



HAL
open science

Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale

Sophie El Hafdi

► **To cite this version:**

Sophie El Hafdi. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01364880

HAL Id: dumas-01364880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364880v1>

Submitted on 13 Sep 2016

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.

THESE

Pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2016

Par

Sophie EL HAFDI

**LE RESSENTI DES PATIENTS SUR LA
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE**

PRESIDENT DU JURY:

Monsieur Le Professeur Michel ANDREJAK

JUGES :

Monsieur Le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur Le Professeur Henri SEVESTRE

Monsieur Le Professeur Jean Michel MACRON

Monsieur Le Professeur Loïc GARCON

DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur Le Docteur Hubert FRICOTEAUX

Remerciements

Au Président du jury,

Monsieur Le Professeur Michel ANDREJAK,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury,

Veillez recevoir mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

A mes juges,

Monsieur Le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

Monsieur Le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Monsieur Le Professeur Jean Michel MACRON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux

Pôle Autonomie

Monsieur Le Professeur Loïc GARCON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Hématologie – Transfusion)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Je vous remercie sincèrement pour votre écoute et votre disponibilité.

A mon directeur de thèse,

Monsieur Le Docteur Hubert FRICOTEAUX

Docteur en médecine

(Médecine générale)

Vous avez accepté de diriger cette thèse,

Recevez mes remerciements les plus sincères.

*Vous avez été l'un de mes maitres de stage, vous m'avez appris à prendre confiance en moi,
merci pour votre enseignement, la qualité et l'humanisme de votre pratique.*

Aux Docteurs **PASSET Jean Louis**, **DUPONT Pierre**, **DESMET Denise**, mes maîtres de stage, au Docteur **CHEHAB Fadi**, chef de service des urgences de Péronne, pour votre gentillesse, et surtout pour m'avoir transmis votre savoir et votre savoir-faire. Apprendre à vos côtés la richesse de ce métier était une chance et un honneur.

A toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire.

A mes parents, pour leur amour et leur soutien inconditionnels.

A mon père, dont j'admire le parcours, tu m'as toujours bien guidée, et tu as fait tout ce que je suis devenue aujourd'hui.

A ma mère, ma confidente, ma meilleure amie, pour ton écoute, ta patience, pour m'avoir toujours épaulée, ainsi que pour la relecture patiente et pertinente de mon travail.

A ma sœur et à mon frère, Charles, mon « faux jumeau », pour notre complicité, et pour ton aide lors de la préparation de cette thèse, particulièrement lors de ces grands moments de stress engendrés par les soucis informatiques! Merci pour ton soutien.

A ma grand-mère, Gisèle, pour ta présence tendre.

A mes grands-pères et ma grand-mère, qui auraient certainement été fiers, de voir leur petite fille devenir médecin.

Aux autres membres de ma famille pour leur soutien.

A Théophile, Adrien et Alain rencontrés au cours de mon internat, pour leur sympathie.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
1. Généralités	9
2. Contexte et intérêt de l'étude	9
3. La médecine générale	10
3.1 Le médecin généraliste	11
3.2 Le patient	12
3.3 La relation médecin malade	12
4. Objectifs de l'étude	13
4.1 Objectif principal	13
4.2 Objectifs secondaires	14
a. Le tiers payant généralisé	14
b. En dehors des consultations	14
MATERIEL ET METHODES	15
1. Type d'étude.....	15
2. Mode de recueil des données	15
3. Population cible	15
4. Le questionnaire	16
5. Analyse statistique.....	18
RESULTATS	19
1. Données sociodémographiques.....	19
2. La consultation.....	21
3. Le tiers payant généralisé.....	31
4. En dehors de la consultation	32
DISCUSSION	34
1. Intérêt de cette étude.....	34
2. Limites et biais de cette étude.....	34
3. Comparaison avec la littérature et mon ressenti.....	37
3.1 La consultation.....	37
a. Les items EUROPEP	37
b. Le temps de consultation	38
c. Le contact téléphonique	40

d. Le délai d'attente dans la salle d'attente	41
e. Le délai maximal pour avoir un rendez-vous	42
f. La prise de la tension artérielle	43
g. L'ordonnance	45
h. La gêne au déshabillage	46
i. Le lavage des mains	46
j. Le changement du papier de la table d'examen	47
k. La tenue, la présentation du médecin	47
l. Le cadre du cabinet	48
m. Les visites à domicile	48
3.2 Le tiers payant généralisé.....	50
3.3 En dehors de la consultation.....	52
4. Comment mieux connaître le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale.....	53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	58
ANNEXE 1 : Le questionnaire EUROPEP.....	58
ANNEXE 2 : Le questionnaire de mon étude.....	59

LISTE DES AVREVIATIONS

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners.

EUROPEP: European task force on Patient Evaluation of general Practice

CMU : Couverture Maladie Universelle

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

TA : Tension artérielle

HAS : Haute Autorité de Santé

Ifop : Institut français d'opinion publique

AcBUS : Accord national de bon usage des soins

IGAS : Inspection général des affaires sociales

Drees : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

INTRODUCTION

1. Généralités

La relation médecin-malade est un domaine très original et ne ressemble à aucun autre type de relation. Le médecin doit apprendre l'empathie c'est-à-dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du patient, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est-à-dire de sympathie ou d'antipathie [1].

Dans ce contexte le médecin doit être à l'écoute du patient, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique que lui pose le patient, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir un point de vue ou une conduite à tenir refusée par le patient.

Chaque patient a une personnalité différente à laquelle le médecin doit s'adapter dans la relation médicale qu'il établit à partir de la demande exprimée par le patient. La personnalisation de cette relation médicale dans les soins comme dans la prévention est le levier d'une alliance durable entre le patient et son médecin traitant [1].

La médecine, la maladie, les thérapeutiques, tout cela nous pouvons l'apprendre en cours. Mais le regard du patient sur le médecin ? La nature même des relations qui se tissent entre patient et soignant ? Les émotions, les interrogations, le sens, l'éthique, où pouvons-nous les apprendre ?

2. Contexte et intérêt de l'étude

Contexte de l'étude

Au cours de ces dernières décennies, la société a changé et le rôle du patient a pris plus d'importance comme facteur déterminant au niveau des soins de santé et de leur distribution. L'opinion du clinicien n'est plus tenue comme sacro-sainte et un nouveau dialogue apparaît entre les consommateurs et les fournisseurs de soins de santé. L'autorité traditionnelle impartie à un certain magistère médical a donc cédé la place à un nouveau contrat entre le médecin et son patient : la compétence s'y allie à l'empathie face à un patient devenu sûrement plus exigeant [2].

Aussi, le formidable développement des techniques de soins a peut être conduit un temps à confondre, dans l'esprit de certains, la Médecine et la thérapeutique. L'écoute, l'accompagnement des patients au cours de leur vie, à travers les inquiétudes, les affections mineures qu'ils présentent, leur pilotage à travers un système de santé de plus en plus complexe, sont ainsi parfois délaissés alors même que ces fonctions deviennent primordiales[3].

Intérêt de l'étude

Dans la plupart des articles traitant le rôle de la relation médecin-patient, la perception par le patient du caractère proche et amical du médecin: sans interrogatoire excessif, sans chercher à dominer le patient, améliore l'observance et ainsi inspire les meilleurs résultats en termes de satisfaction et d'observance thérapeutique.

C'est dans ce contexte que j'ai choisi d'investiguer cette question : connaître le ressenti des patients sur la consultation, pour identifier les changements susceptibles d'améliorer l'organisation des soins pour le patient, afin d'améliorer son adhésion au traitement.

3. La médecine générale

La médecine générale/médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires[4].

La médecine générale peut se décomposer en trois parties [4] :

- La démarche clinique: gérer un large éventail de plaintes, de problèmes et de maladies selon leur mode de présentation; maîtriser la gestion à long-terme et le suivi; équilibrer efficacement les preuves scientifiques et l'expérience clinique.
- La communication avec le patient: structurer la consultation ; fournir des informations qui seront aisément comprises et expliquer les investigations et leurs résultats; comprendre et gérer différentes émotions de façon adéquate.
- La gestion du cabinet médical: assurer une accessibilité et une disponibilité appropriées aux patients; organiser, équiper et gérer les finances du cabinet efficacement et collaborer avec

l'équipe du cabinet; coopérer avec d'autres professionnels en soins primaires ainsi qu'avec d'autres spécialistes.

C'est une discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture.
- Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un « cas ». Le patient est le point de départ du processus [4].

3-1.Le médecin généraliste

Il est aussi appelé médecin omnipraticien, ou médecin de famille.

En France, chaque assuré doit désigner son médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés, institué par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 [5], et 99.5% des français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant [6].

C'est un médecin spécialiste formé à l'approche globale des patients. Il suit ses patients dans la durée d'une relation personnalisée qui se construit au cours de contacts répétés au fil du temps. Une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles.

Le médecin traitant connaît le contexte familial, culturel et socioprofessionnel du patient. Il prend en compte et gère simultanément tous les problèmes de santé du patient dans le respect de son autonomie, les hiérarchise et assure la synthèse de toutes les informations.

Le médecin traitant consacre un temps méconnu mais indispensable à la coordination des soins autour de son patient.

Selon la définition de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) [4]:

« Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. »

Selon la définition de Leeuwenhorst [4] : « Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. »

Ce qui justifie son rôle : la qualité du soin qu'il peut apporter au patient qui est venu le voir [7].

3-2. Le patient

C'est le dénominateur commun de la relation médecin-malade: la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

Le patient vient avec sa demande. Cette demande est variable. Elle peut être une demande de diagnostic et de traitement, une demande d'écoute, une demande de conseil.

Aujourd'hui, le patient n'est plus un spectateur passif des décisions prises par les médecins : il s'informe et devient un acteur du système de soins. De plus, sa demande évolue : certaines plaintes mineures sont aujourd'hui des motifs de consultations hier encore inenvisageables. De plus en plus de motifs de consultation relèvent du social, du psychologique, en tout cas du non-médical au sens classique du terme. Le premier travail du médecin est de comprendre cette demande et d'en négocier le traitement avec son patient d'une façon de plus en plus contractuelle [8].

3-3.La relation médecin-malade

La relation s'établit sur un niveau social et professionnel : le malade attend du médecin qu'il le soigne bien et le médecin s'efforce d'être un bon médecin.

La médecine générale utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée.

Le médecin généraliste doit savoir utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre lui et le patient ; la valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste et est en elle-même thérapeutique.

La relation médecin-patient est critique dans la mise en œuvre de la bonne observance du traitement. Il a été démontré que plus de la moitié des patients n'adhère pas à leur prescription, de façon non intentionnelle, en raison d'une communication inadéquate avec les professionnels de santé. La capacité du soignant à donner de la valeur à l'expérience, au vécu du patient avec sa maladie, à valoriser les succès du patient, aura un impact sur l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux [8].

Cette rencontre entre le médecin et son patient est aussi une rencontre particulière source de beaucoup d'ambiguïtés et de contradictions qui peuvent être la source de graves malentendus [9].

4. Objectifs de l'étude

4-1. Objectif principal

La satisfaction des patients, si elle est difficile à objectiver et à mesurer, est un paramètre de qualité des soins reconnu : un patient satisfait a une meilleure adhésion au traitement. Et la confiance portée au médecin est essentielle: l'effet du médicament semblant y être étroitement lié [8] [10].

Un groupe de travail européen a développé un projet international centré sur la satisfaction des patients en médecine générale: le projet EUROPEP (European task force on Patient Evaluation of general Practice) [11]. Il s'agit d'un questionnaire contenant 23 items, répertoriés en 5 domaines (Annexe 1).

J'ai souhaité connaître le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale, en me basant sur une partie des items du questionnaire EUROPEP. L'objectif de mon étude étant d'adapter au mieux ma pratique aux attentes des patients, à travers leur ressenti, pour renforcer le lien de confiance et obtenir ainsi une meilleure adhérence aux traitements.

4-2. Objectifs secondaires

a. Le 1/3 payant.

Le dispositif, actuellement octroyé aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide médicale d'État (AME), sera étendu de façon «volontaire» au 1er juillet 2016 aux patients pris en charge à 100% par l'Assurance maladie (dont ceux affectés par des maladies de longue durée type diabète et les femmes enceintes). Il deviendra un droit pour ces patients au 31 décembre 2016. A partir du 1er janvier 2017, médecins, dentistes et autres professionnels de santé pourront appliquer la dispense d'avance de frais à tous les assurés. La mesure deviendra un droit le 30 novembre 2017 [12].

La plupart des médecins généralistes redoute un surcroît de travail administratif, des retards de paiement ou encore une perte d'indépendance. [13] [14].

Qu'en pensent les patients ? Quel est leur ressenti sur cette extension du tiers payant à tous les assurés ?

L'autre objectif sera d'évaluer si les patients savent pourquoi la plupart des médecins généralistes sont contre cette nouvelle réforme et si eux sont plutôt favorables ou non à ce tiers payant généralisé.

b. En dehors des consultations

Les demandes de rendez-vous continuent de s'accroître au fil du temps, ce qui s'explique en grande partie par la pénurie de médecin généraliste. Et certains patients deviennent de plus en plus exigeants quant à la « fixation » de ces rendez-vous. J'ai souhaité savoir si les patients avaient une idée de ce que le médecin faisait dans le cadre de son travail au cabinet en plus de recevoir les patients.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, quantitative, de type enquête d'opinion distribuée.

2. Mode de recueil des données

Mode de distribution

Le questionnaire (Annexe 2) a été proposé aux usagers de médecine générale après avoir recueilli leurs consentements oraux et en respectant leur anonymat. J'ai pu remplir le questionnaire directement avec eux, ou pour la plupart, ils les remplissaient seuls et me les remettaient en mains propres.

Lieu de recrutement

Les 100 premiers questionnaires ont été distribués aux patients d'un cabinet de groupe de médecine générale de l'Aisne. Pour certains, ils ont été remis par la secrétaire, avant la consultation, afin que les patients puissent les remplir en salle d'attente; pour d'autres, par moi-même à la fin de la consultation, ainsi ils les remplissaient avec moi.

Puis 100 questionnaires ont été distribués à la population rencontrée dans des lieux publics (commerces, rues, sorties d'écoles..), dans une école de danse, dans un cabinet de médecine générale, à certains membres de ma famille, tous, situés dans le Pas de Calais.

