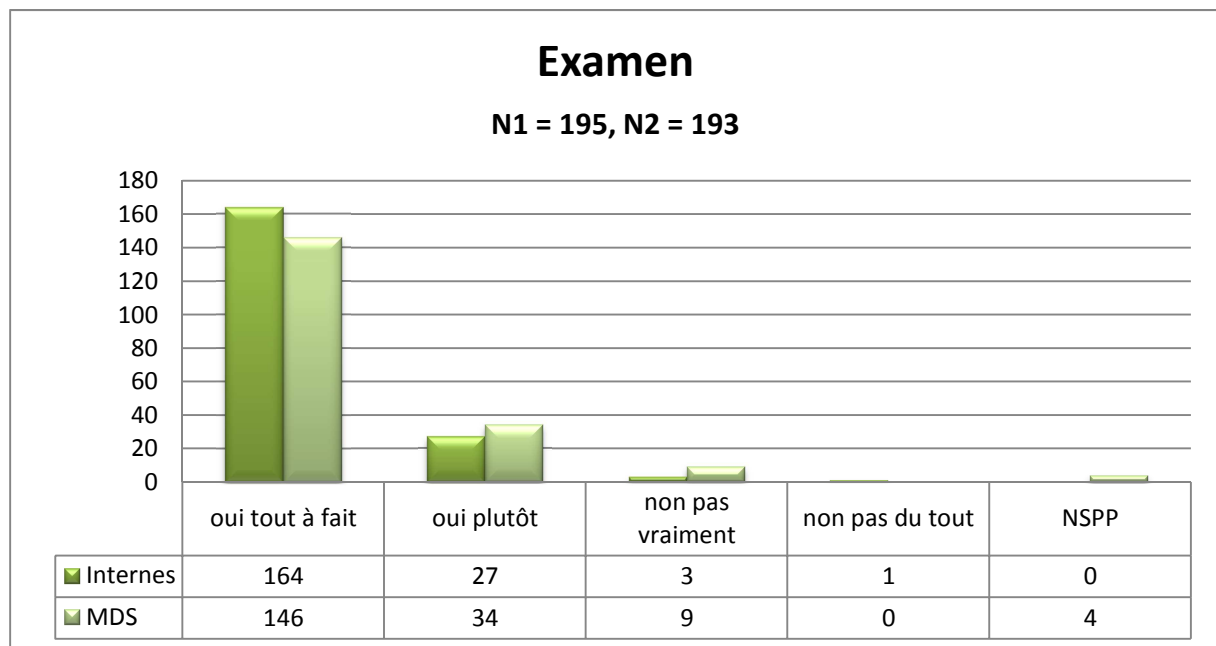


Figure 9. Répartition des réponses pour l'examen.

d/Explications

Pour la question « **le médecin vous a-t-il bien expliqué ce que vous avez ?** », il y a eu 191 résultats exploitables (9 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 81% de « oui tout à fait »,
- 16,5% de « oui plutôt »,
- 2% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 0,5% de « ne se prononce pas ».

En comparaison pour la question « **votre médecin vous explique-t-il bien ce que vous avez quand vous le consultez?** », il y a eu 196 résultats exploitables (9 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 74% de « oui tout à fait »,
- 19,5% de « oui plutôt »,
- 4,5% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 2% de « ne se prononce pas ».

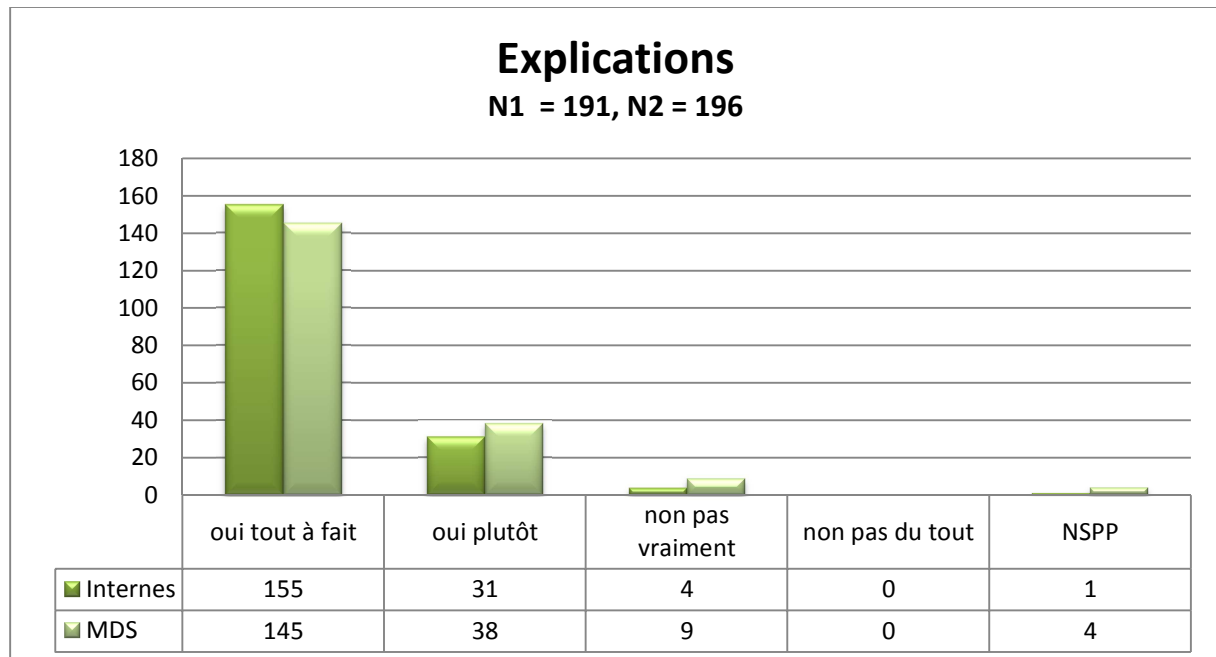


Figure 10. Répartition des réponses pour les explications.

e/Prescriptions

Pour la question « **pensez-vous que le médecin vous a prescrit le(s) médicament(s) et/ou l(es) examen(s) adapté(s)?** », il y a eu 189 résultats exploitables (7 « blancs » et 4 « nul ») dans lesquels on compte :

- 77% de « oui tout à fait »,
- 22% de « oui plutôt »,
- 0% de « non pas vraiment »,
- 0% de « non pas du tout »
- 1% de « ne se prononce pas ».

En comparaison pour la question « **pensez-vous que habituellement, votre médecin vous prescrit le(s) médicament(s) et/ou l(es) examen(s) adapté(s) aux problèmes que vous lui exposez?** », il y a eu 196 résultats exploitables (4 « blancs » et 0 « nul ») dans lesquels on compte :

- 70,5% de « oui tout à fait »,
- 24% de « oui plutôt »,
- 1,5% de « non pas vraiment »,
- 1% de « non pas du tout »
- 3% de « ne se prononce pas ».

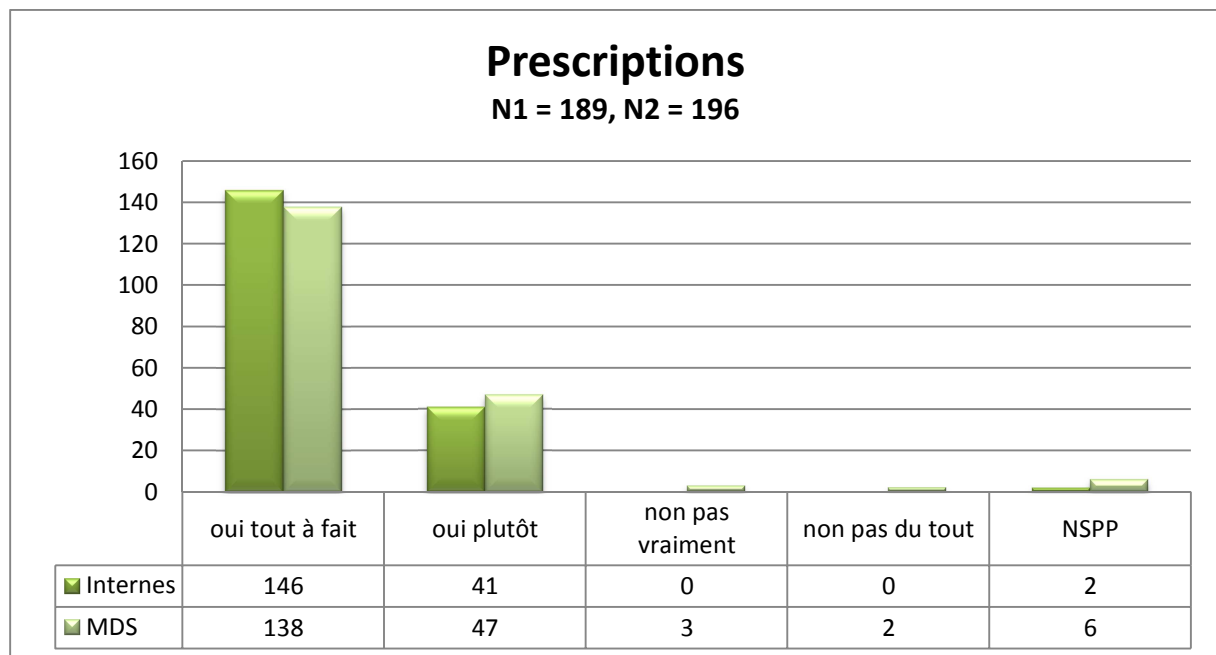


Figure 11. Répartition des réponses pour les prescriptions.

Partie 3 : L'impact de la consultation avec l'interne dans le parcours de soins du patient

a/Impact sur le nombre de consultations

La question 6 de la partie 2 cherchait à évaluer le nombre de patients qui voudraient reconsulter leur médecin traitant suite à la consultation qu'ils ont eue avec l'interne.

A la question « **un nouvel avis auprès de votre médecin traitant vous semble-t-il nécessaire ?** », il y a eu 193 résultats exploitables (7 « blancs » et 0 « nul »).

Dans les 193 résultats exploitables on compte :

- 18 « oui tout à fait »,
- 10 « oui plutôt »,
- 53 « non pas vraiment »,
- 110 « non pas du tout »
- 2 « ne se prononce pas ».

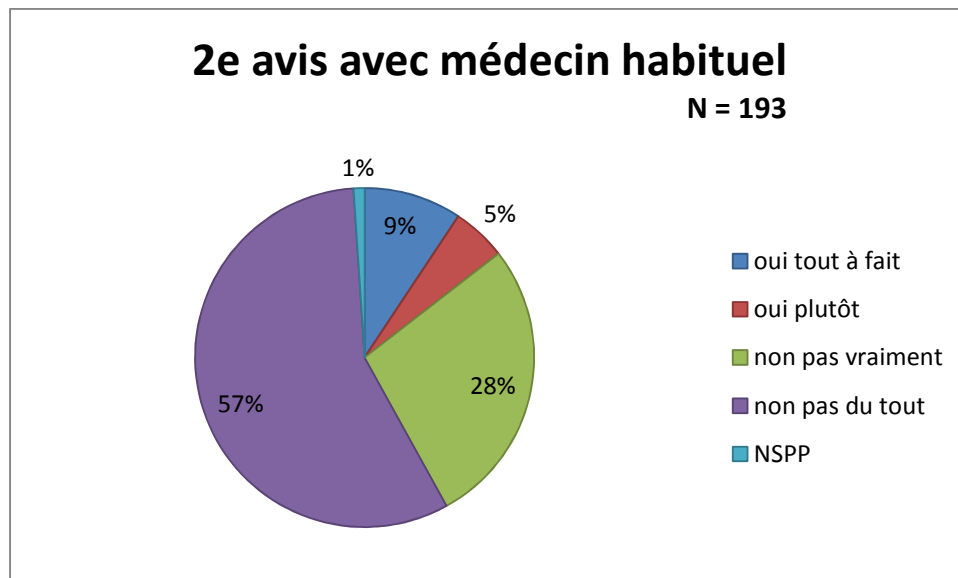


Figure 12. Nécessité d'une 2^e consultation avec le médecin habituel

Cela signifie que 14% des patients de l'échantillon (9% de « oui tout à fait » et 5% de « oui plutôt ») voudraient reconsulter leur médecin traitant suite à la consultation avec l'interne.

b/Acceptabilité de l'interne comme « médecin traitant de substitution »

La question 7 de la partie 2 se voulait comme une conclusion ou un bilan des questions précédentes.

