



HAL
open science

Importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale

Marie-Christelle Gulczynski

► **To cite this version:**

Marie-Christelle Gulczynski. Importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01151243

HAL Id: dumas-01151243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01151243>

Submitted on 12 May 2015

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

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 11

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

**Importance accordée par les patients aux
compétences en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement
le 12 février 2015

Par

Gulczynski, Marie-Christelle

Née le 3 avril 1986 à Châtenay-Malabry (92)

Dirigée par M. Le Docteur Sourzac, Robert

Jury :

M. Le Professeur Ghasarossian, Christian Président

M. Le Professeur Cariou, Alain

Mme Le Docteur Bats, Anne-Sophie

Mme Le Docteur Ranque, Brigitte



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Au Professeur GHASAROSSIAN, pour vos conseils avisés et pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse.

Au Docteur SOURZAC, pour m'avoir confié ce travail et guidé tout au long de celui-ci.

Au Professeur CARIOU, au Docteur BATS et au Docteur RANQUE pour l'honneur que vous me faites de juger cette thèse.

A tous les médecins généralistes qui ont participé à ce travail.

A tous les médecins et personnels paramédicaux qui, au travers des stages et des enseignements, ont contribué à ma formation de médecin.

A Jérôme, pour son amour, son soutien et sa patience au quotidien.

A mes parents et grands-parents, mes frères, mes amis et tous mes proches, pour leur présence et leur soutien.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
1) L'apprentissage par compétences	5
2) Les compétences en médecine générale	8
3) Les attentes des patients	11
MATERIEL ET METHODE	14
1) L'étude	14
2) La population	14
3) Le questionnaire	15
4) L'analyse statistique	16
RESULTATS ET ANALYSE	18
1) Caractéristiques des médecins participants	18
2) Caractéristiques de la population étudiée	20
a) Caractéristiques démographiques	20
b) Caractéristiques du médecin traitant	23
3) Réponses au questionnaire	29
4) Importance accordée aux compétences en médecine générale	33
a) En fonction des caractéristiques socio-démographiques	34
b) En fonction des caractéristiques du médecin traitant	39
5) Autres qualités attendues d'un médecin généraliste	45
DISCUSSION	46
1) Synthèse et discussion des résultats	46
2) Limites de l'étude	60
CONCLUSION	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65
ANNEXES	69
RESUME	104

INTRODUCTION

Améliorer la qualité des soins est l'un des grands défis des systèmes de santé. Cet objectif est applicable à tous les professionnels de santé, mais plus encore dans le contexte des soins primaires. En France, le médecin généraliste est souvent le premier contact du patient avec le système de soins. Les jeunes médecins généralistes doivent donc être formés pour répondre au mieux aux attentes de leurs futurs patients.

Dans ce but, l'enseignement de la médecine générale a évolué pour être plus efficace dans le processus d'apprentissage. Ce changement est connu sous le nom « d'apprentissage par compétence ». Les compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale ont donc été définies.

L'objectif de cette thèse est de s'assurer que ces compétences sont en adéquation avec les attentes des patients.

1) L'apprentissage par compétence :

L'enseignement de la médecine générale est en pleine évolution. Ce changement est rendu nécessaire par l'évolution de la société et des besoins de santé, et par l'accroissement rapide des connaissances scientifiques.

L'un des points clefs de cette évolution est un changement de méthode pédagogique : l'apprentissage par compétence.

L'objectif est de former de jeunes médecins opérationnels, c'est à dire capables de répondre à la majorité des situations de santé qui se présenteront à eux.

a) Le concept de compétence :

Il existe de nombreuses définitions du mot « compétence ».

Dans le langage courant, c'est « la capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger »¹.

En pédagogie, c'est « la possibilité, pour un individu, de mobiliser de manière intériorisée un ensemble de ressources en vue de résoudre une famille de situations-problèmes »².

Dans le domaine de la pédagogie médicale, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) retient cette définition : « c'est un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné »³.

b) L'apprentissage par compétence :

Jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, l'enseignement était influencé par la théorie behavioriste, à l'origine de la pédagogie par objectifs.

Le behaviorisme stipule que l'apprentissage est une modification du comportement observable, en réaction à des stimuli. Un comportement s'acquiert par conditionnement et par répétition. La formation est conçue de telle manière que le formateur transmette son savoir au formé.

Cette approche a pour avantage de définir clairement les objectifs pédagogiques et de faciliter l'évaluation. Mais on lui reproche de favoriser un cloisonnement des objectifs, et de ne laisser que peu d'autonomie aux apprenants vis-à-vis du savoir. En effet, elle aboutit à une accumulation de connaissances que l'apprenant est parfois incapable d'utiliser de façon fonctionnelle (savoirs « morts » ou « inertes »).

A cette approche est donc progressivement préférée l'approche par compétence.

En France, la notion de compétence est apparue dans les politiques d'éducation en 1989. Lionel Jospin, alors ministre de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports avait créé une commission visant à réviser les savoirs enseignés pour en renforcer la cohérence et l'unité. Le rapport de cette commission, intitulé « Principes pour une réflexion sur les contenus de l'enseignement »⁴, stipulait que « l'éducation doit privilégier tous les enseignements propres à offrir des modes de pensée dotés d'une validité et d'une applicabilité générales par rapport aux enseignements proposant des savoirs susceptibles d'être appris de manière aussi efficace (et parfois plus agréable) par d'autres voies. [...] Il faut résolument privilégier les enseignements qui sont chargés d'assurer l'assimilation réfléchie et critique des modes de pensée fondamentaux comme le mode de pensée déductif, le mode de pensée expérimental ou le mode de pensée historique, et aussi le mode de pensée réflexif et critique qui devrait leur être toujours associé ». Il préconisait de « mesurer la capacité de mettre en œuvre les connaissances dans un contexte totalement différent de celui dans lequel elles ont été acquises ».

La notion de compétence a été réaffirmée en 2005 avec la publication du « Socle commun de connaissances et de compétences »⁵ s'intégrant dans les exigences européennes : « maîtriser le socle commun c'est être capable de mobiliser ses acquis dans des tâches et des situations complexes, à l'école puis dans sa vie ; c'est posséder un outil indispensable pour continuer à se former tout au long de la vie afin de prendre part aux évolutions de la société ».

L'approche par compétence est née du courant constructiviste (ou socio-cognitivist) dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

Elle rompt avec le courant behavioriste en considérant que l'élève n'est pas un vase vide qu'il faut remplir, mais un individu en formation. De ce fait, il dispose de connaissances et d'expériences propres à partir desquels il va construire son apprentissage.

L'apprentissage se fait à partir de la résolution de problèmes. La solution n'est plus exposée aux étudiants. C'est à eux, en faisant appel aux savoirs dont ils disposent et en développant de nouveaux savoirs, de parvenir à cette solution.

L'enseignant est un tuteur, un facilitateur d'apprentissage. Son rôle est de guider l'étudiant dans son cheminement, de faire appel à son expérience et de l'accompagner dans son processus d'apprentissage. Il ne dispense pas les savoirs. Il montre à l'étudiant comment parvenir jusqu'à eux.

L'erreur n'est plus une faute. Elle fait partie intégrante du processus. C'est grâce à elle, en parvenant à la résoudre, que l'élève va pouvoir progresser.

L'enseignement est donc centré sur l'étudiant. Il est au cœur de sa formation, acteur de ses apprentissages. Il définit lui-même ses besoins de formation. Les apprentissages sont plus durables, mieux ancrés. Les apprenants sont plus autonomes, plus motivés.

Cette méthode pédagogique est actuellement à la base de l'enseignement du troisième cycle de médecine générale. Elle permet à chacun de construire les compétences nécessaires à son futur exercice.

2) Les compétences en médecine générale :

a) Contexte historique :

En France, une formation spécifique à la médecine générale est apparue en 1984, consolidée par un décret en 1988⁶.

Dès 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé a demandé aux Etats Membres « de soutenir les efforts visant à améliorer la pertinence des programmes d'enseignement de la médecine [...] et de réformer l'enseignement de base pour tenir compte de la contribution apportée par les médecins généralistes aux services axés sur les soins de santé primaires »⁷.

En 2004, avec la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES), la médecine générale a été reconnue comme une spécialité à part entière, au même titre que les autres disciplines.

Les dispositions réglementaires ont alors fixé le cadre de formation des internes⁸ :

- un enseignement théorique, comportant des enseignements généraux et des enseignements spécifiques à la médecine générale et à son champ d'application ;
- une formation pratique de six semestres.

A l'issue de cette formation et après avoir soutenu une thèse, l'interne obtient un Diplôme d'Etudes Spécialisées en médecine générale. En fournissant ce diplôme au Conseil de l'Ordre des Médecins, le jeune médecin se voit délivrer une autorisation d'exercer.

On comprend alors que les facultés de médecine ont une responsabilité sociale considérable puisqu'elles doivent attester que le jeune médecin est capable d'exercer. Autrement dit, elles doivent certifier que l'étudiant a acquis les compétences nécessaires à son exercice professionnel. Il a donc fallu définir les compétences indispensables à l'exercice de la médecine générale.

b) Les compétences en médecine générale :

- **Définition de la WONCA EUROPE :**

En 2002, la Société Européenne de médecine générale – médecine de famille (WONCA EUROPE) a défini les caractéristiques de la médecine générale et identifié les six compétences fondamentales du médecin généraliste⁹ :

- la gestion des soins de santé primaires ;
- les soins centrés sur la personne ;
- l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes ;
- l'approche globale ;
- l'orientation communautaire ;
- l'adoption d'un modèle holistique.

Ces compétences sont appliquées dans trois champs d'activité : la démarche clinique, la communication avec les patients et la gestion du cabinet médical.

Enfin, comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- la dimension contextuelle : prise en compte du contexte du patient (sa personne, sa famille, sa communauté et sa culture) ;

- la dimension comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique ;
- la dimension scientifique : adopter une approche critique fondée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

- **Définition du CNGE :**

En s'appuyant sur ces définitions, le CNGE a proposé une liste de six compétences qu'un interne en médecine générale doit acquérir au cours de sa formation¹⁰ :

- « Approche globale, prise en compte de la complexité » : c'est la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.
- « Education, prévention, santé individuelle et communautaire » : c'est la capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.
- « Premier recours, urgences » : c'est la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité optimale ;
- « Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » : c'est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement ;
- « Relation, communication, approche centrée sur le patient » : c'est la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habilités communicationnelles adéquates, dans l'intérêt du patient ;
- « Professionnalisme » : c'est la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

L'objectif de cette démarche est de former de futurs médecins généralistes capables d'utiliser leurs ressources afin de répondre à la majorité des situations de santé auxquelles ils seront confrontés au cours de leur exercice professionnel, autrement dit, de répondre au mieux aux attentes des patients avec les outils qu'ils ont à leur disposition.

3) Les attentes des patients :

Prodiguer à chaque patient les meilleurs soins possibles et répondre à sa demande est l'objectif de tout professionnel de santé. C'est pourquoi, depuis la fin du XX^{ème} siècle, de nombreuses études se sont intéressées aux attentes des patients.

En 1998, une revue de la littérature faisait une première synthèse des priorités des patients en médecine générale¹¹.

Les aspects des soins les plus importants aux yeux des patients étaient, dans l'ordre : l'humanité, la compétence, et l'implication des patients dans les décisions.

En 2010, une deuxième revue de la littérature est venue confirmer et étoffer ces résultats¹². Les études analysées envisageaient différents points de vue : ceux des patients, mais aussi ceux des médecins, des médecins enseignants, des étudiants en médecine ou du personnel paramédical.

Les qualités les plus souvent décrites par ces différentes populations étaient les connaissances théoriques, les compétences cliniques, une bonne communication et l'engagement dans la formation continue. Dans les études portant sur les patients, les qualités citées prioritairement étaient l'empathie, l'écoute et le respect. Les soignants, quant à eux, accordaient plus d'importance aux compétences techniques.

Cependant, ces études étant majoritairement américaines, il est difficile de transposer ces résultats aux pays européens, et à la France en particulier.

C'est en partant de ce constat qu'est né EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice).

Afin de contribuer à l'amélioration des soins, l'EUROPEP a élaboré un questionnaire permettant de mesurer l'importance accordée par les patients aux différents aspects des soins en médecine générale (relation et communication, soins médicaux, informatisation et support, disponibilité et accessibilité, organisation des services). Ce questionnaire a été testé dans plusieurs pays européens, mais pas en France¹³.

Les aspects les plus importants aux yeux des patients étaient : l'impression d'avoir assez de temps pendant la consultation, la rapidité d'intervention en cas de problème de santé urgent, la garantie de la confidentialité du dossier et des informations médicales les concernant, l'explication de leurs symptômes et de leurs maladies, la capacité à les mettre à l'aise pour parler de leurs problèmes, le suivi d'une formation continue, et l'offre de service de prévention des maladies.

En France, une étude de 2009 a identifié l'importance accordée par les usagers à différents aspects des soins en médecine générale¹⁴. La priorité allait alors à l'information et à l'examen clinique, puis à la coordination des soins.

Lorsque l'on regarde cette littérature, si de nombreuses études se sont déjà intéressées aux attentes des patients et à leur définition d'un « bon médecin », très peu se sont appuyées sur les compétences comme base d'évaluation, et en particulier, aucune étude française.

Une étude canadienne¹⁵ a évalué l'importance accordée par les patients aux compétences en médecine générale.

La compétence « diagnostic et traitement des maladies » était considérée comme la plus importante, suivie des compétences « communication avec le patient » et « comportement éthique ».

Les compétences « coopération avec les autres professionnels de santé », « promotion de la santé et prévention », « maîtrise des nouvelles technologies » et « prise en considération du coût pour le patient » étaient considérées comme moins importantes.

Une étude britannique¹⁶ s'est basée, entre autre, sur les attentes des patients pour définir les onze compétences requises à l'exercice de la médecine générale.

Les huit compétences suivantes étaient plébiscitées à la fois par les patients et par les médecins généralistes : « sensibilité et empathie », « communication », « connaissances médicales et expertise », « réflexion conceptuelle et résolution de problèmes », « qualités

personnelles », « organisation et gestion administrative », « intégrité professionnelle » et « adaptation à la pression ».

Les trois dernières compétences identifiées n'étaient mises en avant que par les médecins généralistes : « management et travail d'équipe », « connaissances juridiques, éthiques et politiques » et « formation continue et développement personnel ».

Ces résultats sont-ils transposables à la France ? Les compétences, définies par un consensus d'experts enseignants de médecine générale, sont-elles bien en adéquation avec ce que les patients attendent des médecins de demain ?

L'objectif principal de ce travail de thèse est donc de s'assurer que les compétences acquises par les internes au cours du DES répondent aux attentes des patients.

L'objectif secondaire est d'identifier les aspects des soins les plus importants aux yeux des patients et les pistes d'amélioration pour l'enseignement de la médecine générale.

MATERIEL ET METHODES :

1) L'étude :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée auprès de la patientèle de médecins généralistes, maîtres de stage à l'université René Descartes, exerçant à Paris et en banlieue parisienne.

Pendant trois jours, les médecins généralistes participants ont remis aux cinq premiers patients éligibles qu'ils ont vus en consultation une fiche explicative de l'étude, un questionnaire anonyme et une enveloppe T pré-imprimée à destination de la scolarité du département de médecine générale de Paris Descartes. Ces documents sont disponibles en annexe (annexes 1 et 2).

Après avoir répondu au questionnaire, chaque patient devait le renvoyer à la scolarité du département de médecine générale de Paris Descartes à l'aide de l'enveloppe qui lui avait été remise.

Les questionnaires ont ensuite été collectés afin d'être analysés.

2) La population :

Les médecins participants ont été choisis sur la base du volontariat. Une invitation à participer à l'étude a été envoyée par mail à des maîtres de stages sélectionnés sur leur sexe et leur lieu d'exercice (ce afin d'avoir une population de patients la plus représentative possible).

L'objectif était de recruter 20 médecins afin de parvenir au total de 300 patients inclus.

Les caractéristiques des médecins participants ont été établies à l'aide d'un questionnaire présenté dans l'annexe 3.

Chaque médecin devait recruter 15 patients.

Les critères d'inclusion étaient :

- un âge supérieur ou égal à 18 ans ;
- la capacité de répondre à un questionnaire écrit.

Etaient donc exclus de l'étude :

- les patients mineurs ;
- les patients majeurs sous tutelle ou curatelle ;
- les patients ne sachant pas lire/écrire ou ne comprenant pas le français.

3) Le questionnaire :

Le questionnaire portait sur :

- Des données socio-démographiques servant à caractériser la population : sexe, âge, lieu d'habitation, situation professionnelle, catégorie socioprofessionnelle ;
- Les caractéristiques du médecin traitant : spécialité, sexe, ancienneté, critère de choix et de changement, fréquence des consultations. Ces questions nous permettaient de caractériser le lien qui unissait le patient et son médecin traitant (ancienneté du suivi, fréquence des consultations, qualités attendues) et de pressentir ce qu'ils attendaient de lui en priorité (disponibilité, qualités relationnelles, compétence médicale...). Le but était de rechercher si l'importance que les patients accordaient à une compétence influait sur le choix de leur médecin d'une part, et d'autre part si le type de relation médecin-patient (suivie ou ponctuelle, exclusivement médicale ou plus familière) influait sur les notes.
- Une liste de 16 questions visant à quantifier l'importance que les patients accordaient à chacune des six compétences en médecine générale (évaluée à l'aide d'une échelle de Likert). Ce questionnaire a été construit afin de couvrir l'ensemble des compétences. Etant donné qu'une compétence est composée de plusieurs composantes, chacune a été fractionnée en

plusieurs questions. Chaque compétence était donc représentée par cinq questions, sauf la compétence « professionnalisme » qui en comptait six (le détail est disponible dans le paragraphe « analyse statistique »). Nous avons choisi de ne pas faire apparaître certains aspects des soins car, bien qu'ils soient indispensables à l'exercice de la médecine générale, il nous paraissait difficile pour un patient d'en juger. Il s'agissait de :

- la hiérarchisation des plaintes et la planification de la prise en charge du patient ;
 - la gestion des ressources de soin et de l'outil de travail ;
 - l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle ;
 - la maîtrise des gestes techniques fréquents ;
 - et la capacité à se remettre en question pour améliorer sa pratique.
- Enfin, une dernière question ouverte permettait aux patients d'exposer leurs autres attentes vis-à-vis d'un médecin généraliste, si les compétences n'y faisaient pas déjà référence.

Ce questionnaire, créé spécifiquement pour cette thèse, a été testé au préalable sur un échantillon afin de s'assurer de sa validité. Pour ce faire, nous avons sollicité 11 personnes n'appartenant pas au milieu médical. Cet échantillon était composé de 6 hommes et 5 femmes, entre 19 et 91 ans, appartenant tous à des catégories socioprofessionnelles supérieures. Leurs réponses et commentaires nous ont montré qu'il n'y avait pas de difficulté de compréhension et que des différences pouvaient être mises en évidence selon le profil des patients. Seule la question du lieu d'habitation a été rajoutée à posteriori afin de distinguer les patients vivant en zone urbaine et rurale. Le questionnaire ainsi validé a été distribué à la population de l'étude.

4) L'analyse statistique :

Dans la première partie, les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne et les variables qualitatives par N (%).

Chaque question était notée sur une échelle de Likert à cinq degrés (pas important du tout, peu important, important, très important, je ne sais pas).

Pour faciliter l'analyse, chaque degré d'importance a été ramené à une note : 1 pour « pas important du tout », 2 pour « peu important », 3 pour « important », et 4 pour « très important ». La réponse « je ne sais pas » ou l'absence de réponse n'ont pas été prises en compte dans l'analyse.

Les 16 questions ont été regroupées en compétences comme suit :

- compétence « approche globale, prise en compte de la complexité » : somme des réponses aux questions 1, 2, 6, 8 et 15 ;
- compétence « éducation, prévention, santé individuelle et communautaire » : somme des réponses aux questions 2, 3, 9, 14 et 15;
- compétence « premier recours, urgences » : somme des réponses aux questions 2, 5, 6, 11 et 13 ;
- compétence « continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » : somme des réponses aux questions 6, 7, 8, 9 et 10 ;
- compétence « relation, communication, approche centrée sur le patient » : somme des réponses aux questions 4, 7, 9, 10 et 12 ;
- compétence « professionnalisme » : somme des réponses aux questions 9, 10, 11, 13, 14 et 16.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel BiostaTGV.

Les moyennes ont été comparées à l'aide du test t de Student. La valeur seuil retenue comme significative est $p \leq 0,05$.

RESULTATS ET ANALYSE :

1) Caractéristiques des médecins participants :

Au total, 17 médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. Le tableau 1 résume les caractéristiques de ces maîtres de stage (seuls 12 médecins sur les 17 participants ont renvoyé le questionnaire complété).

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participants.

Caractéristiques	N (%)
Sexe	
Masculin	6 (50 %)
Féminin	6 (50 %)
Age moyen	50 ans
Lieu d'exercice	
Paris	6 (50 %)
Banlieue parisienne	6 (50 %)
Mode d'exercice	
Urbain	11 (91,7 %)
Semi-rural	1 (9,3 %)
Rural	0 (0 %)
Secteur d'activité	
Secteur 1	9 (81,8 %)
Secteur 2	2 (18,2 %)
Durée d'installation	17 ans
Durée d'installation dans ce cabinet	14 ans

Cabinet pluriprofessionnel	12 (100%)
Autres professionnels de santé travaillant dans le même cabinet	
Médecin	11 (91,7 %) ; moyenne : 4 médecins
IDE	3 (25 %)
Dentiste	2 (16,7 %)
Ostéopathe	2 (16,7 %)
Psychologue	2 (16,7 %)
Diététicienne	1 (8,3 %)
Assistante sociale	1 (8,3 %)
Sophrologue	1 (8,3 %)
Kinésithérapeute	1 (8,3 %)
Nombre de patients médecin traitant	1511
Temps moyen de consultation	
< 10 minutes	0 (0 %)
10-15 minutes	2 (16,7 %)
15-20 minutes	8 (66,7 %)
> 20 minutes	2 (16,7 %)
Formation médicale continue	10 (100 %)
DPC	9 (75 %)
Congrès	6 (50 %)
Revue	6 (50 %)
Visites médicales de laboratoires	1 (8,3 %)
Autres (groupe de pairs, DU, accueil des internes...)	6 (50 %)

2) Caractéristiques de la population étudiée :

15 questionnaires ont été distribués par chacun des 17 médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude (soit 255 questionnaires distribués). 135 patients ont renvoyés le questionnaire complété, soit un taux de participation de 52,9%. Le questionnaire étant anonyme, il n'a pas été possible de déterminer la variabilité du taux de participation selon les médecins.

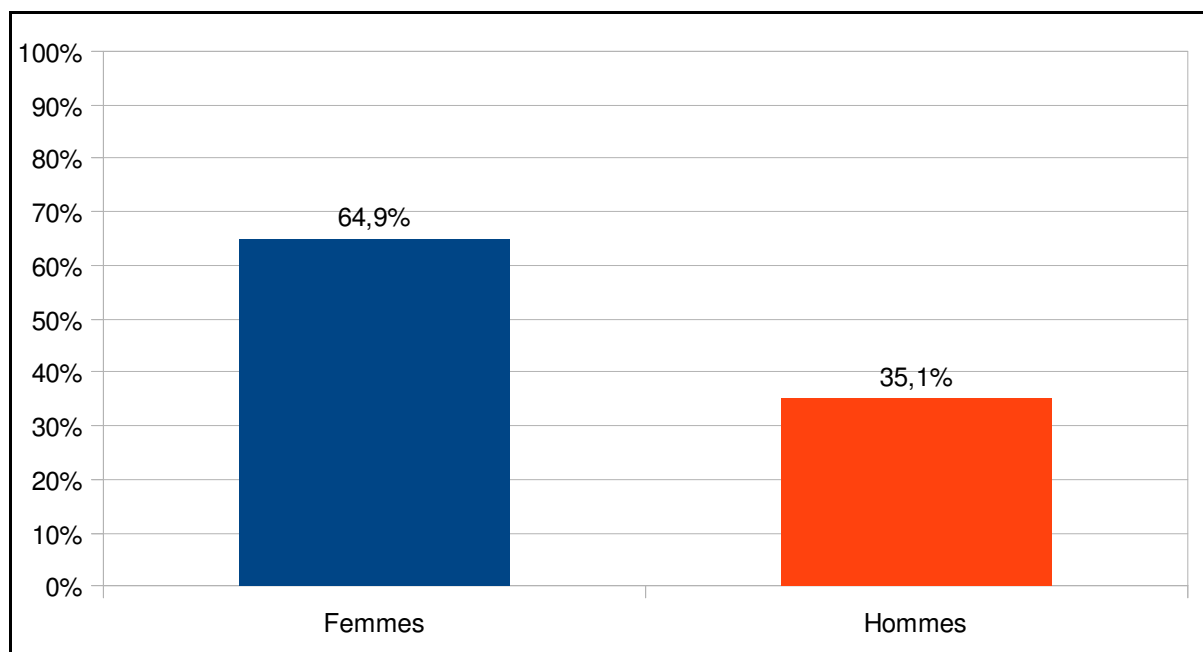
a) Caractéristiques socio-démographiques :

Parmi les 135 patients ayant renvoyé le questionnaire complété, 134 ont répondu au questionnaire sur les données socio-démographiques

- **Répartition selon le sexe :**

Parmi ces 134 patients, on comptait 47 hommes (35,1%) et 87 femmes (64,9%).

Figure 1 : Répartition des patients selon leur sexe :



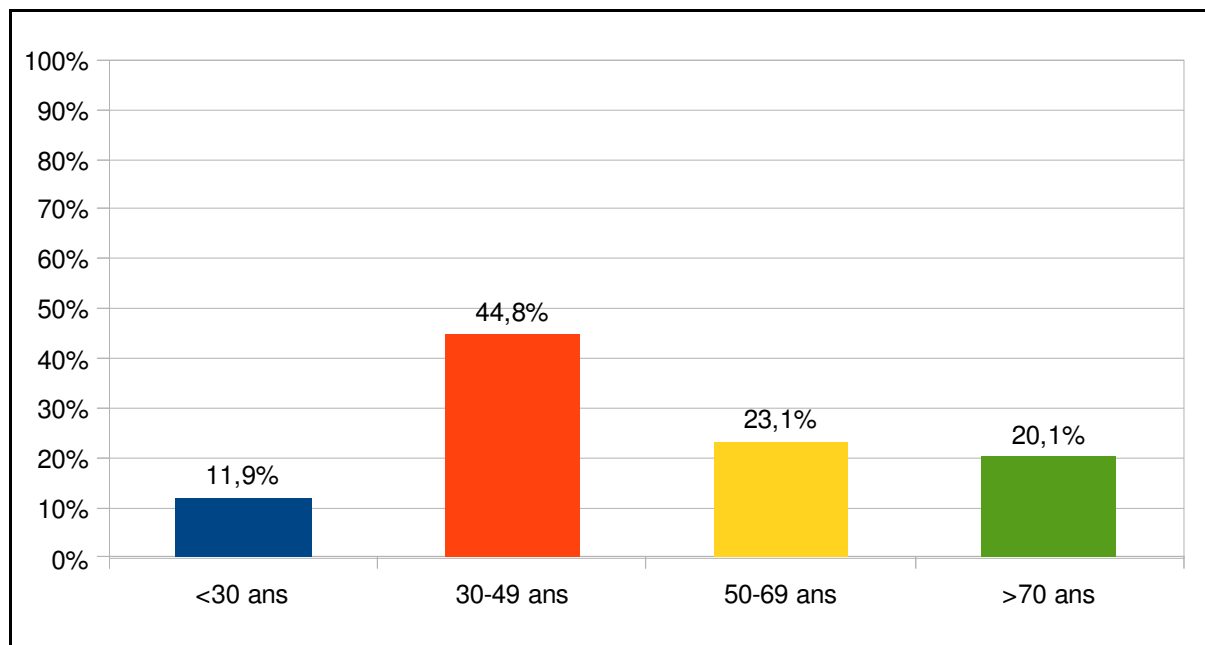
- **Répartition selon l'âge :**

La moyenne d'âge des patients était de 50 ans (54 ans chez les hommes, 48 ans chez les femmes).

Parmi eux, on comptait :

- 16 patients de moins de 30 ans (11,9%) ;
- 60 patients entre 30 et 50 ans (44,8%) ;
- 31 patients entre 50 et 70 ans (23,1%) ;
- 27 patients de plus de 70 ans (20,1%).

Figure 2 : Répartition des patients selon leur âge.



- **Répartition selon le lieu d'habitation :**

Tous les patients ayant répondu au questionnaire vivaient en zone urbaine.

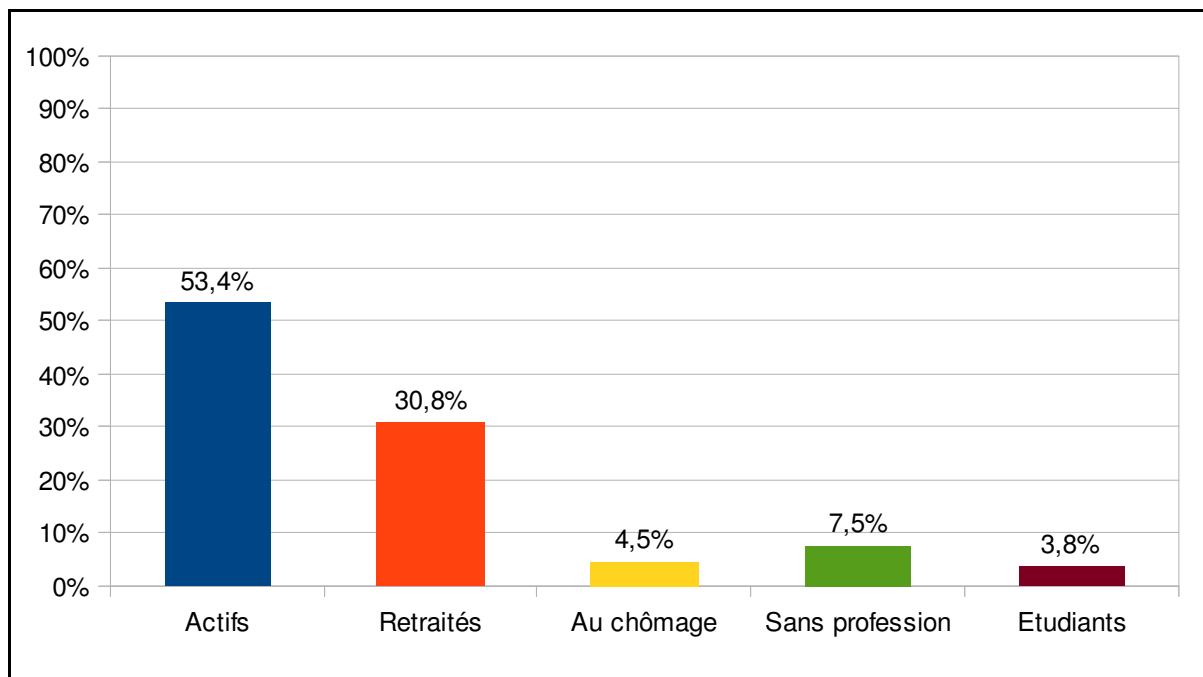
- **Répartition selon la situation professionnelle :**

Parmi les 133 patients ayant indiqué leur situation professionnelle :

- 71 (53,4%) se déclaraient actifs ;
- 41 (30,8%) se déclaraient retraités ;
- 6 (4,5%) se déclaraient au chômage ;
- 10 (7,5%) se déclaraient sans profession ;
- 5 (3,8%) se déclaraient étudiant.

La répartition selon le sexe et la classe d'âge est présentée dans l'annexe 4 (figures 22 à 27).

Figure 3 : Répartition des patients selon leur situation professionnelle.



- **Répartition selon la catégorie socioprofessionnelle :**

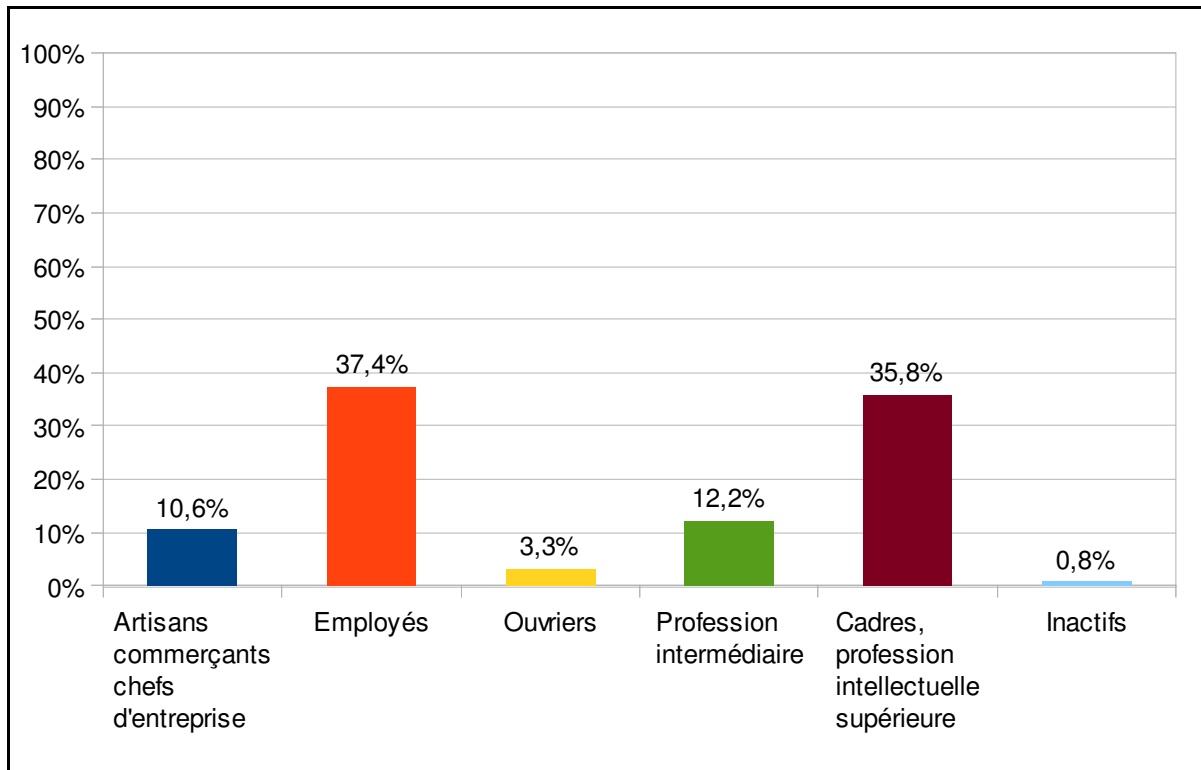
Parmi les 123 patients ayant indiqué leur catégorie socioprofessionnelle :

- aucun (0%) n'était agriculteur ;
- 13 (10,6%) étaient artisans, commerçants, ou chefs d'entreprise ;
- 46 (37,4%) étaient employés ;
- 4 (3,3%) étaient ouvriers ;

- 15 (12,2%) exerçaient une profession intermédiaire ;
- 44 (35,8%) étaient cadres, ou exerçaient une profession intellectuelle supérieure ;
- 1 (0,8%) était inactif.

La répartition selon le sexe et la classe d'âge est présentée dans l'annexe 4 (figures 28 à 33).

Figure 4 : Répartition des patients selon leur catégorie socioprofessionnelle.



b) Caractéristiques du médecin traitant :

Parmi les 134 patients ayant répondu à cette question, 132 avaient un médecin traitant (98,5%).