3. Population cible

Critères d'inclusion

Toute personne acceptant de répondre au questionnaire.

Critères d'exclusion

Personnes âgées de moins de 16 ans.

4. Le questionnaire

Pour réaliser mon étude, j'ai choisi de me baser en partie sur le questionnaire EUROPEP, qui représente un outil complet, fiable, d'utilisation facile et largement validé au niveau international pour l'évaluation des soins par le patient en médecine générale. Ce questionnaire EUROPEP a été développé en plusieurs phases. Une étude des priorités a identifié les besoins et demandes des patients en médecine générale. Une liste de 44 items couvrant les principaux domaines de la médecine de famille a été développée sur la base de la littérature, d'interviews et d'avis d'experts. Cette liste d'indicateurs a été soumise à un échantillon de 200 patients par pays dans 8 pays au total afin d'en déterminer la validité. Sur la base de cette étude de priorités, un questionnaire final comprenant 23 items a été développé (Annexe 1).

Le questionnaire EUROPEP couvre 5 domaines de la médecine générale :

- (A) Relation – communication médecin – malade (items 1 à 6).
- (B) Les soins médicaux (items 7 à 11).
- (C) L'information (items 12 à 15).
- (D) La continuité des soins – coopération (items 16 et 17).
- (E) L'accessibilité, la disponibilité (items 18 à 23).

Le questionnaire de mon étude se compose de 4 parties :

- Données sociodémographiques :

Le sexe, l'âge, le mode de vie, la zone d'habitation, la situation professionnelle, la couverture maladie, déterminés selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, étaient renseignés.

- Données sur le ressenti du patient sur la consultation :

14 des 23 items du questionnaire EUROPEP ont été utilisés :

- Item 1 : La durée de la consultation
- Item 3 : La capacité du médecin à vous mettre à l'aise
- Item 5 : La capacité du médecin à vous écouter
- Item 7 : Le soulagement rapide de vos symptômes
- Item 9 : la minutie du médecin

- Item 10 : l'examen clinique
- Item 11 : les propositions du médecin dans le domaine de la prévention
- Item 12 : les explications des tests et des traitements
- Item 13 : les informations concernant les symptômes et la maladie
- Item 14 : l'aide du médecin à résoudre des problèmes émotionnels
- Item 17 : la mémoire du médecin de ce qui a été dit ou fait précédemment
- Item 19 : la fixation des rendez-vous à un moment qui vous convient
- Item 21 : le contact téléphonique avec le médecin
- Item 22 : la durée d'attente dans la salle d'attente

J'ai également basé mes questions à partir de remarques portées par des usagers de médecine générale, sur leur médecin généraliste et/ou sur la consultation. Remarques que j'ai relevées avant la réalisation de mon étude, pendant ou en dehors de consultations.

Ces remarques concernaient :

- la prise de la tension artérielle à chaque consultation
- la remise d'une ordonnance à chaque consultation par le médecin
- le fait de se déshabiller pour être examiné
- le lavage des mains du médecin
- le changement du papier de la table d'examen
- la présentation du médecin
- le cadre du cabinet
- les visites à domicile

- Données sur le ressenti des patients sur le 1/3 payant généralisé

Evaluer par une question fermée si les patients savent pourquoi la plupart des médecins généralistes est contre la nouvelle réforme, et si eux, présentent un avis favorable ou non à cette réforme.

- Données sur le ressenti des patients sur le travail effectué par le médecin généraliste en dehors de ses consultations

Evaluer par une question fermée si les patients pensent que le médecin travaille au cabinet en dehors de ses consultations. Puis plusieurs choix leur étaient proposés sur des

activités que doivent ou peuvent faire les médecins généralistes au cabinet.

5. Analyse statistique

Le recueil des données s'est effectué à l'aide du logiciel de traitement de données SPHINX. Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentage. Le test utilisé était le Chi2. Le seuil de significativité était de p inférieur à 0.05. Les cases soulignées dans les tableaux correspondaient aux chi2 partiels les plus forts. Ils indiquaient les couples de modalités remarquables où il y avait une significativité dans les résultats.

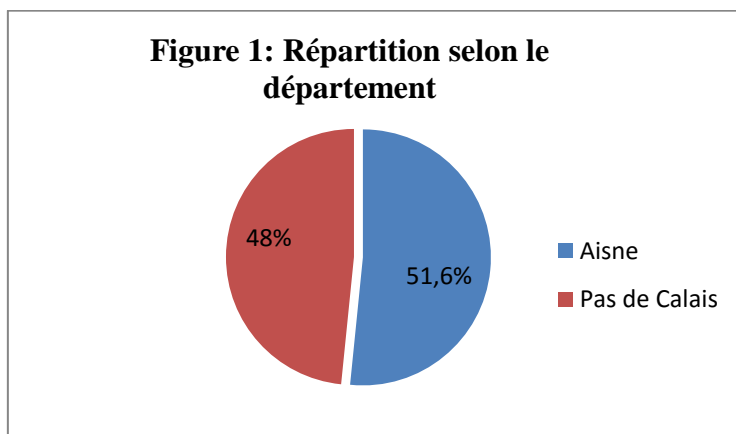
RESULTATS

Sur 200 questionnaires distribués, 188 ont été analysés.

1. Données sociodémographiques

Le département

97 patients de l'Aisne et 91 patients du Pas de Calais ont participé.

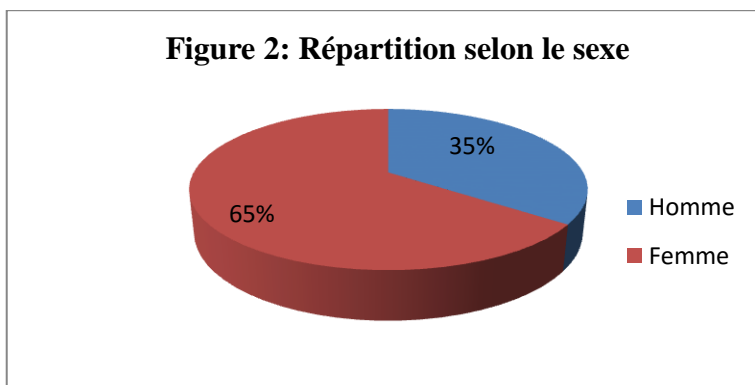


L'âge

L'âge moyen de la population étudiée était de 44,8 ans (écart type = 15.6).

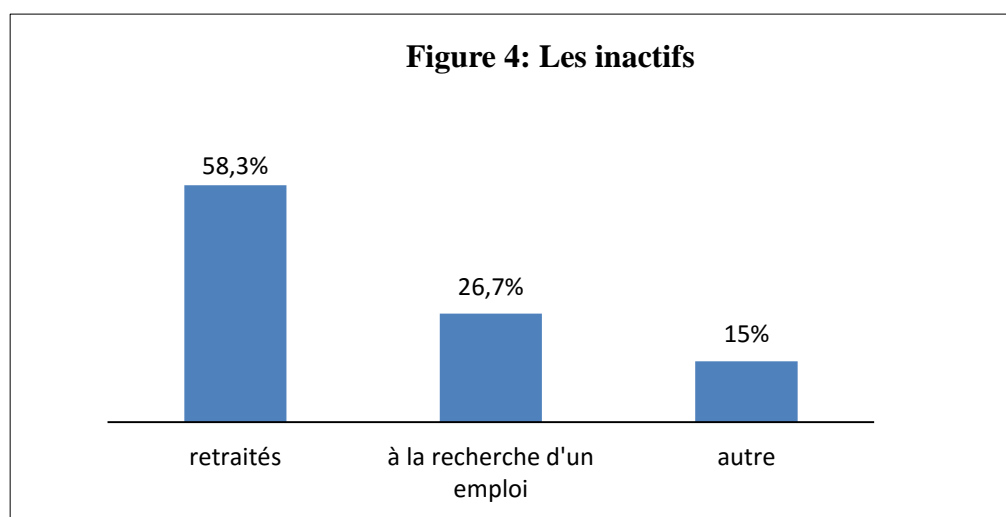
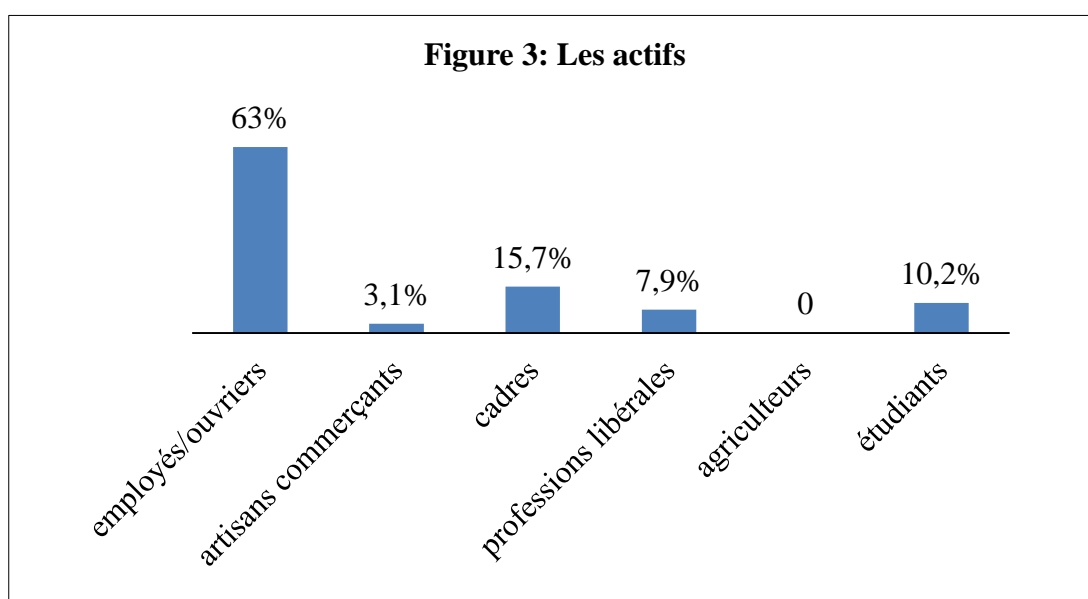
Le sexe

Il y avait une majorité de femmes dans notre étude, dont 69,1% dans l'Aisne et 60,4% dans le Pas de Calais.



La profession

127 patients (67.6%) étaient actifs et 61 patients (32.4%) étaient inactifs.



La couverture maladie

165 patients, soit 87.8% des patients interrogés avaient une mutuelle ; 22 patients, soit 11.7% étaient couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et un patient n'avait ni l'un ni l'autre.

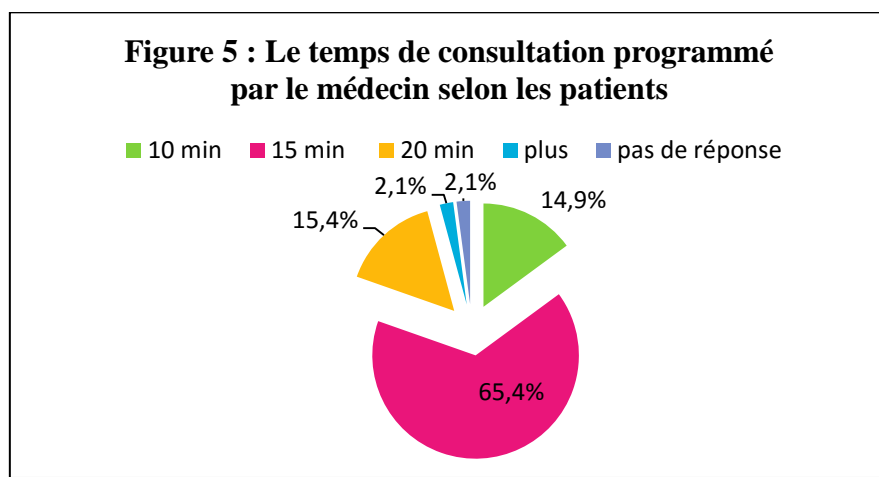
La zone d'habitation

59% des patients habitaient en zone urbaine, 27.1% était issu d'une zone rurale, et 13.9% d'une zone semi rurale/semi urbaine.

2. La consultation

Le temps de consultation

Selon 123 patients le médecin programme 15 minutes (min) par patient par consultation.



Les items EUROPEP

Parmi les items extraits du questionnaire EUROPEP qui ont été proposés aux patients, ceux qui ont été choisis comme étant les plus importants pour eux au cours d'une consultation étaient :

- les explications données par le médecin sur les tests et traitements : choisies par 139 patients (73.9%),
- la capacité du médecin à écouter : choisie par 131 patients (69.7%),
- l'examen clinique : choisi par 123 patients (65.4%).

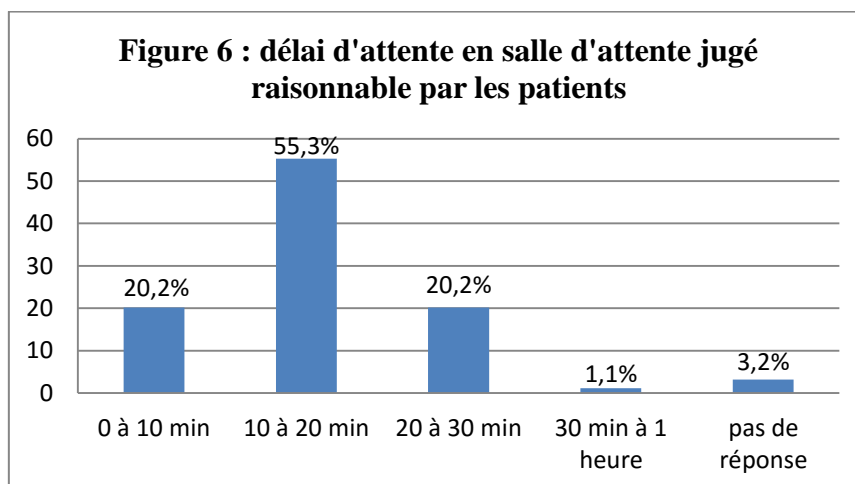
La capacité du médecin à vous mettre à l'aise a été choisie par 79 patients (42%), et la minutie

du médecin a été choisie par 43 patients (22.9%). Seuls 3 patients n'ont pas répondu à la question.