Pour la question 7 de la partie 2 : « **êtes-vous prêt à revoir ce médecin en consultation ?** », il y a eu 196 résultats exploitables (4 « blancs » et 0 « nul »).

Dans les 196 résultats exploitables on compte :

- 169 « oui tout à fait »,
- 24 « oui plutôt »,
- 1 « non pas vraiment »,
- 0 « non pas du tout »
- 2 « ne se prononce pas ».

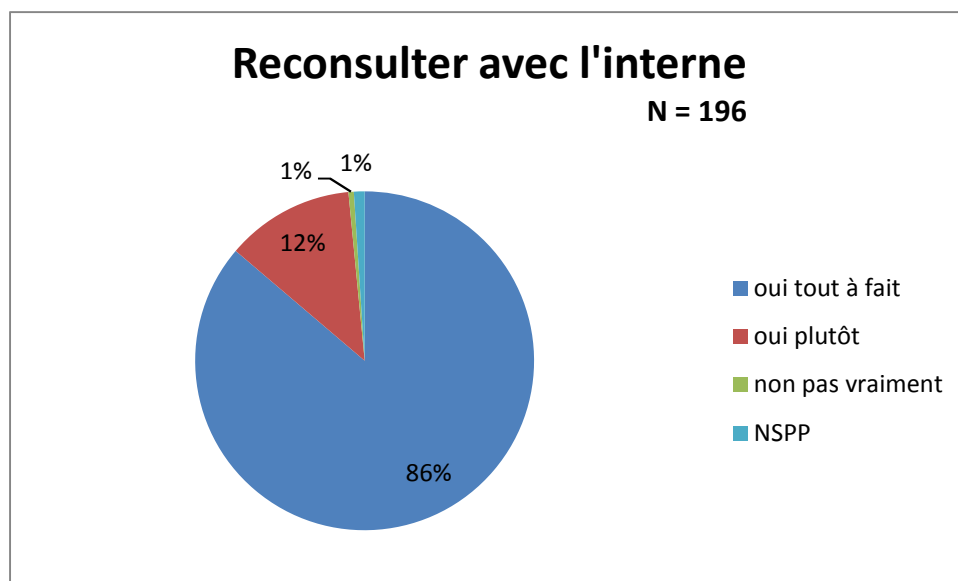


Figure 13. Acceptabilité d'une prochaine consultation avec l'interne.

Cela signifie que 98% des patients de l'échantillon (86% de « oui tout à fait » et 12% de « oui plutôt ») sont d'accord pour revoir l'interne en consultation.

c/Impact sur la prise en charge

La question 8 de la partie 2 invitait les patients à réfléchir pour déterminer si le fait d'avoir vu l'interne était un facteur améliorant, gênant ou neutre sur leur prise en charge et leur suivi.

Pour cette question, « **d'une façon générale pensez-vous qu'avoir vu cet interne en consultation...?** », il y a eu 180 résultats exploitables (19 « blancs » et 1 « nul »).

Dans les 180 résultats exploitables on compte :

- 70 « a probablement amélioré votre prise en charge et votre suivi »,
- 99 « ne change rien à votre prise en charge et votre suivi »,
- 2 « a probablement gêné votre prise en charge et votre suivi »,
- 9 « sans opinion »

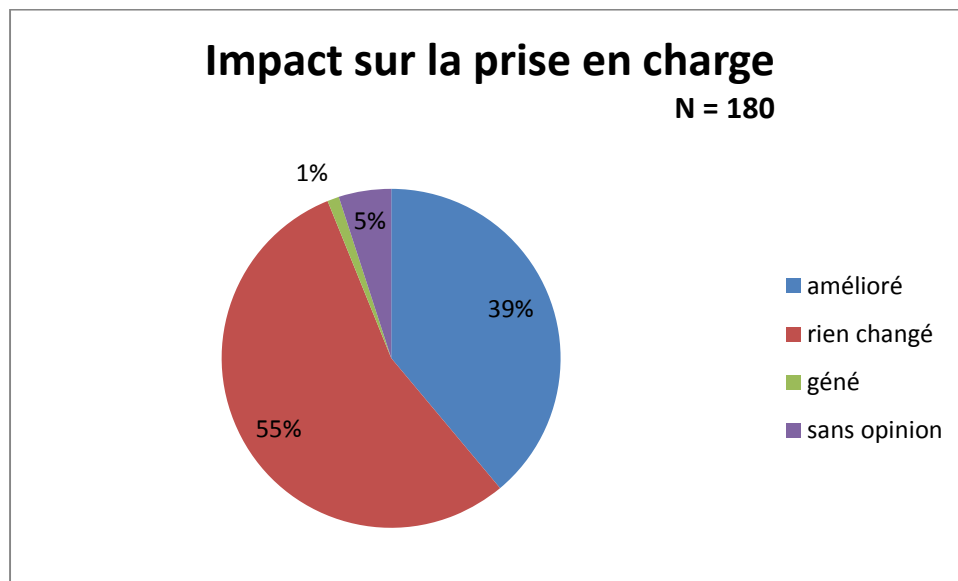


Figure 14. Impact ressenti par les patients sur leur suivi et leur prise en charge.

En se référant aux 3 derniers résultats exposés apparaissent certaines incohérences que nous essaierons d'éclairer dans la partie discussion.

Partie 4 : degré d'accoutumance du patient à l'interne et aux internes en médecine de ville

La partie 4 du questionnaire a été pensée pour permettre d'apprécier si le patient avait l'habitude de l'interne qu'il venait de voir et des internes en général au cabinet.

a/Nombre de consultations précédentes avec l'interne vu

Nous avons demandé aux patients combien de consultations ils avaient eu auparavant avec l'interne qu'il venait de voir. Nous avons eu 179 réponses exploitables (20 « blanc » et 1 « nul »).

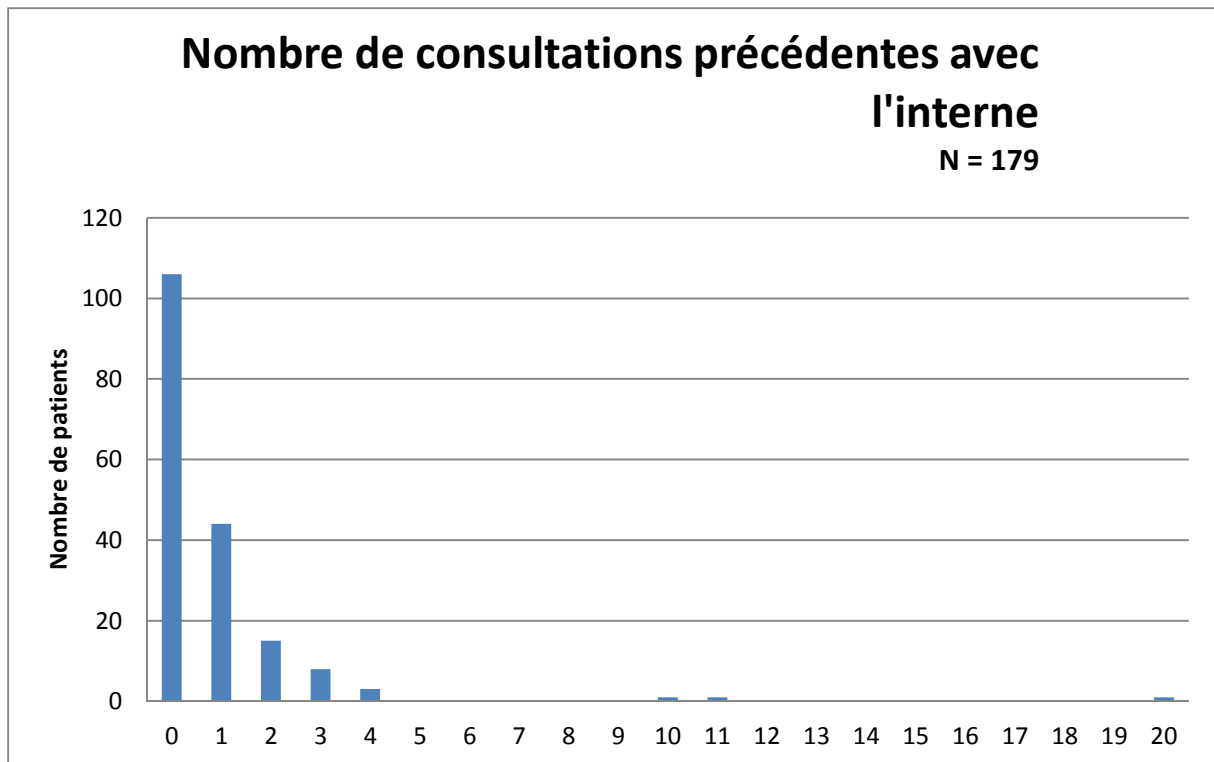


Figure 15. Nombre de consultations avec l'interne avant celle du jour de l'étude.

La moyenne du nombre de consultations précédentes avec l'interne était de **0,84** avec des valeurs allant de 0 à 20. On peut donc en conclure que les patients étaient peu habitués à l'interne qu'ils consultaient.

b/Expériences précédentes du patient avec les internes du cabinet

A la question « **avez-vous déjà consulté d'autres internes?** », il y a eu 189 résultats exploitables (8 « blancs » et 0 « nul »), parmi lesquels on compte 100 « oui » et 93 « non ».

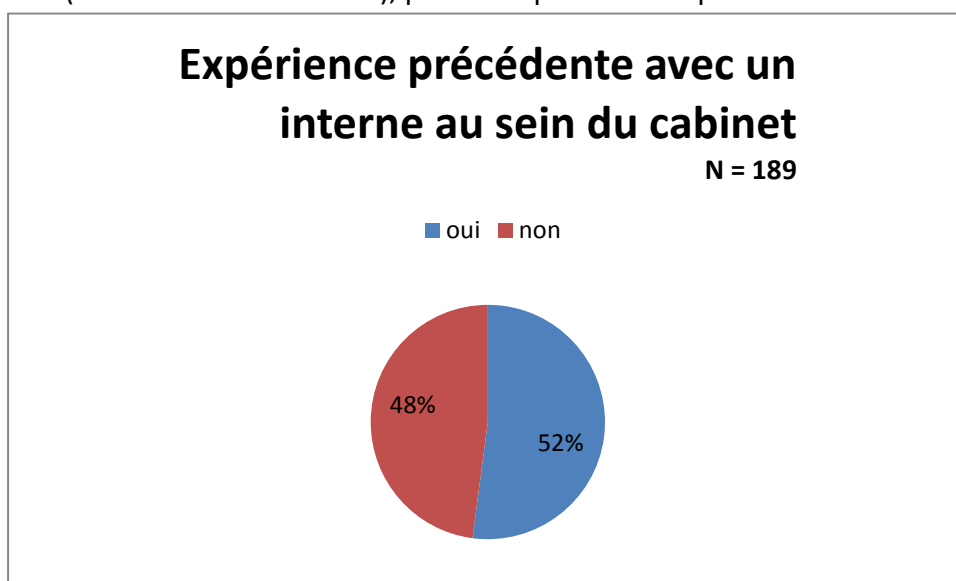


Figure 16. Pourcentage de patients ayant consulté d'autres internes au même endroit.

Parmi les oui, **74% avaient eu des consultations avec moins de 3 internes et 26% avec plus de 3 internes**, (8 « blancs » et 0 « nul »).

Les internes précédents étaient jugés pour 83% équivalents, pour 9,5% moins compétents et pour 7,5% plus compétents (3 « blancs » et 2 « nuls »).