- **Spécialité du médecin traitant :**

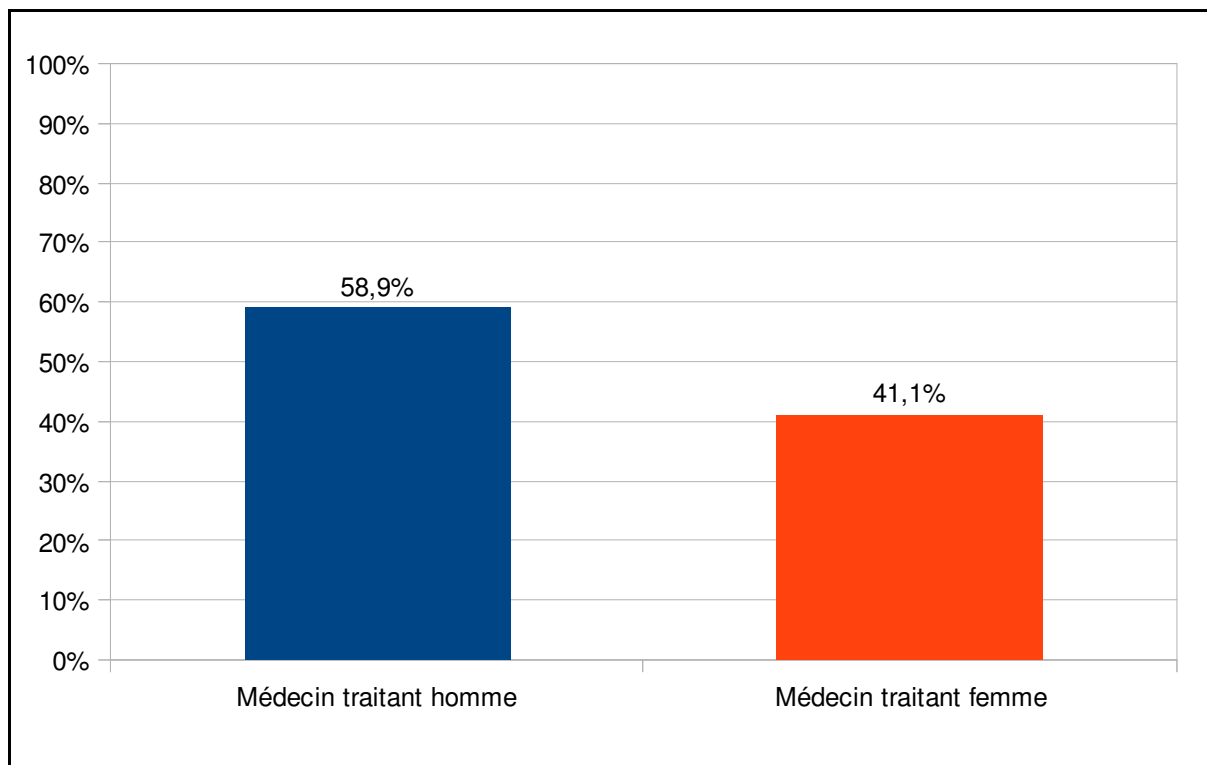
Tous les médecins traitants déclarés étaient des médecins généralistes.

- **Sexe du médecin traitant :**

Parmi les 129 patients ayant répondu à cette question, 74 (58,9%) avaient un homme pour médecin traitant, et 53 une femme (41,1%).

La répartition selon le sexe, la classe d'âge, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle est détaillée dans l'annexe 4 (figures 34 à 37).

Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe de leur médecin traitant.



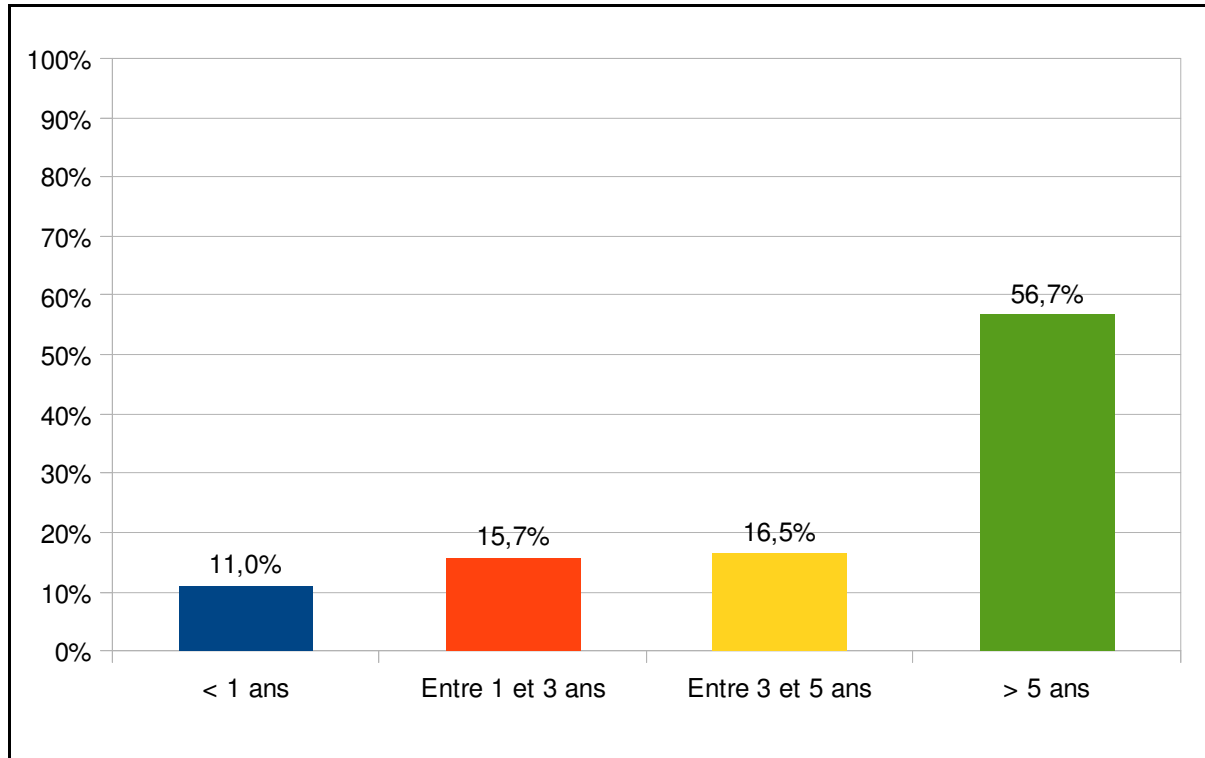
- **Ancienneté du médecin traitant :**

Parmi les 127 patients ayant répondu à cette question :

- 14 avaient un médecin traitant depuis moins d'un an (11%) ;
- 20 entre 1 et 3 ans (15,7%) ;
- 21 entre 3 et 5 ans (16,5%) ;
- 72 depuis plus de 5 ans (56,7%).

La répartition selon le sexe, la classe d'âge, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle est détaillée dans l'annexe 4 (figures 38 à 41).

Figure 6 : Répartition des patients selon l'ancienneté de leur médecin traitant.



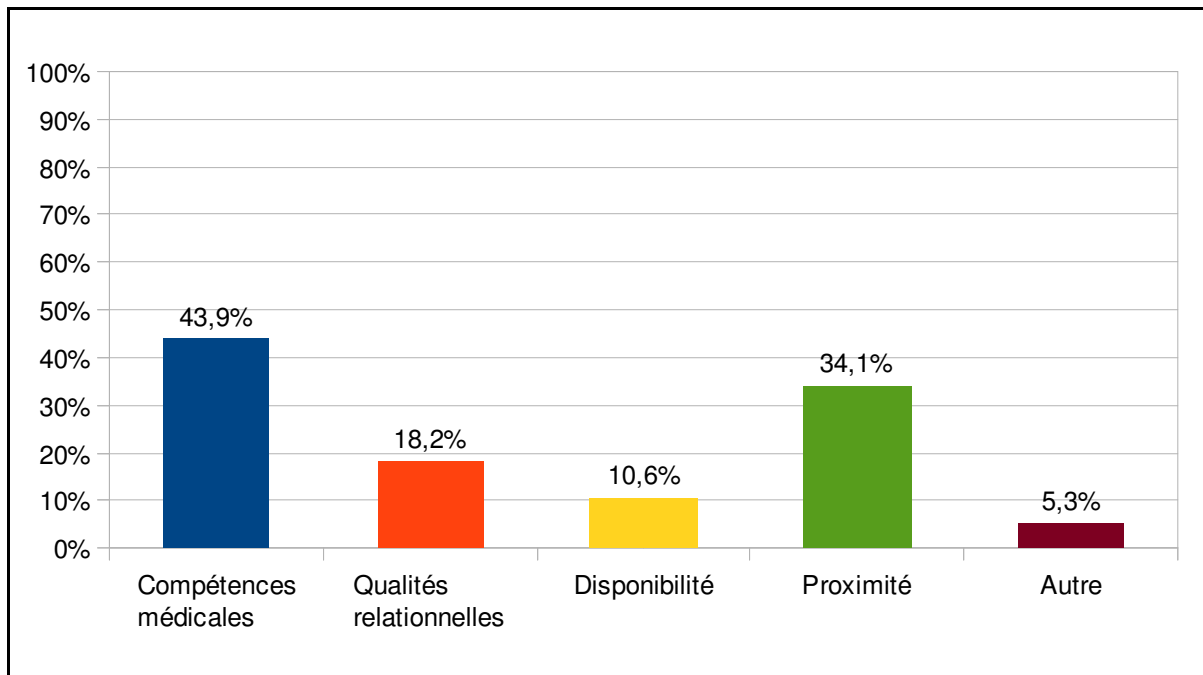
- **Choix du médecin traitant :**

Parmi les 132 patients ayant répondu à cette question :

- 45 avaient choisi leur médecin traitant pour sa proximité géographique (34,1%) ;
- 58 avaient choisi leur médecin traitant pour ses compétences médicales (43,9%) ;
- 14 avaient choisi leur médecin traitant pour sa disponibilité (10,6%) ;
- 24 avaient choisi leur médecin traitant pour ses qualités relationnelles (18,2%) ;
- 7 (5,3%) avaient choisi leur médecin traitant pour d'autres raisons : « conseil d'un proche » (3), « femme jeune » (1), « a remplacé mon précédent médecin » (2), « me suit depuis toujours » (1).

La répartition selon le sexe, la classe d'âge, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle est présentée dans l'annexe 4 (figures 42 à 45).

Figure 7 : Répartition des patients selon le critère de choix de leur médecin traitant.



- **Changement de médecin traitant :**

88 patients avaient déjà changé de médecin traitant (66,2%).

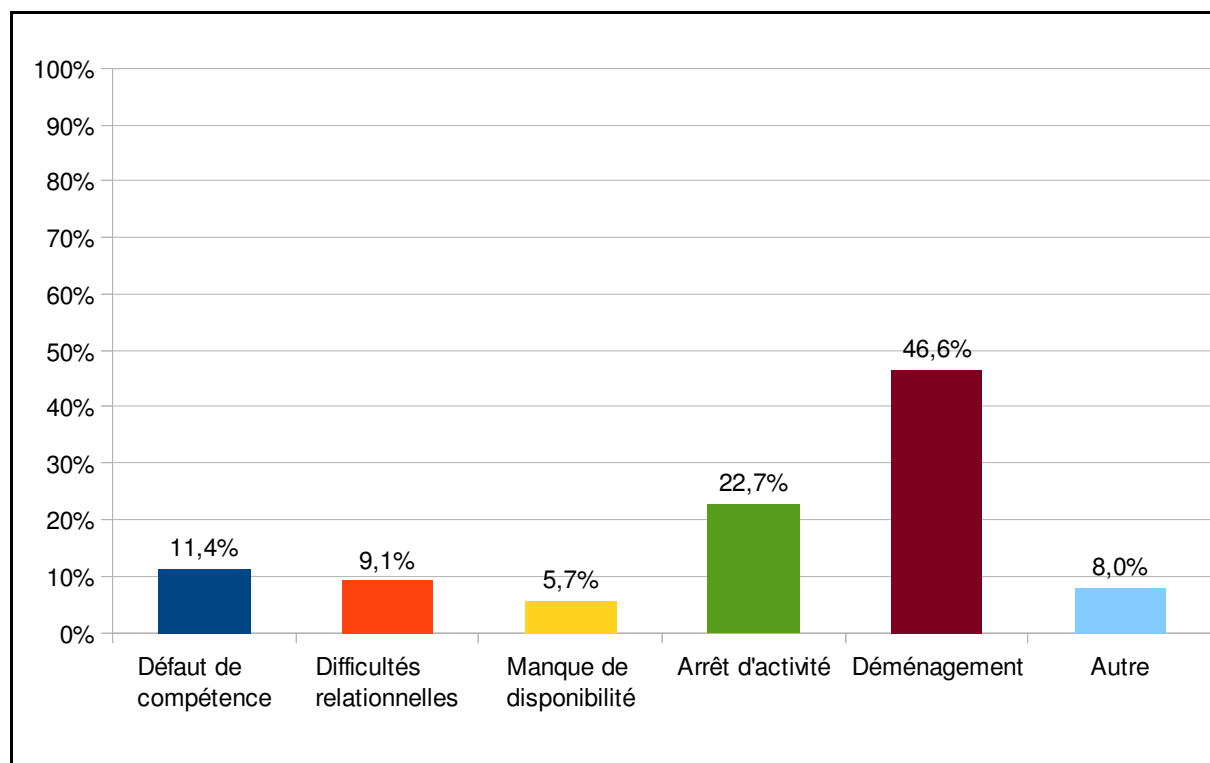
Les raisons invoquées étaient :

- un défaut de compétence pour 10 d'entre eux (34,1%) ;
- des difficultés relationnelles ou de communication pour 8 d'entre eux (43,9%) ;
- un manque de disponibilité pour 5 d'entre eux (10,6%) ;
- un arrêt d'activité du précédent médecin traitant pour 20 d'entre eux (18,2%) ;
- un déménagement pour 41 d'entre eux (66,2%).

Les autres raisons invoquées étaient : « c'était mon voisin », « jamais à l'heure au cabinet », « trop loin », « plus efficace », « il était cardiologue ».

La répartition selon le sexe, la classe d'âge, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle est présentée dans l'annexe 4 (figures 46 à 49).

Figure 8 : Répartition des patients selon la raison de leur changement de médecin traitant.



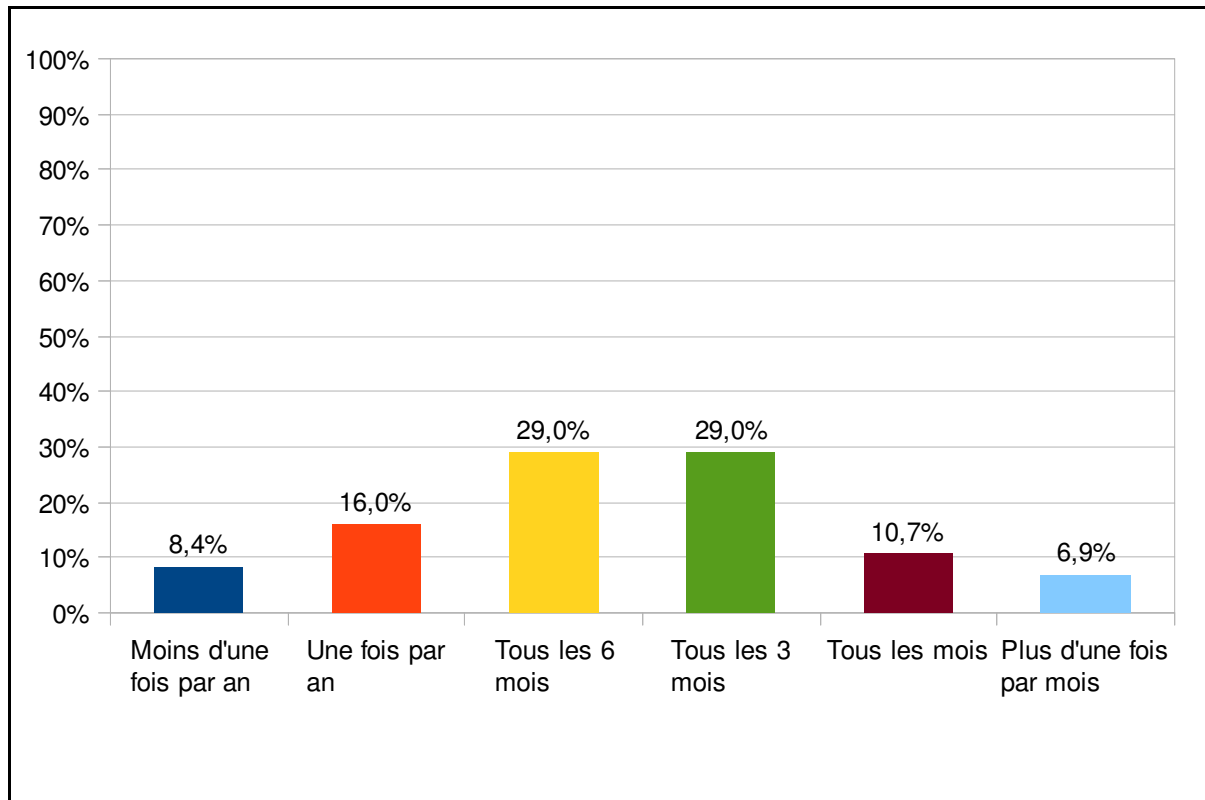
- **Fréquence des consultations chez le médecin traitant :**

En moyenne, les patients interrogés consultaient leur médecin traitant 4 fois par an :

- 8,4% le consultaient moins d'une fois par an ;
- 16% le consultaient 1 fois par an ;
- 29% le consultaient tous les 3 mois ;
- 29% le consultaient tous les 6 mois ;
- 10,7% le consultaient tous les mois ;
- 6,9% le consultaient plus d'une fois par mois.

La répartition selon le sexe, la classe d'âge, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle est présentée dans l'annexe 4 (figures 50 à 53).

Figure 9 : Répartition des patients selon la fréquence des consultations chez leur médecin traitant.

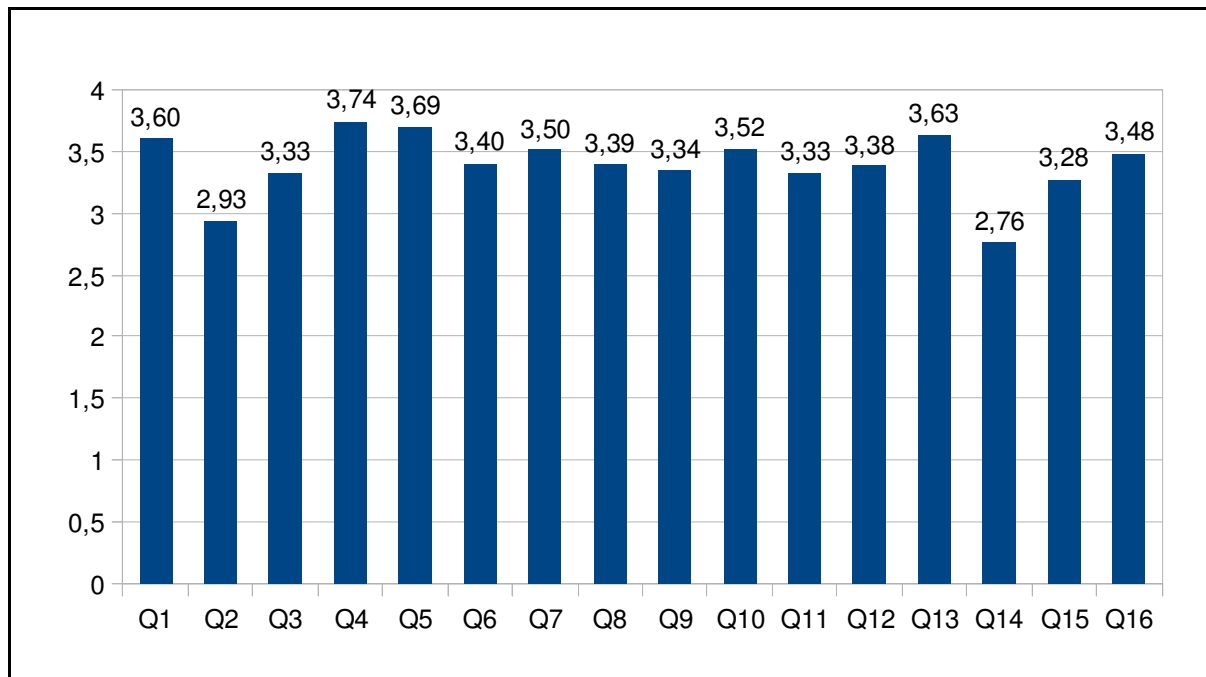


3) Réponses au questionnaire :

La figure 10 montre les notes moyennes attribuées à chaque proposition du questionnaire :

- Q1 : « Il doit prendre en compte l'ensemble de mes problèmes de santé. »
- Q2 : « Il doit tenir compte de ma situation sociale, familiale, et de mon histoire personnelle. »
- Q3 : « Il doit me proposer des actions de dépistage et de prévention. »
- Q4 : « Il doit m'expliquer mes maladies, leur traitement, et leur suivi. »
- Q5 : « Il doit être capable de prendre en charge mes problèmes de santé urgents. »
- Q6 : « Il doit être capable de prendre en charge la plupart de mes problèmes de santé, quelque soit leur ancienneté ou gravité. »
- Q7 : « Il doit m'accompagner et me suivre sur le long terme. »
- Q8 : « Il doit se tenir informé de l'évolution de mon état de santé et en tenir compte. »
- Q9 : « Il doit communiquer et collaborer avec les autres médecins et professionnels de santé qui s'occupent de moi. »
- Q10 : « Il doit construire avec moi une relation basée sur le respect et la communication. »
- Q11 : « Il doit accueillir tous les patients sans discrimination. »
- Q12 : « Il doit respecter les différentes législations et code déontologique. »
- Q13 : « Il doit améliorer régulièrement ses compétences professionnelles en se tenant informé des évolutions de la médecine. »
- Q14 : « Il doit participer à des activités de recherche et/ou d'enseignement. »
- Q15 : « Il doit tenir compte de mon opinion. »
- Q16 : « Il doit agir avec altruisme et humanité. »

Figure 10 : Moyenne des notes attribuées à chaque proposition du questionnaire.



Les propositions 1 (« Il doit prendre en compte l'ensemble de mes problèmes de santé »), 4 (« Il doit m'expliquer mes maladies, leur traitement, et leur suivi »), 5 (« Il doit être capable de prendre en charge mes problèmes de santé urgents ») et 13 (« Il doit améliorer régulièrement ses compétences professionnelles en se tenant informé des évolutions de la médecine ») étaient significativement mieux notées par les répondants ($p < 0,05$).

A l'inverse, les propositions 2 (« Il doit tenir compte de ma situation sociale, familiale, et de mon histoire personnelle ») et 14 (« Il doit participer à des activités de recherche et/ou d'enseignement ») étaient significativement moins bien notées ($p < 0,05$).

Les patients qui avaient changé de médecin traitant en raison d'un manque de disponibilité accordaient statistiquement plus d'importance aux propositions 1 (« Il doit prendre en compte l'ensemble de mes problèmes de santé. ») et 2 (« Il doit tenir compte de ma situation sociale, familiale, et de mon histoire personnelle. ») ($p < 0,05$).

Ceux qui avaient un médecin traitant depuis moins d'un an accordaient statistiquement moins d'importance à la proposition 2 : « Il doit tenir compte de ma situation sociale, familiale, et de mon histoire personnelle. » ($p < 0,05$).

Les chômeurs, les employés, les patients dont le médecin traitant était une femme, ceux qui avaient un médecin traitant depuis 1 à 3 ans et ceux qui le consultaient plus d'une fois par mois accordaient statistiquement plus d'importance à la proposition 4 : « Il doit m'expliquer mes maladies, leur traitement, et leur suivi. » ($p < 0,05$).

Les employés accordaient statistiquement plus d'importance à la proposition 6 (« Il doit être capable de prendre en charge la plupart de mes problèmes de santé, quelque soit leur ancienneté ou gravité. ») ($p < 0,05$), tandis que les moins de 30 ans y accordaient statistiquement moins d'importance ($p < 0,05$).

Les patients qui avaient changé de médecin traitant en raison d'un manque de disponibilité et ceux qui consultaient plus d'une fois par mois accordaient statistiquement plus d'importance à la proposition 7 : « Il doit m'accompagner et me suivre sur le long terme. » ($p < 0,05$).

Les patients qui avaient choisi leur médecin traitant pour sa disponibilité et ceux qui consultaient plus d'une fois par mois accordaient statistiquement plus d'importance à la proposition 8 (« Il doit se tenir informé de l'évolution de mon état de santé et en tenir compte. ») ($p < 0,05$), à l'inverse de ceux qui consultaient moins d'une fois par an ($p < 0,05$).

Les patients dont le médecin traitant était une femme accordaient statistiquement plus d'importance à la proposition 9 (« Il doit communiquer et collaborer avec les autres médecins et professionnels de santé qui s'occupent de moi. ») ($p < 0,05$) tandis que les moins de 30 ans y accordaient statistiquement moins d'importance ($p < 0,05$).

Les patients qui avaient un médecin traitant depuis 1 à 3 ans accordaient plus d'importance à la proposition 10 (« Il doit construire avec moi une relation basée sur le respect et la communication. ») ($p < 0,05$), tandis que les moins de 30 ans y accordaient statistiquement moins d'importance ($p < 0,05$).

Les 30-49 ans, les employés et les personnes sans profession accordaient plus d'importance à la proposition 11 : « Il doit accueillir tous les patients sans discrimination. » ($p < 0,05$).

Les patients qui avaient changé de médecin traitant en raison d'un manque de disponibilité accordaient plus d'importance à la proposition 13 : « Il doit améliorer régulièrement ses

compétences professionnelles en se tenant informé des évolutions de la médecine. » ($p < 0,05$).

Les patients qui avaient choisi leur médecin traitant pour ses compétences médicales et ceux qui avaient changé de médecin traitant en raison de l'arrêt d'activité de leur précédent médecin accordaient plus d'importance à la proposition 14 (« Il doit participer à des activités de recherche et/ou d'enseignement. ») ($p < 0,05$), tandis que les moins de 30 ans y accordaient statistiquement moins d'importance ($p < 0,05$).

Les hommes accordaient moins d'importance à la proposition 16 « Il doit agir avec altruisme et humanité. » ($p < 0,05$).

L'ensemble des moyennes des notes attribuées en fonction des caractéristiques socio-démographiques et des caractéristiques du médecin traitant sont présentées dans l'annexe 5 (figures 54 à 63).

4) Importance accordée aux compétences en médecine générale :

La figure 11 montre les notes moyennes attribuées à chacune des 6 compétences.

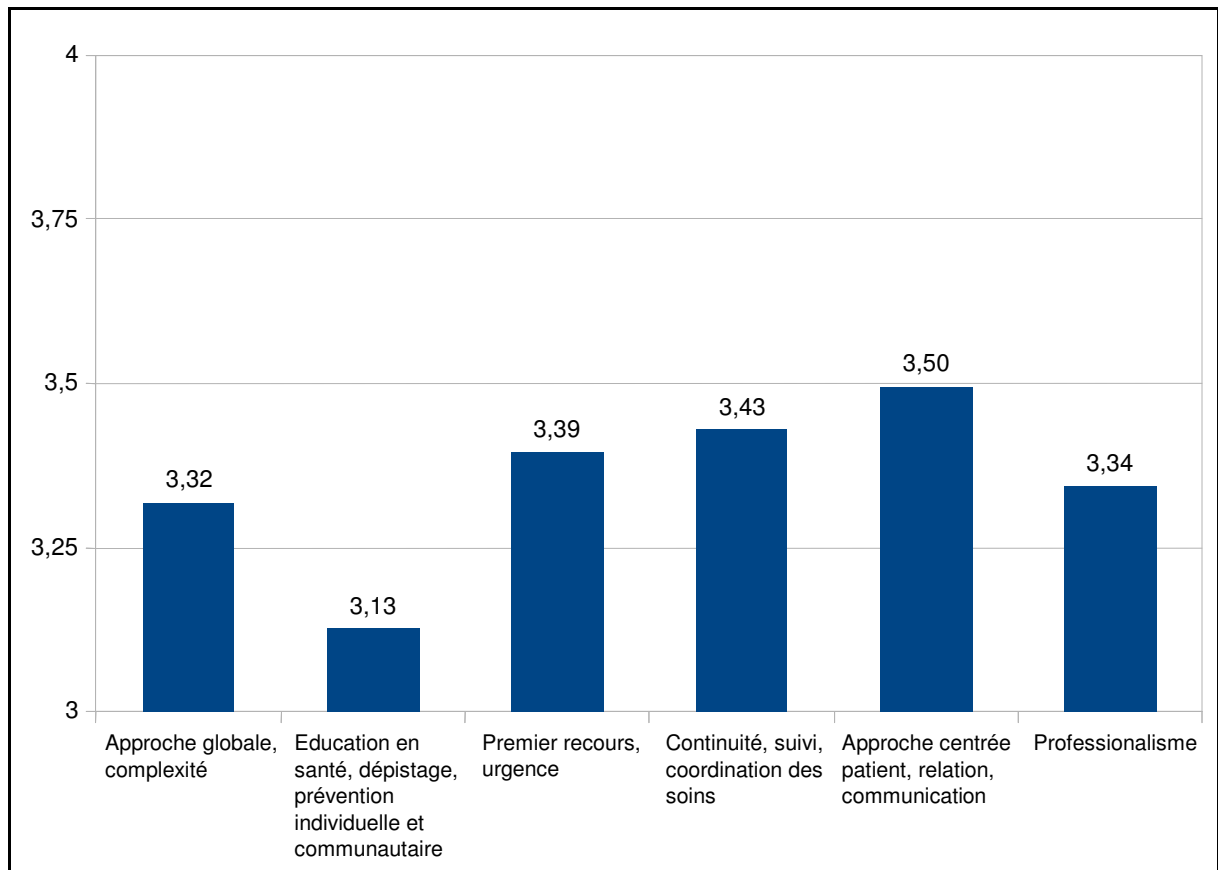
Celles-ci ont été calculées en cumulant les notes attribuées à chacune des 5 questions composant chaque compétence :

- compétence « approche globale, prise en compte de la complexité » : somme des réponses aux questions 1, 2, 6, 8 et 15 ;
- compétence « éducation, prévention, santé individuelle et communautaire » : somme des réponses aux questions 2, 3, 9, 14 et 15;
- compétence « premier recours, urgences » : somme des réponses aux questions 2, 5, 6, 11 et 13 ;
- compétence « continuité, suivi, coordination des soins autour du patient » : somme des réponses aux questions 6, 7, 8, 9 et 10 ;
- compétence « relation, communication, approche centrée patient » : somme des réponses aux questions 4, 7, 9, 10 et 12 ;
- compétence « professionnalisme » : somme des réponses aux questions 9, 10, 11, 13, 14 et 16.

En moyenne, les patients considéraient les compétences en médecine générale comme importantes.

La compétence « relation, communication, approche centrée patient » était significativement mieux notée ($p < 0,05$) tandis que la compétence « éducation, prévention, santé individuelle et communautaire » était significativement moins bien notée par les répondants ($p < 0,05$).

Figure 11 : Moyenne des notes attribuées aux 6 compétences en médecine générale.



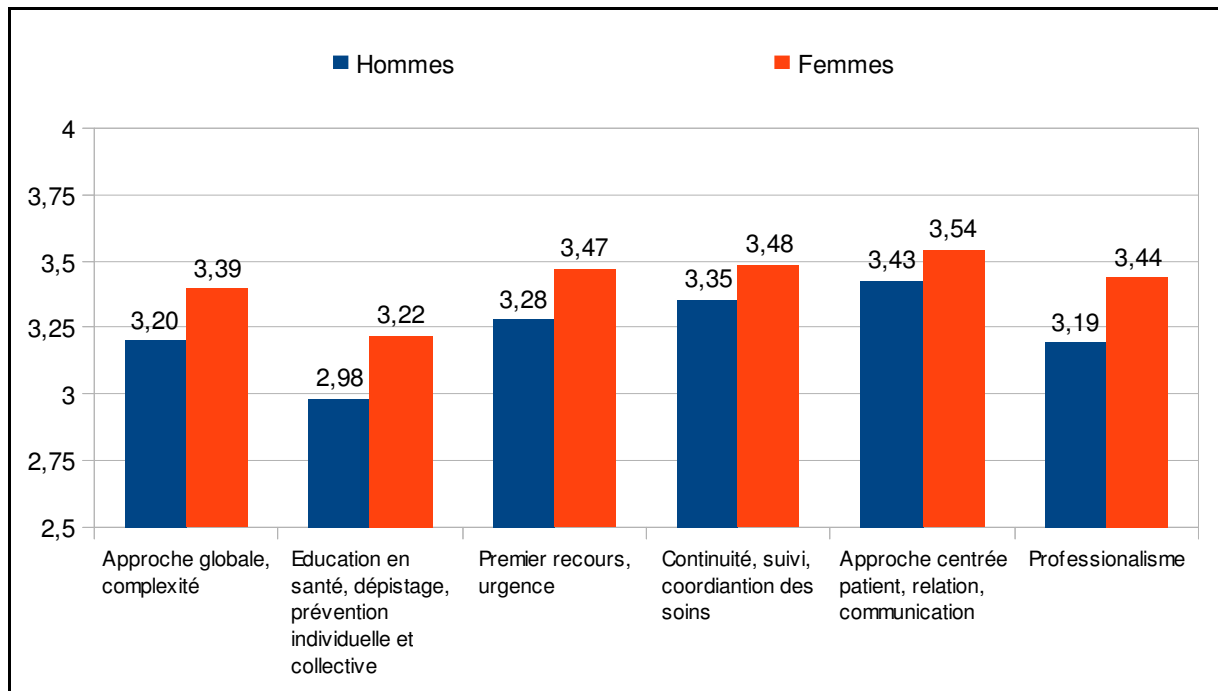
a) Résultats en fonction des caractéristiques socio-démographiques :

- **Selon le sexe :**

Les femmes attribuaient statistiquement plus d'importance aux compétences en médecine générale que les hommes.

Comparés aux résultats de l'ensemble de la population, les femmes accordaient plus d'importance aux compétences « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » ($p = 0,038$) et « professionnalisme » ($p = 0,001$) tandis que les hommes accordaient moins d'importance à la compétence « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » ($p = 0,02$).

Figure 12 : Moyenne des notes attribuées selon le sexe des patients.



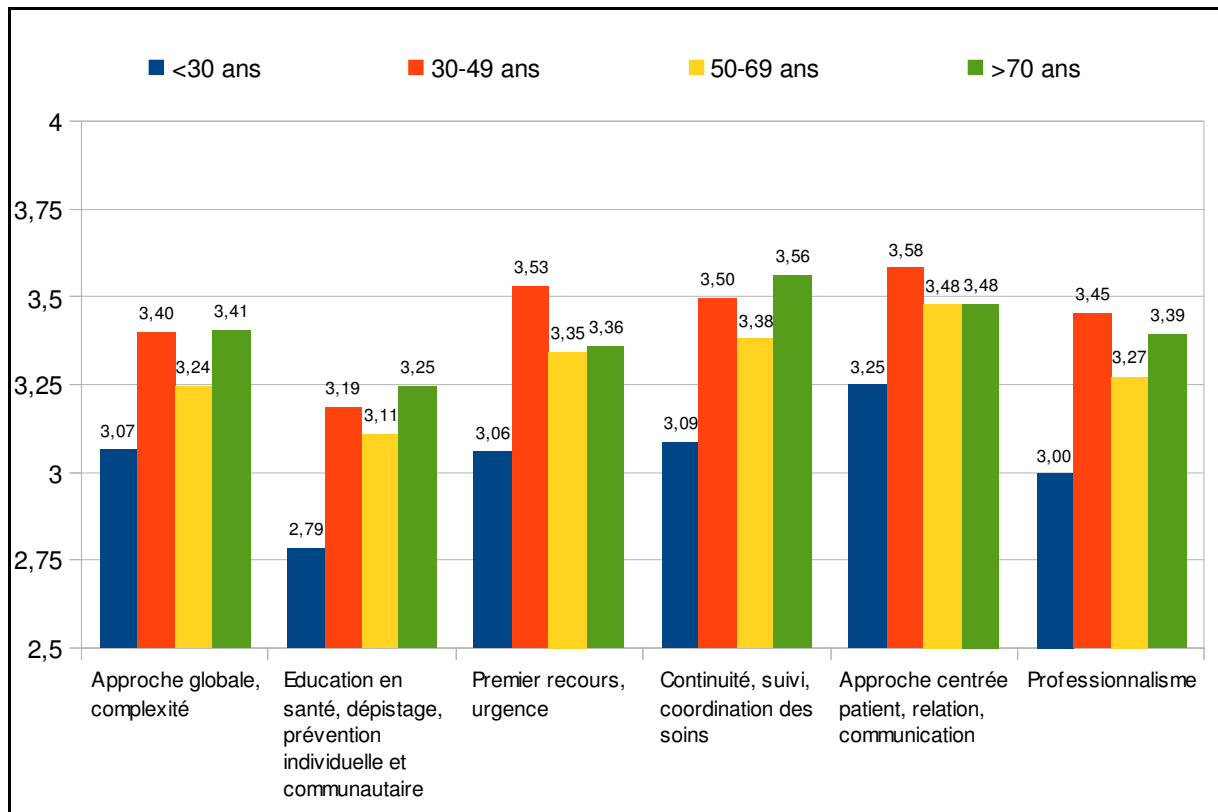
- **Selon l'âge :**

Les moins de 30 ans attribuaient statistiquement moins d'importance aux compétences en médecine générale que le reste de la population.

Les 30-49 ans accordaient plus d'importance aux compétences « premier recours, urgences » ($p = 0,001$), « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,03$), « approche centrée patient, relation, communication » ($p = 0,01$) et « professionnalisme » ($p = 0,002$).

Les plus de 70 ans accordaient plus d'importance à la compétence « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,01$).

Figure 13 : Moyenne des notes attribuées selon l'âge des patients.