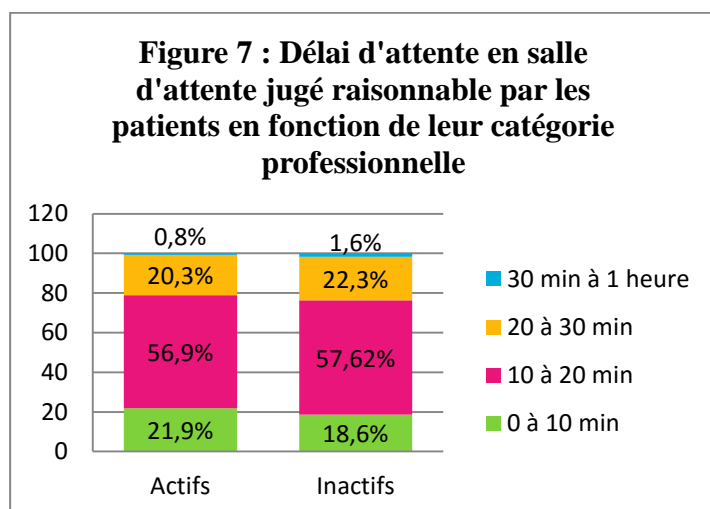
Parmi les items proposés concernant ce qu'attendaient les patients du médecin généraliste au cours de la consultation : 143 patients (76.1%) attendaient le soulagement rapide des symptômes, 134 patients (71.3%) attendaient des informations concernant les symptômes et la maladie, 81 patients (43.1%) attendaient du médecin qu'il se souvienne de ce qui a été dit ou fait précédemment.

44 patients (23.4%) attendaient des propositions dans le domaine de la prévention, 35 patients (18.6%) attendaient l'aide du médecin pour résoudre les problèmes émotionnels. 3 patients n'ont pas répondu à la question.

Le délai d'attente en salle d'attente

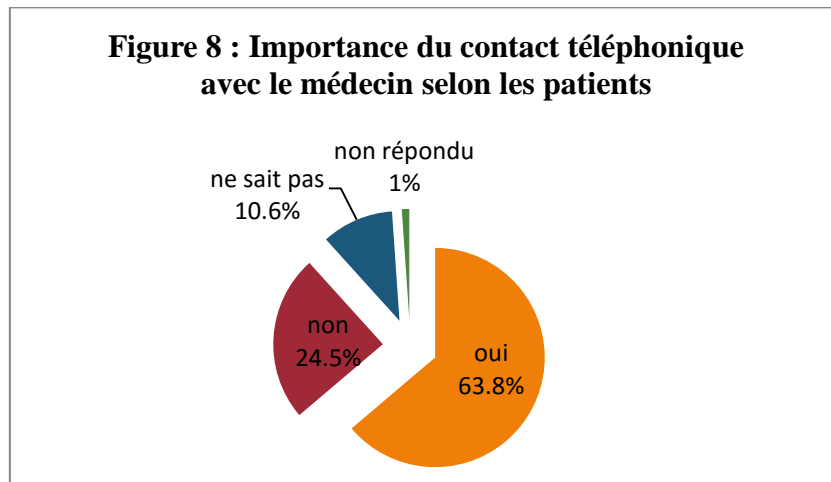


Selon que le patient était actif ou inactif, on retrouvait majoritairement dans chaque catégorie le même délai d'attente jugé raisonnable par les patients. ($p=0,90\%$; $\chi^2=0,6$; $ddl=3$)

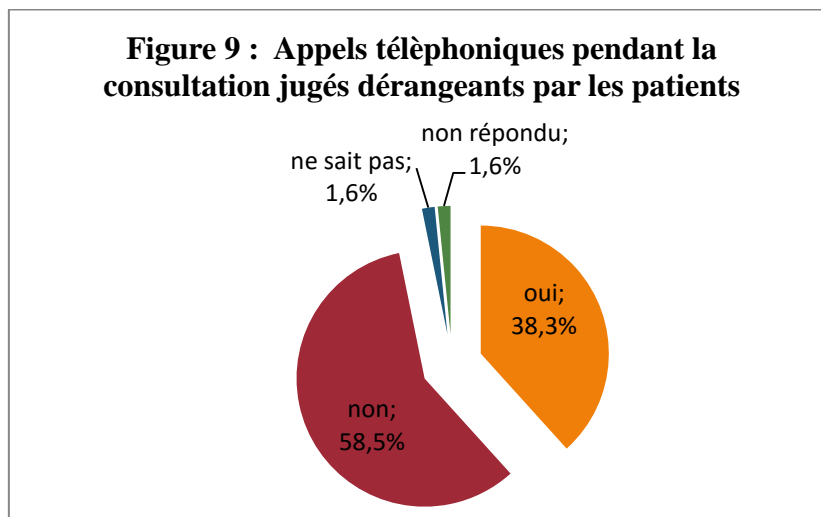


Le contact téléphonique

120 patients trouvaient important d'avoir un contact téléphonique direct avec le médecin.



49 patients ne trouvaient pas dérangeant que le médecin reçoive des appels téléphoniques d'ordre professionnel pendant leur consultation.



Il existait une corrélation significative (p inférieur à 0.1% ; $\chi^2 = 50.8$; $ddl = 2$) entre le nombre de patients qui souhaitait avoir un contact téléphonique avec le médecin et le nombre de patients qui ne trouvaient pas dérangeant le fait que le médecin reçoivent des appels. (Tableau 1).

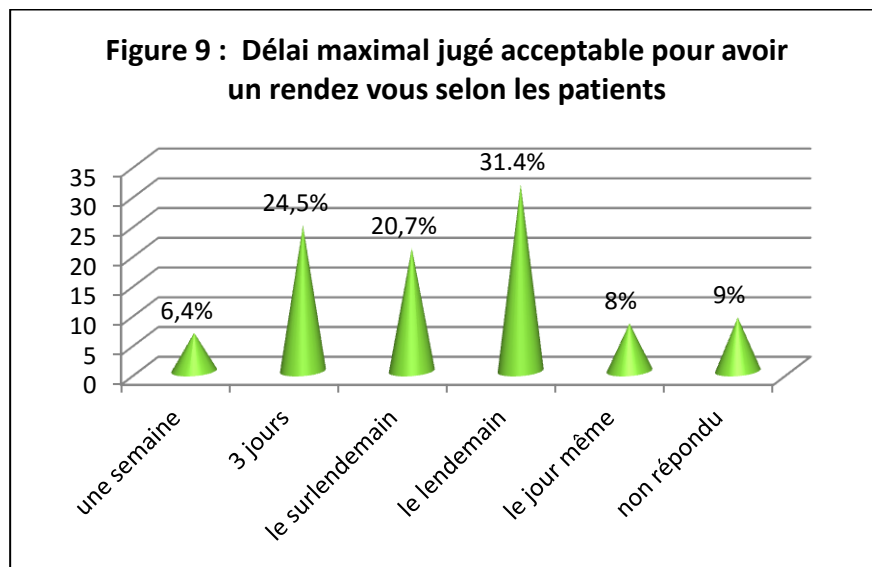
	oui	non	Ne sait pas	Non répondu	TOTAL
Souhait d'un contact téléphonique	<u>120 (64.5 %)</u>	46 (24,7%)	20 (10,7%)	0	186
Appels téléphoniques jugés dérangeants	72 (38,7%)	<u>110 (59,1%)</u>	3 (1,6%)	1(0,53%)	186

Tableau 1 : corrélation entre le nombre de patients souhaitant un contact téléphonique avec le médecin et le nombre de patients ne trouvant pas dérangeant les appels téléphoniques pendant la consultation.

Le délai de rendez-vous

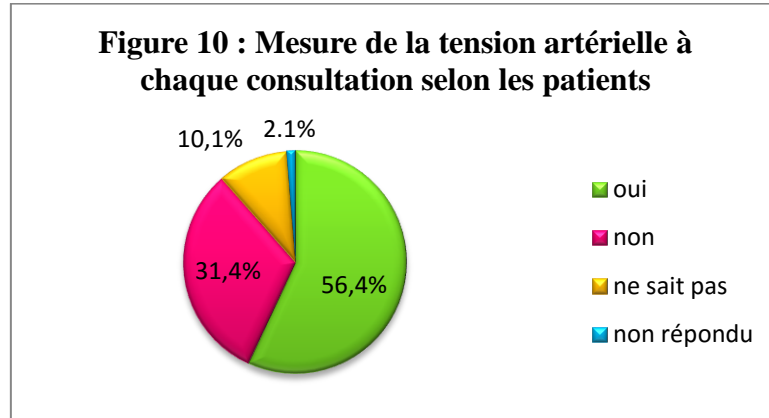
Pour la question : « Le délai maximal jugé acceptable pour avoir un rendez-vous », les patients ayant donné plusieurs réponses, étaient considérées comme « non répondu ».

Ce délai était dans les 24 heures pour 59 patients, dans les 72 heures pour 46 patients et dans les 48 heures pour 39 patients.



La prise de la tension artérielle

106 patients interrogés pensaient que le médecin doit prendre la tension artérielle à chaque consultation et ce, quel que soit le motif de consultation.

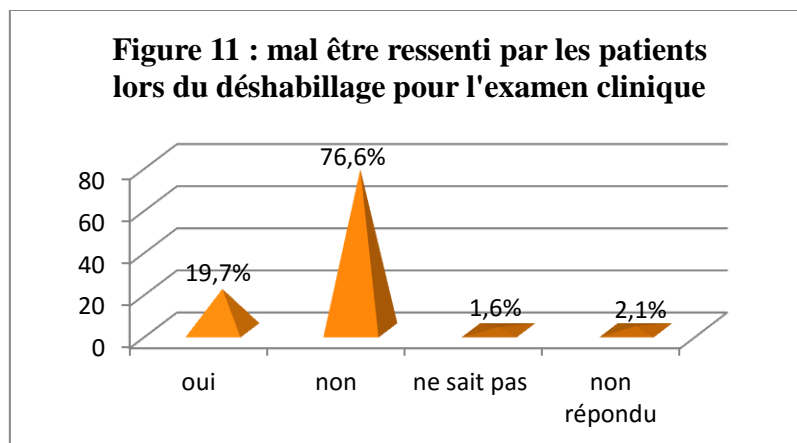


L'ordonnance

133 patients (70.7%) pensaient qu'ils ne doivent pas obligatoirement ressortir de chaque consultation et ce quel que soit le motif, avec une ordonnance. 42 patients (22.3%) pensaient au contraire qu'à chaque consultation ils doivent obtenir une prescription médicale. 9 patients (4.8 %) ne savaient pas répondre à la question et 4 patients n'ont pas répondu.

Le déshabillage

144 patients ne se sentaient pas mal à l'aise, lors du déshabillage pour l'examen clinique.



Il n'a pas été montré dans notre étude de lien significatif entre l'âge des patients et le ressenti de mal être lors du déshabillage. (Chi2=14.1 ddl=10 p=16.7%). (Tableau 2).

	Moins de 20 ans	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et plus	TOTAL
Oui	1(2,7%)	5(13,5%)	8(21,6%)	11(29,7%)	7(18,9%)	5(13,5%)	37(100%)
Non	4(2,8%)	20(13,9%)	36(25%)	27(18,8%)	25(17,4%)	32(22,2%)	144(100%)
Ne sait pas	1(33,3%)	1(33,32%)	1(33,3%)	0	0	0	3(100%)
Non répondu	0	0	0	2(50%)	1(25%)	1(25%)	4(100%)
Total	6(100%)	26(100%)	45(100%)	40(100%)	33(100%)	38(100%)	188

Tableau 2 : corrélation entre le ressenti de mal être au déshabillage et l'âge des patients.

Le lavage des mains

64.9% des patients interrogés pensaient que leur médecin généraliste se lave les mains entre chaque patient, 8% pensaient qu'il ne le fait pas et 26.6% ne savaient pas.

1 patient n'a pas répondu à la question.

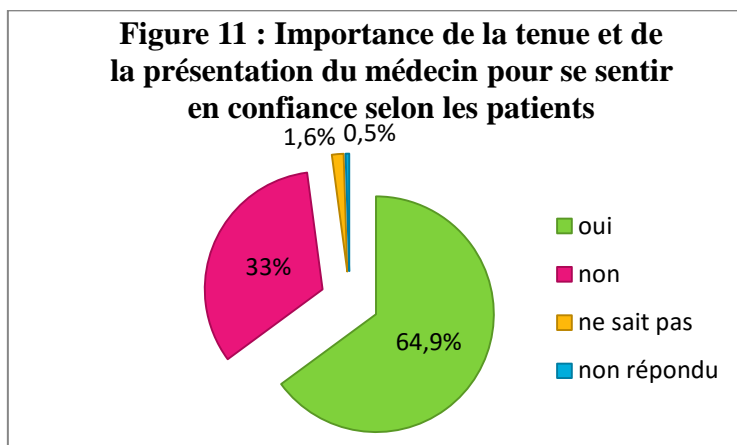
Le papier de la table de l'examen

178 patients (94,7 %) pensaient que le papier de la table d'examen doit être absolument changé entre chaque patient.

6 patients (3.2%) pensaient que non, 3 patients (1.6%) ne savaient pas, et 1 patient n'a pas répondu.

La tenue, la présentation du médecin

La tenue, la présentation du médecin jouait un rôle important pour 122 patients pour pouvoir se sentir en confiance avec lui.

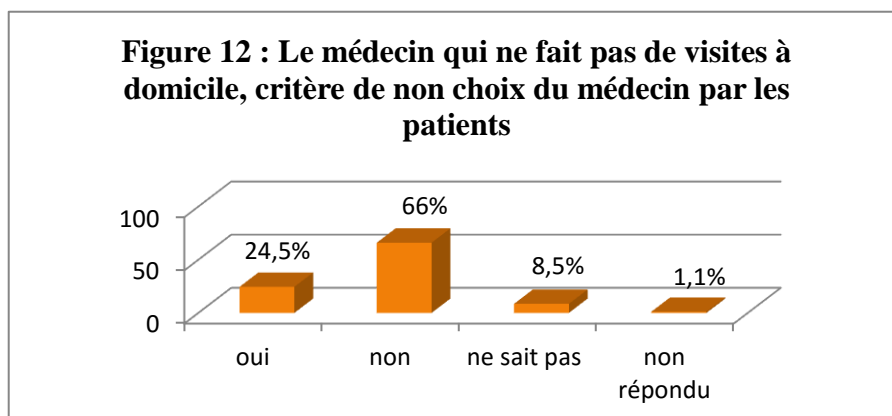


Le cadre du cabinet

Le cadre du cabinet avait un rôle important pour se sentir à l'aise en consultation pour 174 patients (92.6%), pour 11 patients cela n'était pas le cas, 1 patient ne savait pas, et 2 patients (1.1%) n'ont pas répondu.