IV/ RECHERCHE DE RESULTATS DANS LES SOUS-GROUPES

Un test de CHI2 a été fait à l'aide d'EXCEL pour la question 2.8 :

« d'une façon générale pensez-vous qu'avoir vu cet interne en consultation...? »

- « a probablement amélioré votre prise en charge et votre suivi »,
- « ne change rien à votre prise en charge et votre suivi »,
- « a probablement gêné votre prise en charge et votre suivi »,
- « sans opinion »

Cette question était choisie comme critère de jugement principal.

Les résultats du CHI2 ne permettent pas de conclure à l'existence ou la non-existence d'un lien entre les résultats de cette question et l'appartenance aux différents sous-groupes :

1. Sexe,
2. âge,
3. catégorie socio-professionnelle,
4. motif de consultation,
5. ancienneté de fréquentation du cabinet,
6. fréquence de consultation,
7. patients ayant déjà vu un autre interne versus patients n'ayant jamais vu d'autre interne,
8. patients ayant déjà vu plus de 3 autres internes versus patients ayant déjà vu moins de 3 autres internes,
9. patients consultant un interne de niveau 1 versus patient consultant un interne de niveau 2)

Les résultats détaillés sont disponibles en annexe (Annexe 6) ainsi que la table du chi2 (Annexe 7).

V/ANALYSE DES TABLEAUX DE DISTRIBUTION

Sur les 17 internes (9 internes de niveau 1 et 8 de niveau 2), 11 internes ont rempli les protocoles de distribution soit 64,7%. Parmi ces tableaux de distributions 2 ont été exclus car pour 1 tableau a été rempli par les 2 internes du même cabinet donc il était impossible d'analyser les données par interne et 1 tableau a été rempli par un interne dont tous les questionnaires ont été exclus pour non respect du protocole. **Au total il y a donc 8 tableaux de distribution qui ont été analysés ce qui représente 47% des internes.**

INTERNE	Int N1 MDS 2	Int N1 MDS 3	Int N2 MDS 3	Int N2 MDS 5	Int N1 MDS 6	Int N2 MDS 9	Int N1 MDS11	Int N2 MDS11	TOTAL
Situation de distribution possible	46	25	25	36	21	39	36	47	254
Nombre de questionnaire distribués	20	20	19	20	20	18	20	21	138

Tableau 4. Distribution réelle comparativement au nombre de consultations.

Les protocoles de distribution concernent 275 consultations. Dans 117 consultations, le questionnaire n'a pas été distribué.

INTERNE	Int N1 MDS 2	Int N1 MDS 3	Int N2 MDS 3	Int N2 MDS 5	Int N1 MDS 6	Int N2 MDS 9	Int N1 MDS11	Int N2 MDS11	TOTAL
Total non distribués	26	5	6	16	1	21	16	26	116
Présence d'un critère d'exclusion									90
Barrières linguistiques/illettrisme en Fr	21			6		6	6	10	49
problème de vue		1					2		3
< 16 ans	1		4	9		10	4	10	38
Autres motifs									26
Oubli		1	1		1	1	2	2	7
questionnaire déjà rempli			1			1		1	3
refus (pas le temps, enfants ont faim...)	1	3		1		3	2	3	13
entretien se passe mal (toxico)	1								1
motif non précisé	2								2

Tableau 5. Motifs de non distribution du questionnaire.

La première raison de non distribution est la présence d'un critère d'exclusion : 90 consultations avec une grande majorité de « barrière linguistique » ou d'illettrisme en Français et de consultations pour des enfants ou adolescents de moins de 16 ans.

27 consultations n'ont pas donné lieu à distribution en l'absence de critère d'exclusion soit 9,81% des consultations rapportées dans les tableaux de distribution.

La première raison de non distribution est un refus pour 13 consultations. Ont été comptés refus : soit « refus », soit « pas le temps », soit « avec enfant qui a faim », ou encore « pressé ».

Les autres motifs de non distribution sont :

- 8 oublis
- 3 patients qui avaient déjà rempli le questionnaire lors d'une précédente consultation.
- 2 motifs non précisés
- 1 entretien écourté car il s'est mal passé. Il s'agissait d'un patient toxicomane qui venait pour avoir une prescription de subutex.

VI/COMMENTAIRES DES PATIENTS

Deux questions ouvertes étaient posées en fin de questionnaire pour laisser la possibilité aux patients de s'exprimer : « **avez-vous des conseils à donner aux internes que vous avez pu rencontrer ici ?** » puis « **pour compléter ce travail, avez-vous des commentaires, recommandations ou anecdotes... concernant les internes de ce cabinet ?** ».

Sur les 200 questionnaires exploitables, **54 patients ont utilisé cet espace d'expression libre.**

Un patient a juste noté « Je suis mal placé pour donner des conseils à des personnes ayant fait dix ans d'études ».

Les commentaires étaient variés et souvent succincts.

- Commentaires positifs

De nombreux patients ont mis en avant les **qualités des internes** qu'ils avaient rencontrés. Ils les trouvent non seulement **sympathiques et accueillants** (pour 16 d'entre eux) mais aussi **compétents et professionnels** (15 remarques en ce sens) : « elle est à la hauteur », « ils font leur travail bien ». Pour certains « un interne c'est comme un médecin confirmé ». De nombreux patients apprécient **l'écoute** des internes (12 commentaires) et leur **disponibilité** (« ils prennent le temps »). Certains les trouvent « rassurants », « accessibles ». Les internes « expliquent bien ». On peut dire qu'ils sont « pédagogues ».

En résumé « je consulte les internes car je les sais compétents et qu'il est plus facile d'obtenir un rendez-vous avec eux », « ils ont foi en leur métier ».

- Points négatifs

Deux patients font des remarques sur les horaires de rendez-vous non respectés.

- Encouragements

De nombreux patients encouragent les internes : « bon courage », « **continuez** » pour 12 patients qui vont même jusqu'à dire « ne changez rien » (2 fois) ou « conservez ce talent », « vous serez un bon médecin ». Certains ont des vœux de « réussite professionnelle » (3 fois) pour l'interne qu'ils viennent de voir.

- Remerciements

Tout simplement certains veulent dire « **Merci** » (7 fois) : « ils sont toujours très à l'écoute alors je veux leur dire MERCI ! (...) quel bonheur pour une angoissée comme moi ! » mais aussi « merci pour la vocation que vous avez pour le métier » ou encore « merci de m'avoir rassuré, pour votre sourire »

- Conseils aux internes

Les conseils sont principalement de « **rester à l'écoute** » (7 fois), d'**être rigoureux** (« essayer de trouver la cause du mal », « bien faire le travail ») et de « bien expliquer ».

Un patient résume « **faut être psychologue** » et un autre fait écho à son idée : il faut « prendre en compte l'aspect physique et moral ».

Certains demandent aux internes de **rester « toujours aussi abordable » et de montrer au patient qu'on a « du temps pendant la consultation ».**

- Le statut d'interne

Certains patients ne savent pas très bien qui est l'interne : « j'ai cru que c'était la stagiaire ! les stéréotypes sont là ! » ou « je trouve très intéressant d'avoir des médecins de remplacement » alors que d'autres semblent habitués « ma première consultation en France depuis 15 ans c'était avec un interne (...) elle était très gentille et très compétente ».

DISCUSSION

I/Résultats principaux

Les 200 questionnaires exploitables ont fourni un échantillon représentant notre objectif de départ. Ils ont été distribués par 16 internes sur 5 semaines. Certains questionnaires ont dû être exclus car le protocole n'a pas été respecté : ils avaient été remplis en fin de consultation en présence de l'interne. Nous avons donc considéré que les patients n'avaient pu remplir le questionnaire librement.

A/Les caractéristiques de la population sont les suivantes :

- Parmi les répondants, il y a **plus de femmes** que d'hommes (58% vs 42%) comme dans la plupart des cabinets médicaux.
- Les **patients sont plutôt jeunes** (82% de moins de 60 ans). Peut-on supposer que les patients plus âgés préfèrent voir leur médecin habituel ? ou qu'ils sont plus nombreux à refuser de répondre ?
- Dans notre échantillon on a une **surreprésentation des « cadres et fonctions supérieures »** (27% versus 18% dans la population générale). Cela s'explique de par la nature du questionnaire : nous avons exclu les personnes ne sachant pas écrire et par le fait que l'étude s'est déroulée exclusivement en IDF qui comprend 25% de cadres.⁸
- Les patients viennent **très majoritairement pour un problème ponctuel** (58% douleur ou pathologie ponctuelle et 22% seulement de suivi). Ces chiffres reflètent-ils l'activité du cabinet ou y a-t-il un biais de sélection ? On peut imaginer que les patients qui viennent pour suivi sont plus âgés et qu'ils consultent le maître de stage. Ceci reste une supposition à laquelle nos données ne permettent pas répondre. Par ailleurs, dans la majorité des cabinets très peu de patients cochaient « suivi » (entre 8,3% et 25%). Cependant un cabinet parisien arrive à 40% de « suivi » et un cabinet de proche banlieue à 30% de « suivi ». On peut alors se demander comment les patients comprennent le mot « suivi ». Il est probable que certains médecins l'emploient devant leurs patients et d'autres peu ou pas. « Suivi » peut vouloir dire « renouvellement », « suivi de mon état de santé » c'est-à-dire faire le point sur ce dernier ou « voir le docteur qui me suit ». Ce motif qui nous a paru précis au moment de la conception du questionnaire ne l'est probablement pas toujours pour les patients. Nous avons tous fait l'expérience en consultation du patient qui dit qu'il n'est pas malade mais qui a de nombreux traitements de fond pour plusieurs pathologies et/ou du patient qui dit venir parce qu'il est malade sans que le motif

⁸ « Les effectifs cadres en France fin 2010 », document disponible sur www.apec.fr, réalisé par le Département Etudes et Recherche de l'Apec.

soit très clair en début de consultation. A posteriori il aurait été préférable que le motif de consultation soit inscrit par le médecin qui a vu le patient. Celui-ci aurait pu être mis sous forme de codage afin de rester discret.

- Les patients répondant sont aussi bien des patients récents ou consultant depuis longtemps au cabinet.
- **La majorité des patients répondant viennent consulter « si besoin ».**

B/L'évaluation de la consultation effectuée par l'interne est globalement très positive :

- **100% des patients se sont sentis bien accueillis par l'interne** contre 96,5% par leur médecin habituel.
- **99,5% des patients ont pu expliquer librement à l'interne toutes les raisons qui les ont amenés à consulter** contre 94% à leur médecin habituel.
- **98% des patients jugent que l'examen de l'interne était adapté** contre 93% pour leur médecin habituel.
- **97,5% des patients sont satisfaits des explications de l'interne** contre 93,5% pour les explications de leur médecin habituel.
- **99% des patients sont satisfaits des prescriptions de l'interne** contre 94,5% de satisfaction pour les prescriptions de leur médecin habituel.

Malgré leur direction qui semble cohérente, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

Que penser de cet écart de perception par les patients des internes et de leurs maîtres de stage ?

1. La partie 2 du questionnaire donne l'impression que les patients se sentent mieux accueillis, mieux écoutés, mieux examinés etc... par les internes. Mais **les questions concernent une consultation que les patients viennent d'avoir juste avant de répondre au questionnaire et peuvent difficilement être comparées au souvenir de l'ensemble des consultations des maîtres de stages.** Lorsqu'on réunit les oui comme ci-dessus (« OTAF⁹ » et « OP¹⁰ ») les chiffres s'harmonisent entre les internes et les maîtres de stage.

Pour l'accueil, les patients qui ont répondu « OTAF » à la question « vous êtes-vous senti bien accueillis » sont 94% pour les internes et 79% pour les maîtres de stage. Mais 197 patients se sentaient bien accueillis par l'interne (187 « OTAF » + 10 « OP ») contre 187 bien accueillis par leur médecin habituel (155 + 32). Au total c'est 100%

⁹ OTAF = oui tout à fait

¹⁰ OP = oui plutôt

des patients qui se sentent bien accueillis par l'interne contre 95,5% des patients bien accueillis par leur médecin habituel. Cet écart restant de 4,5% est nettement inférieur au 15% d'écart sur les « OTAF ».