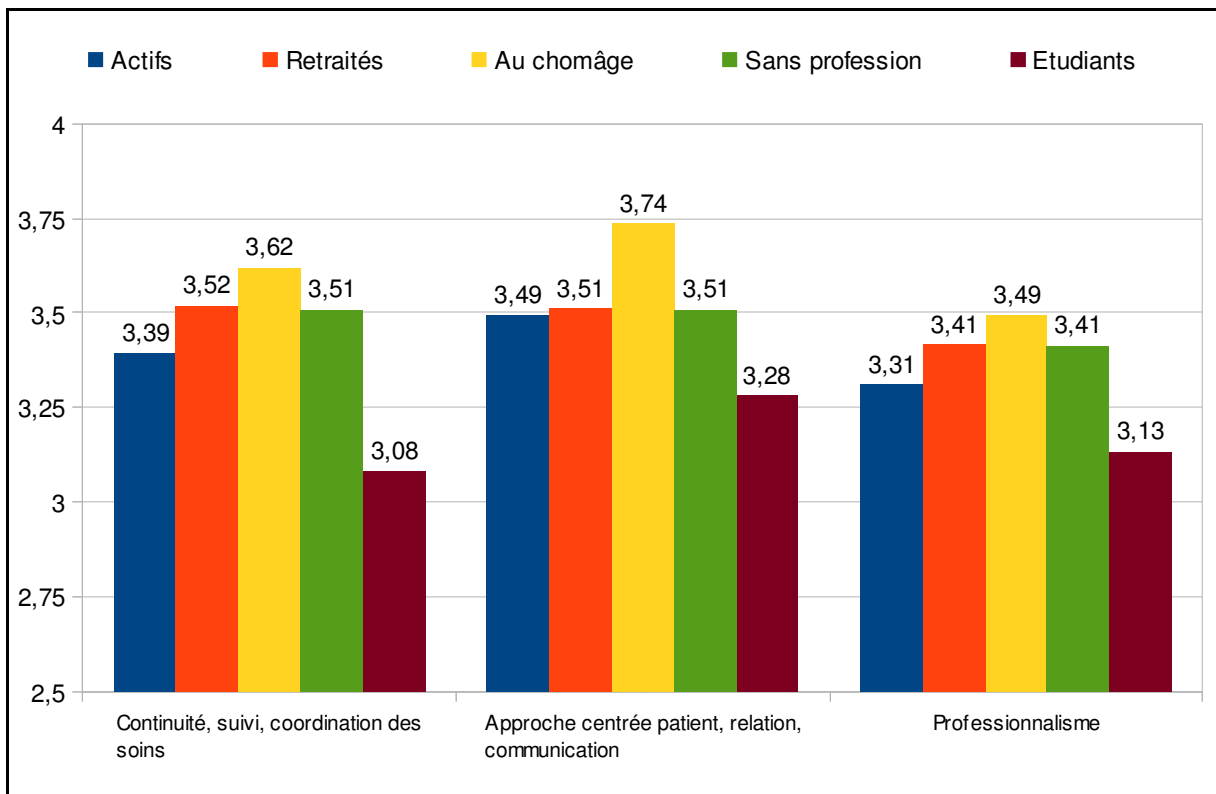
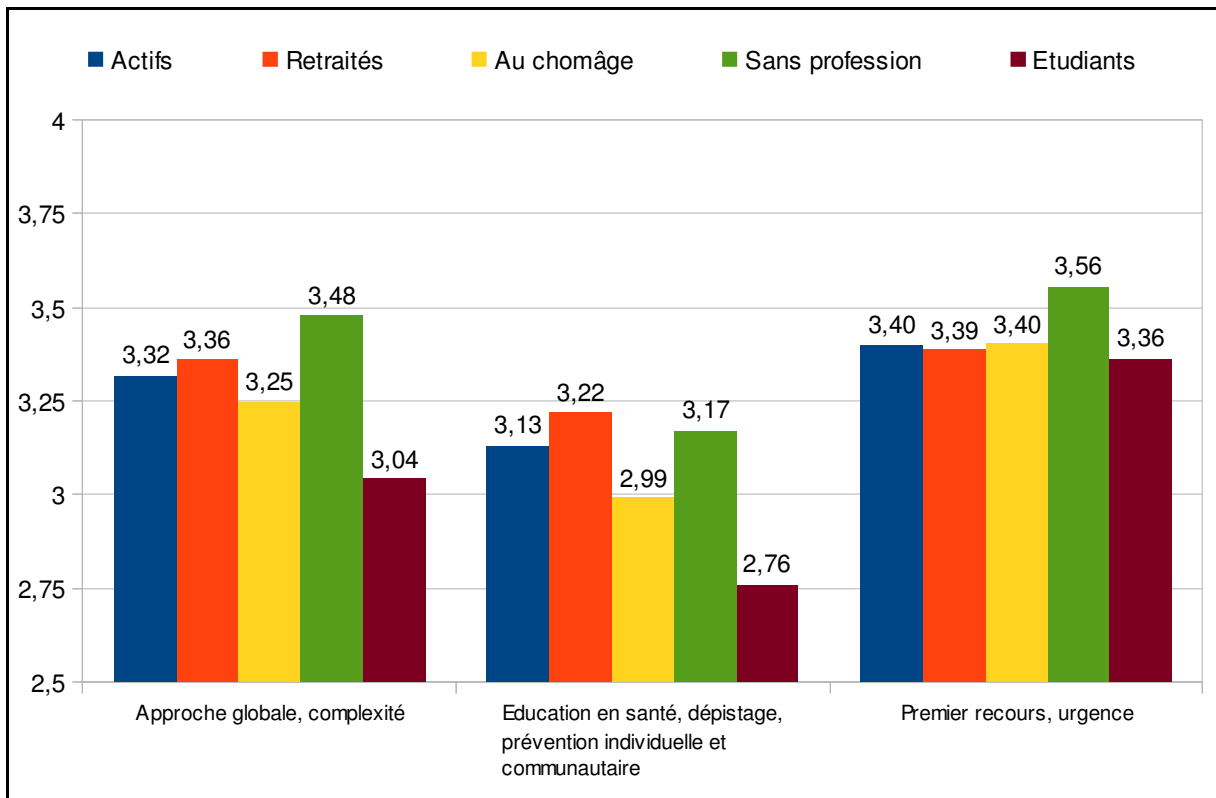


- **Selon la situation professionnelle :**

Les retraités, les chômeurs et les étudiants accordaient plus d'importance à la compétence « continuité, suivi, coordination des soins » (respectivement : $p = 0,03$; $p = 0,04$; $p = 0,04$).

Les chômeurs accordaient également plus d'importance à la compétence « approche centrée patient, relation, communication » ($p = 0,02$).

Figure 14 : Moyenne des notes attribuées selon la situation professionnelle des patients.

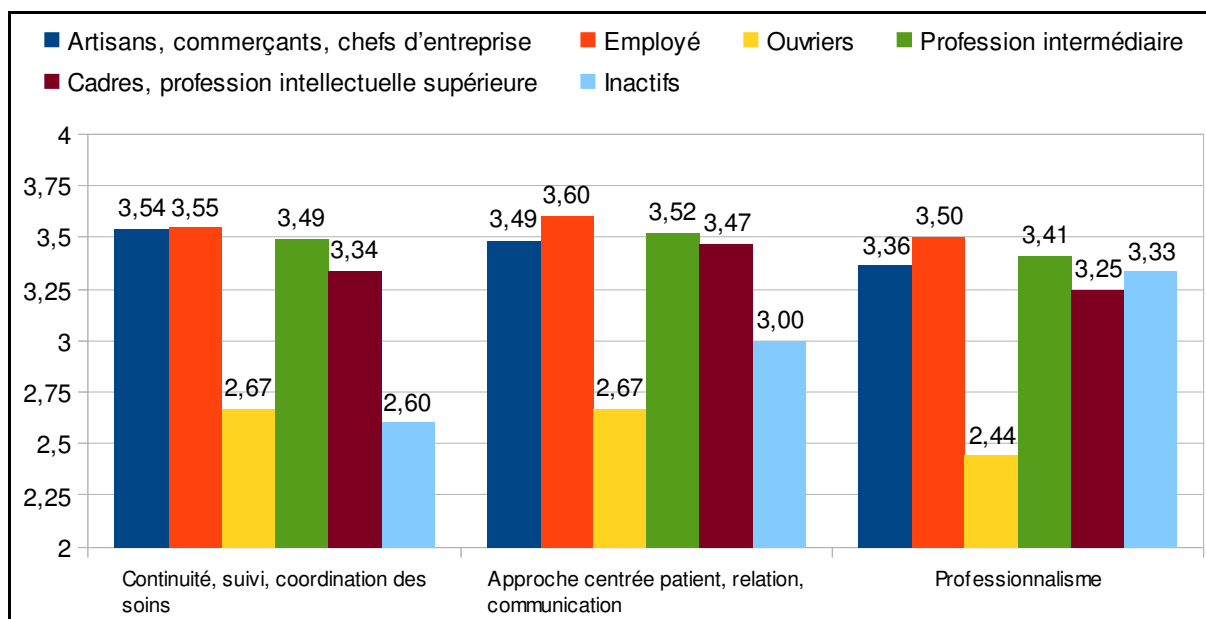
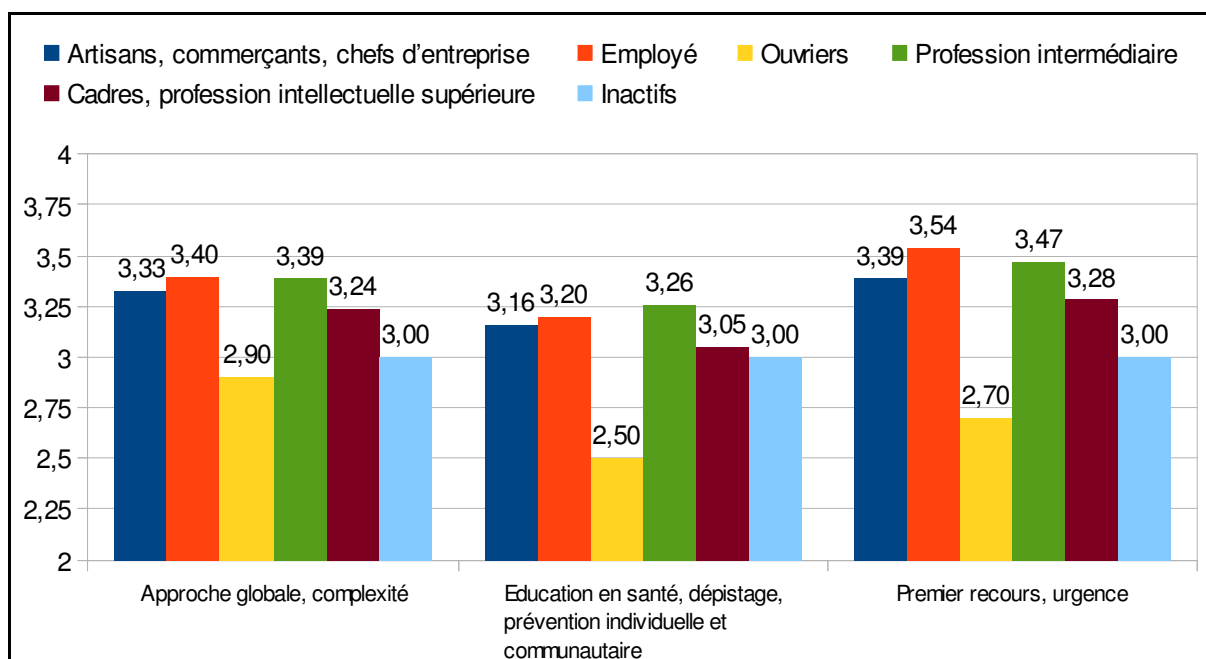


- **Selon la catégorie socioprofessionnelle :**

Les employés accordaient plus d'importance aux compétences « premier recours, urgences » ($p = 0,002$), « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,002$), « approche centrée patient, relation, communication » ($p = 0,005$) et « professionnalisme » ($p = 0,0004$).

Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise accordaient plus d'importance à la compétence « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,049$).

Figure 15 : Moyenne des notes attribuées selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.

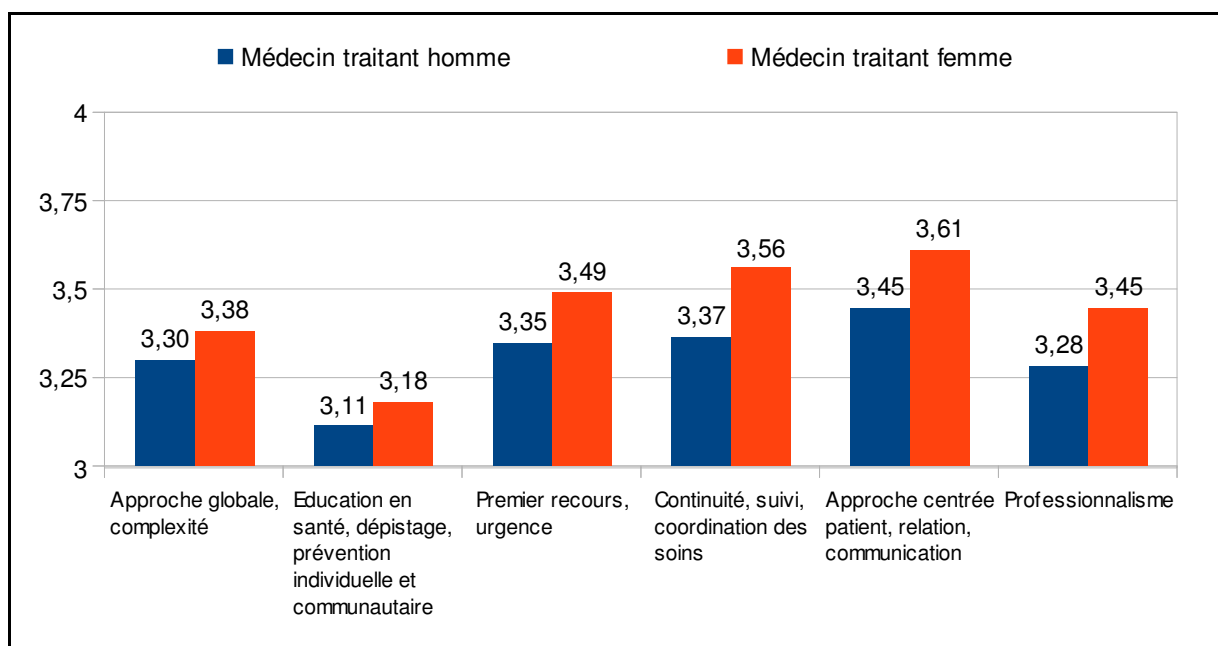


b) Résultats en fonction des caractéristiques du médecin traitant :

- **Selon le sexe du médecin traitant :**

Les patients dont le médecin traitant était une femme accordaient plus d'importance aux compétences « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,0004$), et « approche centrée patient, relation, communication » ($p = 0,002$).

Figure 16 : Moyenne des notes attribuées selon le sexe du médecin traitant.

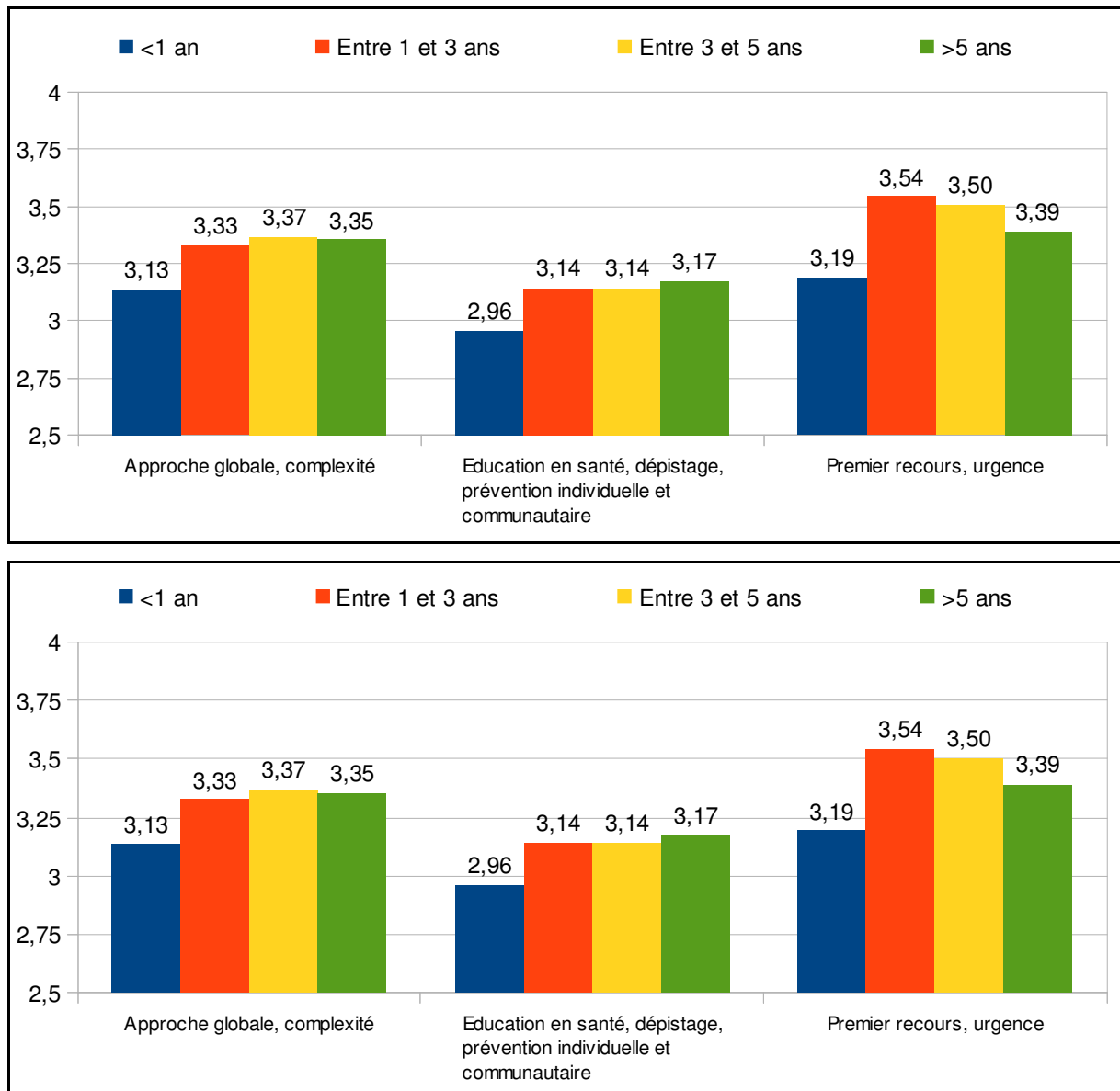


- **Selon l'ancienneté du médecin traitant :**

Les patients qui avaient un médecin traitant depuis plus de 5 ans accordaient plus d'importance aux compétences « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,048$), « approche centrée patient, relation, communication » ($p = 0,04$) et « professionnalisme » ($p = 0,03$).

Ceux qui avaient un médecin traitant depuis 1-3 ans accordaient plus d'importance à la compétence « premier recours, urgences » ($p = 0,047$).

Figure 17 : Moyenne des notes attribuées selon l'ancienneté du médecin traitant.

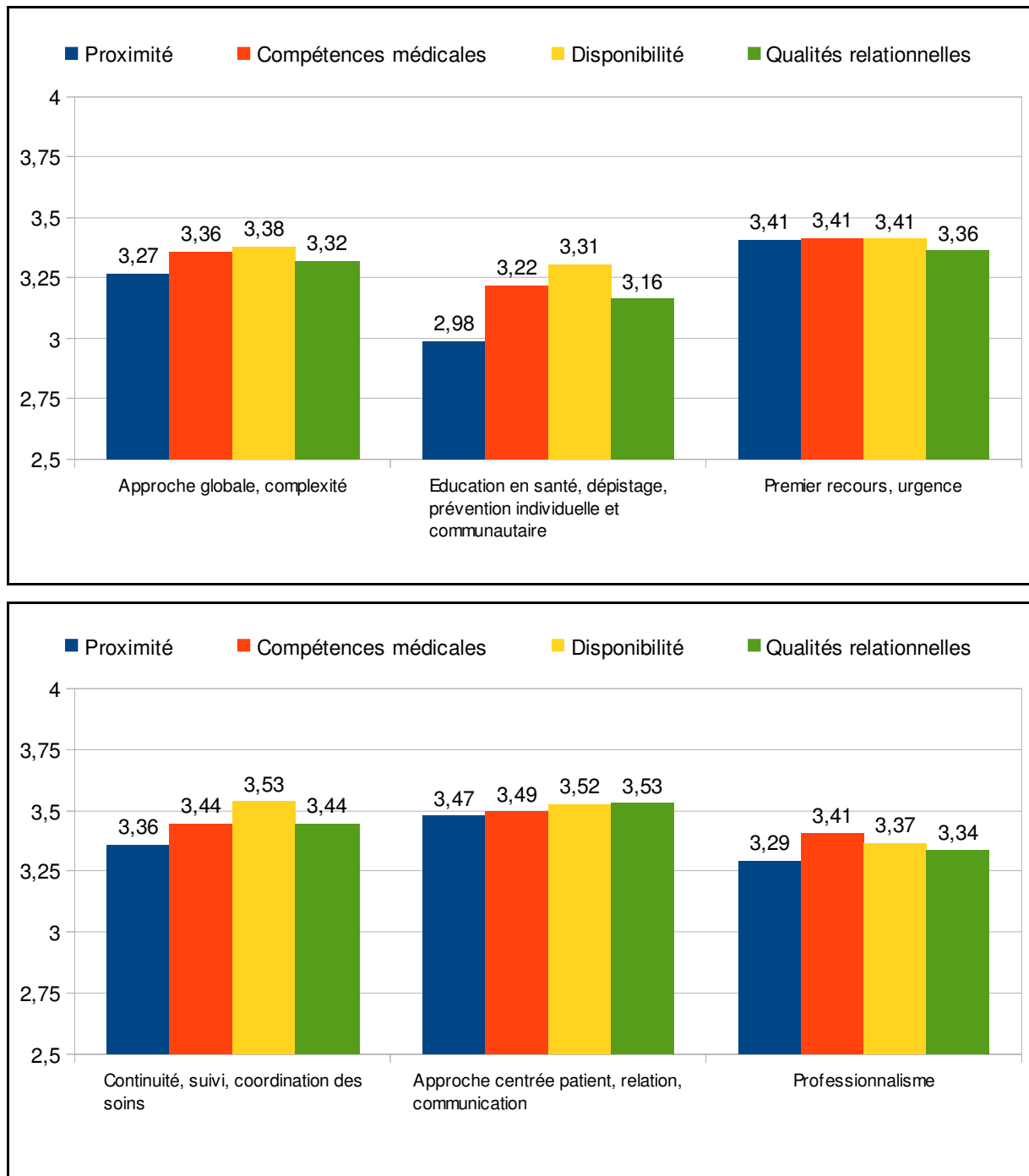


- **Selon les critères de choix du médecin traitant :**

Les patients qui avaient choisi leur médecin traitant pour sa proximité accordaient plus d'importance à la compétence « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » ($p = 0,02$).

Ceux qui l'avaient choisi pour ses compétences médicales accordaient plus d'importance à la compétence « professionnalisme » ($p = 0,03$).

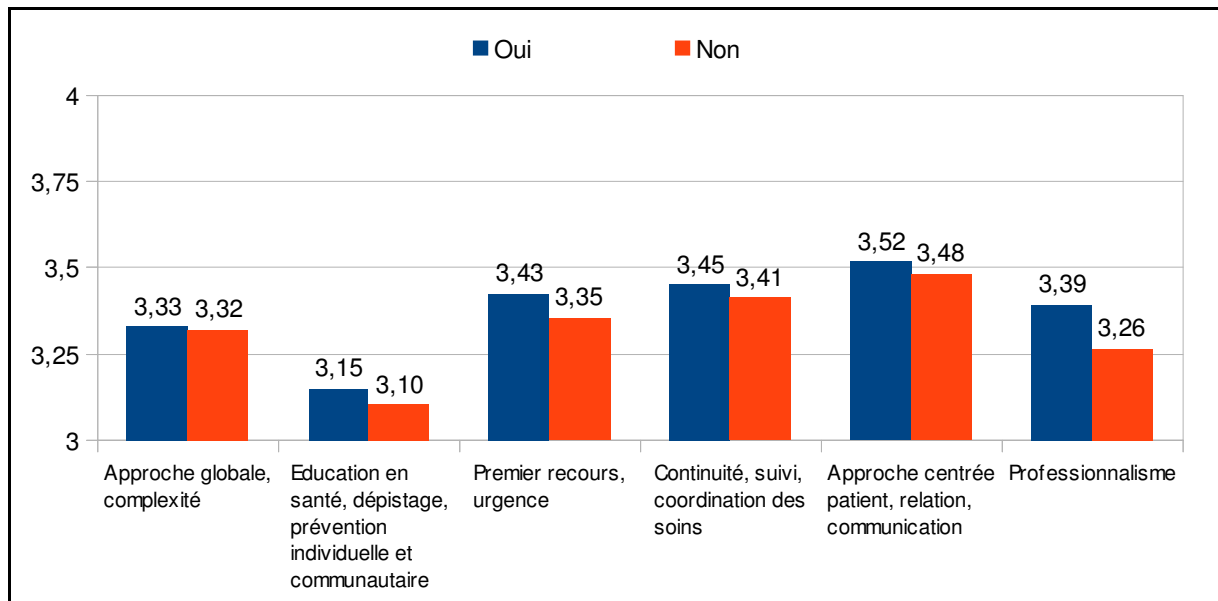
Figure 18 : Moyenne des notes attribuées selon le critère de choix du médecin traitant.



- **Selon le changement de médecin traitant :**

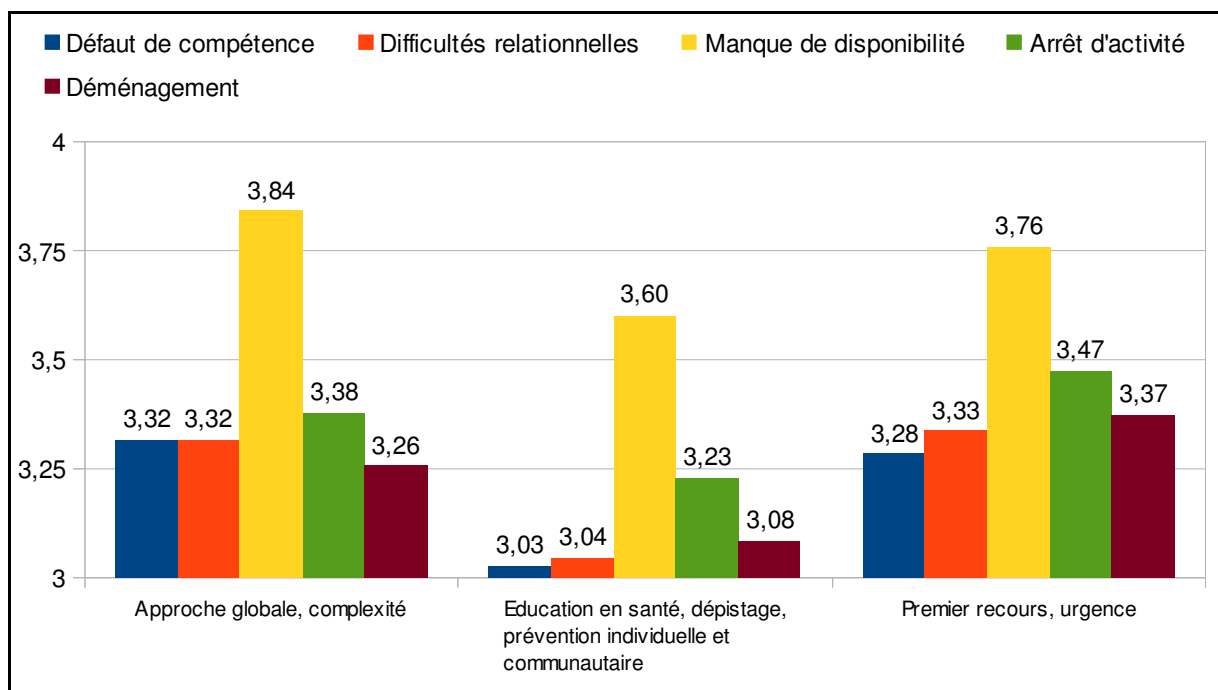
Les patients qui n'avaient jamais changé de médecin traitant accordaient plus d'importance à la compétence « professionnalisme » ($p = 0,02$).

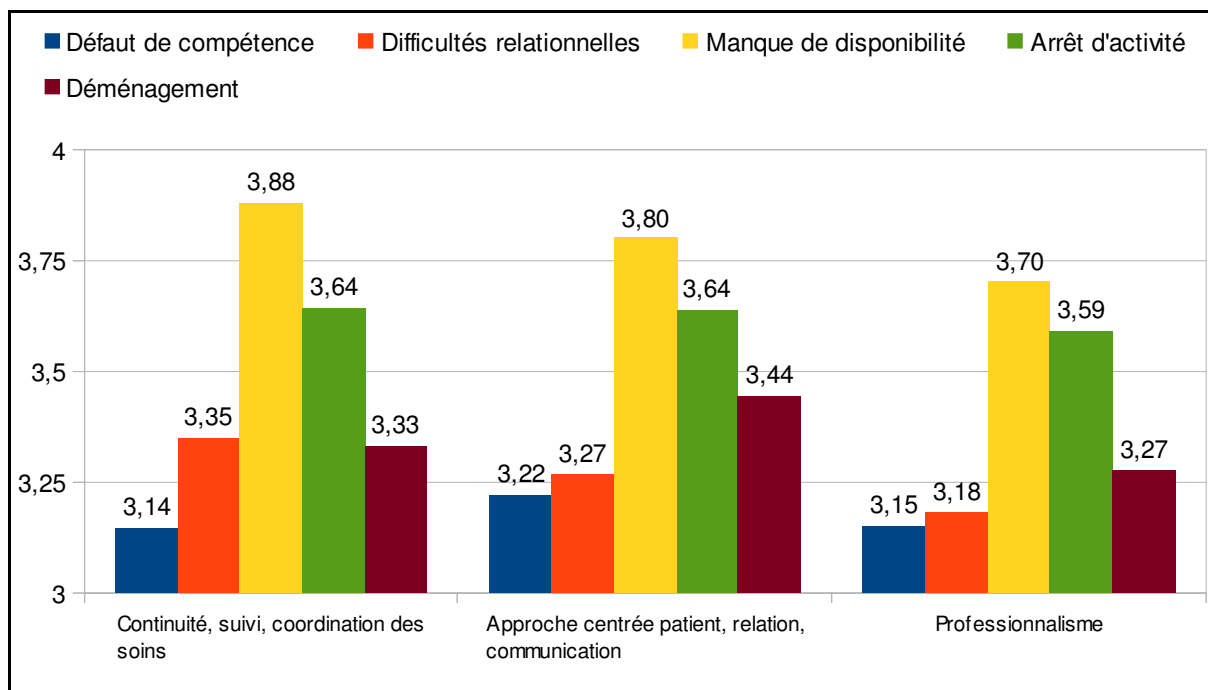
Figure 19 : Moyenne des notes attribuées selon le changement de médecin traitant.



Les patients qui avaient changé de médecin traitant en raison de l'arrêt d'activité de leur précédent médecin accordaient plus d'importance aux compétences « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,00003$), « approche centrée patient, relation, communication » ($p = 0,007$) et « professionnalisme » ($p = 0,000003$).

Figure 20 : Moyenne des notes attribuées selon la raison du changement de médecin traitant.

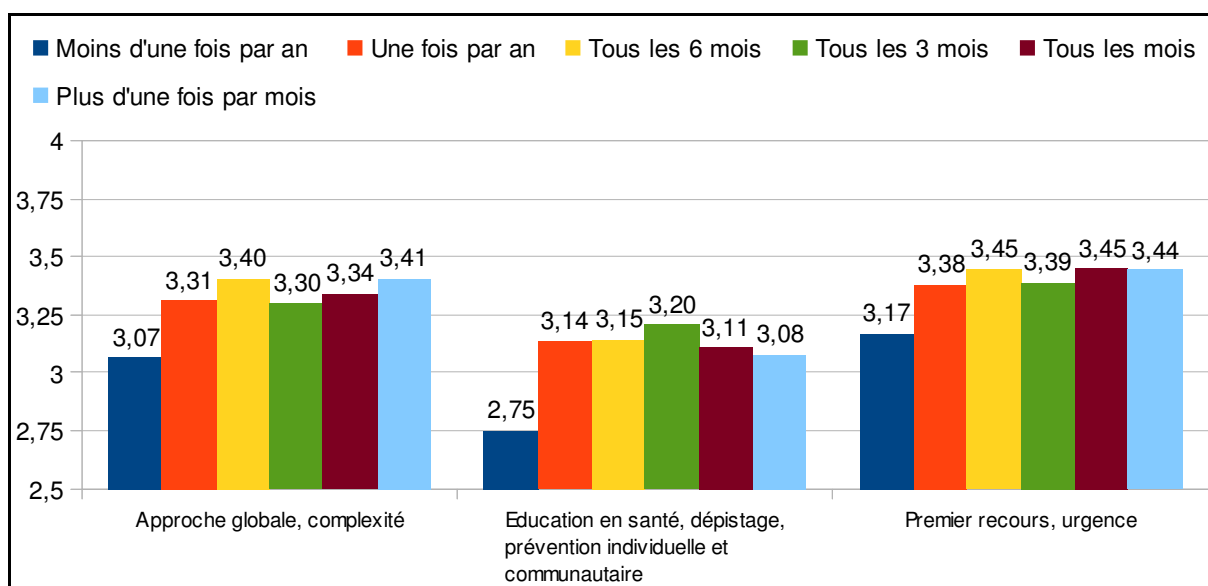


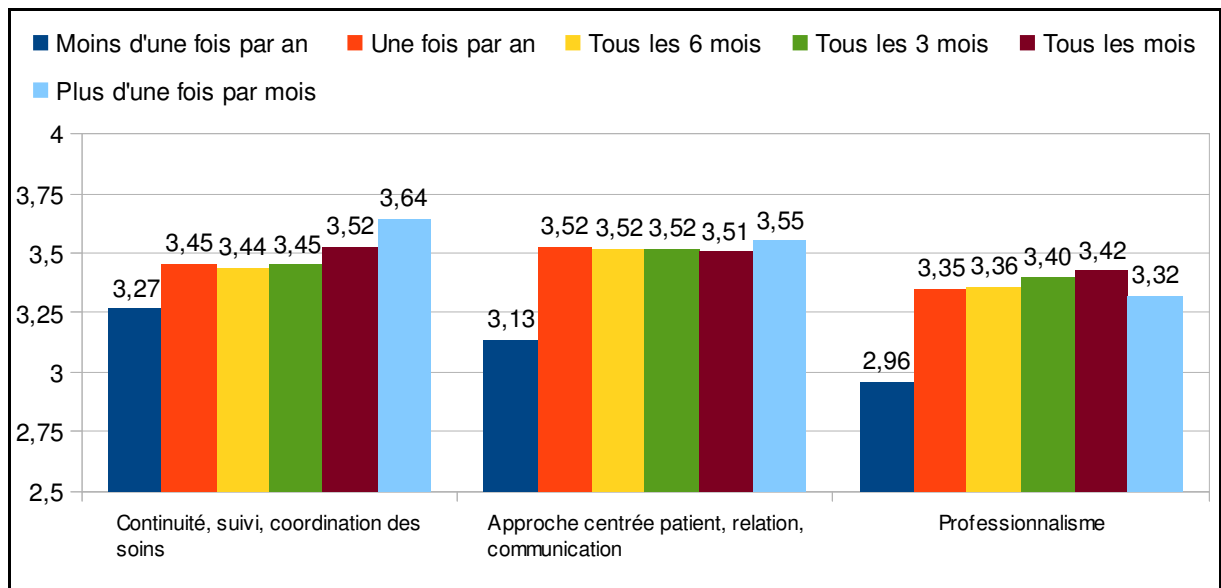


- **Selon la fréquence des consultations:**

Les patients qui consultaient leur médecin traitant plus d'une fois par mois accordaient plus d'importance à la compétence « continuité, suivi, coordination des soins » ($p = 0,04$), à l'inverse de ceux qui le consultaient moins d'une fois par an ($p = 0,005$).

Figure 21 : Moyenne des notes attribuées selon la fréquence des consultations chez le médecin traitant.





4) Autres qualités attendues d'un médecin généraliste :

68 patients ont répondu à cette question.

Il n'a pas été mis en évidence de qualité autre que celles auxquelles les compétences faisaient déjà référence.

Les qualités les plus fréquemment citées par les patients étaient :

- l'écoute : citée par 26 patients (38,2%) ;
- la disponibilité : citée par 9 patients (13,2%) ;
- l'orientation et la collaboration avec les autres professionnels de santé : citée par 7 patients (10,3%) ;
- la confiance : citée par 5 patients (7,3%).

L'ensemble des réponses données par les patients est disponible dans l'annexe 6.

DISCUSSION :

1) Synthèse et discussion des résultats :

Les compétences en médecine générale, telles qu'elles ont été définies par le CNGE, sont donc bien en adéquation avec ce que les patients attendent d'un médecin généraliste.