Les visites à domicile : critère de choix

Le fait qu'un médecin généraliste ne fasse pas ou peu de visites à domicile n'était pas un critère de non choix de ce médecin pour 124 patients.



- Selon la zone d'habitation

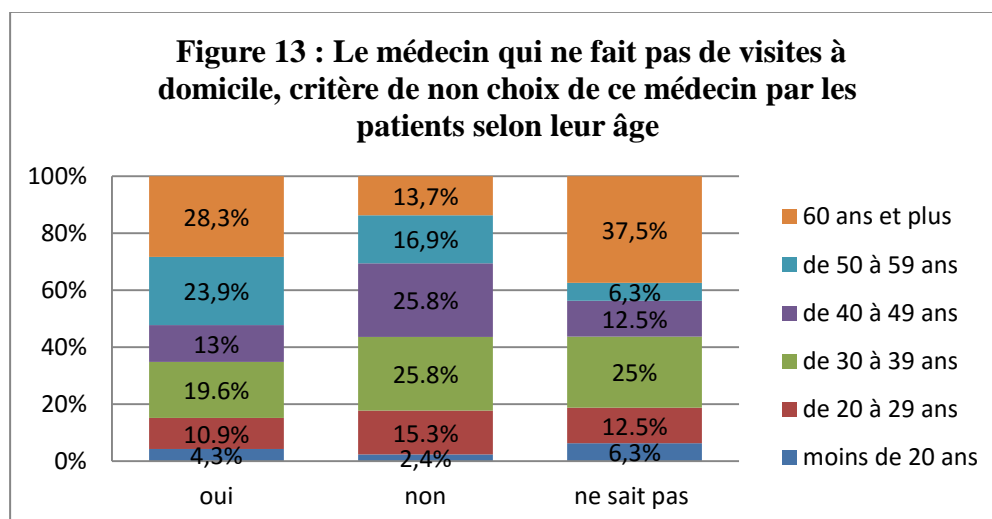
Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre la zone d'habitation du patient et le critère de non choix d'un médecin qui ne fait pas ou peu de visites à domicile.

(Chi²= 7,7 ddl= 4 p=10,2%, peu significatif). (Tableau 3).

	Oui	Non	Ne sait pas	TOTAL
Zone Urbaine	27 (24.5%)	69 (62.8%)	14 (12.7%)	110 (100%)
Zone Rurale	12 (23.5%)	39 (76.5%)	0	51 (100%)
Zone Semi rurale / Semi urbaine	7 (28%)	16 (64%)	2 (8%)	25 (100%)

Tableau 3 : corrélation entre le choix du médecin qui ne fait pas de visites à domicile et la zone d'habitation des patients.

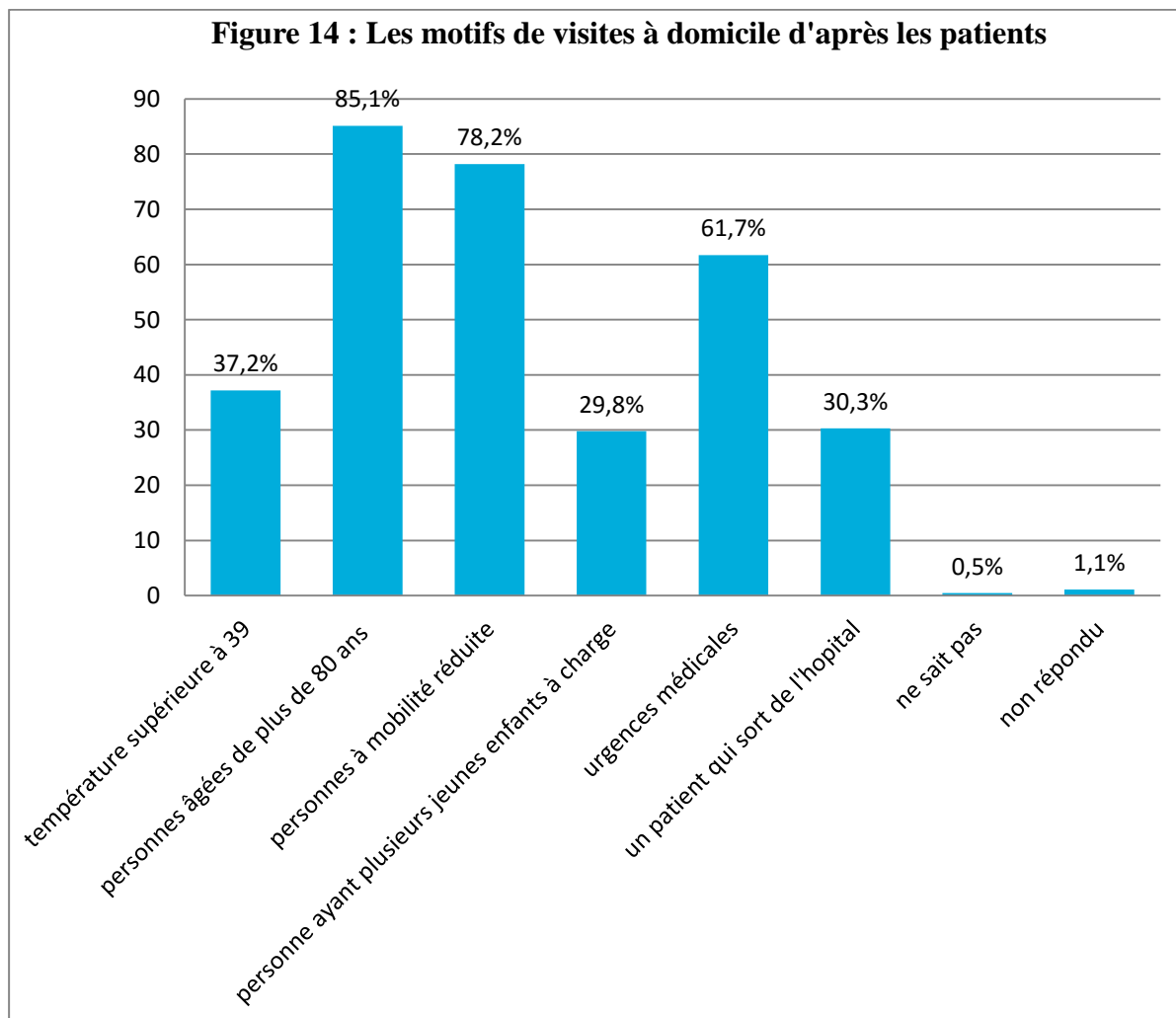
- Selon l'âge



Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre l'âge du patient et le critère de non choix du médecin qui ne fait pas ou peu de visites à domicile. (Chi²=14 ddl= 10 p=17.3%).

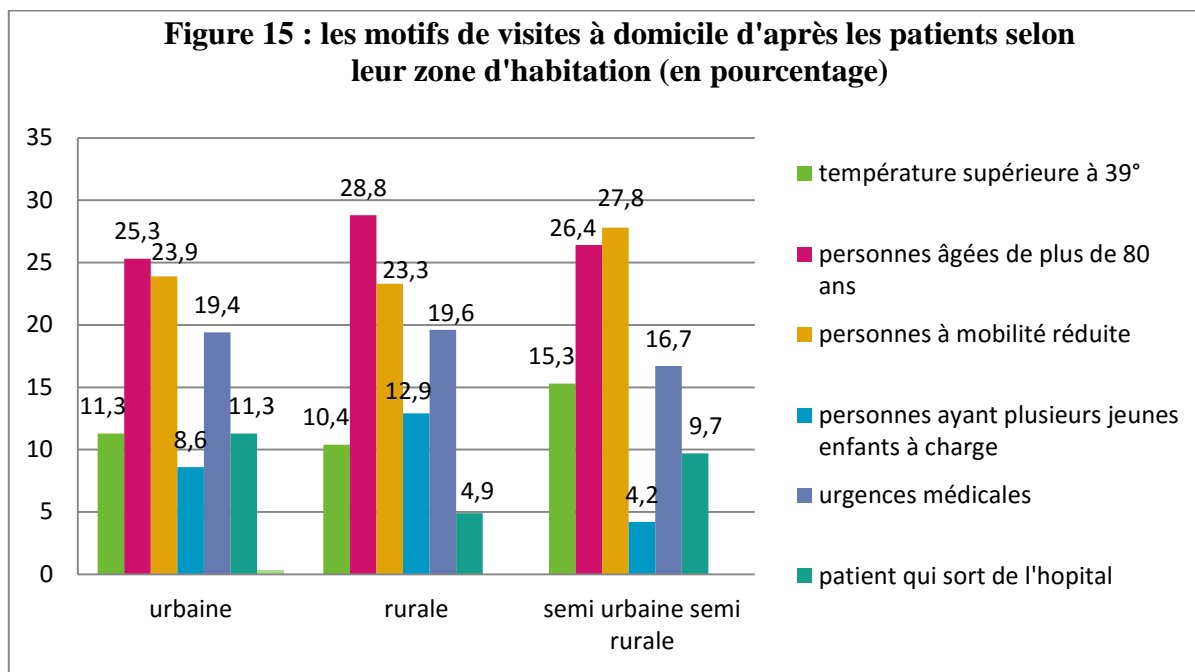
Les motifs de visites à domicile

« Les personnes âgées de plus de 80 ans » étaient un motif de consultation pour 160 patients ; « les personnes à mobilité réduite » l'étaient pour 147 patients ; et « les urgences médicales » l'étaient pour 116 patients.



- Selon la zone d'habitation

En zone rurale et urbaine, c'est la personne âgée de plus de 80 ans qui a été le plus choisie comme étant un motif de visites à domicile ; en zone semi rurale/semi urbaine, ce sont les personnes à mobilité réduite qui ont été le plus choisies comme étant un motif de visite à domicile.



Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre la zone d'habitation du patient et son ressenti sur les motifs de visites à domicile. (Chi²=12.4 ddl= 12 p= 41.5%).

- Selon l'âge

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre l'âge du patient et son ressenti sur les motifs de visites à domicile. (Chi²=10,5 ddl= 30 p= 100%). (Tableau 4).

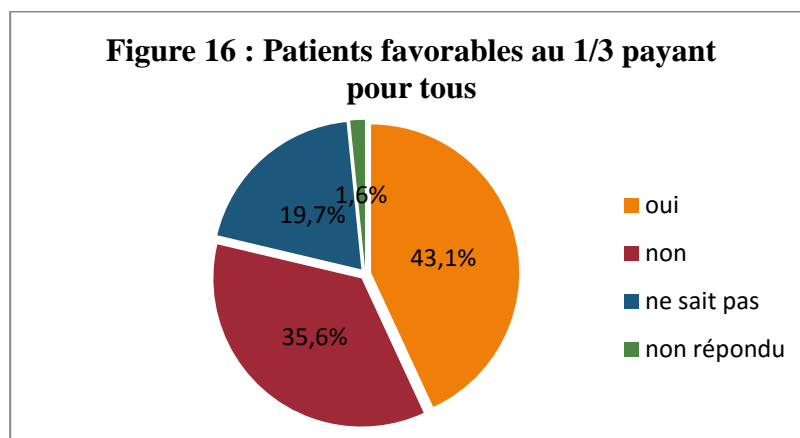
	Moins de 20 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	Plus de 60 ans	TOTAL
Température supérieure à 39°	3	9 (12,9%)	16 (22,9%)	13 (18,6%)	13 (18,6%)	16 (22,9%)	70 (100%)
Personnes âgées de plus de 80 ans	6	24 (15,0%)	40 (25,0%)	35 (21,9%)	25 (15,6%)	30 (18,8%)	160 (100%)
Personnes à mobilité réduite	6	22 (15,0%)	37 (25,2%)	31 (21,1%)	24 (16,3%)	27 (18,4%)	147 (100%)
Personnes ayant plusieurs jeunes enfants à charge	1	9 (16,1%)	17 (30,4%)	9 (16,1%)	9 (16,1%)	11 (19,6%)	56 (100%)
Urgences médicales	3	18 (15,5%)	28 (24,1%)	21 (18,1%)	22 (19,0%)	24 (20,7%)	116 (100%)
Patient qui sort de l'hôpital	3 (5,3%)	5 (8,8%)	14 (24,6%)	12 (21,1%)	11 (19,3%)	12 (21,1%)	57 (100%)
Ne sait pas	0	0	0	0	0	1 (100%)	1 (100%)

Tableau 4: les motifs de visites à domicile choisi par les patients en fonction de leur âge

3. Le tiers payant

124 patients (66%) savaient pourquoi la plus part des médecins généralistes sont contre la nouvelle réforme incluant le 1/3 payant pour tous, 38 patients (20,2%) ne savaient pas pourquoi, 25 patients (13,3%) n'ont pas su répondre à la question, 1 patient n'a pas répondu.

81 patients étaient favorables au tiers payant généralisé.



- En fonction du département

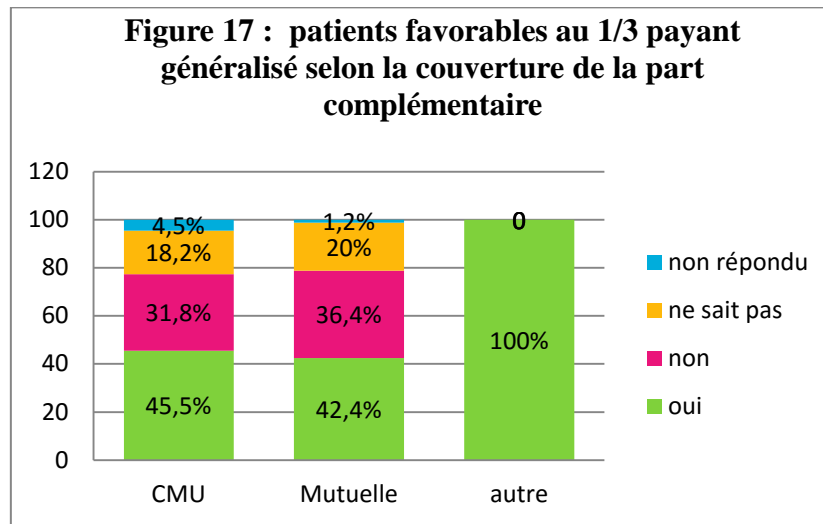
Dans l'Aisne autant de patients étaient pour ou contre le tiers payant généralisé. Dans le Pas de Calais, une majorité de patients se sont montrés favorables au tiers payant pour tous. (Tableau 5).