De même pour l'écoute en sommant les « oui » on retrouve 99,5% pour les internes versus 94% pour les maîtres de stage alors que pour les « OTAF » on a un écart de 10,5% en faveur des internes.

Les chiffres sont semblables pour l'examen : 98% versus 93% en faveur des internes (écart de 8,5% sur les « OTAF »), pour les explications : 97,5% vers 93,5% (écart de 7% sur les « OTAF») et pour les prescriptions : 99% versus 94,5% (écart de 6,5% sur les « OTAF »).

On peut remarquer que les écarts sont plus importants en « faveur » des internes sur les compétences plus facilement acquises : l'écart est de 15% sur l'accueil et de 10,5% sur l'écoute alors que quand on regarde pour les compétences plus techniques l'écart est de 6,5 à 8,5%. Cela laisse à penser que les internes font un effort particulier pour essayer de mettre le patient en confiance lors de l'accueil et de l'entretien.

Il persiste globalement un écart en faveur des internes probablement dû à la comparaison d'un instant t versus un ressenti global d'un ensemble de consultations. La moyenne tend à être plus faible de par sa nature. Les maîtres de stage, comme les autres, ont certainement des jours où ils sont moins attentifs ou moins souriants pour telle ou telle raison. Ce phénomène est peut-être majoré par le fait que la période de recueil s'est déroulée sur le 3^e mois de stage : la majorité des patients consultaient l'interne pour la première fois (106 patients déclaraient ne l'avoir jamais vu en consultation, 44 patients l'avaient vu 1 fois, 15 patients l'avaient vu 2 fois et 14 patients l'avaient vu plus de 2 fois avec un patient ayant vu l'interne 20 fois !).

2. L'interne a souvent plus de temps pour ses consultations. En effet les MDS considèrent que l'interne n'est pas aussi « rapide » qu'eux et donc allouent des rendez-vous plus longs aux internes. Ces 5 ou 10 minutes en plus permettent à l'interne de se sentir moins pressé par le temps et donc d'être plus disponible, plus à l'écoute. De plus l'interne qui ne connaît pas le patient, reprend souvent le dossier de manière plus large et est amené à poser des questions au patient sur son parcours médical ce qui peut rassurer le patient et le mettre en confiance. Ce besoin de confirmation des données du dossier pour l'interne, lié à la découverte du patient et de la médecine de ville, peut être interprété comme un intérêt particulier pour leur cas par les patients. L'interne qui essaie de ne rien oublier pourrait être perçu comme quelqu'un de bienveillant un peu malgré lui.

C/Les patients semblent faire confiance à l'interne :

1. 14% des patients déclarent vouloir reprendre un avis auprès de leur médecin habituel après la consultation avec l'interne.

La question 6 de la partie 2 cherchait à évaluer le nombre de patients qui voudraient reconsulter leur médecin traitant suite à la consultation qu'ils ont eu avec l'interne.

Mais cette question « pensez-vous qu'un nouvel avis auprès de votre médecin habituel est nécessaire ? » **semble être mal comprise.** En effet, 28 patients veulent redemander l'avis du médecin traitant (18 OTAF, 10 OP), mais :

- Parmi ces patients, 27 personnes veulent bien revoir cet interne en consultation (22 OTAF, 5 OP), 1 ne veut pas (non pas vraiment).
- Un patient trouve qu'avoir vu l'interne a « gêné » sa prise en charge : c'est le même qui ne veut pas revoir l'interne. Cinq patients trouvent que ça n'a « rien changé ». 7 n'ont pas répondu. 1 « sans opinion » et 14 « amélioré ».

Donc il y a au moins 19 patients (14 réponses « améliorés » et 5 réponses « rien changé ») qui semblent ne pas avoir compris la question. Il en resterait 9 qui souhaiteraient reconsulter leur médecin dont 8 qui veulent quand même bien revoir l'interne...

Cette question 2.6 présente 2 problèmes dans sa conception :

- Problème graphique (cf Annexe 1). Elle est incluse dans un tableau où l'ensemble des réponses positives pour l'interne sont sur la gauche alors qu'elle est inversée. Beaucoup de patients ont coché « oui tout à fait » à toutes les questions du tableau. Certains ont même fait un trait de haut en bas pour signifier qu'ils étaient contents et donc répondent « oui tout à fait » sans que l'on puisse être certain qu'ils aient bien compris la question. La formulation aurait dû être inversée « je n'ai absolument pas besoin d'un 2^e avis » afin d'être logique dans le graphique.
- La question était peut-être encore obscure.

2. 98% des patients sont prêts à revoir l'interne en consultation

3. Les patients ont un regard favorable sur la participation de l'interne à leur prise en charge :

- 39% des patients pensent qu'avoir vu l'interne en consultation « a probablement amélioré » leur prise en charge et leur suivi.

- 55% que cela « ne change rien »
- 5% « sans opinion »
- Et seulement 1 % des patients pensent que cela « a probablement gêné » leur prise en charge.

Ces résultats tendent vers la même direction que les commentaires, le patient demande à son médecin d'être à l'écoute et abordable.

II/FORCES ET FAIBLESSES

A/Forces

1. Donner la parole aux patients, une nouvelle situation pour tous

Nous verrons par la suite dans la recherche bibliographique que **peu de travaux ont évalué l'avis des patients** concernant les internes. La majorité des travaux de ce type se sont déroulés dans la période de l'instauration du stage de 6 mois chez le praticien (à partir de 1997). Avant notre travail, seule une étude s'est intéressée à la **relation duale interne-patient** (Dr Beaujouan cf p.42) et a travaillé sur les consultations en autonomie de l'interne. Les autres travaux concernaient les consultations à trois où interne et maître de stage consultent ensemble.

- Difficultés des internes devant l'évaluation par les patients

Les internes participant, dont j'ai fait partie, ont accepté de soumettre leurs consultations à l'évaluation des patients. Nous avons donc permis à des patients avec des parcours personnels et professionnels variés d'émettre un jugement sur la qualité de la consultation faite par un interne en fin de formation. Nous sommes confrontés régulièrement au long de nos études à l'évaluation de nos pratiques par nos pairs. Mais nos pairs sont comme nous des soignants. Nous ne sommes jamais évalués par les « soignés ». Cela ne nous vient pas à l'esprit car ils ne partagent pas nos connaissances scientifiques et médicales pour « juger » notre travail. Néanmoins in fine ce sont bien les patients que nous soignons et c'est eux qui nous remettent leur confiance quand ils viennent nous consulter.

Si tous les internes contactés ont accepté de participer c'est certainement premièrement par solidarité envers un pair face à son projet de thèse. La curiosité de savoir ce que pensent de nous les patients a motivé aussi les internes à se lancer dans le projet. Si dans un premier mouvement tous les internes ont dit oui pour participer, certains ont dû être relancés plusieurs fois pour commencer à donner le questionnaire aux patients et/ou ont distribué peu de questionnaires. Un des internes n'a jamais répondu aux différentes relances. Cela

montre qu'il n'était pas si facile de demander aux patients de remplir le formulaire et donc de se soumettre à leur jugement. Ceci se voit aussi à la lecture des « tableaux de distribution ». De nombreuses fois nous avons « oublié » de distribuer le questionnaire et certains internes n'ont pas rempli ou pas retourné ce tableau. Malgré la bonne volonté de tous les participants il est très probable que nous ayons plus ou moins consciemment sélectionné les patients à qui nous avons remis le questionnaire.

- Difficultés des patients pour « évaluer son docteur »

Certains questionnaires donnés après leur accord aux patients n'ont jamais été récupérés. Lors de la distribution **les patients avaient des difficultés à dire non** : ils disent non avec un sourire gêné et souvent se justifient « j'ai mes enfants à aller chercher », « je suis pressé », « je ne sais pas bien écrire »... Certains disent oui mais partent avec... Parfois ils proposent de « le ramener un autre jour », une forme de refus poli. Il semble difficile de refuser quelque chose à son docteur. Pourtant nous ne leur parlons pas de régime ou de sport pour eux-mêmes mais leurs réactions sont semblables.

Par ailleurs certains commentaires écrits ont montré que **le questionnaire a surpris les patients**. Ils ont trouvé curieux qu'on leur demande d'apprécier le travail d'un docteur : « je ne suis pas médecin », « je n'ai pas fait les études » etc... **4 patients n'ont pas souhaité répondre aux questions évaluant les consultations avec leur médecin habituel et ont coché « ne se prononce pas » aux 5 questions de la partie 3.**

2. Un échantillon de 200 questionnaires

Comme nous l'avons vu plus haut cet objectif de 200 questionnaires récupérés était l'objectif initial. 16 internes ont distribué ce questionnaire dans des structures (exercice individuel, exercice de groupe ou centre de santé) et des quartiers variés. Ceci a permis un panorama large en région parisienne.

3. Des questionnaires anonymes

Le choix des **questionnaires anonymes** exclut certains patients mais **protège l'évaluation et la liberté d'expression**. Si des entretiens dirigés auraient permis d'interroger tous les patients, l'anonymat n'aurait pas pu être aussi strict. De plus cet anonymat **protège aussi ceux qui acceptent de se soumettre à l'évaluation** puisque les résultats sont donnés pour l'ensemble des internes ayant participé et l'ensemble des MDS concernés.

4. Des patients peu habitués à l'interne

L'idée initiale était d'appréhender le ressenti des patients consultant « un » interne à la place de leur médecin habituel et non « l' » interne qu'ils connaissent bien. Nous voulions évaluer la confiance « a priori » que les patients font aux internes en poste qu'ils ne connaissent pas. En effet les internes effectuent des stages de 6 mois. Que ressentent les patients par rapport à ce statut, à ce médecin « de passage » ? Le but n'était pas d'évaluer un confrère mais la réaction des patients à ces internes au turn-over régulier. Au bout de 6 mois de stage, l'interne connaît bien la patientèle et vice versa, c'est pourquoi nous avons choisi de faire cette étude tôt dans l'autonomie de l'interne au cabinet, au 3^e mois de stage.¹¹ C'est la première étude de ce type qui se déroule à cette période, la majorité se déroulant en fin de semestre.

Le changement régulier d'interne a été mentionné dans les commentaires « En fait, je ne suis **pas d'accord avec le changement d'interne chaque fois, merci.** ». Les patients semblent dire que ça change trop souvent. Ce sentiment semble faire écho à la position de l'interne qui peine à quitter son stage au bout de 6 mois quand il a pris ses marques et a construit des relations avec les patients.

B/Faiblesses

1. S'auto-inclure dans le protocole : une fausse bonne idée?

J'ai participé à la distribution des questionnaires pour essayer d'atteindre mon objectif de 200 questionnaires à récupérer. J'avais estimé qu'il faudrait en distribuer 2 fois plus pour espérer en récupérer 200. C'est sans trop réfléchir que naturellement je me suis incluse. A posteriori il semblerait que j'ai été **la moins performante** dans la distribution. Je suis « l'interne 2 du MDS 11 » : il m'aura fallu 47 « situations de distribution possible » pour distribuer 21 questionnaires. J'ai donc les plus mauvais chiffres. Je suis aussi celle qui a le plus « oublié » de proposer ce questionnaire. Ayant créé ce projet de toute pièce j'avais plus de mal à le proposer car j'avais peur du jugement des patients sur cette démarche et même si je ne pense pas avoir volontairement oublié de le donner, les chiffres parlent. Il n'était certainement **pas judicieux** que je me sois incluse dans cette étude.