En effet, ces résultats montrent qu'ils les considèrent toutes comme importantes. De plus, la liste de ces compétences est exhaustive puisqu'il n'a pas été mis en évidence d'autre qualité attendue que celles auxquelles les compétences faisaient référence.

On peut toutefois s'interroger sur ce que les patients entendent par « compétence » en médecine générale.

En effet, nous avons vu en introduction qu'il existait plusieurs définitions du mot « compétence ». Le CNGE retenait celle-ci : « c'est un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné »³. Cette définition entend que le médecin généraliste doit non seulement savoir, mais également savoir faire, savoir être et surtout savoir agir.

Qu'est-ce qu'un patient définit comme étant un médecin généraliste « compétent » ? Est-ce un médecin capable d'établir un diagnostic juste et de prescrire le traitement adéquat ? Est-ce un « bon médecin » au sens où il a été défini dans un précédent travail¹² ? A savoir, un médecin capable d'un bon diagnostic et doté d'intégrité et d'une bonne qualité d'écoute. Est-ce plus que ça ?

Si l'on s'en réfère à ce que l'on peut entendre au quotidien, un médecin est qualifié de « compétent » lorsqu'il est capable d'établir un bon diagnostic et de prendre les mesures adaptées à la situation. Cette définition ne tient alors compte que du « savoir » et du « savoir faire ». Prenons maintenant l'exemple inverse : le médecin qualifié d'« incompetent ». Si ce jugement émane parfois d'une erreur médicale, il est surtout, le plus souvent, lié à une

difficulté de communication et/ou à un comportement inapproprié. Cela suppose alors que le médecin « compétent », à connaissances égales, sait « être » et « agir » de manière adéquate.

Pour revenir à notre étude, si notre questionnaire ne permettait pas de répondre précisément à cette question, les réponses des patients portent à croire que leur définition de la compétence du médecin généraliste est sensiblement la même que celle du CNGE. En effet, toutes les composantes des compétences en médecine générale sont jugées « importantes », qu'elles relèvent du « savoir », du « savoir faire », du « savoir être » ou du « savoir agir ».

Nous allons voir dans la suite de cette discussion, comment les patients jugeaient chacune des compétences en médecine générale, et quels aspects des soins étaient les plus valorisés.

- **Compétence « approche centrée patient, relation, communication » :**

Certaines compétences étaient particulièrement plébiscitées par les patients. C'est le cas de la compétence « approche centrée patient, relation, communication ». Ce travail vient ainsi confirmer les résultats de précédents travaux réalisés en France^{13, 14, 20} et à l'étranger^{12, 13, 15, 16, 17}.

En particulier, dans notre étude, les patients faisaient valoir leur besoin d'écoute et d'information, ce qui montre qu'ils veulent se sentir impliqués dans leur prise en charge : la proposition 4 (« Il doit m'expliquer mes maladies, leur traitement, et leur suivi. ») était significativement mieux notée par les répondants ; et la qualité d'écoute était la plus fréquemment citée par les patients.

De façon surprenante, la proposition « Il doit tenir compte de mon opinion. », bien que considérée comme importante par les répondants, faisait partie des moins bien notées. On peut supposer que les patients font confiance à leur médecin pour prendre les bonnes décisions et qu'ils ne se sentent pas suffisamment compétents pour donner leur avis. Cette hypothèse est corroborée par le fait que les plus bas niveaux sociaux-culturels faisaient partie de ceux qui accordaient le moins d'importance à la prise en compte de leur opinion, alors qu'ils faisaient valoir leur besoin d'explication. Les patients ne semblent pas prêts à prendre seuls les décisions les concernant. En revanche, ils souhaitent que ces décisions soient discutées et partagées avec leur médecin^{18,19}.

Cette compétence était également plébiscitée par les patients dont la relation avec le médecin traitant était la plus ancienne : elle serait donc, à leurs yeux, essentielle à une relation de qualité. Cette hypothèse est appuyée par le fait que les 30-49 ans, en pleine construction de leur relation médecin-patient, la plébiscitaient également.

Des résultats similaires ont été retrouvés par une étude française récente²⁰. Celle-ci montrait que, pour 98% des patients, la communication était une dimension prioritaire de leur relation avec les personnels de santé. Ce chiffre était encore plus important chez les femmes, les seniors et les patients atteints d'une affection de longue durée. 77% des patients se sentaient actifs dans leurs échanges avec leur médecin (83% chez les plus de 65 ans). Les mots « écoute » et « confiance » étaient les plus utilisés pour décrire la base de la relation patient-soignant.

Dans notre étude, les patients accordaient également une grande importance aux autres composantes de la compétence « approche centrée patient, relation, communication » : la communication et la collaboration avec les autres acteurs médico-sociaux, et le respect des différentes législations et du code déontologique.

Au vu de l'importance que les patients accordent à la communication, il paraît nécessaire de mettre l'accent sur la formation des internes dans ce domaine. Cette attente est partagée à la fois par les patients et par les professionnels de santé²⁰. Deux études françaises récentes ont montré que 96% des français étaient satisfaits de leur relation avec leur médecin traitant²⁰ et 78% de ses qualités d'écoute²¹. Ces bons résultats méritent d'être maintenus, voire améliorés. Bien qu'on ne puisse pas établir de norme en matière de communication (celle-ci devant être adaptée à l'interlocuteur et à la situation), certains points doivent être abordés au cours du cursus du DES.

Un travail de thèse²² portant sur l'évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation a montré que certains facteurs diminuaient significativement celle-ci. En ce qui concerne le patient, il s'agissait de : son âge avancé, l'insuffisance du temps de parole qui lui était accordé et les catégories socioprofessionnelles inférieures. En ce qui concerne le médecin, on retrouvait les mauvaises prédispositions (retard, fatigue, préoccupations), et une attitude non verbale inadaptée.

La connaissance de ces facteurs permet une action ciblée afin d'améliorer cette qualité d'écoute. En particulier, une bonne organisation du temps de travail semble nécessaire : hiérarchiser les motifs de consultation, programmer un autre rendez-vous pour traiter des problèmes moins urgents, prévoir un temps de consultation plus long pour les sujets âgés, ou encore trouver un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Les patients attendent d'avantage d'explications sur leurs pathologies et traitements et souhaitent que les soignants adoptent un langage plus simple²⁰. Cette aptitude est particulièrement importante face aux niveaux socioculturels les plus bas. En effet, ces patients peuvent parfois se sentir exclus des prises de décision les concernant car ils n'ont pas les connaissances médicales nécessaires. En témoigne le fait qu'ils accordent peu d'importance à ce que leur médecin tienne compte de leur opinion.

Etre capable de vulgariser les termes médicaux, de reformuler et de s'assurer de la bonne compréhension du patient est indispensable à l'instauration d'une relation de confiance. Une meilleure communication médecin-patient dans le cadre d'une relation centrée sur le patient permettra à celui-ci d'être acteur de sa prise en charge, de pouvoir donner son avis afin d'avoir un rôle actif dans les décisions. Il se sentira ainsi plus impliqué, valorisé. De plus, un patient qui non seulement comprend sa prise en charge, mais se sent également responsable de celle-ci est un patient qui se soigne mieux. Pour prendre l'exemple des maladies chroniques, il a été montré qu'accompagner le patient pour le rendre plus autonome favorisait son adhésion thérapeutique.

L'un des écueils de la formation des internes en médecine générale dans ce domaine est que la majorité de leurs stages se fait en milieu hospitalier. Les patients sont alors sous la surveillance constante de l'équipe médicale et paramédicale. La médecine générale se différencie par son mode d'exercice ambulatoire. Dans ce contexte, il est indispensable d'impliquer et de responsabiliser le patient dans sa prise en charge.

Pour conclure, l'aptitude à la communication n'est pas quelque chose d'inné. Il est nécessaire de former les internes (en particulier aux points sus-cités) afin de les rendre plus compétents dans ce domaine. Cela passe par une formation théorique (initiée lors du deuxième cycle) mais aussi et surtout par une expérience « sur le terrain » lors des stages chez le praticien. Le

projet de réforme de l'internat va dans ce sens en mettant l'accent sur les stages ambulatoires²³.

Afin de parfaire cet enseignement initial, les formations à la relation thérapeutique (tels que les groupes Balint) permettent aux médecins généralistes d'améliorer leurs compétences dans ce domaine. A partir de cas concrets et au travers d'une réflexion en groupe, ces programmes proposent aux médecins de travailler régulièrement sur leurs relations avec les malades afin d'analyser leur pratique et de la faire progresser.

- **Compétence « continuité, suivi, coordination des soins » :**

Le deuxième aspect des soins que les patients considéraient comme essentiel était la compétence « continuité, suivi, coordination des soins ».

Sans surprise, cette compétence était particulièrement importante aux yeux des patients dont le suivi était ancien ou rapproché. A l'inverse, elle l'était moins pour les plus jeunes et ceux qui ne consultaient que rarement.

Les patients mettaient tout particulièrement l'accent sur l'importance de deux composantes : d'une part le suivi et la prise en compte de l'évolution de leur état de santé, et d'autre part, la communication et la collaboration avec les autres acteurs médico-sociaux. En effet, ceux qui valorisaient cette compétence étaient également ceux qui accordaient le plus d'importance aux propositions 6 (« Il doit être capable de prendre en charge la plupart de mes problèmes de santé, quelque soit leur ancienneté ou gravité. »), 8 (« Il doit se tenir informé de l'évolution de mon état de santé et en tenir compte. »), et 9 (« Il doit communiquer et collaborer avec les autres médecins et professionnels de santé qui s'occupent de moi. »).

Ce résultat suggère l'importance que les patients accordent au rôle de « référent médical » et d'accompagnateur dans le parcours de soins. Ces deux caractéristiques essentielles de la fonction de médecin traitant avaient déjà été mises en évidence dans une étude française¹⁴. On peut y voir l'impact des réformes de 2004²⁴ et 2009²⁵ qui ont respectivement instauré le principe de parcours de soins coordonnés et de médecin traitant, et qui ont réaffirmé le

rôle du médecin généraliste comme acteur central dans la prise en charge du patient au sein du système de santé.

Si les répondants soulignaient l'importance de la collaboration entre le médecin traitant et les autres professionnels de santé, ils entendaient souvent par là que leur médecin traitant devait savoir les orienter vers un spécialiste en cas de besoin : « qu'il propose de consulter des spécialistes de médecine alternative/douce » ; « orientation vers spécialistes ou autres professionnels de santé en fonction des besoins de ses patients ».

Contrairement au modèle anglo-saxon du « gatekeeper », le médecin généraliste français n'a pas pour fonction d'adresser tous ses patients au spécialiste d'organe concerné. Le but du parcours de soins coordonnés est justement d'éviter les recours excessifs et inutiles aux spécialistes, en laissant au médecin traitant le rôle de premier recours : en tant que référent médical du patient, il est le mieux placé pour juger si une situation de soin nécessite ou non l'intervention d'un spécialiste. Comme nous le verrons dans le paragraphe suivant, ce rôle a bien été perçu et admis par les patients. Ils sont en droit d'attendre une coordination optimale entre leur médecin traitant et les autres professionnels de santé.

En effet, le bénéfice pour les patients d'une collaboration et d'une communication adaptées entre médecin traitant et autres professionnels de santé a été démontré^{26, 27, 28}. Néanmoins, bien que ce constat fasse l'unanimité, sa mise en oeuvre reste laborieuse.

Une étude française de 2009 mettait l'accent sur les difficultés de communication entre la ville et l'hôpital²⁹. Elle montrait que les médecins généralistes ne recevaient que 38% des comptes-rendus hospitaliers (92% en cas de simple consultation), et que ces comptes-rendus ne leur fournissaient pas toujours les informations nécessaires à la prise en charge ultérieure du patient. Seuls 36% des médecins étaient prévenus de la sortie de leur patient, et 16% de leur décès. En conséquence, 88% des médecins généralistes ne se sentaient pas associés au projet thérapeutique de leurs patients dès lors qu'ils étaient hospitalisés et 84% n'avaient pas le sentiment d'exercer le même métier que leurs collègues hospitaliers.

La communication avec les autres professionnels de santé du secteur libéral paraît plus efficace mais encore imparfaite, en particulier en ce qui concerne le délai de réponse³⁰.

Les médecins généralistes reconnaissent que s'ils rédigent des courriers détaillés lorsqu'ils adressent leurs patients à un confrère, ils se contentent le plus souvent d'une ordonnance lorsqu'il s'agit d'une demande d'imagerie, de bilan biologique ou d'une prescription de soins paramédicaux (infirmière, podologue, kinésithérapeute...).

Les responsabilités semblent donc partagées. Le manque de temps est une raison fréquemment invoquée par les deux partis pour justifier cette défaillance³⁰.

Si les médecins généralistes n'ont pas le pouvoir de remédier à ce problème venant de leurs partenaires de soins, il est de leur devoir de communiquer au mieux avec les autres professionnels de santé, dans l'intérêt du patient. A titre d'exemple, la rédaction d'un courrier détaillé accompagnant le patient est un moyen de mettre toutes les chances de son côté pour obtenir une réponse en retour et de s'assurer ainsi d'une fréquence d'échange satisfaisante. L'optimisation de l'outil informatique et l'emploi d'une secrétaire permettent de s'alléger de certaines tâches administratives. La constitution d'un réseau de correspondants médicaux et paramédicaux personnalise et humanise la relation entre médecin généraliste et autres professionnels de santé.

Les internes sont confrontés quotidiennement à ces difficultés de communication, que ce soit en ville ou à l'hôpital. L'acquisition de la compétence « continuité, suivi, coordination des soins » est, par définition, le fruit du temps et de l'expérience. Les stages ambulatoires de six mois (un an tout au plus si l'on enchaîne stage de niveau 1 et stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé) leur permettent de suivre des patients à court ou moyen terme. Rallonger la durée des études et/ou des stages ne semble pas être une solution adaptée. En revanche, exposer, au cours du cursus des solutions facilement applicables en pratique pour pallier à ces difficultés de communication permettrait aux jeunes médecins de démarrer leur carrière avec des bases solides. Il leur sera libre de les faire évoluer au grès de leur pratique et de leur expérience.

Etonnement, si le suivi médical semblait primordial aux yeux des patients de notre étude, la prise en compte de leur situation sociale, familiale, et de leur histoire personnelle apparaissait comme secondaire : la proposition 2 (« Il doit tenir compte de ma situation sociale, familiale, et de mon histoire personnelle ») était significativement moins bien notée.

Est-ce à penser qu'ils souhaitent que leur médecin ne les voit que comme des patients et se désintéresse de leur vie personnelle ? Une telle conclusion nous semble erronée au vu de ce que nous pouvons vivre quotidiennement. En effet, il est coutumier qu'un même médecin généraliste suive toute une famille, partageant ainsi son histoire. D'ailleurs, plusieurs patients y font référence dans leurs commentaires : « à l'époque de ma jeunesse les médecins généralistes faisaient un peu partie de la famille et nous n'étions pas qu'un numéro », « le mien

de docteur me suis ainsi que [ma] famille depuis 9 ans et [j'en] suis très satisfaite ». De plus, il a été montré que les patients qui étaient satisfaits de leur médecin généraliste le recommandaient à leurs proches³¹.

Toutefois, il est possible que les répondants n'aient pas conscience de l'importance pour un médecin généraliste de prendre en compte l'environnement du patient. En effet, nous n'explicitons probablement pas suffisamment le fait que chacune de nos décisions s'intègre dans un contexte de prise en charge globale. Promouvoir la décision partagée, c'est non seulement impliquer le patient dans les décisions médicales le concernant, mais également lui montrer que ces décisions tiennent compte de son contexte de vie. En effet, au travers des échanges que nous aurons avec lui pour prendre ces décisions ensemble, nous pourrons apprendre à mieux le connaître en tant qu'individu. De la sorte, notre prise en charge sera plus personnalisée, et donc plus adaptée.

- **Compétence « premier recours, urgences » :**

Une des autres caractéristiques de la médecine générale mise en exergue par les patients était le rôle de premier recours. En témoigne le commentaire d'un patient : « c'est notre premier lien avec le corps médical ! ».

Cette compétence était particulièrement plébiscitée par les moins de 50 ans et ceux dont la relation médecin-patient était la plus récente. Cette population mettait en avant l'importance de l'aptitude à l'urgence, de l'accueil et de la disponibilité : les propositions 5 (« Il doit être capable de prendre en charge mes problèmes de santé urgents. ») et 11 (« Il doit accueillir tous les patients sans discrimination. ») étaient significativement mieux notées par les répondants. La disponibilité était une des qualités les plus fréquemment citées par les patients. Comme en témoigne les résultats de précédentes études^{32, 33}, cette notion d'accessibilité apparaît donc comme primordiale. D'ailleurs, dans notre travail, la proximité géographique était le premier critère de choix du médecin traitant, et sa disponibilité le troisième.

Dans un contexte où les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux, et se retrouvent face à une demande croissante de soins, les attentes des patients et des pouvoirs publics en terme d'accès aux soins de premier recours sont donc de plus en plus pressantes.

A l'échelle nationale, le principal enjeu consiste à augmenter le nombre de médecins généralistes en activité et à les inciter à repeupler les déserts médicaux.

A l'échelle individuelle, on attend des médecins généralistes d'optimiser leur accessibilité. Organiser son temps de travail pour être plus efficace, s'alléger de certaines tâches administratives, s'installer en cabinet pluriprofessionnel ou en maison de santé, développer un système d'astreintes téléphoniques ou de télé médecine sont autant de pistes pour permettre d'améliorer l'accès aux soins.

D'autre part, l'exercice de la médecine de premier recours nécessite de savoir gérer l'incertitude face à la diversité des motifs de consultation en médecine générale. Notre questionnaire ne permettait pas de juger la manière dont les patients percevaient cet aspect des soins.

Néanmoins, certains résultats témoignaient de l'attentes des patients d'un diagnostic tangible. En effet, les compétences médicales étaient le premier critère de choix (43,9% des sujets interrogés) et la troisième raison de changement de médecin traitant (34,1% des sujets interrogés). L'amélioration régulière des compétences professionnelles (proposition 13) était significativement mieux notée par les répondants. La capacité à prendre en charge « la plupart [des] problèmes de santé, quelque soit leur ancienneté ou gravité. » (proposition 6) était considérée comme importante. Enfin, plusieurs patients y faisaient référence parmi les autres qualités attendues d'un médecin généraliste : « doit consulter tout le corps pour détecter toutes les maladies » ; « capable de faire un bon diagnostic » ; « il ne doit rien laisser au hasard car c'est vers lui qu'on se tourne en premier » ; « un diagnostic rapide et juste ». Avec l'essor des nouvelles technologies et de la médecine fondée sur les preuves, l'erreur semble donc inacceptable.

Or, par définition, la médecine générale base sa démarche décisionnelle sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires⁹. La gestion de l'incertitude fait donc partie du quotidien du médecin généraliste, d'autant plus qu'il intervient au stade précoce et indifférencié des maladies. Tenter de cogérer cette incertitude avec le patient en lui en faisant part et en l'assurant des moyens entrepris pour parvenir à un diagnostic apparaît le meilleur moyen de concilier le doute du médecin avec les attentes des patients, et de renforcer la relation de confiance qui les lie l'un à l'autre.

Nous avons choisi volontairement de ne pas faire apparaître l'activité de hiérarchisation des plaintes et la réalisation des gestes techniques. En effet, si ces aptitudes nous semblent essentielles à l'exercice de la médecine générale, il est difficile pour un patient de les juger.

- **Compétence « professionnalisme » :**

La compétence « professionnalisme » est, à mon sens, la plus difficile à appréhender pour les patients. En effet, elle synthétise à elle seule l'ensemble des champs d'activité d'un médecin généraliste, intégrant à la fois des notions éthiques, déontologiques et politiques.

Il est donc logique que ceux qui l'estimaient importante soient ceux dont la relation médecin-malade était la plus ancienne, c'est-à-dire ceux qui, au travers du lien qu'ils ont tissé avec leur médecin traitant, ont eu le temps de découvrir les différents aspects du métier de généraliste.

Bien que, dans notre étude, cette compétence n'apparaissait pas parmi les mieux notées, on remarque que ses composantes faisaient partie de ce que les patients considéraient comme le plus important : l'accès équitable aux soins pour tous, l'information du patient, la collaboration avec les autres professionnels de santé.

A l'exception de ceux dont la relation médecin-malade était ancienne, les patients jugeaient peu important que leur médecin généraliste participe à des activités de recherche ou d'enseignement : la proposition 14 était significativement moins bien notée par les répondants. Cela peut sembler surprenant de la part de personnes issues de la patientèle de maîtres de stage. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'ils ne perçoivent pas le bénéfice qu'une telle occupation peut avoir pour eux et pour la population générale.

En revanche, ils attendaient d'un médecin généraliste qu'il améliore régulièrement ses compétences professionnelles : la proposition 13 faisait partie des mieux notées. Dans ce cas, ils saisissaient très bien l'impact que cela pouvait avoir sur leur propre prise en charge : un médecin plus au fait des dernières évolutions de sa discipline sera plus à même de mieux les soigner.

Visiblement, les patients ne faisaient pas le lien entre ces deux activités. Pourtant, s'impliquer dans des activités de recherche et d'enseignement participe à la formation continue. Cela oblige à remettre constamment à jour ses connaissances et à garder un esprit critique. De plus, dans le cadre d'un exercice de la médecine générale bien souvent individuel, c'est un excellent moyen de confronter sa pratique à l'avis de confrères ou d'étudiants, et ainsi de progresser ensemble. Partager ces expériences avec ses patients en les faisant participer à des

recherches ou encore en les associant, pendant la consultation, aux discussions avec les étudiants permettraient à tous d'apprendre les uns des autres.

Une fois de plus, nous avons choisi volontairement de ne pas faire apparaître les aspects de gestion des ressources de soin, d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, et de gestion de l'outil de travail car il nous semblait difficile pour un patient de les juger.

- **Compétence « approche globale, complexité » :**

L'importance de cette compétence a probablement été mal évaluée par les répondants. En effet, alors que c'est l'une des caractéristiques fondamentales de la médecine générale, elle fait partie des moins bien notées.

Là encore, elle intègre des notions difficiles à appréhender pour les patients. Pour reprendre la définition du CNGE, il s'agit de « la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé quelque soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale »¹⁰. Cette aptitude nécessite donc d'analyser, pour chaque situation de santé, à la fois les connaissances médicales disponibles, le contexte psycho-social et culturel du patient, le niveau d'incertitude, et d'être capable de les intégrer dans une prise en charge globale pour prendre la décision la mieux adaptée, en accord avec le patient. Elle requiert donc non seulement des compétences médicales, mais aussi une capacité d'évaluation et de synthèse qu'il est difficile pour un patient de juger.

Si l'importance que les répondants accordent à cette compétence ne se détache pas des résultats, on remarque que la proposition 1 (« Il doit prendre en compte l'ensemble de mes problèmes de santé. ») était significativement mieux notée. Comme nous l'avons vu précédemment, les patients ne semblaient pas avoir conscience de l'importance pour un médecin généraliste de prendre en compte l'environnement. Ce poids accordé au contexte médical sans tenir compte du contexte de vie peut expliquer pourquoi cette compétence apparaît sous-évaluée. Encourager le patient à être pleinement acteur de sa santé au travers de la décision partagée, et expliciter plus clairement les raisons de nos choix lui permettront de mieux appréhender sa prise en charge et les conséquences que celle-ci pourrait avoir, notamment sur son mode de vie. Ainsi, plus éclairé, il sera plus à même de choisir la solution la mieux adaptée à son cas, et par la suite, d'y adhérer.

- **Compétence « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » :**

La compétence « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire », bien que jugée comme importante par les patients, était la moins bien notée.

Seules les femmes y accordaient plus d'importance que le reste de la population. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'elles sont plus sensibilisées à l'importance du dépistage et de la prévention (cancer du col de l'utérus, prévention des risques materno-foetaux, cancer du sein...). Il a aussi été montré qu'elles accordent une confiance plus importantes dans les informations reçues par les professionnels de santé une fois devenues mères³⁴. On peut y voir l'effet de l'éducation qu'elles ont reçue au cours de leur grossesse et des premières années de vie de leur bébé. D'autre part, le sentiment d'être responsable de la santé de leur enfant en plus de la leur peut les inciter à rechercher des informations plus fiables.

Plusieurs obstacles à la mise en pratique de cette compétence peuvent expliquer ce désintérêt des patients.

Tout d'abord, les patients soulignaient le manque de temps à disposition du médecin généraliste pour réaliser ses différentes missions : « en a-t-il le temps ? » ; « pratiquement tout est très important mais difficilement réalisable avec le peu de temps que le généraliste peut consacrer à chaque patient pour 23€ par consultation » ; « si le médecin généraliste veut pouvoir faire face à toutes ses situations, cela lui demandera beaucoup de temps ; avoir le temps c'est sans doute ce qui manque le plus à notre époque ». Or, la part de temps nécessaire à la réalisation des soins préventifs recommandés par rapport au temps médical disponible a été évaluée à 44 % en moyenne³⁵. Il apparaît donc presque impossible pour un médecin généraliste d'assurer parfaitement cette mission. D'ailleurs le constat est amer : selon un sondage récent, seuls 14% des patients considèrent que les professionnels de santé sont efficaces dans leurs actions de prévention²¹.

Par définition, prévenir ou dépister une pathologie revient à agir avant l'apparition des premiers symptômes... et chez un patient qui ne sera peut-être jamais malade ! Le bénéfice attendu pour les patients peut donc leur paraître abstrait. Le fait qu'ils ne se sentent pas

concernés explique en partie leur désintérêt, voire leur difficulté d'acceptation de cet aspect des soins.

D'autre part, dans le cadre du dépistage, la crainte des patients (et parfois des médecins) d'un résultat positif, ou au contraire de réaliser des examens « pour rien » peut les rendre réticents à entreprendre une telle procédure.

Enfin, d'autres difficultés sont plus particulièrement mises en avant par les médecins³⁶ : doute sur leur propre pratique du dépistage (en particulier face à certains gestes cliniques tels que l'examen de la peau, le frottis, ou le toucher rectal), nombre et absence de clarté des recommandations, ou encore oubli.

Patients comme médecins feraient donc passer cette activité au second plan au profit des autres compétences ? Comment rassembler patients et médecins autour de cette mission essentielle du médecin généraliste ?

La première étape consiste à réconcilier les patients avec l'aspect préventif des soins. Le médecin traitant, du fait de la relation unique qui le lie à son patient, se doit d'en être l'initiateur.

En effet, sa connaissance intime du patient, de son histoire et de son mode de vie lui permet de mieux cibler les points sur lesquels il doit axer son éducation et sa prévention.

D'autre part, la position du médecin généraliste en premier recours l'amène à rencontrer des patients de tous âges et ayant des problèmes de santé extrêmement variés qui sont autant d'occasions d'aborder les sujets de la prévention et de l'éducation à la santé. Et la relation de confiance qui le lie à son patient est le cadre idéal pour aborder certaines questions personnelles telles que la sexualité, la consommation de toxiques ou encore les maladies héréditaires.

Enfin, en tant que référent médical sur le long terme, c'est aussi le plus à même de faire prendre conscience au patient du bénéfice d'une action précoce pour prévenir des conséquences lourdes dans le futur : agir en amont, c'est éviter la maladie, mieux la soigner, et augmenter ses chances de guérison. Responsabiliser et autonomiser le patient face à sa santé actuelle et future c'est l'ériger en acteur principal de sa prise en charge.

Sur un plan plus pratique, plusieurs outils sont à notre disposition pour faciliter notre action. Pour prendre l'exemple du sevrage tabagique, le bénéfice du conseil minimal n'est plus à démontrer : deux phrases (« Fumez-vous ? » et « Voulez-vous arrêter de fumer ? ») suffisent à

encourager le sevrage, et à prolonger la durée de l'abstinence³⁷. Ce modèle d'intervention courte est déclinable dans d'autres domaines : le risque suicidaire chez l'adolescent (échelle TSTS-Cafard), ou encore les troubles cognitifs (MMS, test des 5 mots de Dubois ou test de l'horloge). Ce type de tests, rapides d'utilisation, a pour autre avantage d'ouvrir la conversation autour de la prévention et donc de faciliter l'éducation du patient et de ses proches.

La mise en place de consultations périodiques de prévention et l'intégration d'alarmes électroniques sont également deux moyens de ne pas oublier cet aspect des soins. En effet, l'un des principaux obstacles mis en avant par les médecins généralistes est le manque de temps à leur disposition. Dédier régulièrement une consultation à l'éducation et à la prévention est une façon de contourner le problème^{36,38}.

Enfin, face au manque de temps et parfois de compétence, il faut savoir s'appuyer sur d'autres intervenants. Les pouvoirs publics ont développé des moyens pour faciliter ce travail : campagnes d'information, dépistage centralisé, ou encore incitation au dépistage. D'autres professionnels de santé peuvent participer aux actions de prévention : gynécologues, dentistes, pharmaciens... Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux autour d'une prise en charge centrée patient nous permettra de progresser ensemble dans l'intérêt du patient.

2) Limites de l'étude :

A notre connaissance, c'est le premier travail de ce type jamais réalisé en France. En raison de biais que nous exposerons ici, nos résultats ne peuvent pas être généralisés. D'autres travaux sur des échantillons plus importants et plus représentatifs sont nécessaires pour confirmer nos conclusions.

- **Biais de sélection :**

La population de l'étude n'était pas représentative de la population française.

En effet, la moyenne d'âge des patients était sensiblement supérieure (50 ans contre 38,6 ans)³⁹. D'autre part, notre échantillon comportait plus de femmes³⁹ (64,9% contre 53,4%), et de retraités³⁹ (30,8% contre 23,8%). La répartition selon la catégorie socioprofessionnelle était également différente de celle de la population française⁴⁰ : on constatait en particulier une sur-représentation des classes sociales supérieures. Cette dernière observation doit être interprétée avec prudence puisque les patients avaient indiqué eux-même la catégorie socioprofessionnelle à laquelle ils pensaient appartenir, et non leur profession, ce qui peut conduire à des erreurs de classement.

Cette non représentativité de notre échantillon peut s'expliquer en partie par un biais de recrutement.

En effet, la population des médecins généralistes recruteurs n'étaient pas représentative des médecins généralistes français, à la fois sur le plan socio-démographique et parce qu'il s'agissait de maîtres de stage.

Tout d'abord, les médecins généralistes exerçaient tous en zone urbaine ou semi-rurale et en région parisienne (ce qui ne représente que 18 % des médecins généralistes français⁴¹). L'âge moyen⁴¹ et la proportion des femmes⁴¹ étaient supérieurs à la moyenne nationale (respectivement 50 ans contre 46,7 ans et 50% contre 42,4%). Les médecins recruteurs exerçaient plus fréquemment en secteur 1⁴¹ (81,8% contre 75%) et en cabinet pluriprofessionnel (plus d'un quart des médecins généralistes français exercent en cabinet

individuel⁴¹). Enfin, le nombre de patients dont ils étaient le médecin traitant était nettement inférieur à la moyenne nationale (2451 en 2000 contre 1511 dans notre étude)⁴².

D'autre part, nous avons choisi de recruter les patients grâce à des maîtres de stage. Ce choix a été dicté par leur plus grande connaissance de la notion de compétence et par leur expérience dans la formation des internes. Ils étaient donc plus à même de répondre aux interrogations des patients lors de la distribution du questionnaire et de les motiver à répondre à celui-ci. Pour minimiser le biais de recrutement, il avait été demandé aux maîtres de stages d'inclure tous les patients, qu'ils fassent ou non partie de leur patientèle habituelle.

Cependant, on ne peut exclure que les personnes ayant répondu au questionnaire accordent plus d'importance aux compétences en médecine générale que la population générale puisqu'ils sont majoritairement issus de la patientèle de médecins formés sur la base de ces compétences. Toutefois, les maîtres de stage constituent des modèles pour les internes en formation. Et leurs patients sont ceux auxquels les internes sont confrontés au cours de leur stage de niveau 1 et stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Il est donc cohérent d'effectuer notre recherche sur cette population en particulier.

Enfin, le fait que les patients aient été recrutés sur la base du volontariat peut engendrer un biais dans les résultats. En effet, il est probable que les patients qui ont répondu au questionnaire portaient plus d'intérêt aux compétences en médecine générale que le reste de la population française. L'importance qu'ils accordent à celles-ci a pu être sur-évaluée.

- **Biais de mesure :**

Le questionnaire utilisé pour ce travail n'est pas un outil validé, mais a été créé spécifiquement pour cette étude. Bien qu'il ait été testé au préalable, il est possible que certains points n'aient pas été compris par les répondants, ce qui peut influencer sur les résultats. De plus, certaines composantes des compétences n'ont volontairement pas été abordées dans le questionnaire car il nous semblait difficile pour un patient de les juger. Il s'agissait de :

- la planification de la prise en charge du patient ;
- la gestion des ressources de soin et de l'outil de travail ;
- la maîtrise des gestes techniques fréquents ;
- l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle ;
- la capacité à se remettre en question pour améliorer sa pratique.

D'autre part, bien qu'il ait été spécifié aux patients que le questionnaire portait sur un médecin généraliste « idéal », il se peut qu'ils aient été tentés de juger leur médecin traitant actuel puisque celui-ci fait office de « référence ».

Enfin, au vu de la richesse des informations recueillies grâce à la dernière question ouverte (« Quelle(s) autre(s) qualité(s) attendez-vous d'un médecin généraliste ? »), une étude qualitative semble nécessaire afin d'étoffer nos conclusions.

- **Biais d'interprétation :**

Enfin, les résultats de l'analyse statistique doivent être interprétés au regard de la taille de la population.

En effet, seuls 135 patients avaient complété et renvoyé le questionnaire, ce qui constitue un petit échantillon.

Cette population a été découpée en sous-catégories afin de permettre des analyses de sous-groupes. Ces groupes n'étaient pas identiques, ni par le nombre, ni par les caractéristiques socio-démographiques. De plus, certains sous-groupes étaient constitués d'un très petit nombre de patients (≤ 5).

Afin de diminuer le biais, nous avons choisi d'utiliser un test de Student pour l'analyse statistique. Toutefois, des travaux supplémentaires sur de plus grands échantillons sont nécessaires afin de confirmer les résultats obtenus.

CONCLUSION :

L'apprentissage par compétence, que nous avons décrit dans la première partie de ce travail, est à la base de l'enseignement du troisième cycle de médecine générale. Il permet à l'étudiant de construire les compétences nécessaires à son futur exercice.

Il nous a paru légitime de s'interroger sur l'adéquation entre les compétences acquises par les internes au cours du DES et ce que les patients attendent d'un médecin généraliste.

Le travail que nous avons mené montre que ces compétences correspondent bien à la demande des patients.

Toutefois, certains points méritent d'être approfondis afin de mieux répondre à leurs attentes. En effet, notre étude témoigne de leur volonté d'être mieux informés et plus actifs dans leur prise en charge. Ils attendent une collaboration optimale avec les autres professionnels de santé. Enfin, l'éducation et la prévention apparaissent comme deux des aspects des soins les plus importants à développer.

L'acquisition des compétences en médecine générale passe par une formation initiale adéquate, mais aussi par la pratique. C'est l'une des raisons pour lesquelles les jeunes médecins choisissent souvent de débiter leur activité professionnelle par des remplacements qui leur permettent de poursuivre leur apprentissage au côté de médecins plus expérimentés. Ils poursuivent ensuite généralement leur exercice professionnel en adoptant la collaboration libérale comme mode d'installation, dans un cabinet où ils apportent leur temps et leur compétence au service des patients, tout en bénéficiant de l'expérience des praticiens qui les accueillent.

Afin de pallier à ce manque d'expérience des internes en fin de cursus, les pouvoirs publics prévoient d'augmenter le nombre et la durée des stages ambulatoires au cours du DES de médecine générale²³. Nous espérons qu'une pratique plus prolongée de la médecine générale de terrain avec un encadrement de qualité leur permettra de faire progresser leurs compétences afin de pouvoir, dès le début de leur exercice professionnel, répondre au mieux aux attentes de leurs patients.

Il serait utile de compléter ce premier travail par des études incluant un plus grand nombre de patients, représentatif d'une population plus vaste. Les données recueillies à l'occasion de cette recherche pourraient également être exploitées pour mettre en place une étude qualitative auprès des patients.

Je souhaite que ce travail de thèse participe à l'amélioration de l'enseignement et au développement de la recherche en médecine générale afin de satisfaire, au mieux, nos patients actuels et futurs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Compétence. In : Le Petit Larousse Illustré. Paris : Larousse, p. 272.
- (2) ROEGIERS X. Une pédagogie de l'intégration: compétences et intégration des acquis dans l'enseignement, ed. de Boeck, 2000.
- (3) ATTALI C., BAIL P., COMPAGNON L. et al. Guide pratique de l'Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage des Universités (volume 3), Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, Paris 2012, 98pp, L&C éditeur.
- (4) BOURDIEU Pierre, GROS François, BAQUE Pierre et al. Principes pour une réflexion sur les contenus d'enseignement. 8 mars 1989. Disponible sur : www.sauv.net/bourdros.htm (21/02/2014).
- (5) MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation. Journal officiel, n°160 du 12 juillet 2006, pp. 29-43. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr (21/02/2014).
- (6) MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. Journal officiel du 8 avril 1988, pp. 4650-4655. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr (21/02/2014).
- (7) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Réorienter l'enseignement de la médecine et la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Résolution 48.8 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Genève, 1995. Disponible sur : www.who.int/en (21/02/2014).
- (8) MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Journal officiel n°233 du 6 octobre 2004, pp. 17076-17080. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr (21/02/2014).
- (9) WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille). Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle de médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. Disponible sur : www.woncaeurope.org (13/01/2014).