Département :	Pas de Calais	Aisne
Favorable :		
Oui	44 (48,4%)	37 (38.1%)
Non	30 (33%)	37 (38.1%)
Ne sait pas	15 (16.5%)	22 (22.7%)
Non répondu	2 (2.2%)	1 (1%)

Tableau 5 : Avis des patients sur le tiers payant en fonction du département

- En fonction de la couverture maladie

Le taux de patients favorables au tiers payant généralisé était plus élevé dans les deux catégories de couverture maladie.



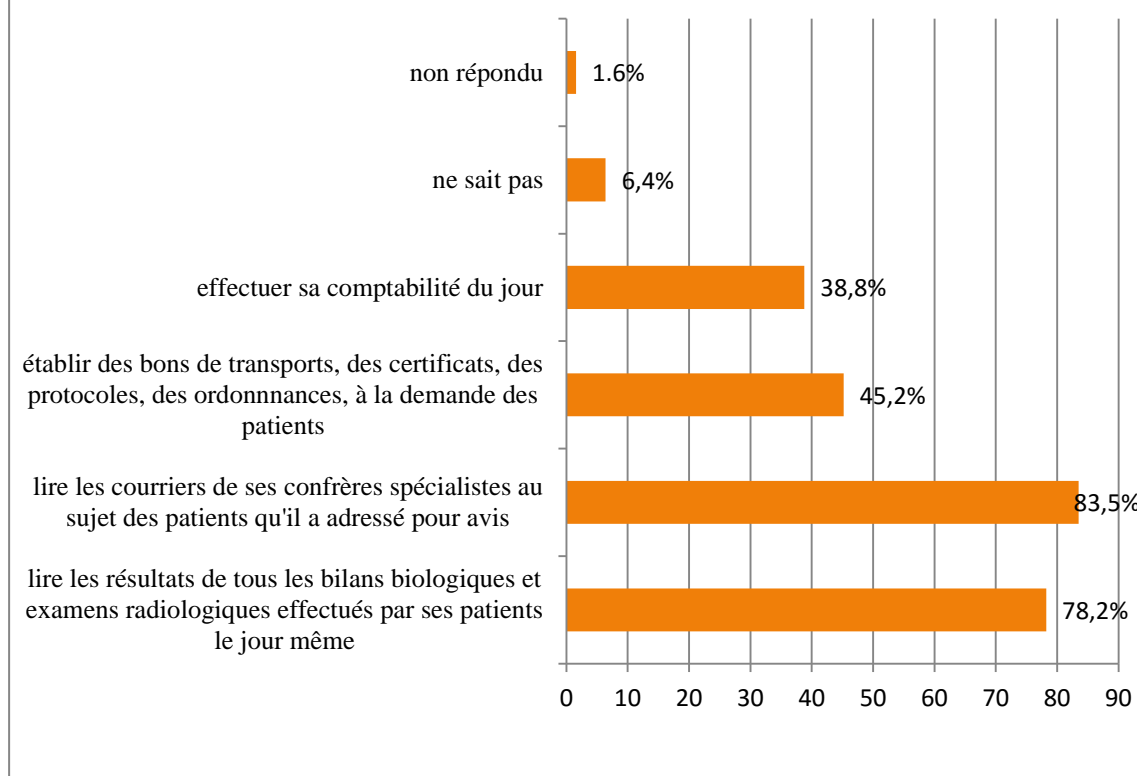
Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre la couverture maladie du patient et son avis favorable ou non au tiers payant généralisé ($\chi^2=2.9$ ddl=6 $p=82,5\%$).

4. En dehors des consultations au cabinet

115 patients (61.2%) pensaient que le médecin généraliste a d'autres activités au cabinet en plus de recevoir ses patients, 30 patients (16%) pensaient que non, 40 patients (21.3%) ne savaient pas et 3 patients n'ont pas répondu.

« Lire les courriers de ses confrères spécialistes » est l'activité du médecin qui a été le plus choisie par les patients interrogés.

Figure 18 : Activités effectuées par le médecin au cabinet selon les patients en dehors de ses consultations



Il a été mis en évidence un lien significatif entre le nombre de patients qui pensaient que le médecin n'a pas d'activités au cabinet en plus de ses consultations et ceux qui sont contre le 1/3 payant pour tous. (Chi²=20.1 ddl=2 p inférieur à 0.1 %). (Tableau 6).

	Oui	Non	Ne sait pas	Non répondu	TOTAL
Activités au cabinet en plus des consultations selon les patients	<u>115 (62,2%)</u>	30(16,1%)	40 (21,6%)	1(0,54%)	186 (100%)
Patients favorables au tiers payant généralisé	81 (43,8%)	<u>67 (36%)</u>	37(20,0%)	1(0,54%)	186 (100%)

Tableau 6 : Corrélation entre le ressenti des patients sur le tiers payant généralisé et les activités effectuées par le médecin au cabinet en plus des consultations selon les patients.

DISCUSSION

1. Intérêt de cette étude

La WONCA, société savante de Médecine Générale, d'envergure mondiale, inclut dans sa définition de la médecine générale : « l'approche centrée sur la personne », et la « personnalisation de la consultation à travers une relation médecin-patient privilégiée » [4]. Beaucoup d'études ont été réalisées sur la satisfaction des patients, mais peu d'études ont porté sur leur ressenti et donc sur leurs attentes.

Avant même d'analyser l'ensemble des résultats, j'ai pu remarquer à travers la réalisation de cette étude avec l'utilisation d'un interrogatoire direct, un réel intérêt de la part des patients à l'égard de ce sujet, ainsi qu'un souhait de vouloir s'exprimer sur le tiers payant généralisé.

Je n'ai pas abordé dans cette étude la maladie en elle-même, ni le malade au sens propre du terme, mais uniquement le ressenti du patient sur la consultation de médecine générale et par là même sur le médecin généraliste. Cette étude m'a permis d'évaluer si l'idée que je me faisais de ce que pouvait ressentir le patient était proche de la réalité.

L'intérêt de cette étude est de prendre en considération le ressenti des patients dans ma pratique afin d'avoir la meilleure relation médecin malade possible, celle-ci ayant une influence forte sur l'observance thérapeutique.

2. Limites et biais de cette étude

L'analyse de la question sur la situation matrimoniale, avec enfants n'a pas été reprise dans la partie résultats. En effet, il n'avait pas été précisé que cette question était une question à choix multiples: en plus de la situation maritale, il fallait préciser si enfants à charge.

Les questionnaires ont été bien remplis de manière générale, seuls 2 ont été remplis de façon très incomplète.

Lorsque les patients ont donné plusieurs réponses à une question où un seul choix était attendu, la question était considérée comme « non répondu ».

Mode de recueil des données:

Sur 200 questionnaires distribués, 3 questionnaires de l'Aisne, et 9 questionnaires du Pas de Calais, ne m'ont pas été remis.

J'ai choisi de recueillir les données dans deux départements différents : le Pas de Calais et l'Aisne, appartenant tous deux, maintenant à une même région : la région Haut de France, afin d'obtenir un résultat plus homogène. Mais il ne s'agissait pas ici d'une étude comparative.

Le mode de recueil des données était différent dans l'Aisne et dans le Pas de Calais : uniquement en cabinet pour l'Aisne, il ne s'agissait donc pas d'un lieu neutre pour le patient, et dans des lieux publics différents pour le Pas de Calais, ce qui a permis de recruter des usagers de médecine générale plutôt que des consommateurs de soins.

Biais de sélection :

Les questionnaires étaient proposés à toutes personnes à partir de 16 ans acceptant de participer.

Il n'était pas possible d'exclure les patients présentant des troubles cognitifs de type démence, état psychologique instable, troubles de la mémoire.

Parmi les personnes à qui le questionnaire a été proposé, certaines n'ont pas souhaité participer. On peut supposer que parmi ces personnes, les personnes ne sachant pas lire, ou ne se sentant pas concernées par la question se sont exclues spontanément.

Il n'était pas mentionné d'avoir un médecin généraliste en tant que médecin traitant, ni de le voir à une certaine fréquence par an, ce qui a pu biaiser le ressenti sur la consultation.

Biais de déclaration :

Pour certains questionnaires, j'ai questionné moi-même le patient, ce qui a pu freiner ce dernier dans certaines de ses réponses, entraînant un ressenti probablement moins objectif. De plus, la longueur du questionnaire pouvait être un frein à une réflexion plus posée.

Représentativité « de l'échantillon » :

Le sexe ratio :

Notre population de patients comportait un taux de femmes supérieur aux hommes. (69.1% dans Aisne, 60.4 % dans le Pas de Calais). On peut émettre 4 hypothèses pour expliquer ce résultat :

Hypothèse 1 : lors des enquêtes d'opinion, les femmes acceptent plus de répondre que les hommes.

Hypothèse 2 : les femmes fréquentent plus les lieux publics (commerces, sorties d'école...)

Hypothèse 3 : l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes (85.5 ans en 2014 contre 79.2 pour les hommes) [15].

Hypothèse 4 : les hommes consultent moins que les femmes [16].

A noter qu'en 2007, le département de l'Aisne comptait 261 573 hommes pour 276 243 femmes, soit un taux de 51.4 % de femmes [17]. Le département du Pas de Calais, en 2012, comptait 707 101 hommes pour 756 527 femmes soit un taux de 51.7 % de femmes [17]. Notre étude coïncide donc avec ce taux de femmes qui est supérieur à celui des hommes dans les deux départements.

L'âge :

L'âge moyen de notre étude était de 44.8 ans, avec un écart type de 15.8.

Dans l'Aisne, en 2012 la tranche d'âge des 45 à 59 ans était la plus représentée et très supérieure à celle du niveau national [18]. Dans le Pas de Calais, en 2012 la tranche d'âge la plus élevée était également celle des 45 à 59 ans [18].

L'âge moyen de la population de notre étude se situe donc dans la tranche d'âge la plus élevée des deux départements.

Catégorie socioprofessionnelle :

Dans notre étude, la catégorie employés /ouvriers représentait plus de la moitié de la population active avec un taux de 63%. Les retraités représentaient quant à eux 58.3% des inactifs.

Dans l'Aisne, en 2012, concernant les actifs, la catégorie socioprofessionnelle des ouvriers est surreprésentée par rapport au niveau national, juste devant la catégorie des employés. Les retraités quant à eux représentent la catégorie la plus élevée des inactifs [17].

Dans le Pas de Calais, en 2012, la catégorie socioprofessionnelle qui est la plus représentée est celle des employés juste devant la catégorie des ouvriers. Les retraités représentent tout comme dans l'Aisne, la catégorie la plus élevée des inactifs [17].

L'échantillon de notre étude est donc représentatif sur le plan socioprofessionnel.

La zone d'habitation :

Plus de la moitié des patients interrogés habitaient en zone urbaine (59%).

Le recueil des données s'est effectué uniquement en zone urbaine, que ce soit dans l'Aisne ou dans le Pas de Calais, ce qui augmentait donc la probabilité d'avoir des personnes interrogées issue de zones urbaines.

La couverture maladie :

Dans notre étude 11,7% des patients avaient la CMU (14,4% dans l'Aisne et 8,8% dans le Pas de Calais).

En 2013 [19], la population sous couverture CMU était de 42 533 soit 7,7% de la population dans l'Aisne, et de 151 463 soit 10,2% dans le Pas de Calais. Ce qui reste proche des résultats obtenus dans notre étude.

3. Comparaison avec la littérature et mon ressenti

3-1. La consultation

a. Les items EUROPEP

Concernant les items du questionnaire EUROPEP qui ont été utilisés dans mon étude, et dont j'ai voulu connaître l'importance donnée par les patients, ceux qui paraissaient importants pour plus de 50% des patients interrogés étaient :

- le soulagement rapide des symptômes (76.1%) : item 7
- Les explications données par le médecin sur les tests et traitements (73.9%) : item 12
- des informations concernant les symptômes et la maladie (71.3%) : item 13
- la capacité du médecin à vous écouter (69.7%) : item 5
- l'examen clinique (65.4%) : item 10

Les résultats de mon étude montrent que les usagers accordent une importance élevée aux soins médicaux. Ils accordent moins d'importance à la minutie du médecin, la capacité de ce dernier à les mettre à l'aise, au fait qu'il se souvienne de ce qui a été dit ou fait précédemment, à son aide pour résoudre des problèmes émotionnels, ou encore à la prévention.

Dans une enquête quantitative réalisée en janvier 2013, par le Docteur Gaborieau [20],

on retrouve une classification de notes données aux 23 items du questionnaire EUROPEP par les usagers de médecine générale. Dans cette étude, les items que j'ai utilisés pour mon étude, apparaissaient par ordre d'importance (du + au - important) de la façon suivante :

Item 5 : la capacité du médecin à vous écouter

Item 7 : le soulagement rapide de vos symptômes

Item 13 : les informations concernant les symptômes et maladies

Item 12 : les explications des tests et des traitements

Item 17 : la mémoire du médecin de ce qui a été dit ou fait précédemment

Item 10 : l'examen clinique

Item 3 : la capacité du médecin à vous mettre à l'aise

Item 9 : la minutie du médecin

Item 11 : les propositions du médecin dans le domaine de la prévention

Item 14 : l'aide du médecin à résoudre des problèmes émotionnels

On retrouve donc les 5 items qui ont été choisis comme étant importants par plus de 50% des patients de mon étude parmi les plus importants dans cette classification.

A noter, que l'item concernant « la mémoire du médecin sur ce qui a été dit ou fait précédemment » était plus important que l'examen clinique dans cette classification.

Avant de réaliser cette étude, je pensais que les items 5, 10 et 12 auraient été les 3 items les plus choisis comme étant importants par les patients. Mon ressenti sur ce que pouvaient penser les patients sur cette question ne correspondait donc pas à leur ressenti.

b. Le temps de consultation :

Plus de la moitié des patients (65.4%) pensaient que le médecin programme un temps de consultation par patient de 15 min. Il y a environ autant de patients qui pensaient que le temps programmé est de 10 min ou 20 min, (respectivement 14.9% et 15.4%). Une petite minorité (2.1%) pensait que le médecin programme plus de 20 minutes par patients.