2. Comparaison d'une consultation versus un ensemble de consultations

Le but initial était d'étudier le ressenti du patient qui vient de consulter un interne et de voir ce que cela changeait pour lui. Par conséquent il était **indispensable d'avoir un référentiel**

¹¹ Le DMG de Paris Diderot recommande lors de la présentation du stage de niveau 1 que l'interne passe d'abord par une phase d'observation puis par une phase de supervision directe avant d'être seul face au patient. Ces 2 premières phases sont prévues pour durer 2 mois.

pour « étalonner les réponses ». Le choix du médecin maître de stage était le plus logique puisque cela permettait d'évaluer la même population. Dès le départ nous savions qu'il aurait été préférable de poser les mêmes questions pour les consultations avec l'interne au sortir d'une consultation avec le maître de stage mais cela posait plusieurs problèmes. Tout d'abord cela aurait multiplié la charge de travail car il aurait fallu non pas 200 mais 400 questionnaires. Cela aurait nécessité un suivi rigoureux lors du déroulement de l'étude afin d'obtenir le même nombre de résultats pour les maîtres de stage et les internes et d'essayer d'avoir des populations comparables. De plus il est difficile de demander à un confrère, surtout expérimenté, d'accepter d'être « évalué » par ses patients. Nous avons eu peur, peut-être à tort, d'essuyer trop de refus. Par ailleurs le choix de non-réponse aux items concernant leur médecin habituel par quelques patients montre que pour les patients il est plus facile de porter un jugement sur un jeune médecin. Les patients auraient-ils accepté « d'évaluer » la consultation avec leur médecin habituel ? Le choix que nous avons fait même s'il est discutable nous permet néanmoins d'avoir un référentiel de proportion équivalente.

3. Etude limitée au bassin parisien

Par soucis de praticité et de faisabilité la demande d'inclusion s'est limitée aux maîtres de stage de Paris Diderot. Il serait intéressant de voir si les résultats sont identiques quel que soit le bassin de population.

4. Résultats non significatifs

Malgré notre objectif initial d'un échantillon de 200 questionnaires, nous ne pouvons mettre en évidence un lien entre le ressenti des patients face à la consultation de l'interne et le profil du consultant ou le niveau de l'interne. Le test du CHI 2 était très loin d'être significatif (cf Annexe 6).

5. Cas de figure non prévu par le protocole

Nous n'avons pas donné de consigne de non distribution ou de redistribution si le questionnaire avait déjà été rempli lors d'une précédente consultation avec l'interne ou un autre interne du cabinet. On peut considérer que les internes confrontés à cette situation ont bien fait de ne pas redistribuer le questionnaire : les réponses au questionnaire auraient-elles été identiques après les 2 consultations ?

III/Comparaison avec la littérature

A/BEAUJOUAN Xavier. SASPAS : enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de Créteil en avril 2007. Thèse. Créteil. 2007.

Le Dr Beaujouan a fait distribuer par 8 internes de 12 MDS des questionnaires à choix multiples en fin de consultation. Ses critères d'exclusion étaient similaires aux nôtres (patients illettrés, patients non voyant, patients ayant moins de 16 ans) avec exclusion aussi des patients ayant consulté en présence d'un tiers.

Son questionnaire comprenait 20 questions parmi lesquelles seulement 3 questions « cherchaient à évaluer la satisfaction globale de la consultation : satisfait ou non, prêt à revoir l'interne ou non, comparaison avec le médecin traitant habituel » (p.19). Le reste des questions cherchait à voir la représentation que les patients ont de la fonction d'interne et à savoir s'ils avaient été informés ou non qu'ils verraient un interne en consultation.

Il a obtenu **89 questionnaires exploitables**.

96,5% des patients interrogés pensaient qu'il était « important pour sa formation qu'un interne assure des consultations au sein du cabinet de mon médecin ».

100% des patients ont répondu « oui » à la question « êtes-vous globalement satisfait de la consultation effectuée par l'interne ? ». Ces résultats se rapprochent de la question 2.8 de notre questionnaire où 94% des patients (sur 171 réponses exprimées) ont jugé que le fait d'avoir vu l'interne en consultation n'avait rien changé à leur prise en charge et à leur suivi ou les avait améliorés et 5% des patients étaient « sans opinion ». Il n'y a qu'1% de patients insatisfaits (2 dans notre étude). Cette donnée semble donc peu varier malgré un échantillon plus large. Ceci est un résultat très encourageant qui devrait rassurer les maîtres de stage et les médecins indécis qui n'osent pas prendre d'interne dans leur cabinet.

96,62% des patients étaient prêts à revoir l'interne en consultation. Pour la même question nous avons sur notre échantillon 98% des patients prêts à reconsulter l'interne.

88,76% des patients pensent que leur satisfaction aurait été identique s'ils avaient consulté leur médecin habituel, 7,86% des patients pensent qu'elle aurait été supérieure et 1,12% des patients qu'elle aurait été inférieure.

Dans sa discussion, Beaujouan soulève le problème de la petite taille de son échantillon et du peu d'internes participant. Il signale le risque de sélection au moment de la distribution du questionnaire puisque c'est l'interne qui a assuré la consultation qui le distribue. C'est un risque de biais également présent dans notre étude. Les tableaux de distribution ont été pensés pour essayer de l'évaluer. Malheureusement nous en avons récupéré un trop petit pourcentage pour pouvoir répondre à cette interrogation.

Il conclue sa discussion en argumentant sa motivation : « l'unilatéralité des travaux cherchant à évaluer la satisfaction des médecins par les médecins sans prendre l'avis des patients laisse un peu songeur ! ». Il rejoint notre volonté de donner la parole aux patients qui sont les premiers concernés.

B/JAGLALE-LETNIOSKI Cyndie. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle. Thèse Lille 2. 2009.

Le Dr Jaglale a principalement évalué l'impact de la présence de l'interne lors de la consultation avec le médecin habituel. Il s'agissait de questionnaires anonymes.

Dans les 176 questionnaires récupérés, **76 patients avaient déjà vu l'interne seul en consultation**. Des questions étaient posées le cas échéant sur l'ensemble des consultations précédentes avec l'interne seul.

87% des patients ayant consulté une ou plusieurs fois l'interne sans son maître de stage étaient totalement satisfaits de l'ensemble de ces consultations, 12% des patients étaient partiellement satisfaits et 1% des patients n'étaient pas du tout satisfaits.

65% des patients pensaient que « ces consultations avec le stagiaire seul ne changent rien » à leur prise en charge et leur suivi. 19% des patients pensaient que ces consultations « peuvent améliorer » leur prise en charge et leur suivi. 16% des patients pensaient que ces consultations « peuvent gêner » leur prise en charge et leur suivi. Ces résultats déjà encourageants sont moins bons que ceux de notre étude : seulement 1% des patients interrogés pensent qu'avoir vu l'interne en consultation a probablement gêné sa prise en charge et son suivi et 39% des patients pensent que cela a probablement amélioré leur prise en charge et leur suivi. Nos résultats sont donc plus favorables aux internes et ce, avec un échantillon qui est plus grand.

14% des patients ayant déjà consulté avec l'interne seul ont demandé un nouvel avis à leur médecin. Nous retrouvons exactement le même pourcentage de patients pensant qu'un nouvel avis auprès de leur médecin habituel est nécessaire mais comme vu plus haut dans la discussion, ces résultats sont difficiles à interpréter.

Un des résultats intéressants de l'étude du Dr Jaglale est que **66% des patients souhaitent que leur médecin soit « toujours présent aux côtés du stagiaires »**. Nous n'avons pas de point de comparaison avec ce résultat. Cette question était posée à tous les patients ayant participé et pas seulement aux patients ayant déjà vu l'interne seul en consultation puisque les patients étaient sollicités après une consultation maître de stage ET interne ensemble. Ce résultat donne donc la parole à tous les patients et pas seulement à ceux qui sont déjà d'accord pour voir l'interne et c'est la force principale de cette étude.

C/RIVIERE J.P. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. Thèse. Paris VII. 1998.

L'étude de cette thèse avait pour but de cerner les sensations, demandes, gênes ou satisfactions des patients envers le résident appelé « stagiaire ».

La méthode choisie était un entretien dirigé effectué par le thésard auprès de patients qui sortaient d'une consultation avec l'interne et le maître de stage ensemble. Parmi les 104 patients interrogés, 22 patients avaient déjà consulté l'interne seul.

95% des patients ayant consulté l'interne seul déclaraient que la consultation qu'il avait eu avait « oui complètement » ou « oui en partie » répondu à leurs « attentes ».

D/HOANG D. Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien trois ans après le début du stage de six mois chez le praticien. Thèse. Paris VII. 2002.

Cette thèse reprend la même méthode et le même questionnaire que la thèse du Dr RIVIERE. Les résultats sont donnés après 127 entretiens. 33% des patients avaient déjà vu l'interne seul en consultation (contre 21% 3 ans auparavant) **97,7% des patients interrogés déclaraient que la consultation qu'il avait eu avait « oui complètement » ou « oui en partie » répondu à leurs « attentes ».**

Ce résultat semble indiquer que les patients se sont habitués au fil du temps à la présence de l'interne au cabinet car une plus grande proportion d'entre eux le consulte et la satisfaction globale semble meilleure.

E/BUR M. Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence des stagiaires. Répercussion de sa présence sur la relation médecin-malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin. Thèse. Strasbourg. 2002.

Cette thèse évaluait principalement la consultation maître de stage et stagiaire ensemble.

Seulement 22 patients avaient consulté « avec le stagiaire seul ». 90% des patients de ce sous-groupe étaient satisfaits totalement ou en partie de ces consultations mais **45% des patients avaient reconsulté leur médecin traitant après avoir consulté le stagiaire pour le même problème.**

F/BENTHAM et al. Students conducting consultations in GP and the acceptability to patients. Medical Education 1999 ; 33 : 686-687.

Cette étude menée dans la région d'Oxford s'est déroulée dans 6 cabinets de médecine générale accueillant des étudiants de 5^e année. Les patients qui l'avaient consulté étaient invités à remplir un questionnaire. 130 réponses ont été obtenues. A noter que Attention dans cette étude les patients voyaient systématiquement leur médecin pour un contrôle juste après l'étudiant.

98% des patients ne voyaient pas de désavantages à voir l'étudiant.

35% des patients voyaient un avantage à voir l'étudiant (2^e avis, se sentent plus à l'aise, l'étudiant prend plus de temps, l'examen est plus complet, les explications sont plus claires.)

2% voyaient un désavantage à voir l'étudiant (perte de temps).

L'ensemble des thèses et articles lus, dont certains n'ont pas été détaillés ici car ils se concentrent uniquement sur les consultations à trois, semble montrer une très bonne acceptabilité de l'interne au cabinet de médecine générale. Il semblerait que les patients s'habituent à cette présence et soient globalement très satisfaits des consultations effectuées par l'interne en autonomie. Cependant dans toutes les études il reste un pourcentage non négligeable de patients qui reconsultent leur médecin habituel après avoir pris l'avis de l'interne. Notre étude n'a malheureusement pas pu évaluer de façon satisfaisante ce pourcentage à cause des nombreux problèmes posés par la question 2.6 (cf p.38). Il serait intéressant de pouvoir répondre à cette question et de comparer ce résultat avec le pourcentage de patients qui après avoir vu leur médecin habituel, consultent un autre médecin pour avoir un 2^e avis car finalement ne serait-ce pas un peu la même démarche ?

IV-Perspectives

Les patients qui ont consulté les internes dans notre enquête, sont globalement satisfaits mais il serait nécessaire de savoir ce que pensent tous les patients du cabinet et pas seulement ceux qui voient l'interne en consultation. Il est possible que les patients insatisfaits d'une consultation avec un interne refusent par la suite les rendez-vous avec les internes et notre étude ne permettait pas de recueillir l'avis de ces patients. Si une nouvelle étude était conduite, il faudrait essayer d'interroger l'ensemble des patients du cabinet et non seulement ceux qui acceptent de voir l'interne. On pourrait imaginer donner les mêmes questionnaires aux patients qui consultent après avoir vu le maître de stage ou après avoir vu l'interne (cela permettrait d'avoir une comparaison instant t contre instant t) ou laisser

des questionnaires en libre accès dans la salle d'attente mais il faudrait une longue période de recueil pour récupérer un nombre de questionnaire substantiel.