- (10) COMPAGNON L., BAIL P., HUEZ JF et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:148-55.
- (11) WESING M., JUNG HP, MAINZ J et al. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med.* 1998 Nov;47(10):1573-88. Review.
- (12) IBANEZ G., CORNET P., MINGUET C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale* 2010;11(3):151–165.
- (13) GROL R, WENSING M, MAINZ J et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Family Practice* 1999 Feb;16(1):4-11.
- (14) KRUCIEN N., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d'économie de la santé Irdes n° 163.* 2011/03. Disponible sur : www.irdes.fr (13/01/2014).
- (15) Mc BRIDE C., SHUGARS D., DI MATTEO M. et al. The physician's role. Views of the public and the profession on seven aspects of patient care. *Archives of Family Medicine.* 1994 Nov;3(11):948-53.
- (16) PATTERSON F., FERGUSON E., LANE P. et al. A competency model for general practice: implications for selection, training, and development. *Br J Gen Pract.* 2000 March; 50(452): 188–193.
- (17) VEDSTED P., MAINZ J., LAURITZEN T., OLESEN F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract.* 2002 Aug;19(4):339-43.
- (18) IPSOS/CISS. Les Français et la réforme du système médical. Paris. UNAF, Ipsos, 2001. Disponible sur : www.bdsp.ehesp.fr (21/10/2014)
- (19) BROCLAIN D. Consentement aux soins et décision partagée. *La Revue Prescrire.* 2012 Aug ;346 :568-570.
- (20) FONDATION MACSF/HARRIS INTERACTIVE. La relation de communication patient-soigné. Enquête auprès des français réalisée en ligne du 11 au 19 mars 2014. Disponible sur : www.harrisinteractive.fr (30/11/014).
- (21) CARENITY. Sondage sur la perception par les français de la relation d'écoute et de confiance entre patients et professionnels de la santé. Sondage réalisé en ligne entre le 5 juin et le 24 septembre 2014. Disponible sur : www.directeur-ehpad.com (30/11/2014)
- (22) DARETHS FABIER S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse de doctorat en médecine dirigée par Monsieur le Docteur Bertrand

PROUFF. Bordeaux : Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, 2011, 149 p. Disponible sur : www.voixmedicales.fr (21/10/2014).

(23) COURAUD F. et PRUVOT F-R. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. Disponible sur : www.college-chirped.fr (21/10/2014).

(24) MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel n°190 du 17 août 2004, pp. 88-129. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr (21/10/2014).

(25) MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009, pp. 7-94. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr (21/10/2014).

(26) FOY R., Hempel S., Rubenstein L. et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med.* 2010 Feb 16;152(4):247-58.

(27) MITCHELL G., DEL MAR C. and Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2002 Nov;52(484):934-9.

(28) MICHOT P., CATALA O., SUPPER I. et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé Publique-Pratiques et organisation des soins.* 2013/3 (Vol. 25):331-341.

(29) HUBERT G., GALINSKI M., RUSCEV M., LAPOSTOLLE F., ADNET F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Med.* 2009;38:1404–1409.

(30) BINART ECALE H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Thèse de doctorat en médecine dirigée par Monsieur le Docteur Christophe BEZANSON. Bordeaux : Université Paris nord – Faculté de médecine de Bobigny « Léonard de Vinci », 2012, 128 p. Disponible sur : www2.biusante.parisdescartes.fr/theses (28/10/2014).

(31) VEDSTED P., HEJE H.N. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26(4):228-34.

(32) WENSING M., VEDSTED P., KERSNIK J. et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care.* 2002 Apr;14(2):111-8.

- (33) HOWARD M., GOERTZEN J., HUTCHISON B. et al. Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. *Ann Fam Med*. 2007 Sep-Oct;5(5):419-24.
- (34) PLUTZER K., KEIRSE M.J. Effect of motherhood on women's preferences for sources of health information: a prospective cohort study. *J Community Health*. 2012 Aug;37(4):799-803.
- (35) ROSSO J. Soins préventifs destinés aux adultes : évaluation de la charge de travail en soins primaires. Thèse de doctorat en médecine dirigée par Monsieur le Docteur Laurent RIGAL. Paris : Université Paris Descartes (Paris 5), 2011, 94 p. Disponible sur : www2.biusante.parisdescartes.fr/theses (21/10/2014).
- (36) AUBIN-AUGER I., MERCIER A., BAUMANN-COBLENTZ L. et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Hémobstacle : une étude qualitative*. *Exercer* 2008;80:4-7.
- (37) SLAMA K., KARSENTY S. et HIRSCH A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. Jun 1995; 4(2): 162–169.
- (38) VINCENT-LELONG H. Médecine générale et prévention. Une expérience à l'Hôtel-Dieu. Thèse de doctorat en médecine dirigée par Monsieur le Professeur Jacques BLACHER. Paris : Université Paris Descartes (Paris 5), 2008, 129 p. Disponible sur : www2.biusante.parisdescartes.fr/theses (28/10/2014).
- (39) INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Données détaillées de la situation démographique en 2012. Disponible sur : www.insee.fr (04/09/2014).
- (40) INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012. Disponible sur : www.insee.fr (04/09/2014).
- (41) DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. La démographie des médecins (RPPS). 2014. Disponible sur : www.drees.sante.gouv.fr (04/09/2014).
- (42) SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE. Une base de donnée en médecine générale : pourquoi et comment ? 2001. Disponible sur : www.sfmfg.org (04/09/2014).

ANNEXE 1

FICHE EXPLICATIVE DE L'ETUDE, A DESTINEE DES PATIENTS

Madame, Monsieur,

Afin que les médecins généralistes de demain puissent répondre au mieux à vos attentes en tant que patient(e), l'enseignement de la médecine générale évolue.

Le but est de former de jeunes médecins capables, dès le début de leur exercice professionnel, de mettre en pratique leurs connaissances en situation réelle afin de résoudre la majorité des situations de santé auxquelles ils vont être confrontés. A ces fins, des experts enseignants en médecine générale ont défini des compétences propres à la médecine générale et qui constituent désormais la base de l'enseignement de fin de cursus.

Pour s'assurer que ces compétences sont bien en adéquation avec ce que vous attendez d'un médecin généraliste, nous effectuons une étude dans le cadre d'une thèse.

Pour y participer, il vous suffit de remplir le questionnaire ci-joint et de le renvoyer à la faculté de médecine René Descartes – Paris 5 grâce à l'enveloppe dédiée.

Aidez-nous à mieux vous soigner !

D'avance, merci de votre participation.

Marie-Christelle Gulczynski

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE A DESTINEE DES PATIENTS

ETUDE SUR LES COMPETENCES DES MEDECINS GENERALISTES :

Êtes vous ? un homme une femme

Quel âge avez-vous ?

Quel est le code postal de votre lieu d'habitation ?

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

actif retraité au chômage sans profession étudiant

Quelle est (si vous travaillez) ou était (si vous êtes chômeur ou retraité) votre profession ?

agriculteur artisan, commerçant, chef d'entreprise employé

ouvrier profession intermédiaire inactif

cadre, profession intellectuelle supérieure

autre (préciser) :

Avez-vous un médecin traitant ? oui non

Votre médecin traitant est-il : un médecin généraliste ? un médecin spécialiste ?

Votre médecin traitant est-il : un homme ? une femme ?

Depuis combien de temps est-ce votre médecin traitant ?

moins d'1 an entre 1 et 3 ans entre 3 et 5 ans plus de 5 ans ne sais pas

Avez-vous déjà changé de médecin traitant ? oui non

Si oui, quelle en était la principale raison (une seule réponse possible) ?

- défaut de compétence difficultés relationnelles ou de communication
- manque de disponibilité arrêt d'activité de mon précédent médecin traitant
- déménagement autre (précisez) :

Pour quelle raison principale avez-vous choisi médecin traitant actuel (une seule réponse possible) ?

- sa proximité géographique ses compétences médicales sa disponibilité
- ses qualités relationnelles autre (précisez):

En moyenne, ces cinq dernières années, avez-vous consulté(e) votre médecin traitant :

- plus d'1 fois par mois 1 fois par mois tous les 3 mois
- tous les 6 mois 1 fois par an moins d'une fois par an

Quelle importance attachez-vous à chacune des attitudes suivantes, concernant un médecin généraliste ?

	pas important du tout	peu important	important	très important	Je ne sais pas
Il doit prendre en compte l'ensemble de mes problèmes de santé.					
Il doit tenir compte de ma situation sociale, familiale, et de mon histoire personnelle.					
Il doit me proposer des actions de dépistage et de prévention.					
Il doit m'expliquer mes maladies, leur traitement, et leur suivi.					
Il doit être capable de prendre en charge mes problèmes de santé urgents.					
Il doit être capable de prendre en charge la plupart de mes problèmes de santé, quelque soit leur ancienneté ou gravité.					
Il doit m'accompagner et me suivre sur le long terme.					
Il doit se tenir informé de l'évolution de mon état de santé et en tenir compte.					
Il doit communiquer et collaborer avec les autres médecins et professionnels de santé qui s'occupent de moi.					
Il doit construire avec moi une relation basée sur le respect et la communication.					
Il doit accueillir tous les patients sans discrimination.					
Il doit respecter les différentes législations et code déontologique.					
Il doit améliorer régulièrement ses compétences professionnelles en se tenant informé des évolutions de la médecine.					
Il doit participer à des activités de recherche et/ou d'enseignement.					
Il doit tenir compte de mon opinion.					
Il doit agir avec altruisme et humanité.					

Quelle(s) autre(s) qualité(s) attendez-vous d'un médecin généraliste ?

.....

Merci, de vos réponses et du temps que vous avez passé à remplir ce questionnaire.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE A DESTINEE DES MEDECINS

Êtes vous ? un homme une femme

Quel âge avez-vous ?

Quelle est le code postal de votre lieu d'exercice ?

Quel est votre mode d'exercice ? rural semi-rural urbain

Quel est votre secteur d'activité ? secteur 1 secteur 2

Quelle est la date de votre première installation ?

Depuis quand êtes-vous installé(e) dans ce cabinet ?

Exercez vous dans un cabinet pluriprofessionnel ? oui non

Si oui, combien de médecins travaillent dans ce cabinet ?

Si oui, combien d'autres professionnels de santé travaillent dans ce cabinet (préciser) ?
.....

De combien de patients êtes-vous le médecin traitant ?

Quel est le temps moyen de vos consultations ?

moins de 10 min entre 10 et 15 min entre 15 et 20 min plus de 20 min

Suivez-vous une formation continue ? oui non

Si oui, de quel type (plusieurs réponses possibles) ?

DPC congrès visite médicale laboratoire revues

autre (préciser) :

ANNEXE 4

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1) Situation professionnelle :

- Selon le sexe :

Figure 22 : Situation professionnelle chez les hommes.

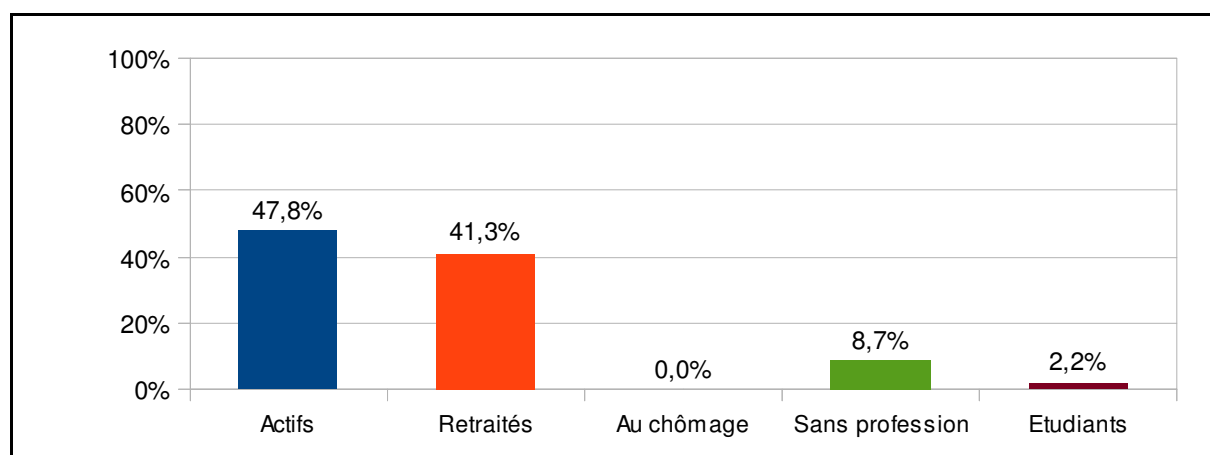
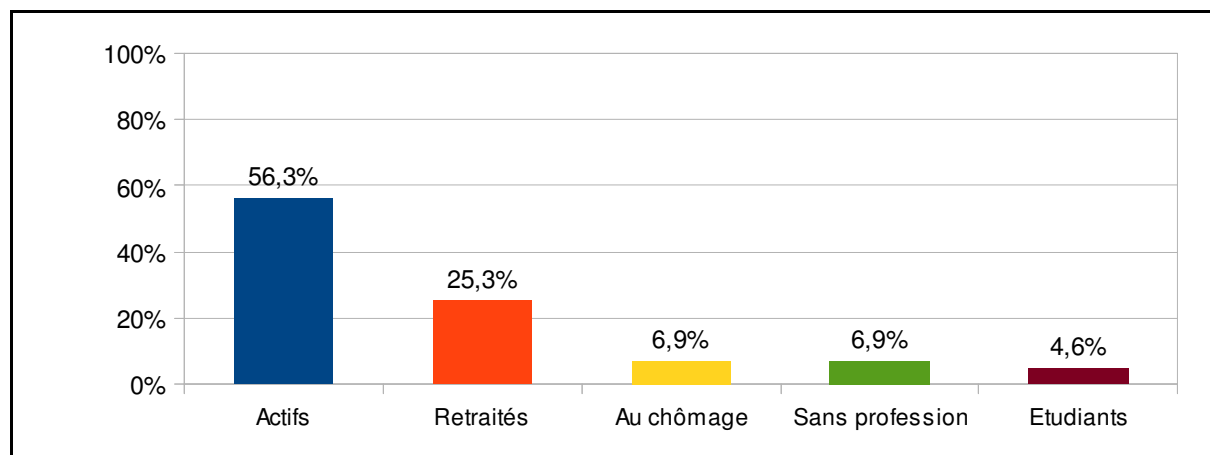


Figure 23 : Situation professionnelle chez les femmes.



- Selon la classe d'âge :

Figure 24 : Situation professionnelle chez les moins de 30 ans.

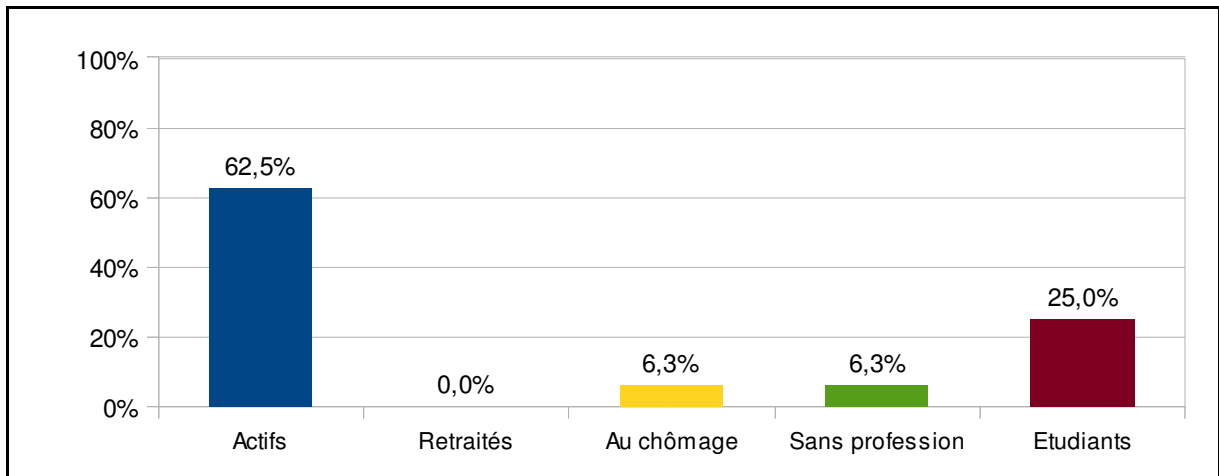


Figure 25 : Situation professionnelle chez les 30-49 ans.

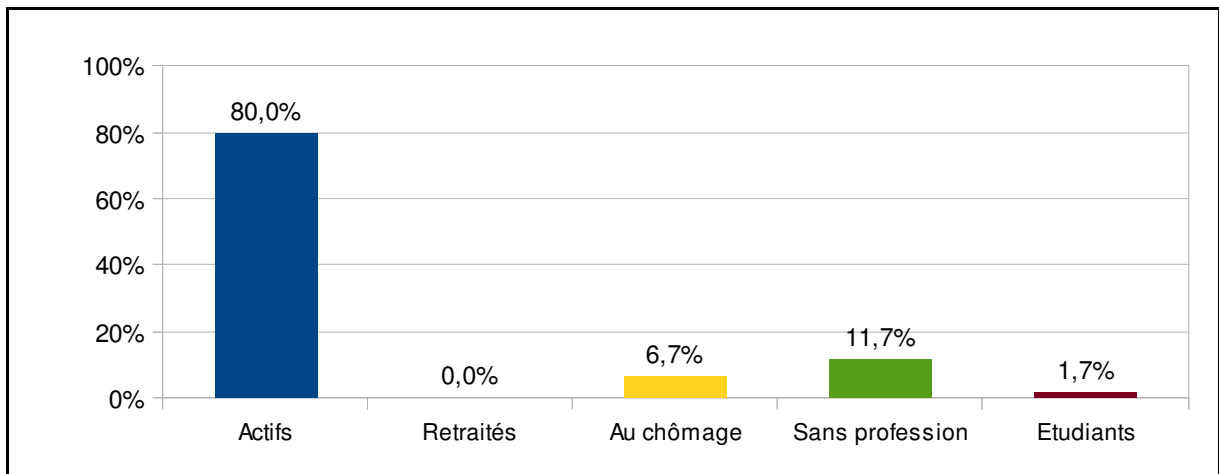


Figure 26 : Situation professionnelle chez les 50-69 ans.

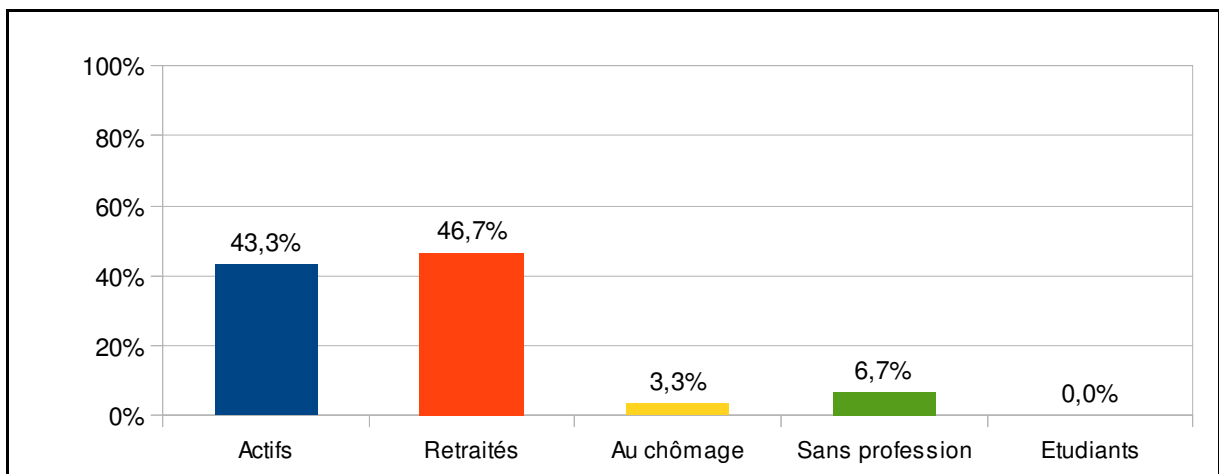
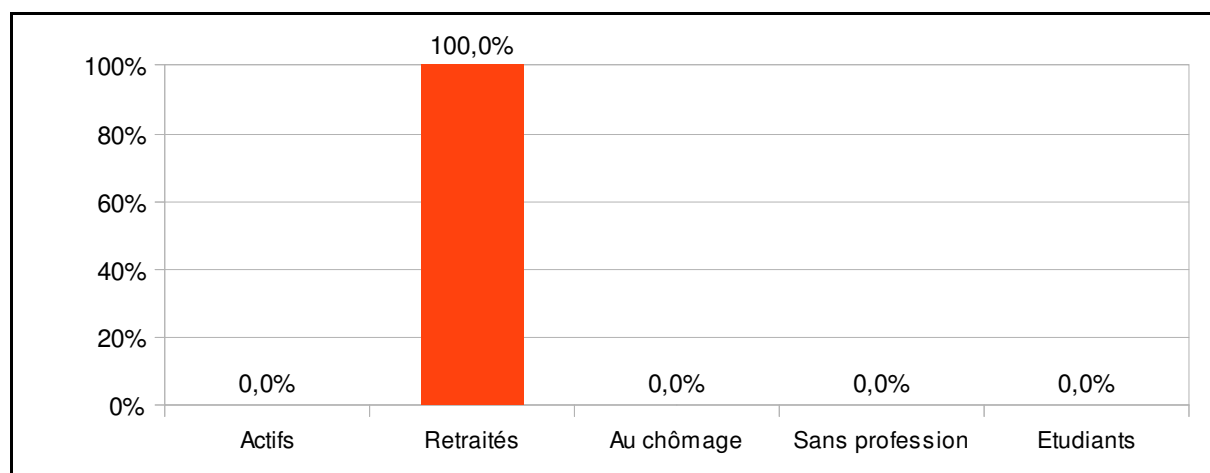


Figure 27 : Situation professionnelle chez les plus de 70 ans.



2) Catégorie socioprofessionnelle :

- **Selon le sexe :**

Figure 28 : Catégorie socioprofessionnelle chez les hommes.

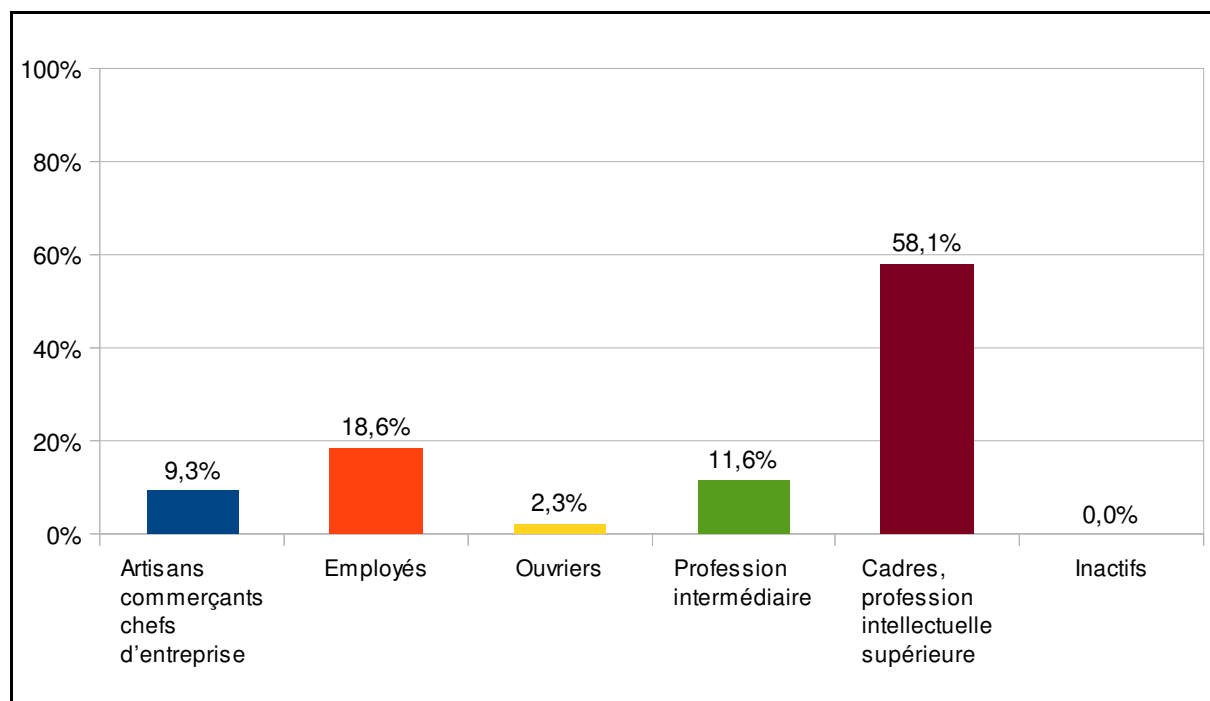
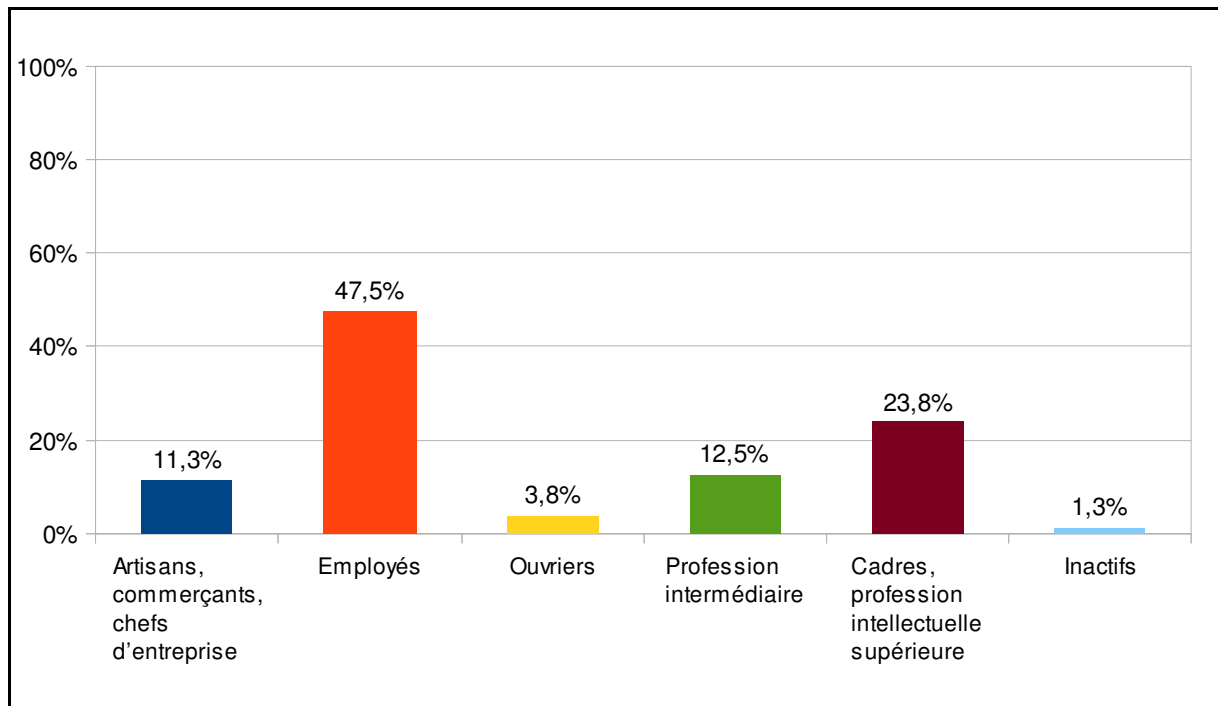


Figure 29 : Catégorie socioprofessionnelle chez les femmes.



- **Selon la classe d'âge :**

Figure 30 : Catégorie socioprofessionnelle chez les moins de 30 ans.

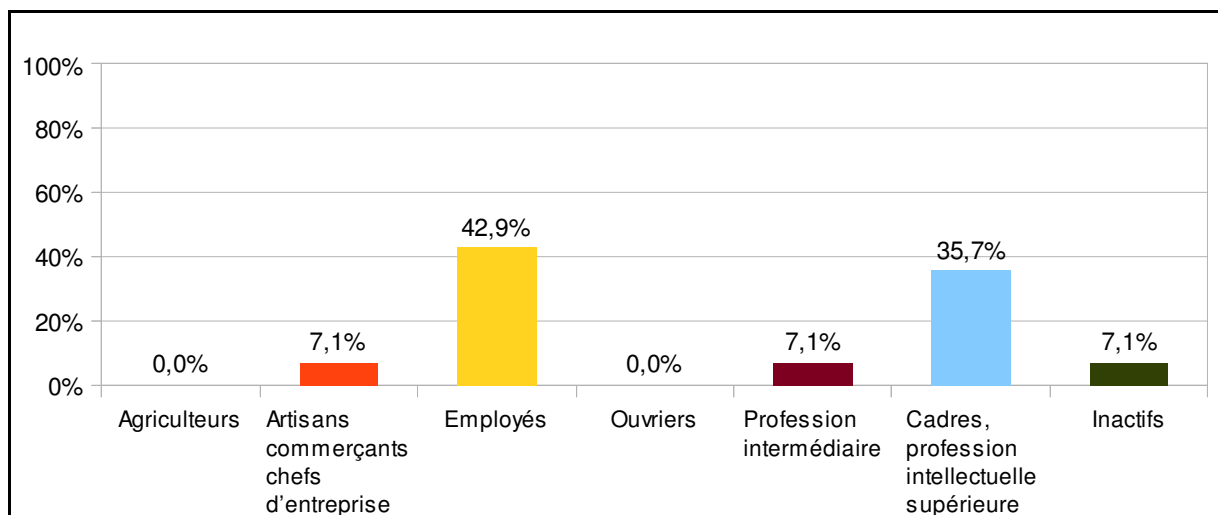


Figure 31 : Catégorie socioprofessionnelle chez les 30-49 ans.

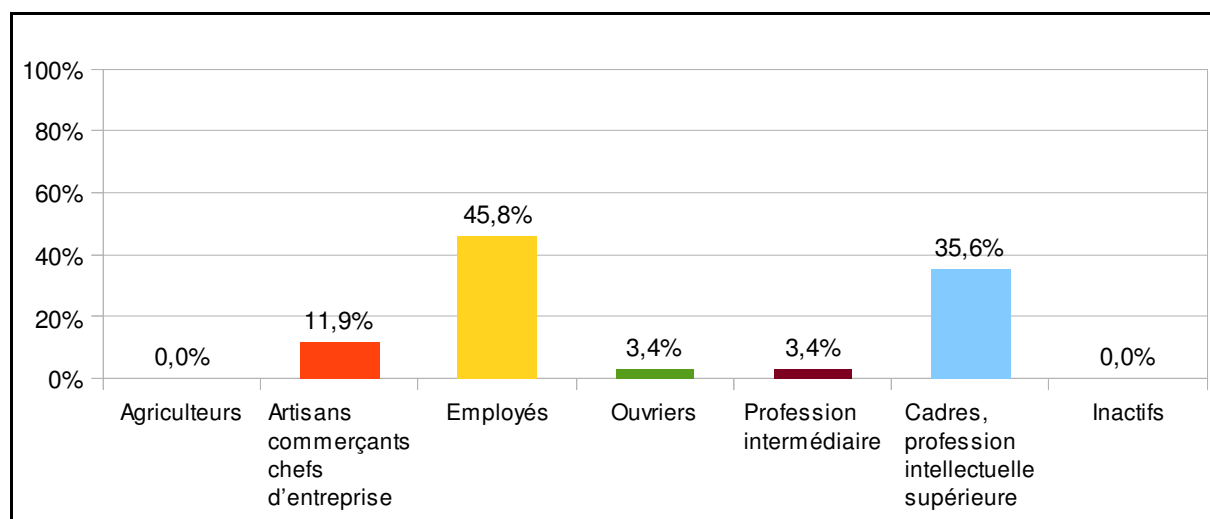


Figure 32 : Catégorie socioprofessionnelle chez les 50-69 ans.

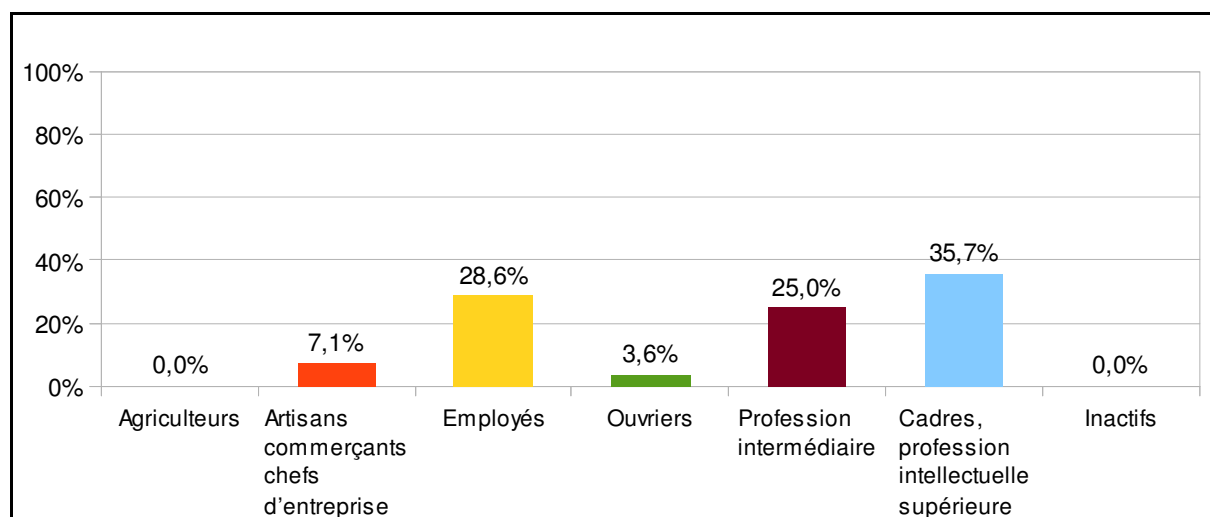
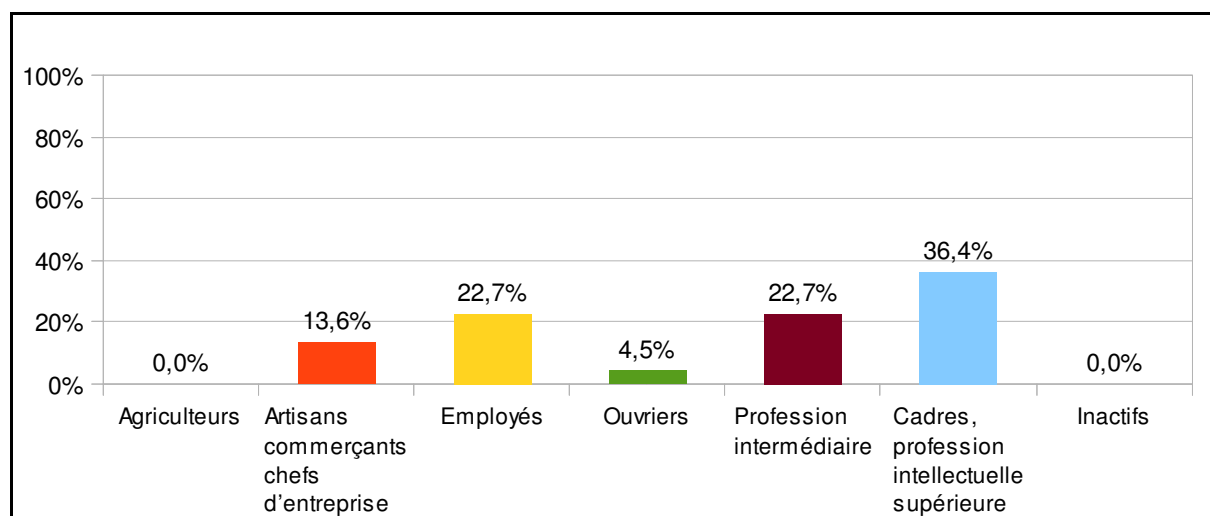


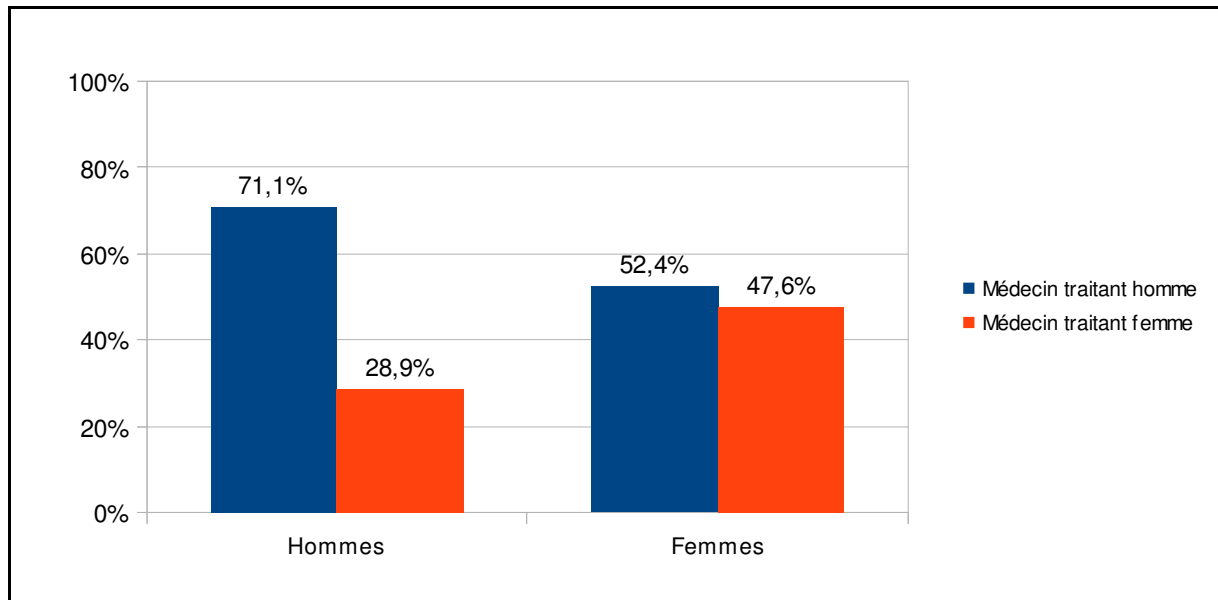
Figure 33 : Catégorie socioprofessionnelle chez les plus de 70 ans.