Dans l'étude du Dr Gaborieau [20], l'item sur la durée de la consultation arrive en avant dernière position sur 23. Cet item apparaissait donc peu important pour les patients, qui justifiaient leurs notes en disant que le plus important n'était pas la durée mais la durée en fonction du motif. Ils souhaitaient que le médecin accorde le temps nécessaire sans que celui-

ci regarde sa montre.

Or, pour nous médecins, la gestion du temps est au contraire très importante pour pouvoir répondre à un maximum de demandes et pouvoir prendre les patients à l'heure. Et il est très difficile, en médecine générale, d'évaluer le temps nécessaire pour chaque consultation, puisqu'il existe de très nombreux motifs de consultation différents.

Selon la WONCA, les consultations sont de durée variable et 70% des consultations durent entre 10 et 20 min [4].

Selon une étude portant sur les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale [21], la durée moyenne de consultation est de 8 min en Allemagne et en Espagne et de 9 min au Royaume-Uni. Elle est de 18,5 minutes dans cette étude faite sur un échantillon de généralistes français.

Dans la thèse du Dr Stephan [22], qui a étudié le déroulement de la consultation en médecine générale, la durée de la consultation dépendait de façon prépondérante du médecin, puis dans une moindre mesure du sexe et de l'âge du patient. Le temps donné au patient pour exposer le motif de la consultation et ses demandes supplémentaires était très court.

Selon une estimation de médecins [16], la majorité des consultations et visites durent moins de 25 minutes: ils ont le plus souvent déclaré que la séance dure exactement 15 minutes. La durée des séances varie également selon le sexe des médecins : la probabilité pour que la séance dure moins d'un quart d'heure augmente significativement si le médecin est un homme, sa durée étant plus souvent comprise entre un quart d'heure et une demi-heure si le médecin est une femme.

Je souhaitais évaluer à partir de cette question, si les patients avaient une idée du temps qui était programmé pour leur consultation. Car certains se montrent mécontents du retard que peut prendre leur médecin, et paradoxalement ils peuvent prendre « tout leur temps » pendant leur consultation, notamment lors du déshabillage, ou en allant au-delà du motif de consultation.

On se retrouve face à un dilemme : beaucoup de médecins partent en retraite et ne sont pas remplacés, les demandes de rendez-vous deviennent donc plus nombreuses pour les médecins en exercice. Il faut répondre à cette demande. Mais il ne faut pas tomber dans « la médecine industrielle », comme le disait le Docteur Michel Courteaud, médecin généraliste, installé dans les Yvelines, interviewé par Ch. Delahaye pour la revue *Le quotidien du médecin* [23]. Il ne souhaitait pas « être un distributeur d'ordonnances et de lettres adressées à des

spécialistes ». « Parfois, je me dis que c'est un peu un doc-drive : on y passe prendre une ordonnance comme on irait acheter un hamburger ... ». Pour échapper à ce syndrome de la santé industrielle, le Dr Courteaud a pris, quand il en était encore temps, l'option du secteur II. « Cette liberté d'honoraires a sauvé ma liberté d'exercice ; j'ai encore le temps de remonter un déprimé, ou de faire un lavage d'oreille. Les autres ont été emportés par les impératifs de la médecine industrielle. Une tendance lourde, inéluctable, qui a laminé le travail du médecin. Il lui faut faire de l'abattage, à une cadence vitale de 30 – 35 actes par jour. Le patient est devenu un consommateur et le médecin un prestataire. »

En ce qui me concerne, j'ai choisi de programmer 20 minutes par patient, pour pouvoir répondre le mieux possible à leurs demandes, et pour justement ne pas tomber dans cette médecine « industrielle ».

c. Le contact téléphonique

Dans mon étude, 63.8% des personnes interrogées trouvaient important d'avoir un contact téléphonique direct avec le médecin et 58.5% ne trouvaient pas dérangeant que le médecin reçoive des appels téléphoniques d'ordre professionnels pendant leur consultation. Il existait un lien significatif entre les deux.

Dans l'étude du Dr Gaborieau [20], l'item 21 « le contact téléphonique avec le médecin » arrivait en 12ème position sur 24 dans la classification par ordre d'importance. Ce qui montrait un intérêt mitigé de la part des patients pour cet item.

Je souhaitais connaître le ressenti des patients sur les appels téléphoniques, car ayant fait des remplacements dans des cabinets qui fonctionnent différemment, (avec ou sans secrétaire), je trouve ça dérangeant de devoir répondre aux demandes des patients par téléphone pendant une consultation (demandes de rendez-vous, d'avis, ou bien encore appels des pharmacies), souhaitant me consacrer pleinement à la consultation, et donc au patient.

Mon propre ressenti n'est donc pas en concordance avec celui des patients de mon étude. Mais on peut se demander si le fait d'avoir posé ces 2 questions l'une à la suite de l'autre, si la première (« souhaitez-vous avoir un contact direct avec le médecin ? ») n'a pas influencé la deuxième (« trouvez-vous dérangeant que le médecin reçoive des appels téléphoniques pendant votre consultation ? ») pour ceux ayant répondu oui à la première.

Dans la thèse de Julie Van Ballenberghe Pedrosa, 79% des médecins étaient dérangés

par un appel interrompant une consultation [24].

Un article paru dans la revue Médecine de janvier 2013 intitulé « Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale » [25], montre que les appels téléphoniques au cabinet médical pouvaient être dérangeants pour les médecins par: leur fréquence au cours d'une même consultation, l'activité au moment de l'appel, la durée de l'appel, l'altération de la concentration, le manque de confidentialité, la responsabilité médicale. Les médecins avaient le sentiment de « perdre le fil » de ce qu'ils faisaient ou de perdre du temps. Une minorité de patients trouvaient que les appels entraînaient une gêne pour eux en consultation : attente sur la table d'examen, caractère intrusif au milieu d'un entretien de psychothérapie. Enfin, cette étude a montré que des appels étaient inutiles et que d'autres ont mis à mal le secret médical.

Dans la thèse du Docteur Truchon [26], posant la question de la gêne des patients suite à un appel, la majorité des patients n'étaient pas gênés par l'interruption de leur consultation par un appel téléphonique. Tout comme, dans une étude plus ancienne de 1996 au Royaume-Uni, qui analyse les interruptions au cours d'une consultation. Le téléphone était à l'origine des interruptions dans 50% des cas et la majorité des patients n'était pas gênée par cette interruption, seul 20% pensaient que cela avait un effet négatif sur la consultation, et 52% des patients ne trouvaient pas que le motif d'interruption était justifié [27].

Tout comme dans mon étude, le ressenti des patients sur cette question n'est pas en concordance avec celui des médecins.

d. Le délai d'attente dans la salle d'attente

Le délai d'attente a été jugé raisonnable entre 10 et 20 minutes par 55.3 % des patients interrogés.

Dans l'étude du Docteur Gaborieau [20], l'Item 22 : « la durée d'attente dans la salle d'attente » arrivait en 15eme position sur 24. Ce qui montrait que les patients accordaient une importance modérée à cet item dans le cadre de la consultation.

J'ai souhaité connaître le ressenti des patients sur cette question car je trouve que c'est une source d'anxiété pour les médecins de savoir les patients en train d'attendre, et je pense que ce délai d'attente a une répercussion sur la façon dont va se sentir le patient pendant la consultation.

Il aurait été intéressant de voir s'il existait un lien significatif entre le temps de consultation programmé d'après les patients et le temps d'attente en salle d'attente qu'ils

estimaient être raisonnable.

Selon une étude qualitative, réalisée par le Docteur Hector, sur la perception des médecins et des patients sur la salle d'attente [28], les médecins culpabilisent de faire attendre leurs patients, et cette attente a un impact sur le contenu de la consultation. Les médecins cherchent tous à limiter la durée de l'attente de leurs patients, et cela leur demande des efforts d'efficacité. Ils ont alors tendance à limiter les temps morts et à faire davantage de tri parmi les plaintes des patients. Donc lorsque l'activité est plus dense, et la salle d'attente surchargée, les médecins maintiennent la qualité de leurs soins en allant à l'essentiel.

Quant au vécu des patients sur la durée d'attente, dans cette étude, plusieurs personnes signalent qu'elles peuvent être gênées par une durée d'attente trop longue, « *Au-delà d'une demi-heure, ça commence à m'agacer* ». Ils décrivent un agacement qui survient en raison de l'attente, quelle que soit sa durée « *Ouais. Des fois c'est trop long, c'est vrai je perds un peu patience au bout d'un certain moment* ». « *Si j'attends de trop ça m'énerve, mais c'est tout ! Ça se ressent sur la tension après.* ». L'attente peut faire renoncer à une consultation peu urgente. Mais la plupart des patients se montrent tolérants s'il y a du retard et comprennent les impératifs du métier de leur médecin [28].

Dans notre étude, selon que le patient était actif ou inactif, on retrouvait majoritairement dans chaque catégorie le même délai d'attente jugé raisonnable par les patients à savoir entre 10 et 20 minutes. Mais il n'existait pas de lien de significativité entre les deux. Je pensais au contraire que le fait d'être inactif allongerait le délai d'attente jugé raisonnable par les patients, comme le montre l'étude du Docteur Hector [28] : chez les inactifs, l'attente de leur consultation ne pèse pas sur leur emploi du temps. Les retraités disaient de pas avoir « grand-chose à faire », « ne pas voir d'impératifs » et donc prendre « leur mal en patience ».

e. Le délai maximal pour avoir un rdv :

Dans mon étude, concernant le délai maximal jugé acceptable par les patients pour avoir un rendez-vous, il n'y a pas de délai qui se soit clairement démarqué, puisqu'il était de 24 heures pour 31.4% des patients interrogés, de 72 heures pour 24.5% et de 48 heures pour 20.7%.

Dans l'étude du Dr Gaborieau [20], l'Item 19 : « la fixation des rendez-vous à un moment qui vous convient » arrive en 14ème position sur 23.

Il était évident que la réponse à cette question dépendait directement du motif pour lequel le patient souhaitait ce rendez-vous. Mais l'objectif était d'obtenir une moyenne à partir des motifs qui l'amenaient à consulter de manière générale.

A cette question, des patients ont d'ailleurs donné plusieurs réponses alors qu'une seule était attendue, ce qui a annulé la question. Avec parfois une note expliquant que « ça dépendait de l'urgence ».

Il aurait peut-être été intéressant de compléter cette question par l'item 23 du questionnaire EUROPEP : « possibilité des services rapides pour des problèmes urgents ».

Concernant d'ailleurs cette notion d'urgence, j'ai pu constater au cours de mes remplacements, que souvent des rendez-vous sont demandés avec insistance par les patients, avec l'argument de l'urgence, et souvent au moment de la consultation, il ne s'agissait pas en fait d'une urgence, mais de « l'urgence ressentie » par le patient. Ce degré d'urgence est donc un thème très subjectif pour les patients. Une étude sur ce sujet pour évaluer ce qu'est une urgence médicale aux yeux des patients, en différenciant les différents degrés d'urgence, serait intéressante.

Une enquête Ifop de novembre 2014 [30], montre que les délais de rendez-vous ne cessent de s'allonger, elle a démontré que pour obtenir un rendez-vous chez le médecin généraliste les Français doivent patienter en moyenne 6 jours au lieu de 4 en 2012.

L'accès aux soins n'est pas qu'une question financière : quand l'Ifop demande aux Français pourquoi ils ont dû renoncer à des soins, 55 % incriminent les délais de rendez-vous et 30 % le coût de la consultation. Et d'après cette enquête il est difficile de lutter contre un mouvement de fond, car si les délais s'allongent, c'est aussi parce que les médecins d'aujourd'hui ne sont pas ceux d'hier. Ils veulent une meilleure qualité de vie et refusent d'être corvéables à merci.

f. La prise de la tension artérielle

Plus de la moitié des patients interrogés (56.4%) pensent que le médecin doit prendre la tension artérielle à chaque consultation et ce, quel que soit le motif de consultation.

J'ai entendu à plusieurs reprises, en dehors du contexte de mes remplacements, des usagers de médecine générale qui regrettaient que leur médecin « ne prenait même plus leur tension », en faisant un lien avec le fait que leur médecin « les connaissait trop bien, et que

donc il n'était plus aussi attentif dans les soins qu'il pouvait leur apporter ».

J'ai donc eu le sentiment que pour des patients, la non prise de la tension artérielle pouvait dévaloriser la consultation et donc ce lien de confiance avec leur médecin.

C'est pourquoi, j'ai voulu savoir à travers cette question, l'importance que les patients accordaient à la prise de la tension artérielle à chaque consultation.

Pour moi, ce n'est pas nécessaire de la prendre à chaque fois. C'est selon les motifs et l'âge du patient, mais je le fais à chaque consultation. Mon ressenti s'est donc confirmé, avec mon étude, puisqu'il s'avère que la prise de la tension artérielle a une place importante pour les patients au sein de la consultation et ce, quel que soit le motif.

Dans la littérature, deux études sur l'adaptation de la fréquence de la mesure de la pression artérielle à l'âge du patient existent, mais pas de recommandation officielle des sociétés savantes de cardiologie ou d'hypertension artérielle [31]. Selon la première, une étude américaine publiée en 2001: un dépistage annuel est sûrement nécessaire pour les patients qui ont une pression normale haute. Un dépistage tous les 2 ans serait raisonnable pour les patients avec une pression artérielle normale ou ayant plus de 65 ans. Seuls les patients de moins de 65 ans avec une pression optimale peuvent subir un dépistage moins fréquemment. Une deuxième étude néerlandaise de 1999 sur le développement de la pression artérielle et de l'incidence de l'hypertension conclue que les mesures régulières ne sont pas nécessaires pour les patients ayant une PAD basse (< 75 mmHg), s'ils n'ont pas de prise de poids [31].