D'une manière générale, **évaluer la satisfaction des patients** sur une consultation est un vaste champ de recherche, non seulement pour les consultations des internes mais aussi pour leur médecin. Des études ont déjà été conduites autour de ce sujet. Une étude anglaise¹² publiée en avril 2013 a cherché à évaluer la satisfaction des patients qui consultent dans des cabinets libéraux ou à l'hôpital en ambulatoire. Cette étude comportait 2 phases : une phase d'évaluation des « attentes » en anglais, que l'on peut traduire par les « attentes » des patients avant la consultation (SERVQUAL model¹³) et une étude de la satisfaction de ces mêmes patients après la consultation (833 patients inclus). Les auteurs concluaient que le facteur déterminant majoritaire de la satisfaction des patients était d'avoir l'impression que leurs attentes avaient été comprises par leur médecin. Ce qui semble importer le plus aux patients est l'empathie et l'humanité de leur soignant ainsi que les résultats cliniques. A noter que les patients consultant en cabinet de médecine générale étaient plus satisfaits que les patients consultant à l'hôpital en ambulatoire. Cette étude avait été précédée par une revue de la littérature¹⁴ par la même équipe. 211 articles ont été inclus. Les études référencées montraient que les patients espéraient **être reçus à l'heure dans un cabinet propre avec des rendez-vous faciles, donnés par des secrétaires serviables, ils espéraient que le médecin serait compréhensible, clair dans son discours et qu'il les impliquerait dans les décisions thérapeutiques**. Enfin ils attendaient **une amélioration de leurs symptômes et/ou de leurs problèmes**. Les patients veulent que le médecin **les rassure, leur donne des conseils avisés pour leur santé, qu'il les informe sur la balance bénéfique/risque des médicaments et soit à l'écoute**. Les expériences précédentes du patient dans son parcours de soins influencent ses attentes.

De même **que pensent les internes de leur maître de stage (MDS) ?** Quel regard portent-ils sur leur exercice au sens large ? Pas seulement sur leur prise en charge médico-médicale mais sur les relations qu'ils ont établies avec leurs patients, sur la prise en charge globale individualisée. Cela correspond-il à l'idée que les internes se font des relations qu'ils créeront avec leurs propres patients dans leur exercice futur ? Il existe déjà des évaluations des stages chez le praticien qui sont une sommation globale des 6 mois passés avec le MDS. Etudier le regard de l'interne sur le MDS sur des consultations précises avec une grille de référence pourrait être intéressant même si cela paraît difficile à mettre en place. De même le regard du MDS sur l'interne est enrichissant et est aussi résumé actuellement dans une

¹²A Bowling, Gene Rowe, and Martin McKee. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. J R Soc Med. 2013 April; 106(4): 143–149

¹³ Parasuraman A, Zeithaml VA and Berry LL, SERVQUAL : a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailin 64 : (1) 12, 1988.

¹⁴ Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al. The measurement of patients' expectations for health Technol Assess 2012 ;16 :30.

évaluation unique. Malgré les difficultés que l'on peut pressentir à la mise en place à ces évaluations réciproques comparées, ce type d'analyse favoriserait les échanges et inciterait à réfléchir sur nos pratiques ensemble afin de les améliorer pour une meilleure prise en charge des patients. Par exemple, on pourrait envisager à la fin des consultations de l'interne en supervision directe (interne dirigeant la consultation et MDS en observation) demander au patient son appréciation de l'interne, demander à l'interne ce qu'il pense que le patient a répondu et demander au MDS d'évaluer la gestion de la consultation par l'interne.

Lors du cursus de médecine générale, les externes puis les internes ne sont pas évalués par les patients dont ils s'occupent mais par leurs pairs. **Impliquer les patients dans l'évaluation** des futurs médecins, sans non plus que ce soit eux qui décident d'une validation, mais qu'ils puissent faire part de leurs remarques, pourrait apporter aux étudiants un autre point de vue lors de leur construction identitaire en tant que soignant.

CONCLUSION

Cette étude nous montre que les patients de ville qui acceptent de voir les internes en consultation en tirent une grande satisfaction. Ils font confiance en ce médecin en devenir et le voient comme un professionnel à part entière et non comme un stagiaire.

Si la présence de l'interne peut gêner certains patients lors des consultations où il est observateur comme le montraient certaines thèse étudiant l'impact de la présence de l'interne au cabinet, ce ressenti disparaît quand il est vu seul en consultation. Ce serait donc l'interne « tiers » qui gêne et non l'interne en lui-même. Ils apprécient que la disponibilité de l'interne qui prend le temps de les écouter. L'interne apparait comme un médecin accessible, bienveillant. Ce profil de l'interne est fortement favorisé par le fait qu'il n'est pas soumis à une quelconque rentabilité horaire.

Cette nouvelle étude autour de la place de l'interne en médecine libérale devrait encourager les jeunes médecins qui s'installent à accorder, tout comme leurs patients, leur confiance aux internes et à accepter de les accompagner en ouvrant leurs cabinets comme lieux de stage.

Bibliographie

- 1/Beaujouan X. SASPAS : Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Créteil. 2007
- 2/Massat Ariscot C. L'interne en cabinet de médecine générale : opinion et critères de jugement des patients. Thèse pour le doctorat en médecine. Tours 2011.
- 3/Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'université Paris VI. Paris VI. 2002.
- 4/Jaglale-Letniowski C. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Lille. 2009.
- 5/Rivière JP. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris VII. 1998.
- 6/Hoang. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire trois ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien. Paris VII. 2002.
- 7/Bur M. Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence des stagiaires. Répercussion de sa présence sur la relation médecin malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin. Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en Médecine. Strasbourg. 2002.
- 8/J Bentham, J Burke, J Clark, C Svoboda, G Vallance and M Yeow. Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. *Medical Education* 1999; 33: 686-687.
- 9/K Salisbury, E A Farmer, A Vnuk. Patients' views on the training of medical students in Australian general practice setting. *Australian Family Physician*. April 2002, Vol 33, No. 4; 281-283.
- 10/A Bowling, Gene Rowe, and Martin McKee. Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J R Soc Med*. 2013 April; 106(4): 143-149
- 11/Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al. The measurement of patients' expectations for health Technol Assess 2012 ;16 :30.
- 11/Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale – les processus de communication www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf
- 12/ Viktor von Gebattel , *Imago Hominis*, 1968, (édition O. Müller)

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire **SATISFACTION ET RESSENTI**

DES PATIENTS CONSULTANT UN INTERNE

Le médecin que vous venez de consulter est un « INTERNE ».

En France, pour être docteur en médecine générale, il faut faire 3 années d'internat après un « tronc commun » de 6 ans soit 9 ans d'études et une thèse. Les stages en cabinet ont lieu lors de la 8^e ou 9^e année d'étude et ont pour but de préparer le médecin à sa future pratique en ville. Ces stages sont obligatoires depuis 1997. De nombreuses études ont montré que vous, les patients, compreniez bien la nécessité de la formation des médecins de demain « sur le terrain ».

Le but de cette enquête, qui fera l'objet d'une thèse, est d'évaluer votre ressenti et votre satisfaction après une consultation avec un interne autonome. **Cette enquête est complètement ANONYME.**

Merci de prendre le temps de répondre à l'ensemble des questions ci-dessous et de **déposer le questionnaire dans l'enveloppe fournie.** Aurore Benhenida, interne à Paris 7.

1 QUELQUES QUESTIONS SUR VOUS : SEXE : M F

AGE : 16-30ans 30-60ans 60-75ans > 75 ans

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE : étudiant agriculteur ouvrier employé

commerçant, artisan cadre et fonctions supérieures retraité sans profession

MOTIF DE CONSULTATION : suivi douleur ou pathologie ponctuelle urgence

problème psy problème familial ou social autre

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS fréquentez-vous ce cabinet ? < 3 ans 3-10ans > 10ans

A QUELLE FREQUENCE venez-vous consulter ? >1 fois par mois 1/mois 1/3 mois si besoin

2 LA CONSULTATION QUE VOUS VENEZ D'AVOIR :

	Oui tout à fait	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout	Ne se prononce pas
1/Vous êtes-vous senti bien accueilli par le médecin que vous venez de voir ?					
2/Avez-vous pu expliquer librement au médecin toutes les raisons qui vous ont amené à consulter aujourd'hui ?					
3/Trouvez-vous que l'examen du médecin a été adapté par rapport au(x) problème(s) dont vous lui avez parlé ?					
4/Le médecin vous a-t-il bien expliqué ce que vous avez ?					
5/Pensez-vous que le médecin vous a prescrit le(s) médicament(s) et/ou l(es) examen(s) adapté(s) ?					
6/Un nouvel avis auprès de votre médecin habituel vous semble-t-il nécessaire ?					
7/Etes-vous prêt à revoir ce médecin en consultation ?					

8/D'une façon générale pensez-vous qu'avoir vu cet interne en consultation?

- a probablement amélioré votre prise en charge et votre suivi
- ne change rien à votre prise en charge ou à votre suivi
- a probablement gêné votre prise en charge et votre suivi
- sans opinion

3 VOS CONSULTATIONS AVEC VOTRE MEDECIN HABITUEL :

	Oui tout à fait	Oui plutôt	Non pas vraiment	Non pas du tout	Ne se prononce pas
1/ Vous sentez-vous généralement bien accueilli par votre médecin habituel ?					
2/Pouvez-vous expliquer librement au médecin toutes les raisons qui vous amènent à le consulter quand vous venez le voir?					
3/Trouvez-vous que l'examen de votre médecin habituel est adapté par rapport au(x) problème(s) dont vous lui parlez quand vous le voyez ?					
4/Votre médecin vous explique-t-il bien ce que vous avez quand vous le consultez ?					
5/Pensez-vous que habituellement, votre médecin vous prescrit le(s) médicament(s) et/ou l(es) examen(s) adapté(s) aux problèmes que vous lui exposez ?					

4 D'UNE MANIERE GENERALE, DANS CE CABINET :

COMBIEN DE CONSULTATIONS AVEZ-VOUS EUES AVEC CET INTERNE SANS COMPTER CELLE D'AUJOURD'HUI ? _____

AVEZ-VOUS DEJA CONSULTE D'AUTRES INTERNES ? oui non

si oui, 1/Avec combien d'internes avez-vous eu des consultations ? < 3 autres > 3 autres internes

2/Etaient-ils ? équivalents plus compétents moins compétents

AVEZ-VOUS DES CONSEILS A DONNER AUX INTERNES que vous avez pu rencontrer ici ?

Pour compléter ce travail, avez-vous DES COMMENTAIRES, RECOMMANDATIONS OU ANECDOTES... concernant les internes de ce cabinet ?

Merci d'avoir pris temps de répondre à ce questionnaire. Veuillez le déposer avant de partir.

Annexe 2. Mail aux MDS de Paris 7.

TITRE DU MAIL: Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne : Questionnaire de thèse

CORPS DU MAIL:

Chers maîtres de stage de Paris 7,

De nombreuses thèses ont montré une très bonne acceptation des internes dans les consultations en binôme (maître de stage et interne ensemble). Cependant entre 5 à 12% des patients n'évoqueraient pas certains problèmes en présence de l'interne (problèmes psy, gynécologiques, familiaux...). D'autres thèses ont montré que les patients consultant l'interne seul étaient satisfaits totalement ou en partie pour 90% d'entre eux mais de 14 à 45% voulaient reconsulter leur médecin habituel.

Les patients se sentent-ils écoutés par votre interne ? Sont-ils aussi confortables pour exposer leurs motifs de consultations avec lui (ou elle) qu'avec vous ? Sont-ils satisfaits de son diagnostic et de sa prise en charge ?

Se sentent-ils associés au projet de soins ?

Afin d'essayer de répondre à ces questions, je souhaiterais que votre interne distribue à la fin de ses consultations un questionnaire anonyme à remplir par le patient lui-même. Des enveloppes seront fournies pour chaque questionnaire (à laisser dans votre boîte aux lettres, à la secrétaire ou autre selon votre cabinet) et une grande enveloppe retour timbrée pour que je les récupère.

Le questionnaire a été pré-testé une dizaine de fois auprès de patients avant sa diffusion. Il s'agit d'un questionnaire court avec choix multiples et commentaire libre en 4 parties :

- 1- caractéristiques démographiques et sociales du patient avec son profil de consultation et son motif de consultation ce jour-là. Combien de fois a-t-il consulté cet interne seul;
- 2- appréciation de la consultation que le patient vient d'avoir avec l'interne;
- 3- appréciation des consultations habituelles avec son médecin traitant;
- 4- appréciation des consultations avec les autres internes que le patient a pu rencontrer au cabinet, le cas échéant.