3) Sexe du médecin traitant :

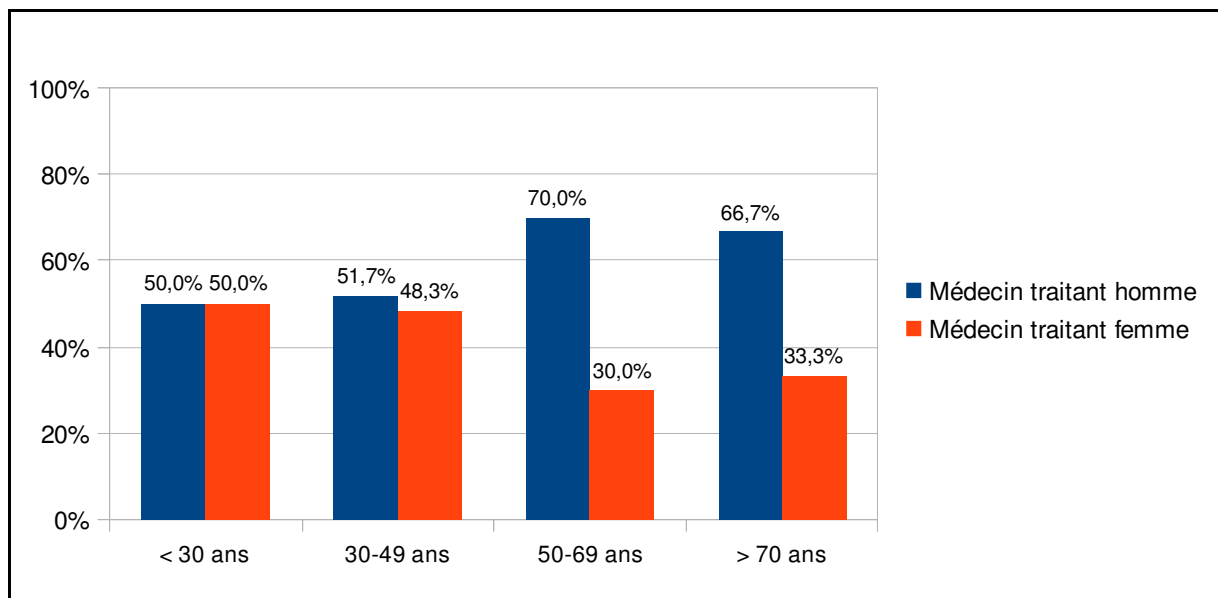
- Selon le sexe des patients :

Figure 34 : Sexe du médecin traitant selon le sexe des patients.



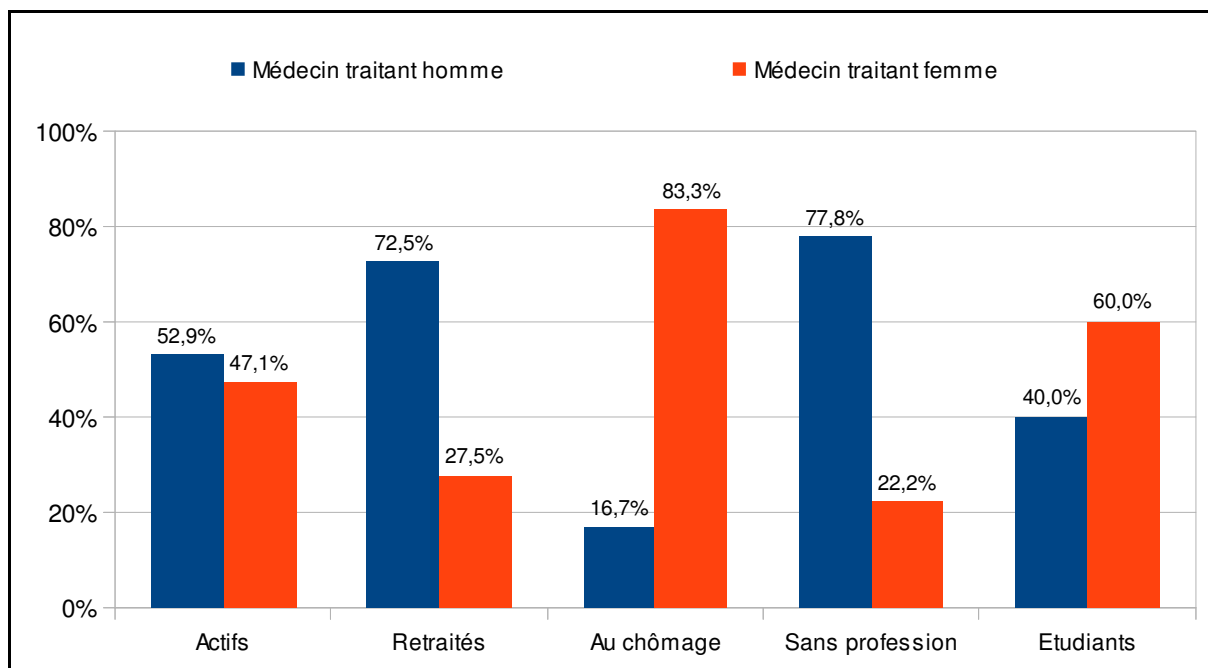
- Selon la classe d'âge des patients :

Figure 35 : Sexe du médecin traitant selon l'âge des patients.



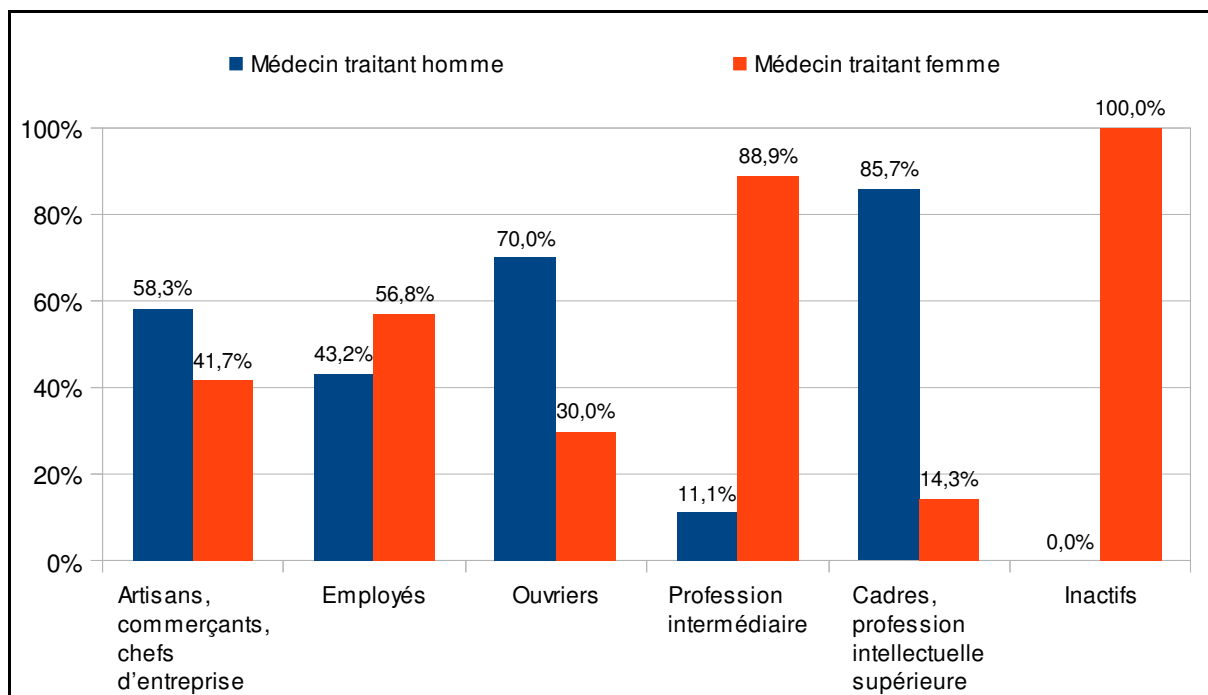
- **Selon la situation professionnelle des patients :**

Figure 36 : Sexe du médecin traitant selon la situation professionnelle des patients.



- **Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients:**

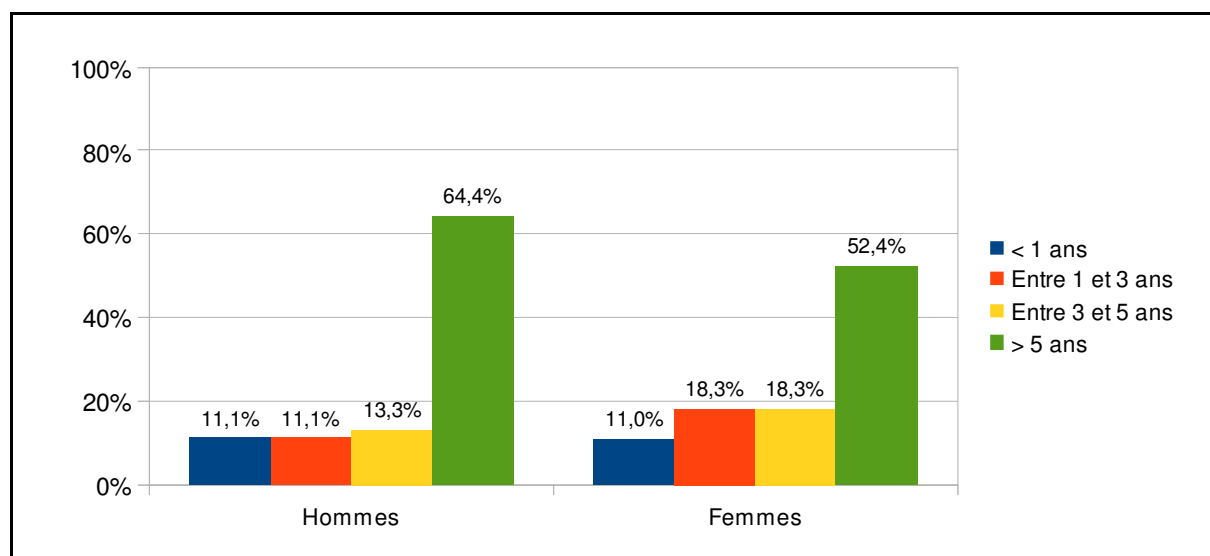
Figure 37 : Sexe du médecin traitant selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.



4) Ancienneté du médecin traitant :

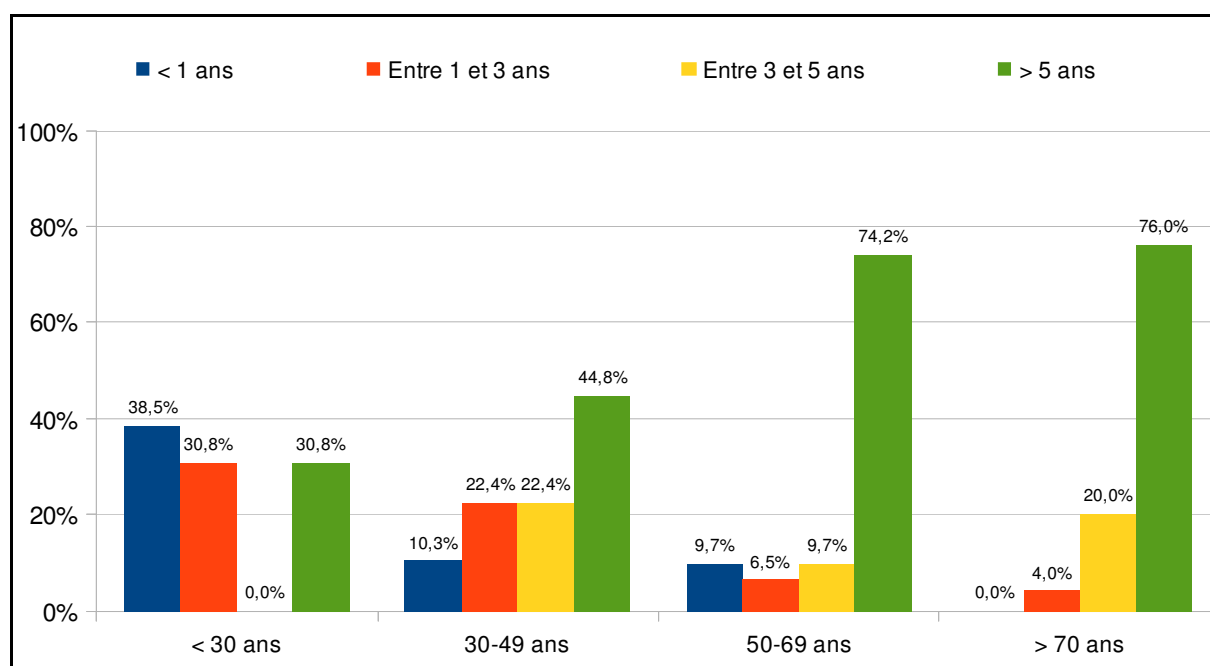
- Selon le sexe des patients :

Figure 38 : Ancienneté du médecin traitant selon le sexe des patients.



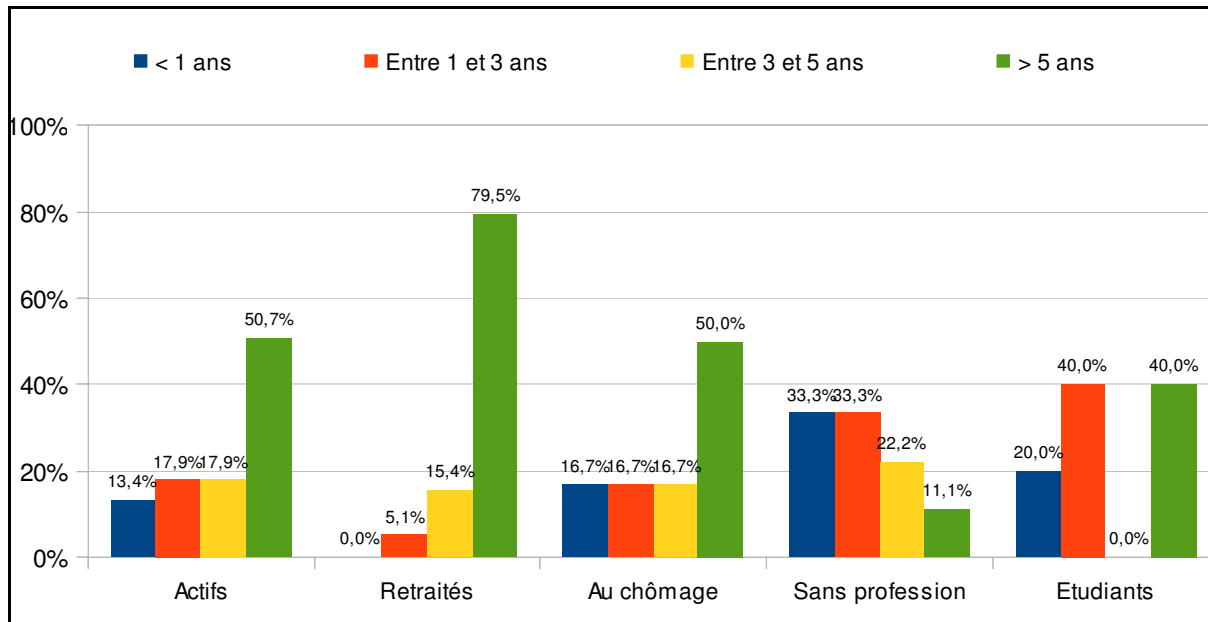
- Selon la classe d'âge des patients :

Figure 39 : Ancienneté du médecin traitant selon l'âge des patients.



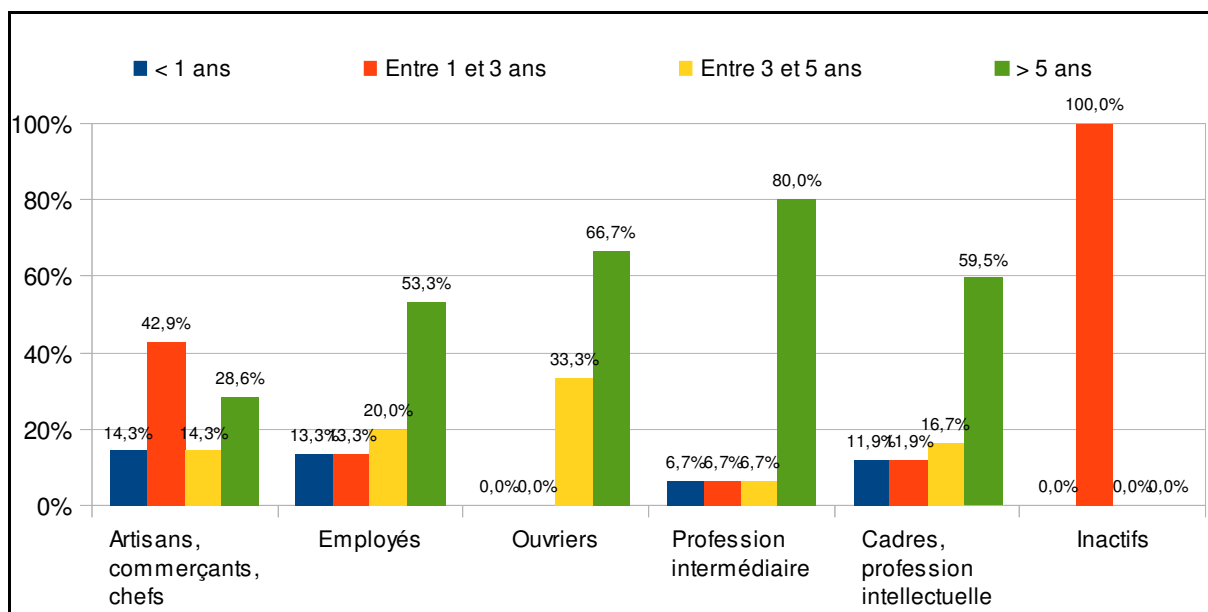
- **Selon la situation professionnelle des patients :**

Figure 40 : Ancienneté du médecin traitant selon la situation professionnelle des patients.



- **Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients :**

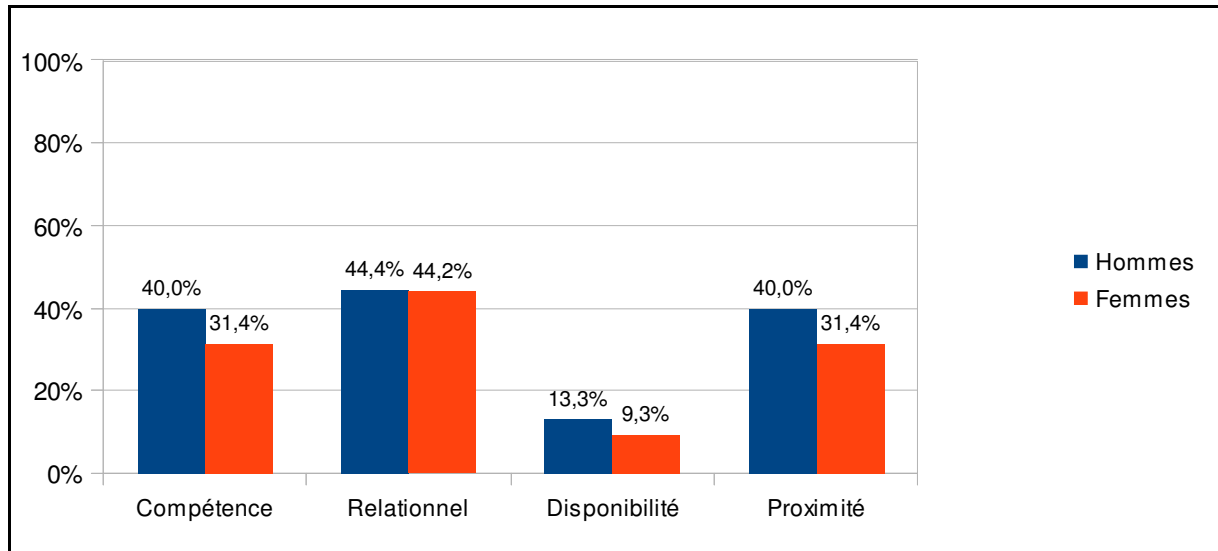
Figure 41 : Ancienneté du médecin traitant selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.



5) Critères de choix du médecin traitant :

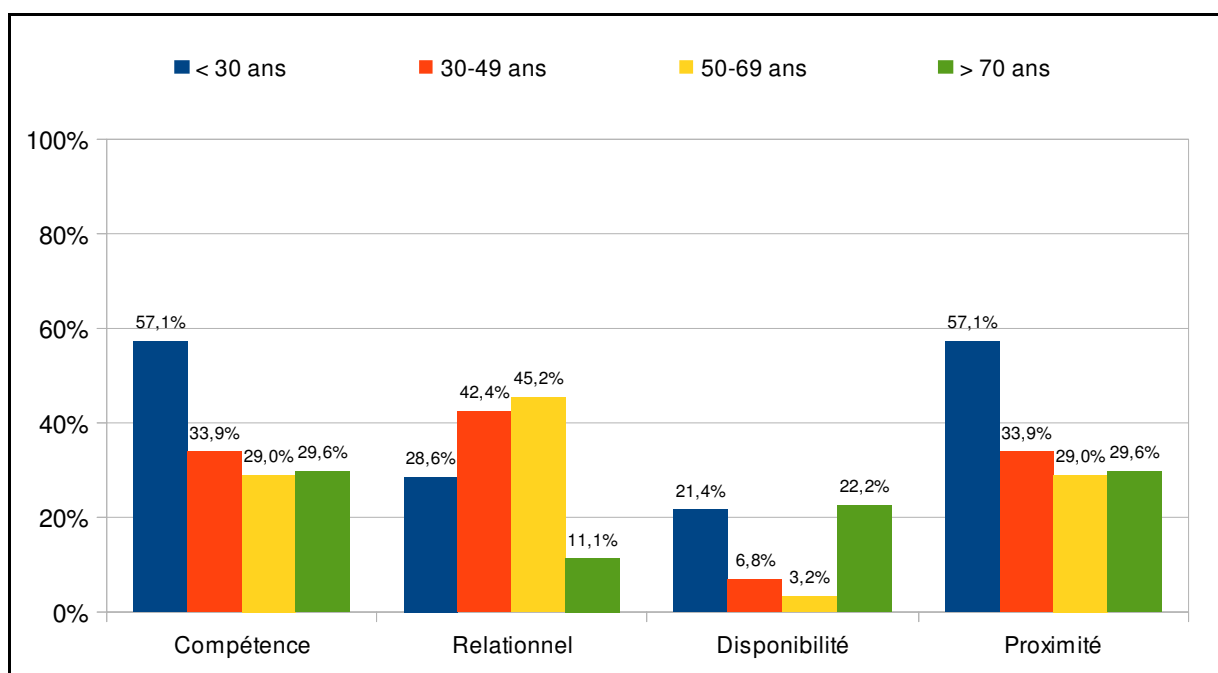
- Selon le sexe des patients :

Figure 42 : Critère de choix du médecin traitant selon le sexe des patients.



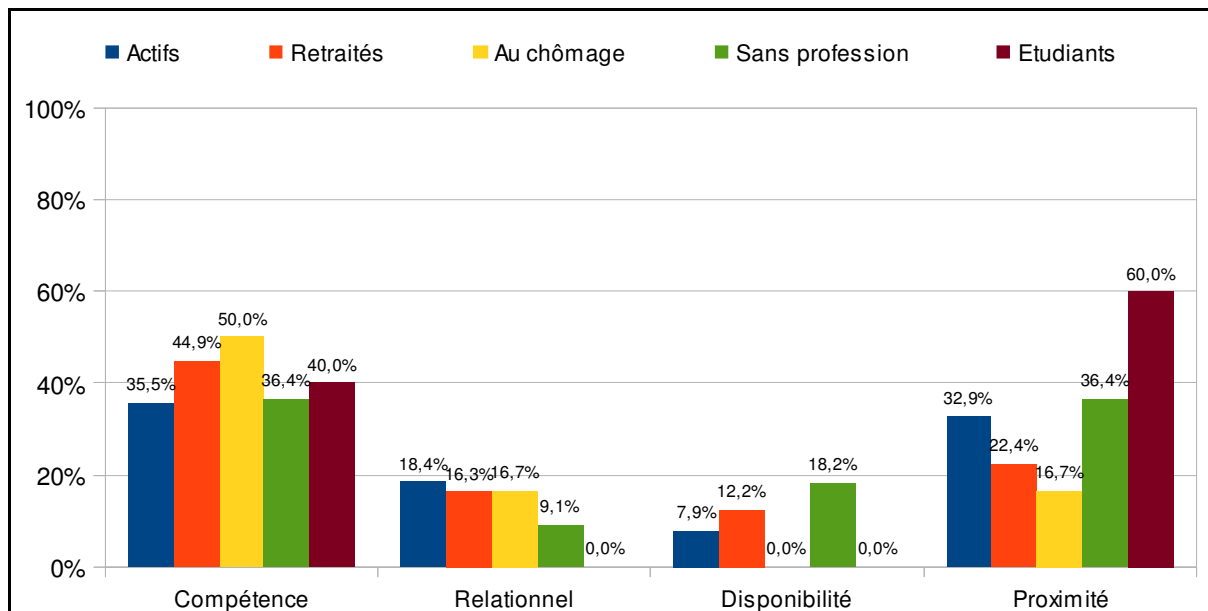
- Selon la classe d'âge des patients :

Figure 43 : Critère de choix du médecin traitant selon l'âge des patients.



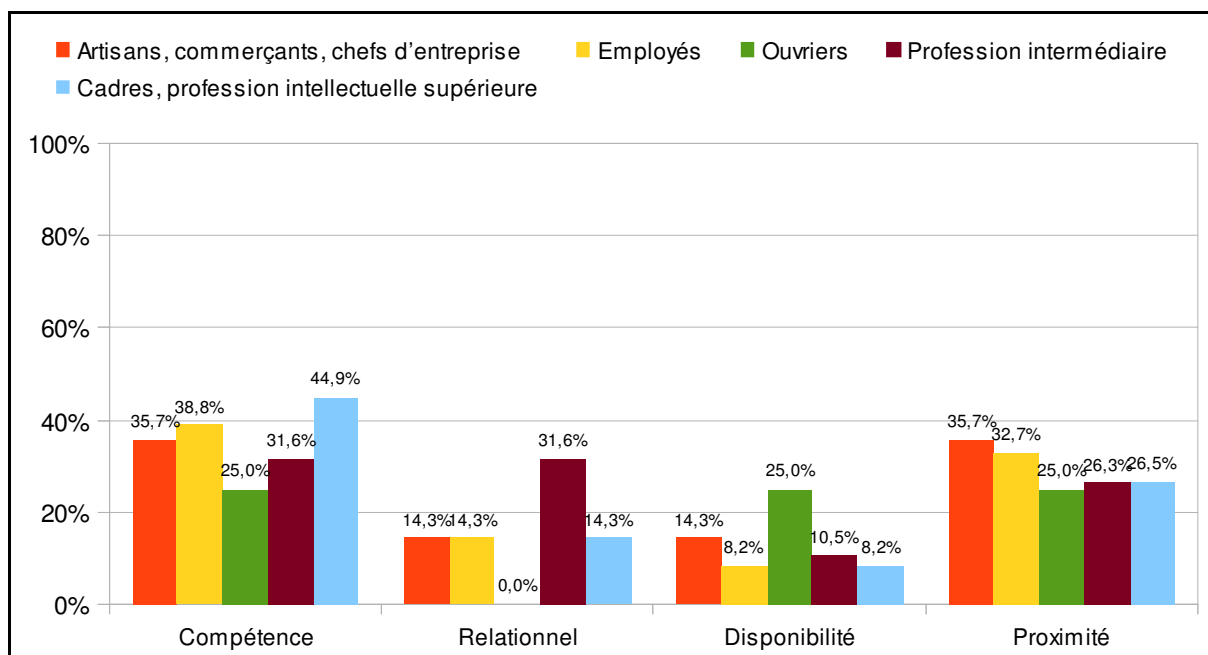
- **Selon la situation professionnelle des patients :**

Figure 44 : Critère de choix du médecin traitant selon la situation professionnelle des patients.



- **Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients :**

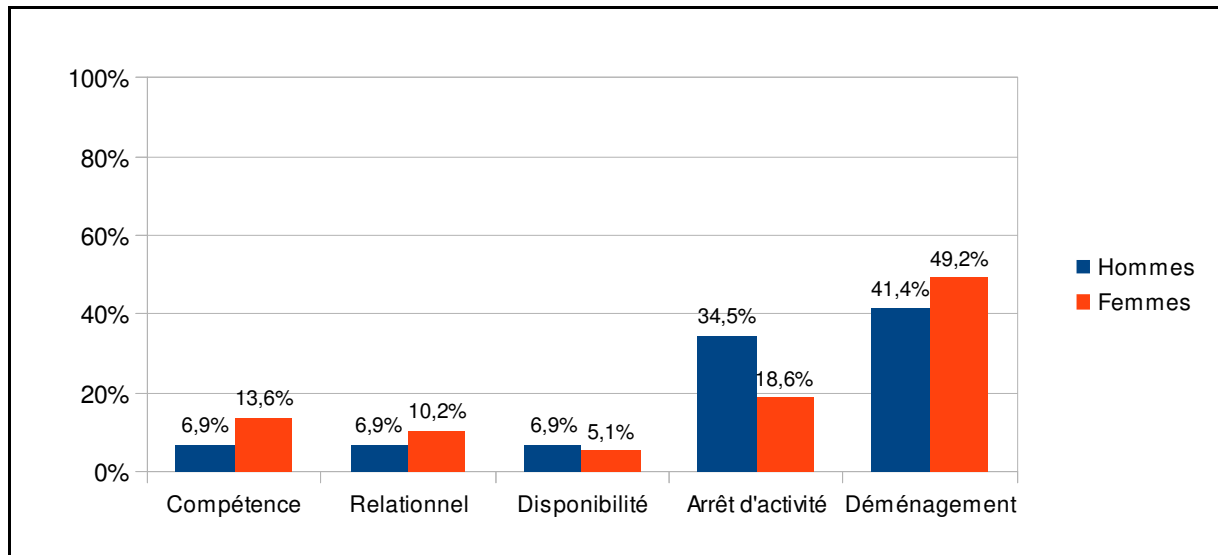
Figure 45 : Critère de choix du médecin traitant selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.



6) Raisons du changement de médecin traitant :

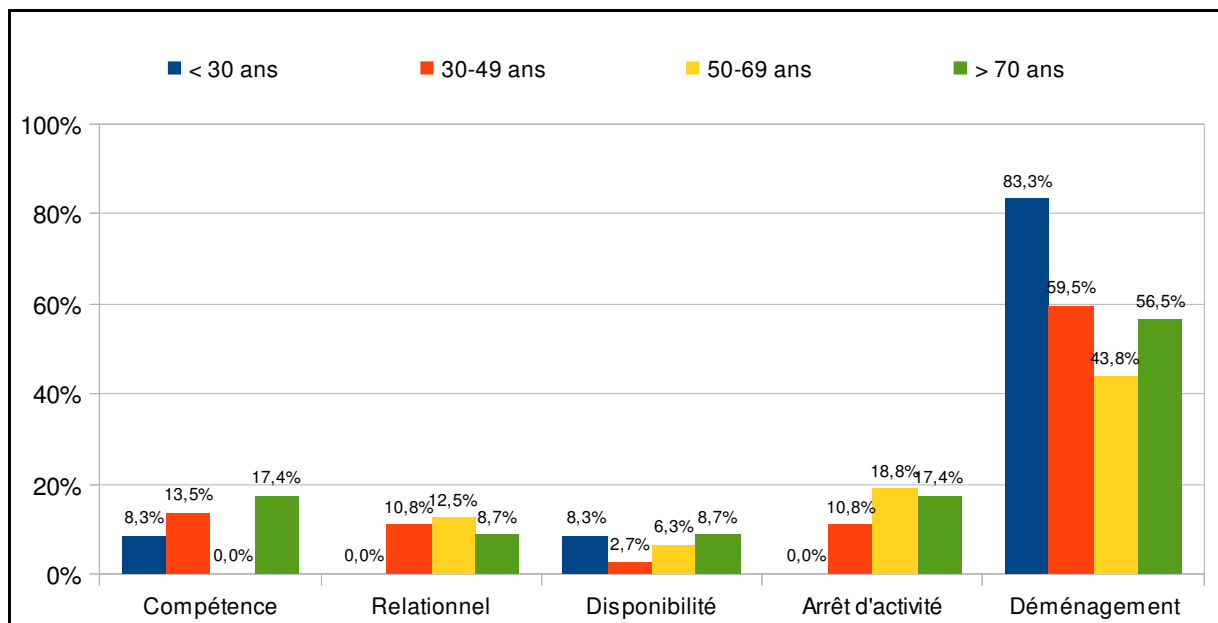
- Selon le sexe des patients :

Figure 46 : Raison du changement de médecin traitant selon le sexe des patients.



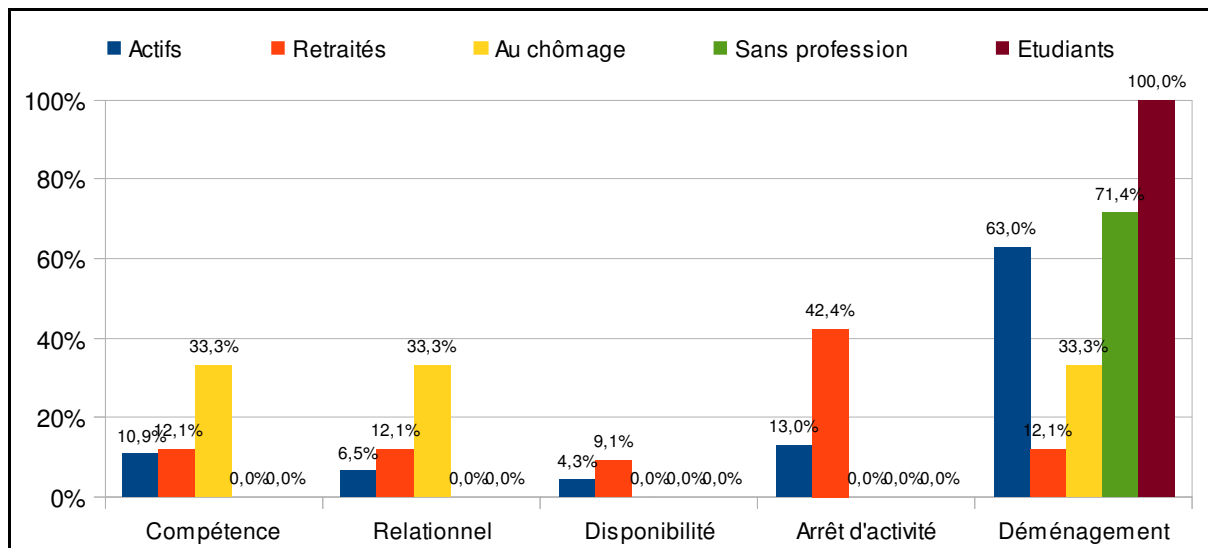
- Selon la classe d'âge des patients :

Figure 47 : Raison du changement de médecin traitant selon l'âge des patients.