Les médecins généralistes ont émis la notion d'adaptation de la prise de tension en fonction de la situation clinique chez des patients normo tendus, ou encore au patient lui-même. Pour eux la prise de la tension artérielle fait partie intégrante de leur examen clinique complet de routine. Certains diront que c'est l'acte principal de médecine générale, d'autres que c'est un des piliers de la consultation. C'est pour eux un examen simple qu'ils intègrent à leur consultation de base et à qui ils donnent une grande importance. Ils utilisent ce geste comme preuve de leur investissement complet sur la prise en charge du patient. L'utilisation de la prise de tension en consultation permet à de nombreux médecins d'avoir un poids scientifique dans leur discours et par la même occasion de renforcer la relation médecin-malade qu'ils créent en ouvrant les discussions et en communiquant. La prise de la tension rassure le praticien sur son exercice et sa bonne pratique. C'est un outil justifiant son travail et sa rémunération [31].

Le patient est demandeur de la prise de tension artérielle qui le rassure. Parfois, il n'y a pas de raison médicale évoquée, une prise de tension artérielle peut être réalisée pour faire

plaisir aux patients. Le médecin utilise cette pratique pour renforcer ses liens avec le patient et avoir un effet bénéfique dans la relation médecin- malade [31]. La visite chez le médecin est résumée par le patient à son entourage par la prise de tension et son chiffre. Celle-ci représente des normes de bonne pratique que les patients se sont imaginés/créés. « Il a l'impression qu'on l'a bien examiné. »

La fréquence de prise de pression artérielle en ambulatoire peut s'expliquer par un côté culturel que nous avons en France. C'est ancré dans les mœurs que ce soit pour le médecin ou le patient.

Ce geste fait partie pour les deux parties de l'examen de base en consultation et permet d'accroître une relation de confiance mutuelle [32].

g. L'ordonnance

133 patients (70.7%) pensaient qu'ils ne devaient pas obligatoirement ressortir de chaque consultation et ce quel que soit le motif, avec une ordonnance.

Je pensais au contraire, que pour les patients l'ordonnance était une forme de concrétisation de la solution apportée à leur motif de consultation.

Mais ne pas prescrire est difficile, car pour les médecins, et les patients, la prescription est une surprenante protection contre la peur de l'erreur médicale et de la mort : elle rassure, elle est la preuve de la capacité du médecin à poser un diagnostic et à trouver un traitement, donc s'il ne le fait pas, peut être passe-t-il à côté de quelque chose de grave.

Pour le patient, la prescription a un pouvoir symbolique fort : rituel de fin de consultation, reconnaissance du patient en tant que malade « il a bien fait de consulter », « il est vraiment malade », accès à la guérison, au soulagement. C'est pour lui une preuve de la sollicitude du médecin, de son empathie pour lui, et de la compétence du médecin à trouver un traitement, capacité à soigner.

Pour le médecin, la prescription est un aspect positif : Objet transitionnel en permettant de faire une synthèse et clore la consultation. Elle permet le transfert du pouvoir de guérir d'entre les mains du médecin vers celles du patient (à l'aide de leurs connaissances scientifiques et de leurs représentations) [33].

D'après un article de la revue Prescrire sur la non prescription d'une ordonnance [33], 78% des consultations se terminent en France par une prescription. Pour 80% des patients une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments. Et les médecins surestiment souvent le désir des patients de recevoir une prescription. Ce qui correspond au résultat de mon étude et à mon ressenti en tant que médecin. Mais il est difficile de dire non et de changer les habitudes, associé au manque de temps, la pression ressentie à agir et guérir vite.

h. La gêne au déshabillage :

144 patients (76.6%) ne sentaient pas mal à l'aise, lors du déshabillage pour l'examen clinique.

Il aurait été intéressant de compléter le questionnaire en précisant si le médecin traitant était un homme ou une femme et de voir si ce facteur influait sur la réponse à cette question.

D'après l'étude du Docteur Guillaume [34], il semble plus facile pour les patients de se déshabiller devant un médecin qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. On retrouve ici la particularité de la relation médecin-patient. La majorité des patients interrogés affirme ne jamais s'être sentie mal à l'aise pendant un examen chez leur médecin généraliste. Notons tout de même que lorsqu'il s'agit d'un examen au niveau de parties du corps plus intimes, ou s'ils sont accompagné par une tierce personne, ou encore s'ils se sentent exposés inutilement, cela peut les mettre mal à l'aise. Ils étaient plus nombreux à s'être sentis mal à l'aise lors d'un examen en dehors d'un cabinet de médecine générale : à l'hôpital, chez le gynécologue, le radiologue, au laboratoire ou à la médecine du travail.

La grande majorité des médecins [34] pense que la pudeur de leurs patients est différente selon leurs âges. L'adolescence leur paraît être l'âge le plus sensible à la pudeur. Deux autres périodes de la vie: les personnes âgées et les jeunes enfants (jusqu'à 6 ans environ) sont majoritairement décrits comme moins pudiques.

Les patients sont partagés sur la question de l'âge et de la pudeur : certains n'ont pas ressenti de différence au cours de leur vie. Beaucoup estiment avoir été plus pudiques à l'adolescence. D'autres, se sentaient moins pudiques quand ils étaient enfants ou quand ils trouvaient leur corps plus beau (plus mince, plus ferme...) [34].

Dans notre étude, ce sont les 40-49 ans qui paraissaient être le plus mal à l'aise lors du déshabillage. Mais le lien entre l'âge du patient et son mal être au déshabillage n'était pas

significatif.

i. Le lavage des mains :

Plus de la moitié des patients (64.9%) pensent que leur médecin généraliste se lave les mains entre chaque patient.

Le plus grand risque de contamination infectieuse ne vient pas du médecin mais plutôt des malades entre eux. Cependant, il apparaît que les médecins ne montrent pas forcément le bon exemple, en effet une enquête sur l'hygiène en médecine générale, menée en 2008, auprès de 32 médecins généralistes des Hauts-de-Seine, révèle que seulement 41% des médecins affirment se laver les mains avant et après l'examen de chaque patient.

Etant donné qu'une grande partie des médecins se lavent les mains entre chaque patient, mais en dehors de la vue des patients, j'ai souhaité savoir si les patients avaient une idée concernant le lavage des mains du médecin.

j. Le changement du papier de la table d'examen :

178 patients (94,7 %) pensent que le papier de la table d'examen doit être absolument changé entre chaque patient.

Au cabinet de ville, un médecin généraliste pratique a priori peu de soins invasifs ; bien souvent, le patient ne fait que s'allonger ou s'asseoir pour l'examen clinique, et il n'était pas nécessaire, à mon avis, de le changer systématiquement entre chaque patient.

Mais selon l'HAS [35], il est recommandé « d'équiper la salle d'examen et de soins avec une table ou un fauteuil d'examen, recouvert d'un revêtement lessivable et d'un support non tissé ou d'un drap à usage unique changé entre chaque patient » [35].

k. La tenue, la présentation du médecin :

La tenue et la présentation du médecin jouaient un rôle pour se sentir en confiance avec lui pour 122 patients (64.9%).

Il n'a pas été défini ce qu'on entendait par « tenue et présentation du médecin ». Il s'agissait ici de sa tenue vestimentaire, la façon dont il se coiffe, se chausse... mais certains ont pu l'interpréter comme la façon dont il se tient, ou se présente à eux en tant que personne.

En milieu hospitalier, tous les médecins portent la blouse blanche, ce qui donne un côté neutre à la présentation du médecin. Mais dès que nous devenons médecins en cabinet de ville, le port de la blouse n'apparaît plus comme une obligation. Dans notre société actuelle

l'apparence prend une place importante, j'ai donc voulu savoir si l'apparence du médecin était un critère que le patient prenait en compte dans sa relation avec le médecin.

Selon l'étude du Docteur Jammal [36], les vêtements du médecin sont une manière de sélectionner une certaine patientèle et de crédibiliser le médecin. Dans cette étude le port de la blouse était un outil controversé dans la représentation du médecin auprès des patients : ça pouvait mettre une distance, et faire « ambiance un peu hospitalière en libéral. », ou encore ça mettait « une barrière ». Mais pour certains médecins, la blouse était un moyen d'être identifiés en tant que médecin.

D'après les patients, le médecin doit faire attention à son image, prendre soin de lui pour pouvoir prendre soins des autres. Soigner son apparence pour faire plus sérieux et être respecté [36].

l. Le cadre du cabinet

Le cadre du cabinet avait un rôle important pour se sentir à l'aise pour 174 patients (92.6%).

Dans mon étude les patients de l'Aisne étaient interrogés dans un cabinet médical neuf, spacieux, lumineux avec une secrétaire sur place. On peut émettre l'idée que cela a pu influencer la réponse de certains patients à cette question.

D'après Laurence Osmond [23], il est primordial d'établir un environnement adapté pour le patient et pour le médecin. S'installer dans une pièce calme et confortable permet d'instaurer avec le patient une relation de tolérance et de confiance.

Dans son ouvrage sur la communication médicale [37], Peter Tate soulignait l'intérêt de l'accueil pour bien amorcer une consultation médicale et encourager le patient dans l'expression des motifs de sa venue. Ainsi l'accueil du patient, par les lieux et par les gestes du médecin, semble jouer un rôle particulier dans la relation qui s'établit.

m. Les visites à domicile

Un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS), relatif à la consultation hors cabinet, a été mis en place le 1er octobre 2002 dans le but de recentrer la visite à domicile sur sa vocation première : soigner les patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet du médecin. Cette réforme a été nécessaire en raison d'un grand nombre de visites à domicile

dites pour « convenance personnelle ». Un accord national sur les visites fixe des critères (médicaux et environnementaux) de dépendance propre aux caractéristiques de chaque région, en dehors desquels le médecin est en droit de facturer une majoration de déplacement [39].

Les visites à domicile sont, selon moi, contraignantes. Elles sont souvent non justifiées et de par la perte de temps qu'elles engendrent, elles ne permettent pas de répondre à toutes les demandes de consultation au cabinet. C'est pourquoi j'ai souhaité connaître le ressenti des patients sur les visites à domiciles.

Dans notre étude, le fait que le médecin généraliste ne fasse pas ou peu de visites à domicile n'était pas un critère de non choix de ce médecin pour 124 patients (66%). Et selon que le patient soit issu d'une zone urbaine, rurale ou semi urbaine, le taux de « non ce n'est pas un critère de choix » était dans chaque catégorie supérieur au « oui ». Mais dans notre étude il n'existait pas de lien significatif entre la zone d'habitation du patient et ce critère de choix du médecin par le patient.

Selon l'âge, la catégorie des 60 ans et plus, présentait le taux le plus élevé de « oui c'est un critère de non choix » avec 28.3%. Ce sont les catégories des 30-39 ans et des 40-49 ans qui présentaient le taux le plus élevé de « non ce n'est pas un critère de choix » avec 25,8% dans chacune de ces catégories d'âge. Mais le lien entre l'âge et ce critère de choix n'était pas significatif.

On pouvait lire en note de la part de certains patients: « pour l'instant je dis non, mais je suis encore jeune ». Ce qui montrait que les patients associaient les visites à domicile aux personnes âgées.

A ce propos, les motifs de visite à domicile étaient pour plus de la moitié des patients interrogés : « les personnes âgées de plus de 80 ans » pour 85,1%, « les personnes à mobilité réduite » pour 78,2% et « les urgences médicales » pour 61.7%.

Moins de la moitié des patients, pensaient que « la température supérieure à 39° », « un patient qui sort de l'hôpital », « plusieurs jeunes enfants à charge » étaient des motifs de visites à domicile.

Selon, la zone d'habitation : en zone rurale ou urbaine, c'est la personne âgée de plus de 80 ans qui a été le plus choisie comme étant un motif de visite à domicile, (25,3% en zone urbaine et 28,8% en zone rurale). En zone semi rurale/semi urbaine, c'étaient « les personnes à mobilité réduite » qui ont été choisies comme motif de visite à domicile par le plus grand nombre de personnes interrogées (27,8%). Mais il n'existait pas de lien significatif entre la zone d'habitation et le motif estimé comme motif de visite à domicile par le patient.

Selon une étude réalisée en 2007, la visite à domicile est perçue par les médecins principalement comme une contrainte : « perte de temps », « pénalisant financièrement », « dévalorisant », mais aussi comme une nécessité et un devoir. La majorité des médecins considère que la visite relève plus du social que du médical. Par contre, l'enseignement apporté par une visite est extrêmement positif (elle permet d'instruire le praticien sur la vie de ses patients), mais ils estiment que l'éclairage, l'espace, et le silence ne sont pas satisfaisants [38].

J'ai pu constater que mon ressenti n'était pas en concordance avec celui des patients, car je pensais que le fait qu'un médecin généraliste ne fasse pas ou peu de visites à domicile pouvait influencer sur le choix de ce médecin par le patient, et que l'âge et la zone d'habitation aurait été des facteurs jouant un rôle sur ce critère de choix.

3.2 le tiers payant généralisé

La généralisation du tiers payant en 2017 provoque la colère des médecins pour plusieurs raisons [12]: ils redoutent un surcroît de travail administratif, des retards de paiement ou encore une perte d'indépendance. Les médecins se plaignent de devoir vérifier si les droits du patient et sa carte vitale sont à jour. Ils s'inquiètent aussi de l'absence de garantie de paiement.

Pour Patrick Guenebeaud, porte-parole de la coordination des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées, «le tiers-payant généralisé fonctionnera avec le dossier médical partagé, qui sera aux mains de l'Assurance-maladie. Or l'article 47 de la loi indique qu'il sera partagé avec l'ensemble des acteurs professionnels de santé et non-professionnels de santé, intervenant directement dans la prise en charge du patient. Cela ouvre la porte à la levée du secret médical et à la commercialisation des données du patient. Cela assujettira les médecins aux Agences régionales de santé (ARS) et aux mutuelles, qui seront payés par elles».[13]

Outre les revendications des médecins, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) avait recommandé dans un rapport de réaliser avant toute généralisation du tiers payant une étude de ses conséquences financières. Aucune étude n'a encore été réalisée. Et le doute demeure sur l'impact financier de la généralisation du tiers payant.

Pour la ministre de la santé, Marisol Touraine, cette réforme doit surtout « permettre aux personnes de ne plus reporter leurs soins ou de ne plus y renoncer pour des raisons financières » [13]. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le problème financier n'est pas le principal problème d'accès aux soins, puisque quand l'Ifop demande aux Français pourquoi ils ont dû renoncer à des soins, 55 % incriminent les délais de rendez-vous et seulement 30 % le coût de la consultation [30]. Cette réforme justement, ne risque-t-elle pas d'aggraver l'accès aux soins ? En effet, cela risque de ne pas motiver les jeunes médecins à s'installer en libéral, ce qui accentuera le manque de médecins généralistes, et donc augmentera les délais de rendez-vous.