Vous pouvez consulter le questionnaire si vous le désirez à l'adresse suivante :

http://www.bichat-larib.com/depot/1573_BENHENIDA-QUESTIONNAIRE_THESE.docx

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir répondre à ce mail si vous acceptez (mais aussi SI VOUS REFUSEZ) de participer à cette étude. Si vous acceptez, je ferai parvenir à votre interne l'ensemble du matériel nécessaire (questionnaires et enveloppes retour) .

Cordialement,

Aurore Benhenida Cuvelier.

Annexe 3. Mail aux internes des MDS ayant répondu favorablement.

ATTENTION ce message contient une (des) pièce(s) jointe(s). Pour y accéder cliquez sur le(s) lien(s) suivant:

- http://www.bichat-larib.com/depot/1591_QUESTIONNAIRE_THESE.docx

Objet: evaluation de la satisfaction et du ressenti des patients consultant un interne

Cher(e)s co-internes,

Vous recevez ce mail car vos maitres de stage (Dr XXX) sont d'accord pour participer à cette étude. L'étude aura lieu du 15 au 30 janvier 2012.

Ma thèse cherche à évaluer la satisfaction et le ressenti des patients qui nous consulte en tant qu'interne au cabinet de nos maitres de stage. Depuis 1997 nous sommes des consultants de premier recours. De nombreuses thèses ont évalué l'acceptabilité de la présence de l'interne au cabinet de médecine générale pour les patients. Ces thèses ont montré une très bonne acceptation des internes dans les consultations en binôme (maitre de stage et interne ensemble). Cependant entre 5 à 12% des patients n'évoqueraient pas certains problèmes en présence de l'interne (problèmes psy, gynécologiques, familiaux...). Les mesures de satisfaction ont été faites sur des échantillons sont de petites tailles et même si 90% des patients étaient satisfait, 14 à 45% voulaient reconsulter leur médecin habituel.

Les patients se sentent-ils écoutés ? Sont-ils autant confortables pour exposer leurs motifs de consultations avec nous, internes, qu'avec leur médecin habituel ?

Sont-ils satisfaits du diagnostic et de la prise en charge que nous leur proposons?

Pour répondre à ces questions, je souhaiterais que vous distribuez des questionnaires anonymes aux patients que vous voyez seuls en fin de consultations. Le questionnaire sera imprimé sur papier blanc pour les internes de niveau 1 et de couleur pour ceux de niveau 2. Des enveloppes seront fournies pour chaque questionnaire (à laisser dans votre boîte aux lettres, à la secrétaire ou autre selon votre cabinet) et un grande enveloppe retour timbrée pour que je les récupère.

Le questionnaire a été prétesté une dizaine de fois auprès de patients avant sa diffusion. Il s'agit d'un questionnaire court avec choix multiples en 4 parties :

- 1- caractéristiques du patient,
- 2- appréciation de la consultation que le patient vient d'avoir avec l'interne,
- 3- appréciation des consultations habituelles avec son médecin traitant
- 4- appréciation des consultations avec les autres internes que le patient a pu rencontrer au cabinet.

Merci de me contacter par email (znaunai@hotmail.com) pour me confirmer votre inclusion. Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à me téléphoner au 06 19 49 22 37.

Cordialement,

Aurore Benhenida Cuvelier

SATISFACTION ET RESENTI DES PATIENTS CONSULTANT UN INTERNE

Cher(e)s patient(e)s

Dans ce cabinet, à partir du 01 février 2013, si vous voyez un interne en consultation, celui-ci ou celle-ci pourra vous demander de remplir un **questionnaire ANONYME** afin d'évaluer votre satisfaction et votre ressenti après la consultation.

Ceci rentre dans le cadre d'un **travail de thèse**.

Il s'agit d'un questionnaire à choix multiples rempli en **moins de 5 minutes** environ puis à déposer dans l'enveloppe fournie afin de conserver l'anonymat.

Merci de votre collaboration.

Aurore Benhenida, interne à Paris 7

Annexe 5. Protocole de distribution et tableau de distribution

Protocole de distribution du questionnaire

Merci d'avoir accepté de distribuer ce questionnaire.

Vous trouverez ci-joint 20 questionnaires par interne. **Les blancs sont pour les internes de niveau 1 et les ivoires pour les SASPAS.** L'affiche est à mettre en salle d'attente dès sa réception.

La distribution des questionnaires doit **commencer le 01 février.**

Pour favoriser le remplissage par les patients merci de leur expliquer brièvement de quoi il s'agit « vous avez certainement vu l'affiche en salle d'attente, nous participons à une enquête de satisfaction des patients qui consultent un interne donc nous avons besoin de votre avis. Est-ce que vous acceptez de remplir ce questionnaire ? Il s'agit de questions à choix multiples donc c'est fait en 5 minutes environ. Ne vous inquiétez pas c'est totalement anonyme. Vous le remplissez dans la salle d'attente et puis vous le mettez dans l'enveloppe puis dans la boîte et ni moi ni le Dr XXX ne verra ce que vous avez écrit ».

Les questionnaires doivent être distribués à tous les patients avec une petite enveloppe jusqu'à atteindre le nombre de 20. Vous devez leur demander de le **remplir dans la salle d'attente avant de quitter le cabinet médical** afin de recueillir leur ressenti sur le vif. Merci de prévoir le lieu de dépôt de questionnaire pour le patient (boîte aux lettres, secrétaire, boîte à chaussures dans la salle d'attente...) et de l'indiquer précisément au patient à la remise du questionnaire.

Les critères d'exclusion sont : âge inférieur à 16 ans, illettrisme, barrière de la langue, troubles visuels majeurs.

Afin d'avoir un avis représentatif des patients il est important de le distribuer systématiquement même si l'entretien s'est mal passé. Je vous rappelle que les questionnaires sont anonymes pour les patients et ne seront pas identifiés non plus pour les internes.

Merci de remplir votre journal de distribution (au dos de ce document) au fur et à mesure afin de me permettre d'identifier pourquoi le questionnaire n'a pas été distribué.

Lorsque vous aurez récupéré les questionnaires vous n'avez plus qu'à les glisser dans l'enveloppe retour préaffranchie fournie.

Merci encore et en cas de questions n'hésitez pas à me contacter au 06 19 49 22 37 ou à aurore.benhenida@gmail.com.

Aurore Benhenida

No patient	Donné	Pas donné	Pourquoi
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			

Annexe 6. Test du chi 2 question 2.6

« d'une façon générale pensez-vous qu'avoir vu cet interne en consultation...? »

70 « a probablement amélioré votre prise en charge et votre suivi »,

99 « ne change rien à votre prise en charge et votre suivi »,

2 « a probablement gêné votre prise en charge et votre suivi »,

9 « sans opinion »

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
M	27	30	1	4	62
F	33	58	1	4	96
TOTAL	60	88	2	8	158

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	chi2	0,51269357
M	23,5443038	34,5316456	0,78481013	3,13924051	ddl	3
F	36,4556962	53,4683544	1,21518987	4,86075949		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
16-30ans	11	24	0	7	42
30-60ans	47	55	2	1	105
60-75ans	8	13	0	1	22
SUP75ans	2	6	0	0	8
TOTAL	68	98	2	9	177

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	Chi2	0,01594993
16-30ans	16,1355932	23,2542373	0,47457627	2,13559322	Ddl	9
30-60ans	40,3389831	58,1355932	1,18644068	5,33898305		
60-75ans	8,4519774	12,180791	0,24858757	1,11864407		
SUP75ans	3,07344633	4,42937853	0,09039548	0,40677966		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
Etudiant	7	4	0	1	12
Ouvrier	3	4	0	0	7
Employé	21	40	0	5	66
Commerçant, artisan	2	4	0	1	7
cadre et fonctions supérieures	26	24	1	0	51
retraité	5	16	0	0	21
sans profession	5	7	1	2	15
TOTAL	69	99	2	9	179

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	Chi2	0,17290813
Etudiant	4,62569832	6,63687151	0,13407821	0,60335196	Ddl	18
Ouvrier	2,69832402	3,87150838	0,07821229	0,35195531		
Employé	25,4413408	36,5027933	0,73743017	3,31843575		
Commerçant, artisan	2,69832402	3,87150838	0,07821229	0,35195531		
cadre et fonctions supérieures	19,6592179	28,2067039	0,5698324	2,56424581		
retraité	8,09497207	11,6145251	0,23463687	1,05586592		
sans profession	5,78212291	8,29608939	0,16759777	0,75418994		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
suivi	15	20	0	3	38
douleur ou pathologie ponctuelle	37	63	1	4	105
urgence	4	6	0	0	10
pb fam ou social	0	0	1	0	1
autre	8	7	0	2	17
Plusieurs motifs	5	1	0	0	6
TOTAL	69	97	2	9	177

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	Chi2	3,0851E-14
suivi	14,8135593	20,8248588	0,42937853	1,93220339	ddl	15
douleur ou pathologie ponctuelle	40,9322034	57,5423729	1,18644068	5,33898305		
urgence	3,89830508	5,48022599	0,11299435	0,50847458		
pb fam ou social	0,38983051	0,5480226	0,01129944	0,05084746		
autre	6,62711864	9,31638418	0,1920904	0,86440678		
Plusieurs motifs	2,33898305	3,28813559	0,06779661	0,30508475		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
inf3ans	32	34	1	3	70
3-10ans	27	31	1	1	60
sup10ans	8	31	0	4	43
TOTAL	67	96	2	8	173

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	CHI2	0,04717536
inf3ans	27,1098266	38,8439306	0,80924855	3,23699422	ddl	6
3-10ans	23,2369942	33,2947977	0,69364162	2,77456647		
sup10ans	16,6531792	23,8612717	0,49710983	1,98843931		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
sup1/mois	5	7	0	0	12
1/mois	5	6	0	1	12
1/3mois	6	16	1	1	24
si besoin	50	66	1	7	124
TOTAL	66	95	2	9	172

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	chi2	0,81054564
sup1/mois	4,60465116	6,62790698	0,13953488	0,62790698	ddl	9
1/mois	4,60465116	6,62790698	0,13953488	0,62790698		
1/3mois	9,20930233	13,255814	0,27906977	1,25581395		
si besoin	47,5813953	68,4883721	1,44186047	6,48837209		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
oui	38	50	1	4	93
non	29	49	0	5	83
TOTAL	67	99	1	9	176

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	CHI2	0,62199059
oui	35,4034091	52,3125	0,52840909	4,75568182	ddl	3
non	31,5965909	46,6875	0,47159091	4,24431818		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
inf3	27	32	1	3	63
sup3	7	16	0	1	24
TOTAL	34	48	1	4	87

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	CHI2	0,5679554
inf3	24,6206897	34,7586207	0,72413793	2,89655172	ddl	3
sup3	9,37931034	13,2413793	0,27586207	1,10344828		

	Amélioré	rien changé	géné	SO	TOTAL
niv 1	35	47	0	5	87
niv 2	35	52	2	4	93
TOTAL	70	99	2	9	180

ATTENDUES	Amélioré	rien changé	géné	SO	CHI2	0,53866776
niv 1	33,8333333	47,85	0,96666667	4,35	ddl	3
niv 2	36,1666667	51,15	1,03333333	4,65		