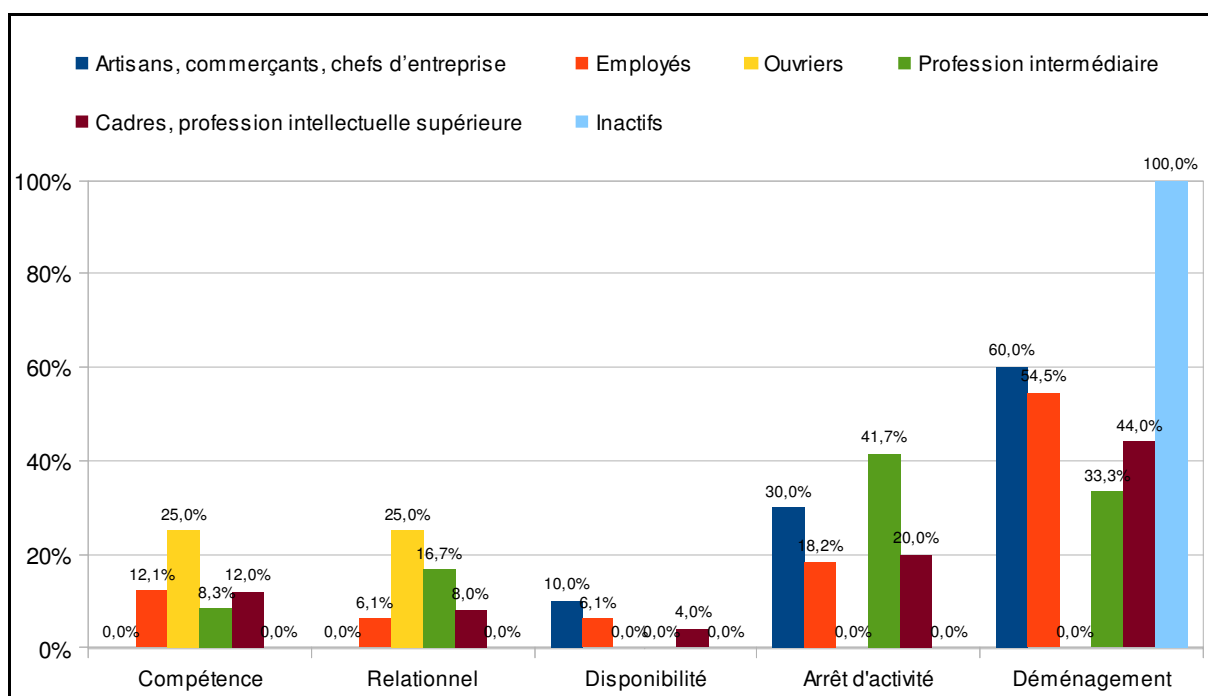
- **Selon la situation professionnelle des patients :**

Figure 48 : Raison du changement de médecin traitant selon la situation professionnelle des patients.



- **Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients :**

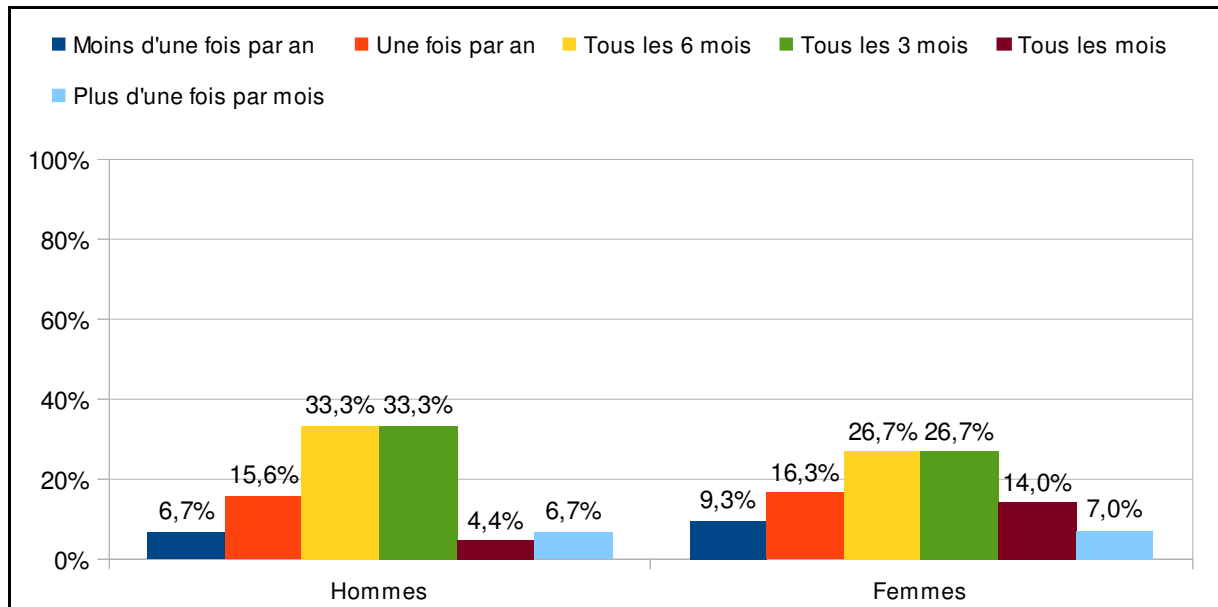
Figure 49 : Raison du changement de médecin traitant selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.



7) Fréquence des consultations :

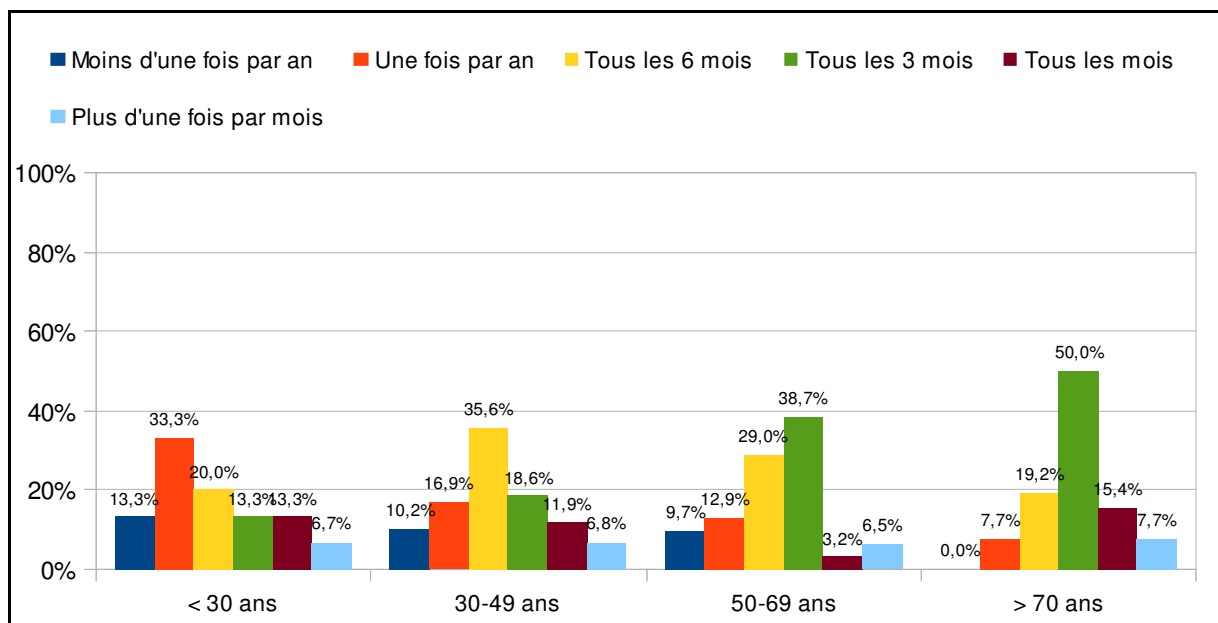
- Selon le sexe des patients :

Figure 50 : Fréquence des consultations selon le sexe des patients.



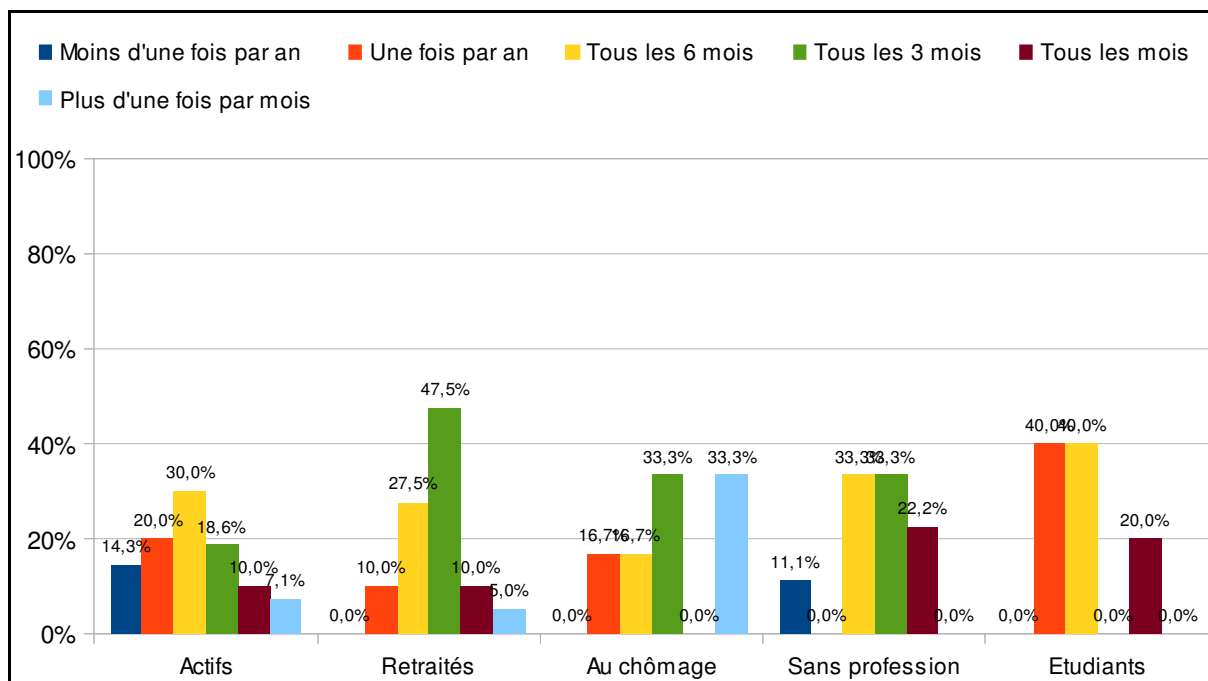
- Selon l'âge des patients :

Figure 51 : Fréquence des consultations selon l'âge des patients.



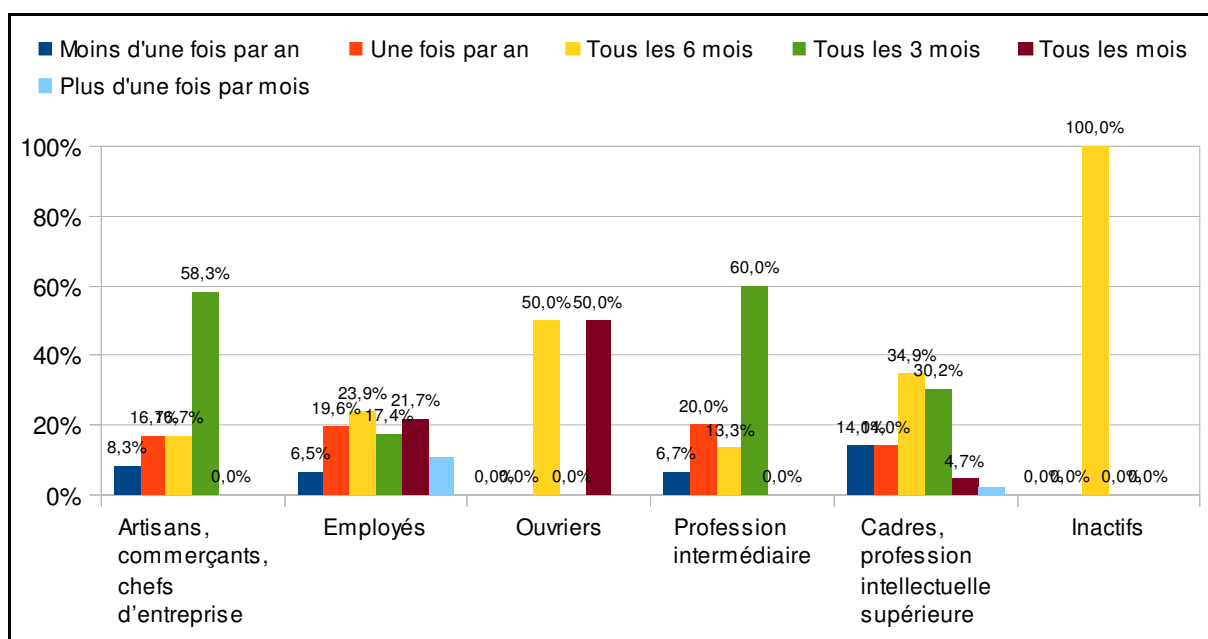
- **Selon la situation professionnelle des patients :**

Figure 52 : Fréquence des consultations selon la situation professionnelle des patients.



- **Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients :**

Figure 53 : Fréquence des consultations selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.



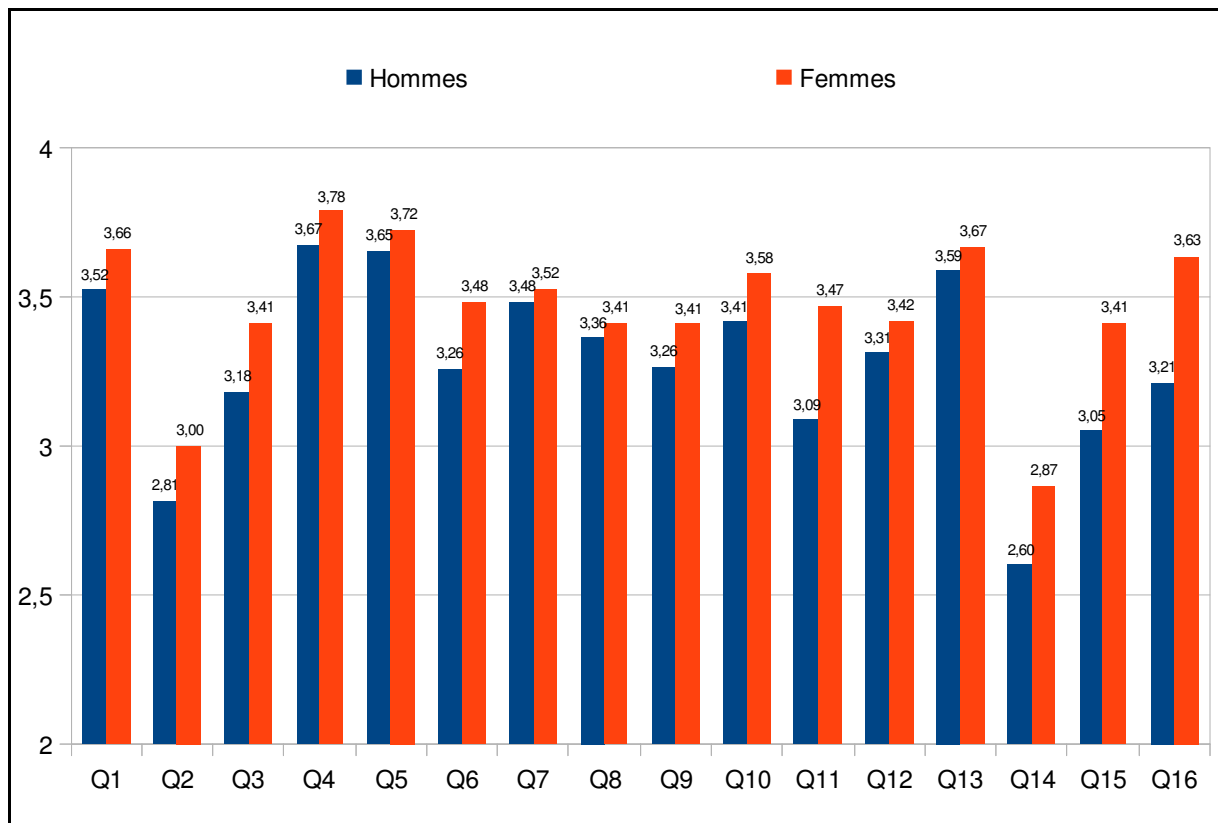
ANNEXE 5

REPONSES AU QUESTIONNAIRE

1) Selon les caractéristiques socio-démographiques des patients :

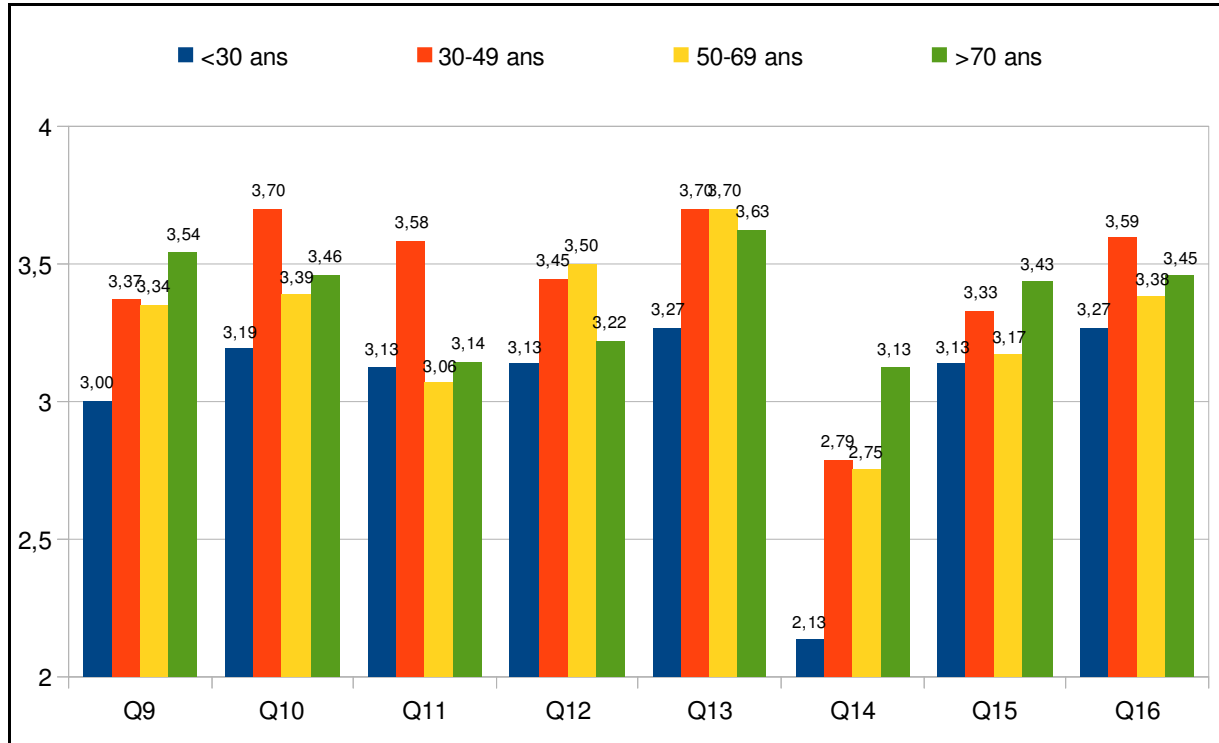
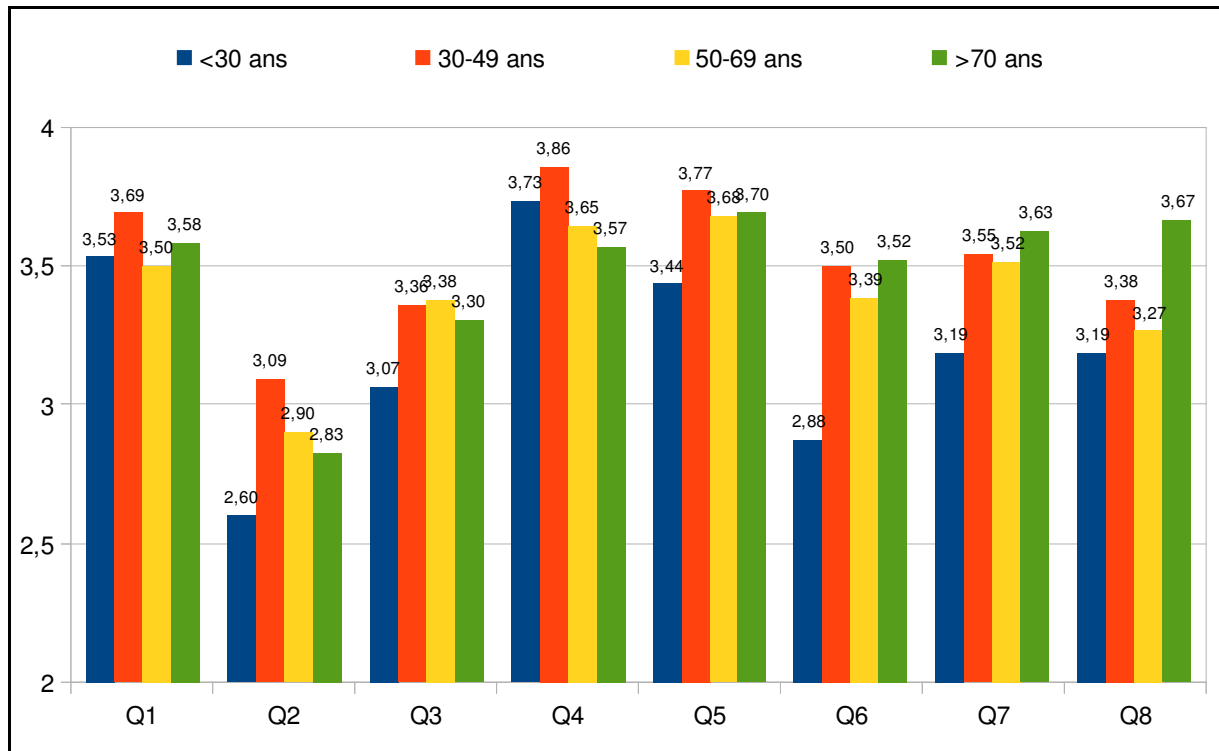
- Selon le sexe des patients :

Figure 54 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon le sexe des patients.



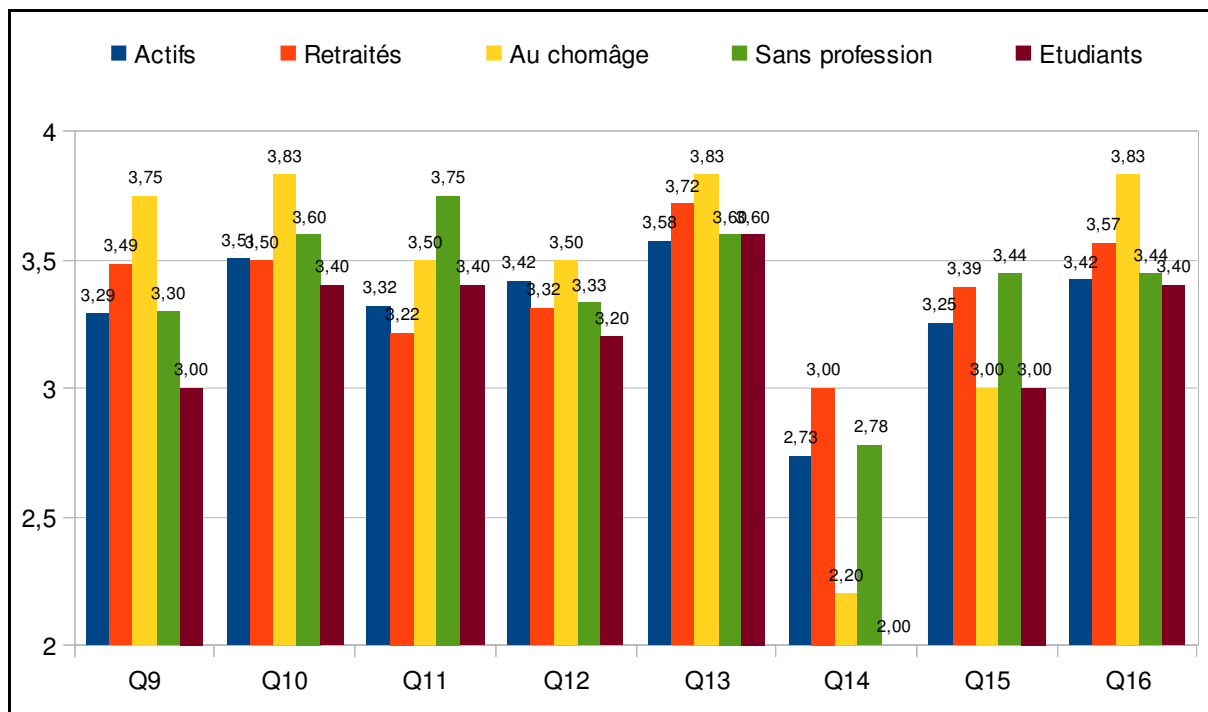
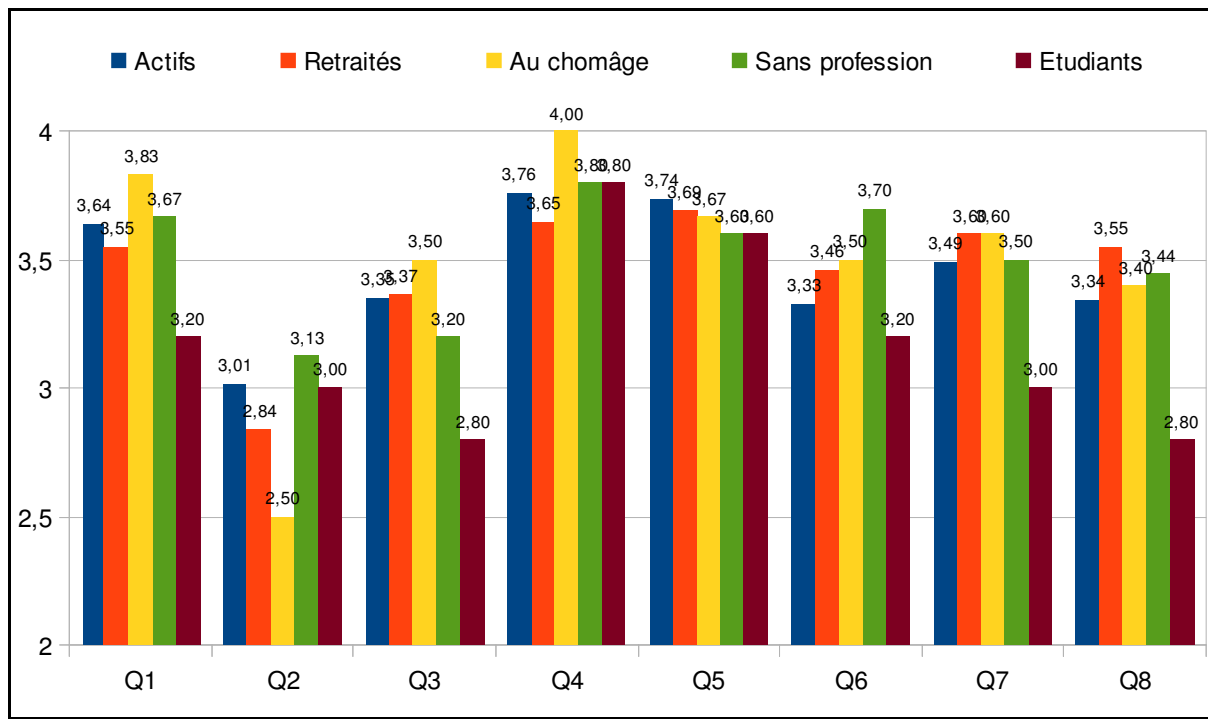
- Selon l'âge des patients :

Figure 55 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon l'âge des patients.



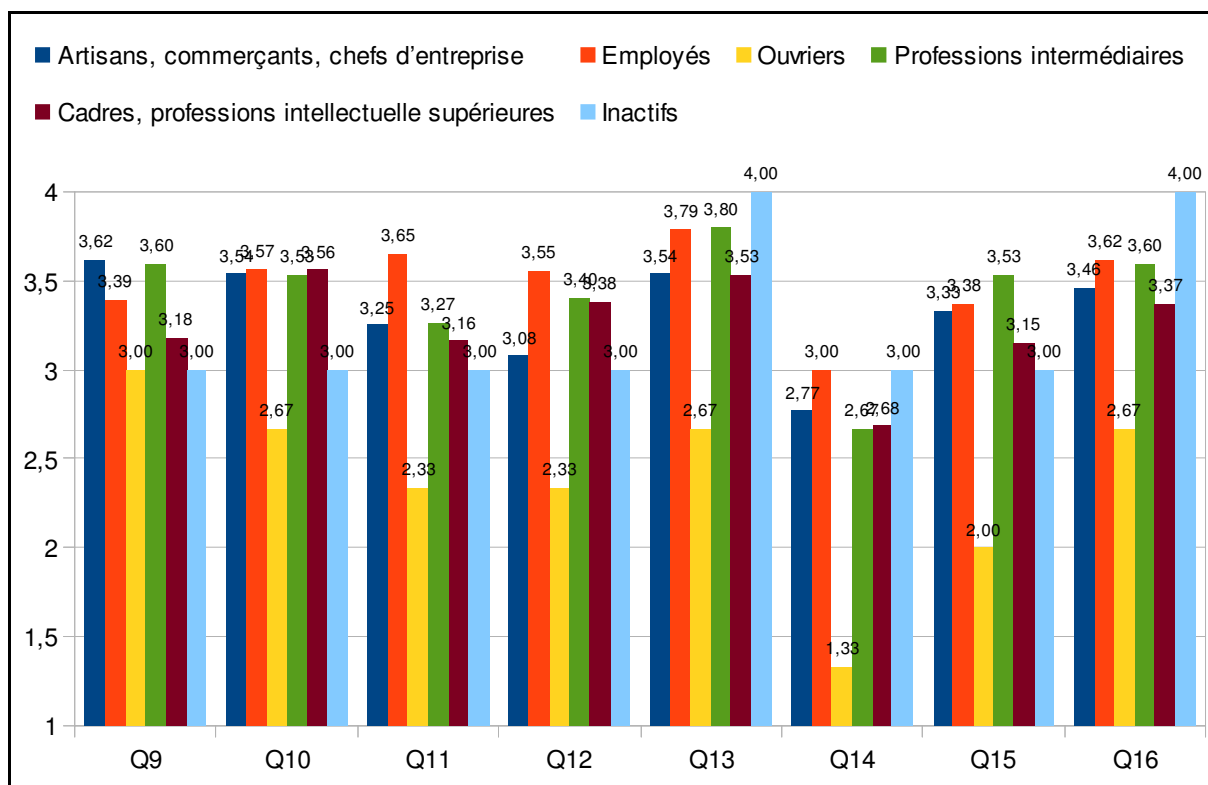
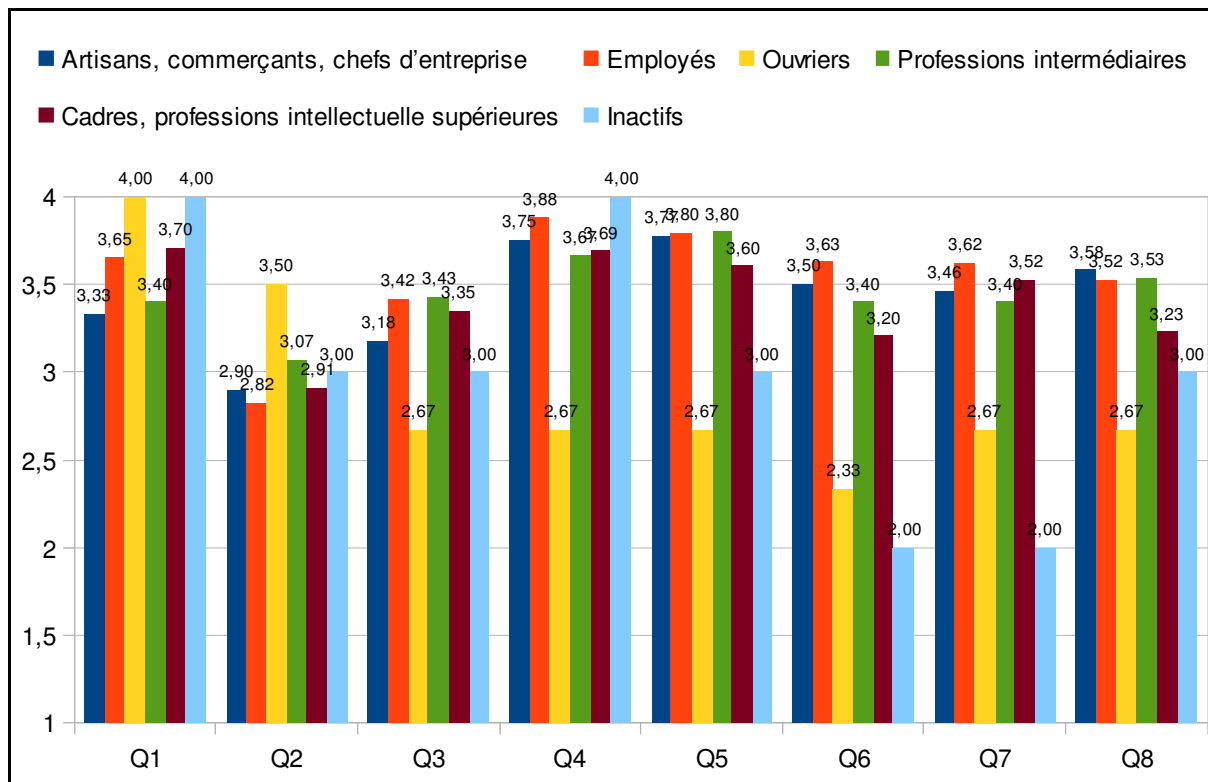
- Selon la situation professionnelle des patients :

Figure 56 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon la situation professionnelle des patients.



- Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients :

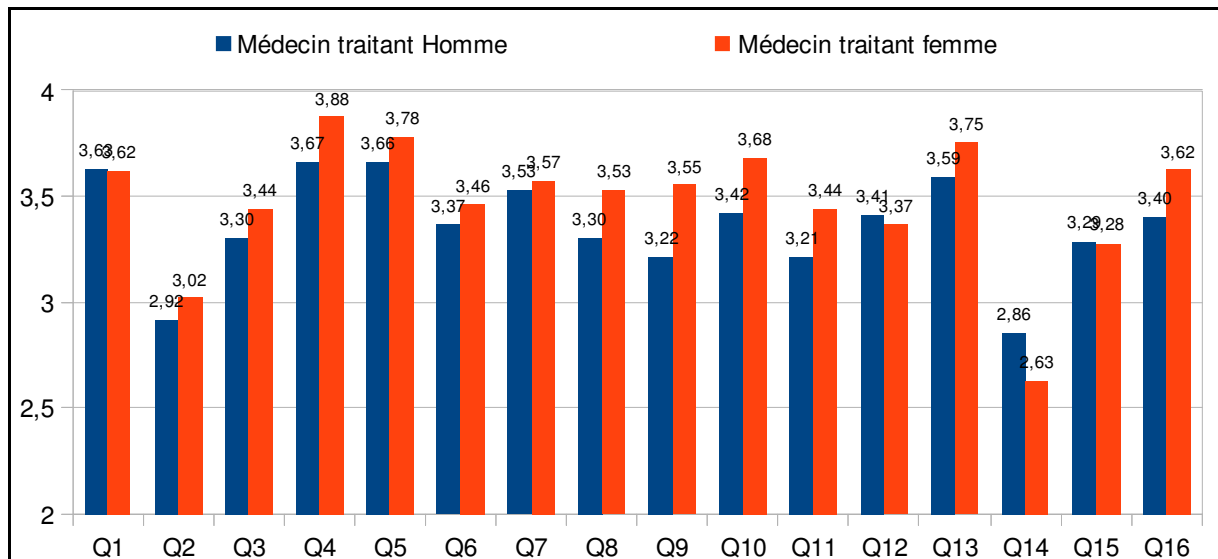
Figure 57 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon la catégorie socioprofessionnelle des patients.