Annexe 7. Table du Chi2

ddl	$p = 0.05$	$p = 0.01$	$p = 0.001$
1	3.84	6.64	10.83
2	5.99	9.21	13.82
3	7.82	11.35	16.27
4	9.49	13.28	18.47
5	11.07	15.09	20.52
6	12.59	16.81	22.46
7	14.07	18.48	24.32
8	15.51	20.09	26.13
9	16.92	21.67	27.88
10	18.31	23.21	29.59
11	19.68	24.73	31.26
12	21.03	26.22	32.91
13	22.36	27.69	34.53
14	23.69	29.14	36.12
15	25.00	30.58	37.70
16	26.30	32.00	39.25
17	27.59	33.41	40.79
18	28.87	34.81	42.31
19	30.14	36.19	43.82
20	31.41	37.57	45.32
21	32.67	38.93	46.80
22	33.92	40.29	48.27
23	35.17	41.64	49.73
24	36.42	42.98	51.18
25	37.65	44.31	52.62
26	38.89	45.64	54.05
27	40.11	46.96	55.48
28	41.34	48.28	56.89
29	42.56	49.59	58.30
30	43.77	50.89	59.70
31	44.99	52.19	61.10
32	46.19	53.49	62.49
33	47.40	54.78	63.87
34	48.60	56.06	65.25
35	49.80	57.34	66.62
36	51.00	58.62	67.99
37	52.19	59.89	69.35
38	53.38	61.16	70.71
39	54.57	62.43	72.06
40	55.76	63.69	73.41

Annexe 8. Fiche de thèse

THEME	Evaluation de la satisfaction et du ressenti des patients consultant un interne en autonomie en médecine de ville.
JUSTIFICATION	<p>L'interne en autonomie est parfois un consultant de premier recours dans le parcours de soins depuis plusieurs années. Le stage en médecine de ville est obligatoire depuis 1997.</p> <p>De nombreuses thèses ont évalué l'acceptabilité de la présence de l'interne au cabinet de médecine générale pour les patients. Ces thèses ont montré une très bonne acceptation des internes dans les consultations en binôme (maitre de stage et interne ensemble).Cependant entre 5 à 12% des patients n'évoqueraient pas certains problèmes en présence de l'interne (problèmes psy, gynécologiques, familiaux...).</p> <p>Une thèse de 2007 à Créteil a évalué la satisfaction globale des patients ayant consulté un interne de SASPAS ainsi que les informations qu'ils avaient au préalable reçues. La satisfaction globale rapportée était de 100% (avec 89 questionnaires exploitables). Cependant cette thèse n'a pas permis de savoir de quoi ils étaient satisfaits et le questionnaire était remis par l'interne en fin de consultation, ce qui a pu induire un biais par une sélection des patients avec qui la consultation s'était bien passée.</p> <p>D'autres thèses qui n'étaient pas vouées à analyser la consultation interne patient mais les consultations à 3, ont fait des sous-groupes avec les patients ayant vu l'interne seul. Les échantillons sont de petites tailles (environ 20 patients). Les patients étaient satisfaits totalement ou en partie de 90% à 98% mais de 14 à 45% voulaient reconsulter leur médecin habituel.</p> <p>La relation médecin-malade selon Viktor VON GEBSATTEL peut être divisée en 3 temps :</p> <ul style="list-style-type: none">- La phase d'appel humain où le patient expose son problème correspondant à l'interrogatoire mais aussi au non-dit ; le médecin se rend attentif à l'appel du patient,- La phase de l'éloignement ou de l'objectivation correspondant à l'examen ; le médecin fait appel à sa compétence et fait abstraction de la subjectivité du malade,- La phase de personnalisation où en fin de consultation le médecin se rapproche à nouveau de son patient et lui communique ses conclusions ainsi que ses prescriptions. C'est le temps du partenariat : le médecin a fait un diagnostic et propose une solution pour aider le patient. <p>Le guide Calgary-Cambridge décrit les différents temps d'une entrevue médicale en insistant sur la nécessité d'une bonne communication qui va de l'accueil du patient à son association au projet thérapeutique pour arriver à une compréhension et une prise de décision partagées. Elle passe par l'exploration des problèmes du patient avec l'utilisation d'un comportement non verbal adapté.</p> <p>Le patient peut avoir eu l'impression d'être bien examiné mais ne pas être satisfait des explications ou avoir eu l'impression qu'on a écouté son problème mais que l'examen a été bâclé etc... Il apparaît donc nécessaire de</p>

	<p>faire une étude plus détaillée du déroulement de la consultation avec un interne et de voir qu'est ce qui satisfait les patients et quels sont les points de mécontentement.</p> <p>En effet la relation médecin-malade est une relation complexe et de la qualité de la consultation naîtra la confiance en les capacités du médecin, facteur important de l'observance.</p>
HYPOTHESE ET QUESTIONS	<p>Les patients se sentent-ils écoutés par l'interne ? Sont-ils autant confortables pour exposer leurs motifs de consultations avec un interne qu'avec leur médecin habituel ?</p> <p>Sont-ils satisfaits du diagnostic et de la prise en charge par l'interne autant que quand ils consultent leur médecin habituel?</p> <p>Se sentent-ils associés au projet de soins ?</p>
METHODE	<p>Questionnaire anonyme s'adressant aux patients qui viennent de voir un interne en consultation seul, rempli par le patient lui-même ou si besoin (difficulté de compréhension, illettrisme, troubles visuels...) avec l'aide d'un externe.</p> <p>Le questionnaire sera testé une dizaine de fois auprès de patients avant son utilisation.</p> <p>Questionnaire remis à un patient sur 3 un jour où l'interne et l'externe sont tous les 2 présents au cabinet médical, pendant une période donnée (de préférence en début de stage afin que les patients n'aient pas eu trop le temps de s'habituer à l'interne) jusqu'à arriver à 10 questionnaires remplis par cabinet. Exploration de tous les cabinets de Paris VII comprenant un interne et un externe sous réserve d'</p> <p>Lieu de remplissage du questionnaire à définir selon les cabinets pour permettre au patient de s'isoler seul ou avec l'externe.</p> <p>Questionnaire court avec choix multiples et commentaire libre en 4 parties :</p> <p>1- caractéristiques démographiques et sociales du patient avec son profil de consultation et son motif de consultation ce jour-là. Combien de fois a-t-il consulté cet interne seul.</p> <p>2- appréciation de la consultation que le patient vient d'avoir avec l'interne,</p> <p>3- appréciation des consultations habituelles avec son médecin traitant</p> <p>4- appréciation des consultations avec les autres internes que le patient a pu rencontrer au cabinet le cas échéant.</p> <p>Si refus : motif du refus à noter par l'externe et passage au patient suivant.</p>
RETOMBEES DE LA THESE	<p>Comprendre quels sont les critères de qualité d'une consultation du point de vue des patients.</p> <p>Appréciation des consultations de l'interne versus celles de leur médecin habituel.</p> <p>Evaluation de l'efficacité de l'interne comme consultant de premier recours du point de vue des patients.</p> <p>Déterminer quel pourcentage de patients va reconsulter leur médecin traitant après une consultation avec l'interne qui ne leur paraîtrait pas satisfaisante.</p>
ROLE DE L'INTERNE	<p>Etablissement du questionnaire. Contact des maitres de stage recevant un interne et un externe pour demander leur participation. Analyse des résultats.</p>
BIBLIOGRAPHIE	<p>1/BEAUJOUAN X. SASPAS : Enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Créteil.</p>

	<p>2007</p> <p>2/MASSAT ARISCOT C. L'interne en cabinet de médecine générale : opinion et critères de jugement des patients. Thèse pour le doctorat en médecine. Tours 2011.</p> <p>3/CIABRINI N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'université Paris VI. Paris VI. 2002.</p> <p>4/JAGLALE-LETNIOWSKI C. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Lille. 2009.</p> <p>5/RIVIERE JP. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris VII. 1998.</p> <p>6/HOANG. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire trois ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien. Paris VII. 2002.</p> <p>7/BUR M. Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence des stagiaires. Répercussion de sa présence sur la relation médecin malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maitres de stage du Bas-Rhin. Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en Médecine. Strasbourg. 2002.</p> <p>8/Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. J Bentham, J Burke, J Clark, C Svoboda, G Vallance and M Yeow. Medical Education 1999; 33: 686-687.</p> <p>9/Patients' views on the training of medical students in Australian general practice setting. K Salisbury, E A Farmer, A Vnuk. Australian Family Physician. April 2002, Vol 33, No. 4; 281-283.</p> <p>10/Anne FAGOT-LARGEAULT. De l'anthropologie philosophique inhérente à la médecine. Séance solennelle du 21 janvier 2004. Collège de France, Paris. Chaire de philosophie des sciences biologiques et médicale. http://www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie/seancesol2004/210104d.htm</p> <p>11/Guide <i>Calgary-Cambridge</i> de l'entrevue médicale – les processus de communication</p> <p>12/Imago Hominis, Viktor von Gebattel, 1964.</p>
--	---

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot – Paris 7
Le Professeur Michel Nougairde

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date


le 8/8/2013



Dr de thèse E Guéhen
12 09 13



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot : Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Résumé

Introduction Les patients sont-ils satisfaits de la prise en charge par l'interne de médecine générale autant que celle de leur médecin habituel ?

Méthode Une enquête d'opinion par questionnaires à choix multiples anonymes pour les patients qui viennent d'avoir une consultation avec un interne a été conduite. Les questions portaient sur l'accueil, l'écoute, l'examen, les explications reçues et le projet de soins. La même série de questions était posée concernant les consultations habituelles avec le médecin traitant afin d'avoir un référentiel. Les critères d'exclusion étaient troubles visuels importants, patients illettrés, patients ne parlant ou ne lisant pas le français, âge inférieur à 16 ans. Les internes participants devaient donner le questionnaire en fin de consultation et demander au patient de répondre en salle d'attente.

Résultats L'étude s'est déroulée chez **14 maîtres de stages de Paris Diderot sur 11 lieux de consultations avec 17 internes** participant pendant 5 semaines. **213 questionnaires** ont été récupérés et 13 ont été exclus pour non-respect du protocole. Dans la population il y avait plus de femmes que d'hommes (58% vs 42%), les patients étaient plutôt jeunes (82% de moins de 60 ans), ils consultaient très majoritairement pour un problème ponctuel et venaient habituellement voir leur médecin uniquement « si besoin ». **100% des patients se sentaient bien accueillis par l'interne contre 96,5% par leur médecin habituel, 99,5% des patients avaient pu expliquer librement à l'interne toutes les raisons qui les avaient amenés à consulter contre 94% à leur médecin habituel, 98% des patients jugeaient que l'examen de l'interne était adapté contre 93% pour leur médecin habituel, 97,5% des patients étaient satisfaits des explications de l'interne contre 93,5% pour les explications de leur médecin habituel, 99% des patients étaient satisfaits des prescriptions de l'interne contre 94,5% de satisfaction pour les prescriptions de leur médecin habituel.** 14% des patients de l'échantillon voulaient reconsulter leur médecin traitant pour 2^e avis mais 98% des patients étaient d'accord pour revoir l'interne en consultation. **39% des patients pensaient qu'avoir vu l'interne en consultation « a probablement amélioré » leur prise en charge et leur suivi. Aucun lien entre le ressenti des patients face à la consultation de l'interne et le profil du consultant ou le niveau de l'interne n'a pu être retrouvé.**

Discussion Ces résultats montrent que **les patients font confiance aux internes**. Parmi les 28 patients qui déclarent vouloir reprendre un avis auprès de leur médecin habituel, 27 veulent pourtant bien revoir l'interne en consultation. La question du nouvel avis auprès du médecin traitant a probablement été mal comprise. Les principales difficultés rencontrées ont été un risque de biais de sélection au moment de la distribution des questionnaires et une gêne des patients à refuser de participer. Le choix des questionnaires papiers a exclu certains patients mais a protégé l'anonymat. La principale faiblesse de l'étude est la comparaison d'une consultation versus un ensemble de consultations, ce qui ne permet pas une comparaison stricte. L'étude a été limitée aux patients des maîtres de stage de Paris Diderot et aux patients qui acceptent de voir l'interne en consultation.

Conclusion Les patients de ville qui acceptent de voir les internes en consultation sont satisfaits. Evaluer la satisfaction des patients sur une consultation est un vaste champ de recherche pour les consultations des internes mais aussi pour leur médecin. Impliquer les patients dans l'évaluation des futurs médecins pourrait apporter aux étudiants un autre point de vue lors de leur construction identitaire en tant que soignant.

Mots clés : satisfaction des patients, internes, médecine générale