2 Selon les caractéristiques du médecin traitant

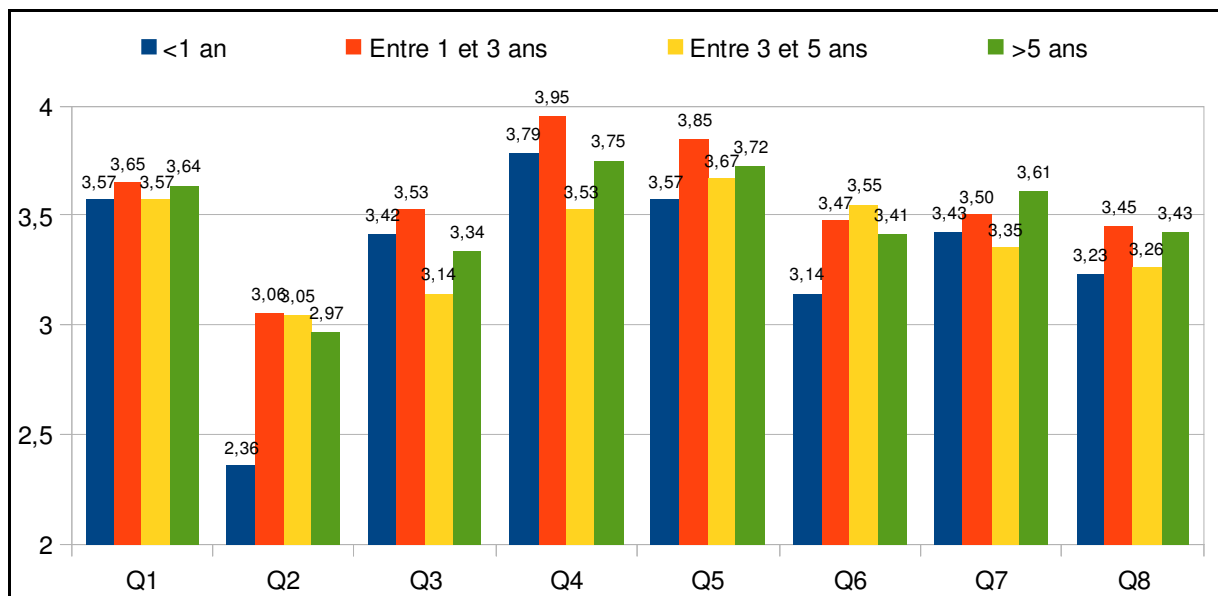
- Selon le sexe du médecin traitant :

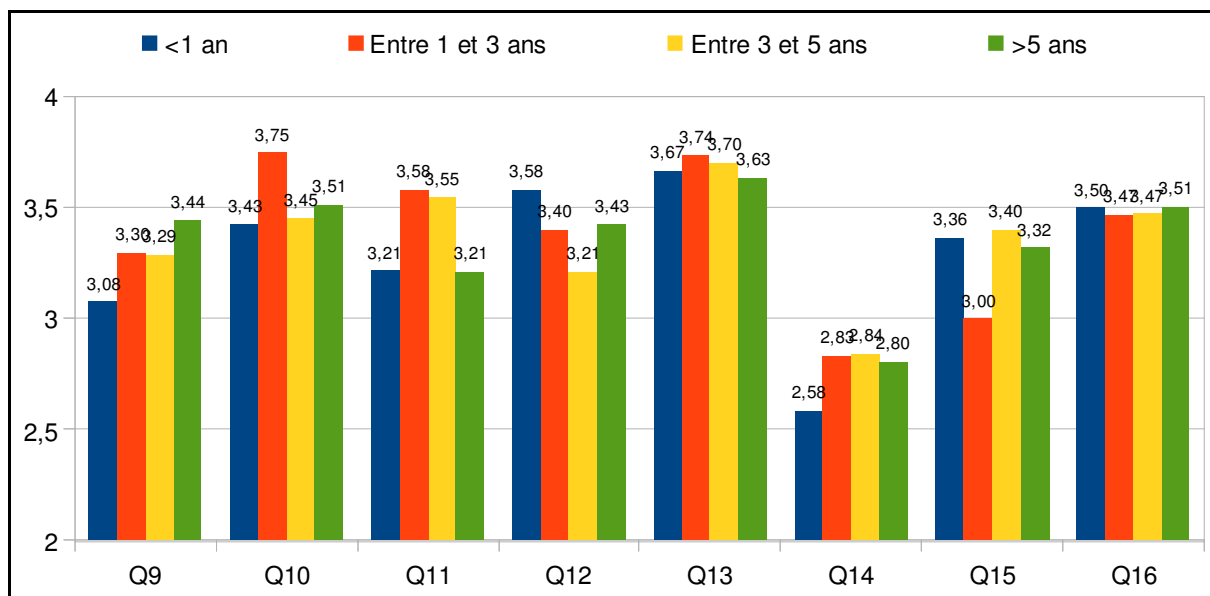
Figure 58 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon le sexe du médecin traitant.



- Selon l'ancienneté du médecin traitant :

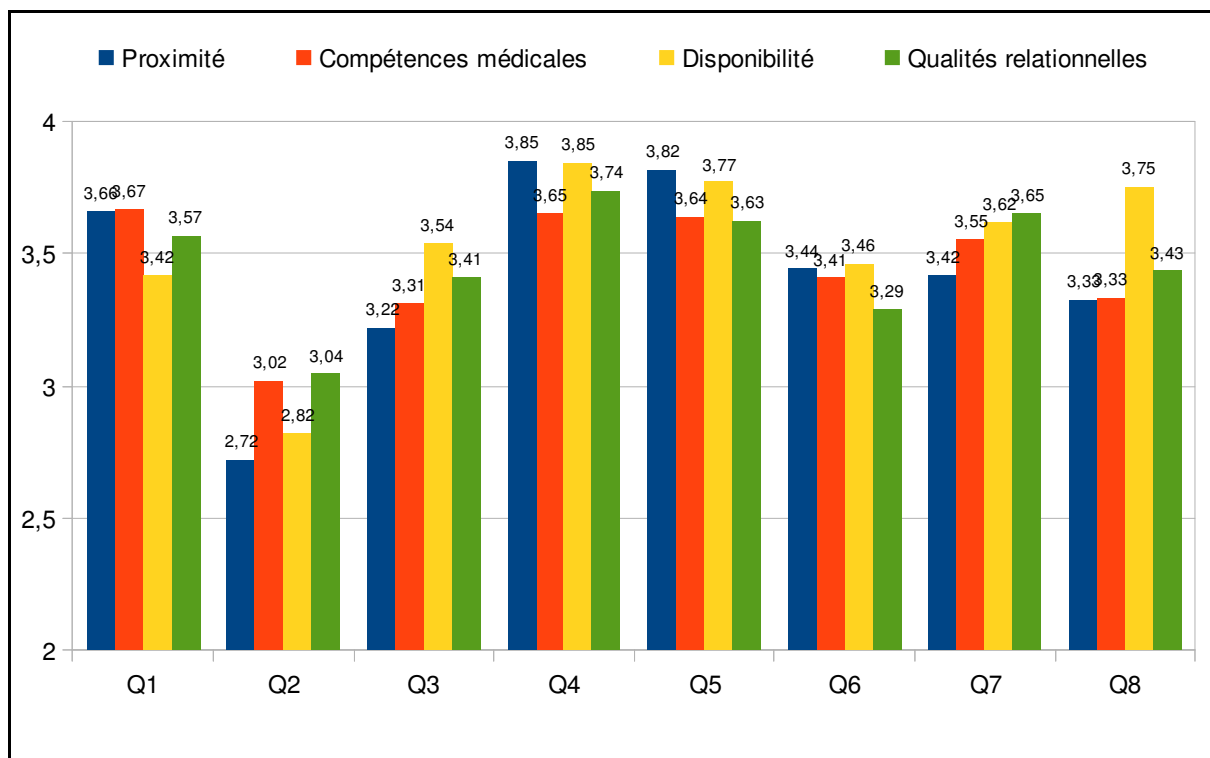
Figure 59 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon l'ancienneté du médecin traitant.

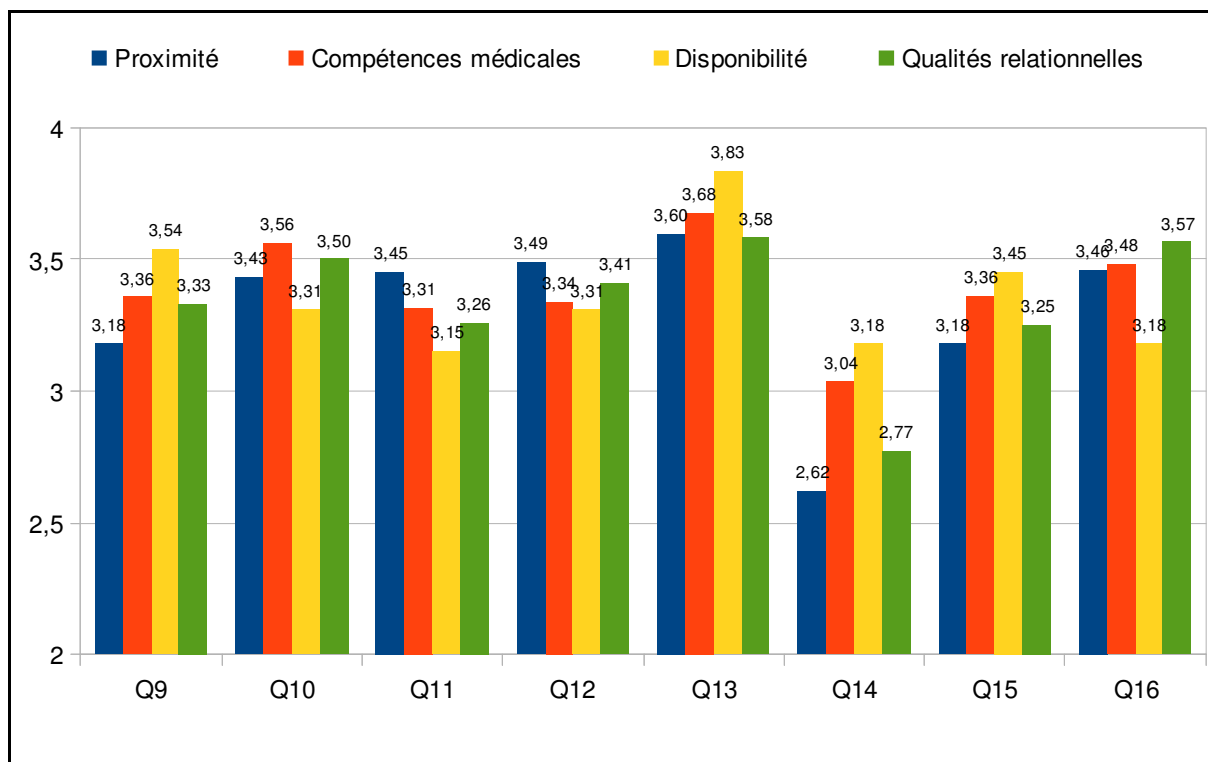




- **Selon le critère de choix du médecin traitant :**

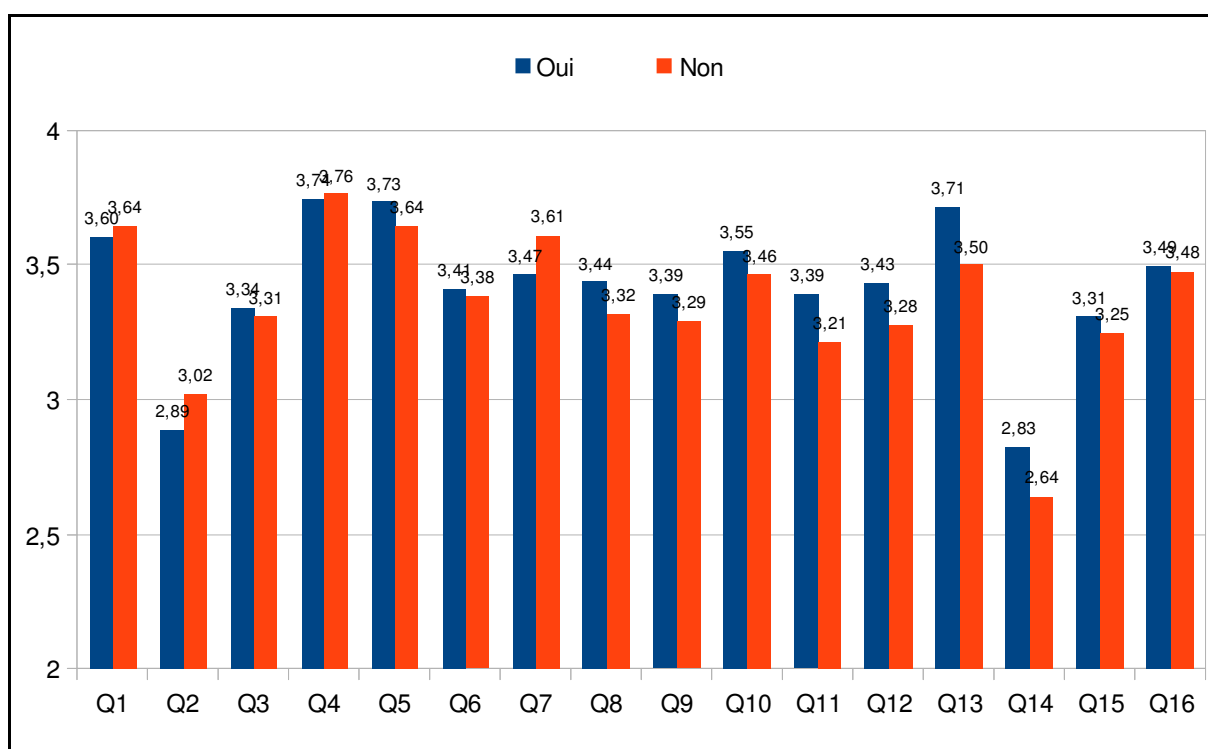
Figure 60 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon le critère de choix du médecin traitant.





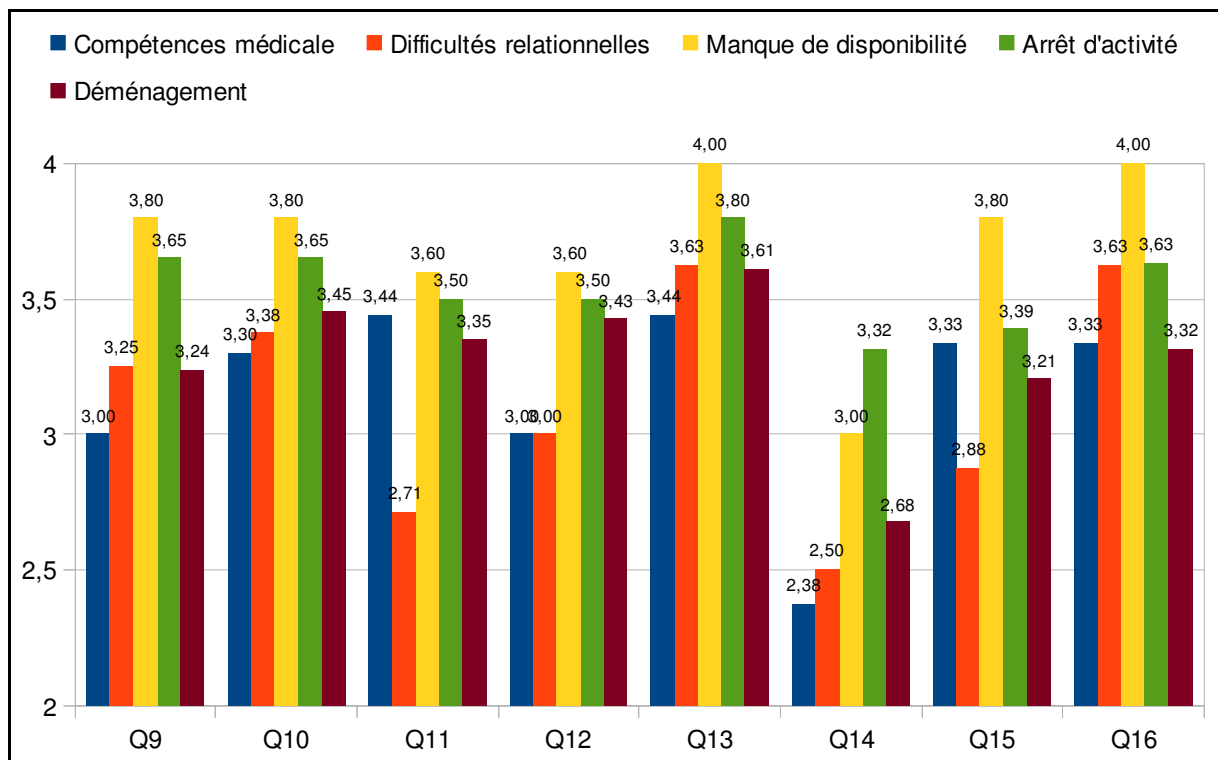
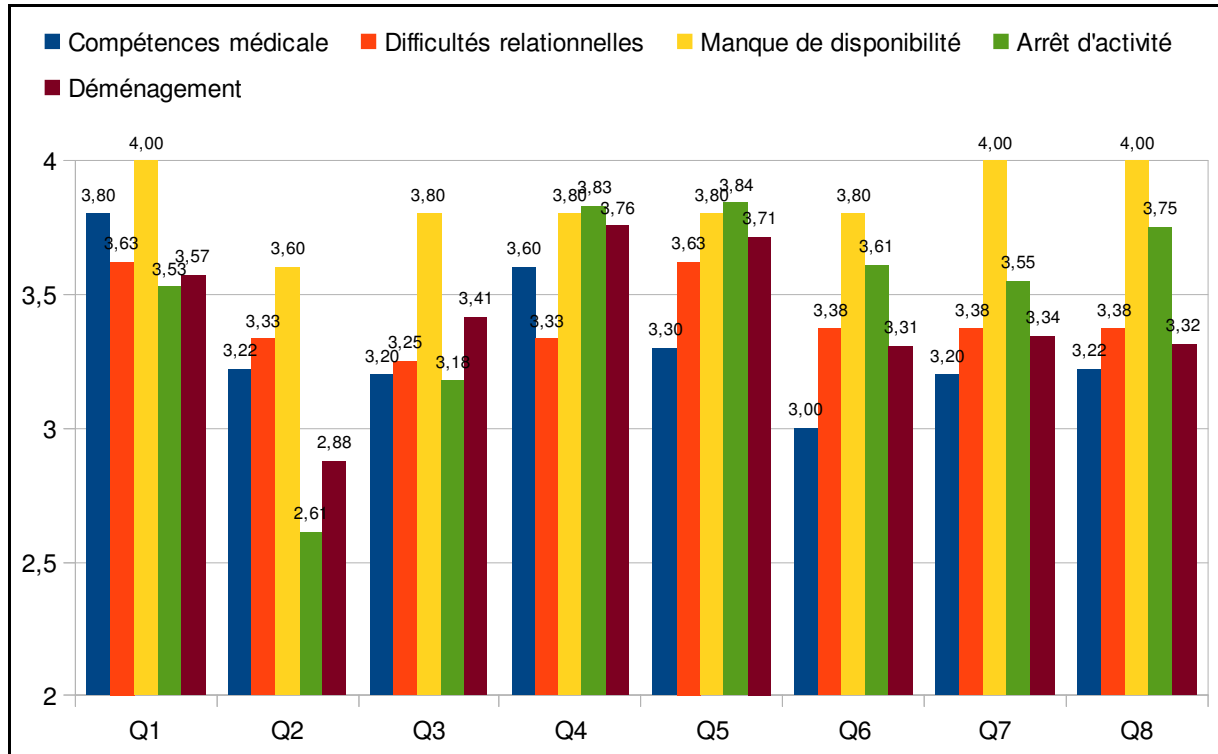
- Selon qu'ils aient ou non changé de médecin traitant :

Figure 61 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon le changement de médecin traitant.



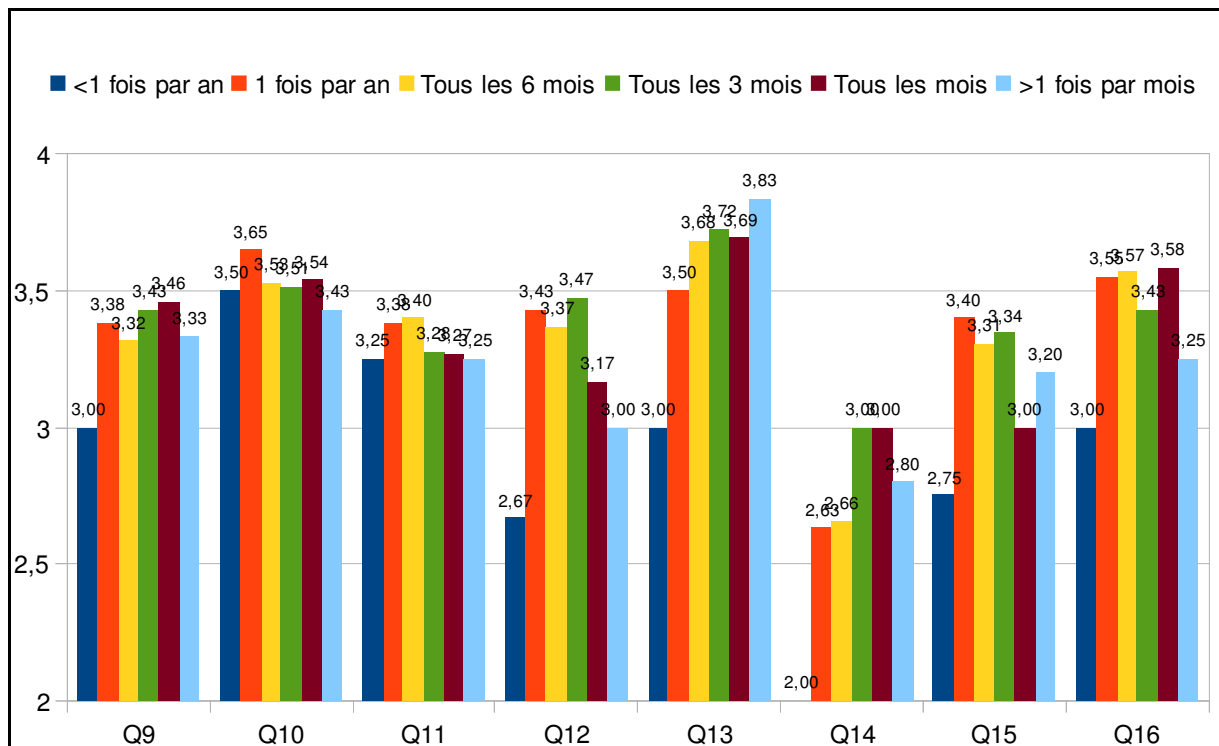
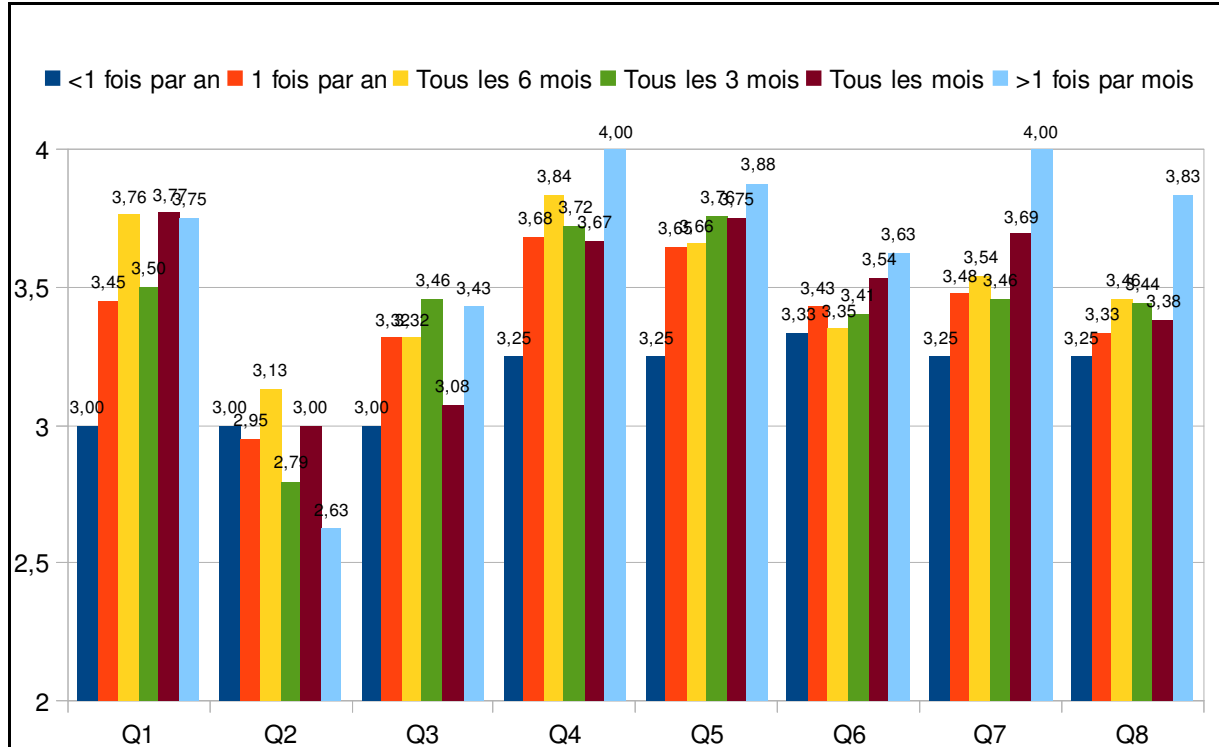
- Selon la raison du changement de médecin traitant :

Figure 62 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon la raison du changement de médecin traitant.



- Selon la fréquence des consultations :

Figure 63 : Moyenne des notes attribuées au questionnaire selon la fréquence des consultations.



ANNEXE 6

REMARQUES ET SUGGESTIONS DES PATIENTS

Cette annexe recense les réponses des patients à la dernière question du questionnaire :

« Quelle(s) autre(s) qualité(s) attendez-vous d'un médecin généraliste ? »

« Social, disponible devant tous les cas qui se présentent à lui. Attentif. Connaître sa profession théoriquement et en pratique. »

« Doit consulter tout le corps pour détecter toutes les maladies. »

« Compétences médicales, disponibilité, écoute et réactivité. »

« Qu'il propose de consulter des spécialistes de médecine alternatives/douces car il ne peut tout soigner avec ses connaissances qui ne sont pas globales sur le corps/esprit humain. »

« Disponible, à l'écoute, en tenant compte du parcours médical. »

« Respect, écoute, orientation vers spécialistes ou autres professionnels de santé en fonction des besoins de ses patients. »

« Il doit savoir ECOUTER sans signe d'impatience. Il faudrait qu'il puisse assurer les visites à domicile. IMPORTANT : pouvoir accompagner ses patients jusqu'aux SOINS PALLIATIFS, jusqu'à l'EUTHANASIE dès qu'elle sera autorisée. Remarques : question 2 : en a-t-il le temps ? Question 4 : je fais partie des malades qui ne posent pas trop de questions : le médecin sais, moi j'obéis. Question 14 : en a-t-il le temps ? »

« Ne pas prescrire pour me faire plaisir mais uniquement si c'est utile. Pouvoir prendre en compte l'idée que j'ai pu me faire de ce dont je souffre (m'expliquer pourquoi mes recherches internet ne m'amènent pas au bon diagnostic). Prendre le temps de faire de la prévention. »

« Capable de faire un bon diagnostic. Quand il ne sait pas, il cherche vraiment et se casse la tête. »

« Ecoute et compétence. »

« Etre à l'écoute de ses patients et donner les bons conseils. »

« A l'écoute des problèmes que je décris. Qu'il me rassure si ce n'est pas grave ou fasse le nécessaire dans le cas contraire. Qu'il n'ai pas recours à beaucoup (trop) de médicaments, plutôt le juste nécessaire. »

« Pratiquement tout est très important mais difficilement réalisable avec le peu de temps que le généraliste peut consacrer à chaque patient pour 23€ par consultation. »

« Etre à l'écoute mais savoir être ferme quand il le faut (savoir convaincre un patient réticent à un traitement ou à un examen parce que c'est pour son bien). »

« Accueillant, être à l'écoute, être rassurant. Il faut qu'il y ai une relation de confiance entre lui et son patient. »

« Faire en sorte que je puisse avoir une grande confiance en lui. »

« Autonomie, autorité, remise en question, savoir dire « non » aux patients, conseiller, orienter, ne pas être influençable. »

« Qu'il m'explique en détails mes problèmes afin de les démystifier. Qu'il ait une bonne relation avec les enfants. »

« Toutes les qualités mentionnées sont importantes. Mais si le médecin généraliste veut pouvoir faire face à toutes ses situations, cela lui demandera beaucoup de temps. Avoir le temps c'est sans doute ce qui manque le plus à notre époque. »

« Disponibilité, écoute, respect des patients. »

« Aimable, souriant, ouvert et pas raciste, patient et attentif. »

« Très bon relationnel avec moi, qu'il sache m'expliquer ma maladie avec des mots simples. »

« Le dialogue, l'écoute sont des facteurs très importants. Capable de me rediriger vers un spécialiste de qualité. Il ne doit rien laisser au hasard car c'est vers lui qu'on se tourne en premier. Il est le seul à pouvoir prendre à temps quelque chose qui peut s'aggraver : c'est notre premier lien avec le corps médical ! »

« A l'écoute de mes problèmes. »

« La valeur ajoutée serait qu'il soit disponible car la maladie ne se programme pas (ex : attendre un rendez-vous 2 à 3 jours !!!). »

« Mais le patient doit le respecter et l'estimer. Ne pas aller en consultation avec un cutter, c'est inacceptable. Je suis tout à fait d'accord pour que les médecins se regroupent pour se protéger. La justice devrait les condamner très sévèrement. »

« Qu'il fasse des visites à domicile quand on se sent vraiment pas bien. »

« Qu'il soit rapide et efficace en cas de problème même mineur. »

« N'hésite pas à nous mettre en relation avec un spécialiste. »

« L'écoute, la clarté de ses propos. »

« Confiance. »

« Bien s'occuper de ses patients et toujours très discret. »

« Juste distance : accueil et écoute sans familiarité. Discours de vérité mais toujours positif. Sens du diagnostic plus que analyses et médications abondantes. »

« Qu'il se souvienne de moi. »

« Etre à l'écoute et ouvert d'esprit notamment en ce qui concerne la médecine douce. »

« Je trouve pour ma part que l'on demande beaucoup. N'oublions pas que ce sont des êtres humains. Ma généraliste fait son possible pour m'aider moralement et me soigner correctement. »

« Confiance mutuelle. Audace et capacité de décisions claires. Confiance en ses capacités professionnelles. »

« Il doit accueillir tous les patients sans discrimination. »

« Avoir l'amour de son métier comme les médecins de famille dans le temps. »

« Il doit avoir une écoute, si possible une écoute psy et avoir une culture de la psychosomatique. Commentaire question 1 : pas au sens de les diagnostiquer et de les traiter là « tout seul » mais au sens de les connaître pour en tenir compte. »

« De la psychologie comme tout autre médecin. De la disponibilité comme un médecin de famille. »

« Savoir mettre en confiance. »

« Se sentir en sécurité, sans ambiguïté. Que le médecin m'accorde du temps. »

« Nous sommes de plus en plus mobiles dans ma génération. C'est pourquoi nous n'avons que rarement un médecin traitant. Nous allons souvent au plus proche, ce qui est sûrement une erreur. Ce que j'attends d'un médecin généraliste, c'est qu'il insiste et nous pousse à des dépistages concernant les maladies héréditaires, les risques pour notre santé liés aux maladies de nos parents et grands-parents. Concernant ma génération, il me semble que nous sommes laxistes à ce sujet. »

« Surtout de bien dire au patient ce qu'il a. »

« Un diagnostic rapide et juste. »

« J'attends qu'il soit à l'écoute. J'attends qu'il m'explique les choses. J'attends qu'il me rassure. J'attends qu'il soit objectif et professionnel. J'attends qu'il ai du sang froid, qu'il ne se laisse pas impressionner facilement. »

« Compétences, au courant des évolutions (dépistage, prévention, traitement). »

« Il doit pouvoir aider à soulager les souffrances en cas d'état pathologique incurable ou quasi-incurable même si cela a pour effet d'abrégé la vie. »

« Un grand sens de l'écoute et une ouverture aux médecines douces (sophrologie, acupuncture...). Avoir la sensation qu'il « prend le temps ». Adaptabilité aux circonstances. »

« Rien de plus qu'un « bon » équilibre entre technicité/maîtrise et écoute du patient. La maladie peut infantiliser, il ne faut pas que ce soit le cas dans la relation au médecin. Du fait de la multiplicité des sources d'information, la maîtrise, et ce doit rester dans le domaine médical au médecin. Cela n'exclue pas l'échange. Les éventuelles questions du patient peuvent être mal perçues par le praticien. Elles ne sont pourtant en général que la manifestation du souhait du patient d'être un malade plus « actif » dans sa guérison. »

« J'attends de mon médecin généraliste qu'il archive (chez lui ou accès à distance sur un serveur sécurisé) l'ensemble de mon historique médical (examens, consultations, comptes rendu des spécialistes chez qui il m'a envoyé). Cette fonction de « mémoire » me semble très importante. »

« L'amour, l'écoute, le professionnalisme. »

« Ecoute, disponibilité, efficacité, honoraires raisonnables. »

« Ne pas trop dédramatiser une situation, ne pas juger. »

« Pour moi la principale qualité est l'écoute car le diagnostic commence par là. »

« Essentiellement sa compétence et sa capacité à déléguer à des spécialistes s'il se sent limité dans son diagnostic ou dans sa capacité à traiter le problème décelé. Je souhaite aussi de la part de mon médecin de la ponctualité dans ses rendez-vous. »

« Qu'il soit à l'écoute de son patient, comme à l'époque de ma jeunesse les médecins généralistes faisaient un peu partie de la famille et nous n'étions pas qu'un numéro. »

« Avoir le sens de l'humour et être zen sans s'affoler facilement. »

« Le mien de docteur me suis ainsi que famille depuis 9 ans et suis très satisfaite juste parfois il travaille trop. »

« Qu'il soit à l'écoute. »

« A l'écoute de mes symptômes. »

« Ecoute, aide, suivi, prendre le temps nécessaire avec son patient. Recevoir son patient quand il y a une urgence. Dialogue, patience. »

« Il faudrait que tous ressemblent au mien. »

« Le mien est parfait ! »

« Je pense que la principale qualité, outre sa compétence, est de bien connaître l'histoire de son patient. C'est cette « proximité » qui fait la qualité de la relation et du diagnostic. »

« Prendre le temps d'écouter. »

« Qu'il collabore avec d'autres spécialistes au cas où il y en aurait besoin. »

IMPORTANCE ACCORDÉE PAR LES PATIENTS AUX COMPÉTENCES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Résumé : L'apprentissage par compétence, à la base de l'enseignement du troisième cycle de médecine générale, permet à l'étudiant de construire les compétences nécessaires à son futur exercice. L'objectif de ce travail est de s'assurer que les compétences acquises par les internes au cours du Diplôme d'Études Spécialisées répondent aux attentes des patients.

Cette étude transversale a été conduite auprès de la patientèle de dix-sept médecins généralistes, maîtres de stage à la faculté René Descartes. Les patients inclus devaient être majeurs et capables de répondre à un questionnaire écrit. Pendant trois jours, chaque maître de stage a remis un questionnaire aux cinq premiers patients éligibles de sa consultation. Celui-ci portait sur les caractéristiques socio-démographiques des patients, les spécificités de leur médecin traitant et une liste de questions visant à évaluer l'importance que les patients accordaient à chacune des six compétences en médecine générale. L'importance accordée à chaque compétence a été quantifiée et analysée.

Au total, 135 patients ont renvoyé le questionnaire complété. Nos résultats indiquent que les compétences en médecine générale sont toutes considérées comme importantes. La communication avec le patient, et la collaboration avec les autres professionnels de santé étaient particulièrement valorisées, tandis que l'éducation et la prévention apparaissaient comme plus secondaires. Ces aspects des soins méritent donc d'être approfondis au cours du Diplôme d'Études Spécialisées en médecine générale.

Le renforcement de la formation initiale et de la mise en situation des internes devraient leur permettre de mieux répondre aux attentes de leurs futurs patients.

Mots clés : Compétence, Médecine générale, Etude transversale, Satisfaction du patient.

Titre en anglais : Level of importance granted by patients to general practitioners competencies.

Résumé en anglais : The education of general practitioners (GP), based on a competency model, let students able to build the skills needed for their future practice. The aim of this study is to check that competencies that residents gain during their training meet patients expectations.

We conducted a cross-sectional study of patients of seventeen GPs, all masters of training course at the university René Descartes. Patients requested had to be adult and able to reply a questionnaire. During three days, each GP gave a questionnaire to the first five eligible patients of his consultation. The questions focused on patients socio-demographic data, characteristics of their doctor, and a list of issues designed to assess the importance that patients placed on each competency required for GPs. The importance attached to each skill has been quantified and analysed.

A total of 135 patients have return a completed questionnaire. Our results show that GP competencies are all considered important. Communication with the patient and interprofessional relationships were especially enhanced, whereas education and preventive care seemed secondary. The education of GP should improve these aspects of care.

Improving the residents basic training and experience should allow them to better fulfill their futur patients expectations.

Mots clés en anglais : Professional competence, General practice, Patients satisfaction.