De plus, cette non avance de frais, risque d'accroître les demandes de rendez-vous. En effet, il risque d'y avoir un abus de la part de certains patients qui viendront pour des motifs de consultation non justifiés. Pour avoir une idée de ce risque, il serait intéressant d'abord de connaître s'il existe une différence au niveau de la fréquence et des motifs de consultations entre les patients bénéficiaires de la CMU et ceux qui avancent les honoraires de consultation. Les patients bénéficiaires de la CMU étant dispensés d'avance totale de frais. Enfin, je pense que ce temps imparti sur cette partie administrative aura un impact sur la qualité de la consultation et donc sur la relation établie entre le médecin et son patient.

Avec les différents mouvements de grève et manifestations des médecins au niveau national, les patients ont pu connaître le ressenti de la plupart des médecins généralistes sur le tiers payant généralisé. J'ai souhaité connaître leur propre ressenti sur cette question.

Plus de la moitié des patients interrogés (66%) ont dit savoir pourquoi la plupart des médecins généralistes étaient contre la nouvelle réforme incluant le 1/3 payant pour tous. 43,1% des patients étaient favorables au tiers payant généralisé, 35,6% étaient contre et 19,7% ne savaient pas.

Selon la couverture maladie, CMU ou complémentaire santé, dans chacune de ces deux catégories, la majorité des patients étaient pour le tiers payant généralisé, respectivement 45,5% et 42,4%. Mais dans notre étude il n'existait pas de lien significatif entre la couverture maladie et l'avis favorable ou non au tiers payant généralisé.

Je pensais avant cette étude que les patients sous le régime de la CMU ne se sentiraient pas concernés, étant déjà en tiers payant.

Je pensais aussi que la plupart des patients seraient contre le tiers payant en soutenant leur médecin avec leurs principales revendications, mais comme l'a montré mon étude, ils sont plutôt favorables. Tout comme un sondage réalisé en avril 2016, par OpinionWay pour le syndicat de médecins libéraux (SML), révélé dans le Parisien: deux Français sur trois approuvent le tiers payant généralisé. Les Français plébiscitent donc la généralisation du tiers payant. Alors que 95% des médecins généralistes sont contre.

Il s'agissait dans mon étude, de deux questions fermées, et il serait intéressant de savoir pourquoi les patients étaient favorables, et s'ils savent pourquoi les médecins sont contre.

Dans notre étude il existait un lien significatif entre les patients qui étaient pour le tiers payant généralisé et ceux qui pensaient que le médecin n'avaient pas d'autres activités au cabinet en plus de recevoir ses patients. Un patient a justifié son avis favorable, en disant qu'il n'y avait « rien de compliqué » puisque « ce système fonctionnait très bien pour les pharmacies ».

Mais ont-ils une idée de ce que le médecin fait déjà en plus de ses consultations au cabinet?

3.3 En dehors de la consultation :

Selon Bertrand Hue [40], les tâches de gestion du médecin généralistes impactent sur leur temps de travail, ils déclarent consacrer en moyenne 4 heures « aux tâches de gestion, secrétariat, comptabilité », en dehors des consultations, ce qui représente 7 % de leur temps de travail hebdomadaire moyen.

D'après une étude de la Drees [41], sur les emplois du temps des médecins généralistes, l'exercice de la médecine générale ne se résume pas aux activités de soins de la patientèle du cabinet. Six médecins généralistes sur dix participent à la permanence des soins, près d'un sur trois pratique des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure (établissement de santé, maison de retraite, crèche...) et un sur dix exerce des activités au sein d'une organisation professionnelle (syndicat, ordre, union professionnelle, société savante). Au final, la durée moyenne d'une semaine de travail est de 57 heures, avec des disparités importantes selon les praticiens.

Plus de la moitié des patients de mon étude, pensaient que le médecin lit les courriers de ses confrères spécialistes pour des patients qu'il a adressés pour avis (83.5%), et qu'il lit

les résultats de tous les bilans biologiques et examen radiologiques effectués le jour même (78,2%). Ils étaient moins de la moitié à penser que le médecin pouvait effectuer sa comptabilité du jour ou encore répondre aux demandes des patients en dehors des consultations.

4. Comment mieux connaître le ressenti du patient sur la consultation

Utiliser l'interaction de la consultation comme outil thérapeutique doit être considéré comme une particularité spécifique à la médecine générale et devrait être développé dans le cadre de la formation.

Il serait intéressant aussi de créer un outil informatique en lien avec le cabinet du médecin, où les patients pourraient donner leur ressenti sur leur consultation et exprimer leurs attentes depuis chez eux. Le temps de consultation étant court, il ne paraît pas possible de le faire pendant la consultation.

Ou encore, utiliser les « bornes smiley » pour enquête de satisfaction. Il s'agit d'une borne ludique de 4 smileys avec une question unique et simple qui permettrait de connaître en temps réel le ressenti des patients ; anonyme et rapide, elles donneraient le sentiment d'être important au patient. Ou bien encore « expressyon » : il s'agit d'une enquête sur tablette tactile que l'on positionnerait à la sortie de la consultation. Elle permet de configurer soi-même le questionnaire. A la différence de la borne smiley, les utilisateurs répondraient à plusieurs questions.

La borne smiley est actuellement utilisée par différentes enseignes commerciales. Ce qui rejoint l'aspect « commercial » de la médecine qui est de plus en plus présents dans le système de soins français, prétendument libéral et où la consommation de soins a longtemps été présentée à la fois comme un gage de santé et comme un droit acquis.

Cette évolution consumériste de la médecine n'est sans doute pas le gage d'une optimisation de l'utilisation de notre système de soins. Et attention aux dérives avec les patients trop exigeants ! Car le médecin n'est pas à l'abri de décharges émotionnelles (angoisse, doute) dans une relation exigeante parfois conflictuelle d'emblée ou mal ressentie, toujours différente d'un malade à l'autre, d'une famille à l'autre, d'un moment à l'autre.

CONCLUSION

Une relation de confiance est un « remède médecin ». Le rôle d'écoute a son importance dans l'observance : c'est notre rôle « médecin médicament ». Réaliser cette étude en voulant connaître le ressenti des patients sur la consultation était une forme d'écoute du patient à une échelle différente, sous une autre forme.

La médecine, la maladie, les thérapeutiques, on les apprend de la bouche des médecins et dans des livres de médecine. La vie et la relation de soin, on les apprend de la bouche des vivants et dans les livres de littérature. La « bonne » relation ne s'enseigne donc pas. Pas plus que la relation tout court. Il n'y a pas de clés préfabriquées de la relation médecin-malade pour une seule raison : la rencontre est toujours unique, on ne peut appliquer les mêmes recettes d'un patient à un autre. Mais il faut savoir utiliser la consultation pour obtenir une bonne relation médecin-patient tout en respectant l'autonomie du patient, communiquer, définir des priorités et travailler en partenariat.

Le ressenti est une notion subjective, chaque patient a son propre ressenti en fonction de son propre vécu. Et il est important d'en tenir compte pour pouvoir adapter au mieux sa pratique, car un partenariat efficace entre le médecin et le patient améliore l'efficacité thérapeutique. Le patient qui a le sentiment d'être compris est davantage motivé. Et j'ai pu constater à travers mon étude, que ce que pouvaient ressentir les patients n'était pas toujours en concordance avec l'idée que je me faisais de leur ressenti, ou ne correspondaient pas à mon propre ressenti.

Il est important que la discipline de médecine générale continue d'évoluer au sein d'un système de santé qui se modifie et qu'elle réponde aux besoins de santé des patients. Les médecins généralistes doivent être impliqués dans le développement continu de leur système de santé, et en tant qu'individus, ils doivent être capables de changer pour rencontrer ces nouveaux défis.

Mais en raison de l'évolution de la réglementation de la pratique médicale et des rapports entre les praticiens et l'assurance maladie avec la nouvelle réforme et la mainmise des organismes de remboursement de soins, le terme « libéral » se vide de son sens au fil des années. Les patients risquent de devenir de plus en plus exigeants, considérer le médecin comme un consommable et être alors totalement déresponsabilisés.

Où s'arrêtera donc la place, l'importance du patient dans notre système de soins ?

BIBLIOGRAPHIES

1. Winckler M. Le patient, le récit et le soignant : littérature et formation médicale. Les Tribunes de la santé ; 2009 ; n° 23 : 37-42.
2. Louis-Courvoisier M, Programme Medical Humanities, Unité de recherche et d'enseignement en bioéthique, Faculté de Médecine, Genève, Volume 18: 2001. p. 277 – 290.
3. Delahaye Ch. Médecin-patient : la nouvelle donne. Le Quotidien du médecin mars 2004 ; n° 7501: 16-17.
4. Allen J, Crebolder H, Heyrman J, Svab I. WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA-EUROPE 2009.
5. Assurance Maladie. Réforme 2005[en ligne]. Article mis à jour le 22 janvier 2009. [Consulté le 10 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/fileadmin/user-upload/documents/Bilan-medecin-traitant-Vdef2.pdf> .
6. Gaille, M, Crignon-DeOliveira C. Qu'est-ce qu'un bon patient? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? 2010.
7. Raimbault G. Article : Relation. Y a-t-il une théorie de la relation ? Revue Champ psychosomatique, 1998, 11-18.
8. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Pratiques psychologiques. 2007 ; 13 : 1-19.
9. Honnorat Ch. Site internet. Apprentissage de l'exercice médical. Le malade et sa maladie. 1-12.
10. Bonnetblanc J, Sparsa A, Boulinguez S. Le "bon médecin": enquête auprès des patients. Pédagogie Médicale : 2006.
11. Grol R, Wensing M. Patient evaluate general / family practice the EUROPEP instrument 2000.
12. Theobald M. Que reprochent les médecins au tiers payant généralisé ? [en ligne] 14 septembre 2015. [consulté le 15 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/decryptage/2015/09/14/29002-20150914ARTFIG00010-que-reprochent-les-medecins-au-tiers-payant-generalise.php>
13. Tiers payant généralisé, pourquoi les médecins sont contre ?[en ligne]. Octobre 2014. [consulté le 16 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/8115-Tiers-payant-generalise-pourquoi-les-medecins-sont-contre>.
14. Supertino G. Tiers payant, pourquoi les médecins ne lâchent rien, [en ligne] 13 novembre 2015. [consulté le 16 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.europe1.fr/sante/tiers-payant-pourquoi-les-medecins-ne-lachent-rien-2619947>.
15. L'état de santé de la population en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Editio 2015 ; 326p.
16. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Etudes et Résultats. DRESS. Juin 2004 ; n°135 ; 12p
17. Insee. Données locales, chiffre clef sur un territoire. [en ligne] [consulté le 20 février 2016] Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/?page=statistiques-locales.htm>

18. Insee, RP2012 exploitations principales. Evolution et structure de la population du département. De 1968 à 20012.
19. Annuaire statistique .Fonds CMU. Données effectifs et dépenses Décembre 2012.mis à jour en juin 2013. [consulté le 20 février 2016].
20. GABORIEAU P. Qu'est-ce qu'un « bon médecin généraliste » ? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud. Thèse pour le doctorat en médecine. Tours : Université François-Rabelais ; 2013.
21. Ghasarossian C, Chudy A. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? Revue exercer 2008 ; 80 : 56-7.
22. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale : à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2012.
23. OSMOND L. Une formation à la relation médecin malade : pourquoi ? comment ? Création d'une initiation au groupe Balint à l'UFR de médecine de Caen. Novembre 2007.
24. Van Ballenberhe Pedrosa J. L'appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste : point de vue des patients. Thèse de doctorat en médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux ; septembre 2015.
25. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale, revue Médecine, revue de morbidité et mortalité en groupe d'analyse de pratiques. Janvier 2013.
26. TRUCHON C. Le Téléphone en Médecine Générale : Outil de communication et élément perturbateur de la relation Médecin-Patient. Thèse de Médecine : Toulouse, 2010,69p.
27. Brown A, Armstrong D. Telephone consultations in general practice: an additional or alternative service? British Journal of General Practice. 1996 décembre ; 45 : 673-742.
28. Hector S. A quoi sert la salle d'attente en médecine générale ? Comment les médecins la conçoivent et la perçoivent ? Comment les patients la perçoivent ? Faculté de Médecine de Créteil. Université Paris XII - Val de Marne: Paris ; 1999.
29. UPML, Qualité de l'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes. Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes: Lyon ; 2002.
30. Coumau C. Rendez-vous chez médecin : de plus en plus d'attente. Enquête Ifop réalisée pour le cabinet Jalma et rendue publique par les echos.fr. ; Novembre 2014.
31. Fiol B. Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu. Thèse de doctorat en médecine. Nice : université Sophia Antipolis ; 2015.
32. Kerdrain-Deridder C. “Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ?: connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste.” Thèse d'exercice. Nantes :Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2006.

33. Farge T, Charra E, Hauvespre B. La non prescription d'une ordonnance : représentation des médecins généralistes et des patients. Revue prescrire. D'après deux thèses par méthode qualitative, 13 médecins et 4 focus group de patients (23) en région Rhône Alpes ; 2014.
34. Guillaume G. Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale. Etude qualitative. Thèse pour le doctorat en médecine. Limoges : université de Limoges ; 2012.
35. HAS. Recommandations professionnelles. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. [en ligne]. Juin 2007. Disponible sur <http://www.has-santé.fr>.
36. Jamal S. La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation Côté médecin Étude qualitative menée par entretiens semi dirigés. Thèse de doctorat en médecine. Université Strasbourg. ; juin 2015.
37. Tate P. La relation médecin/patient : Soigner (aussi) sa communication. 2005 ; 70 : 15-25.
38. Union régionale des médecins libéraux d'île de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens, Section Généralistes. Mai 2007.
39. Dontenville E. La trousse de visite du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ? Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Toulon ; 2011.
40. Hue B. Un médecin libéral peut-il refuser de voir un patient ? La revue Med. Rubrique forme. Juillet 2006 ; n°4 : 117-120.
41. Jakoubovish S, Bourno MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. DREES. Mars 2012 ; n° 797 ; 1-8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire EUROPEP

- Item 1. La durée de la consultation
- Item 2. L'intérêt porté par le médecin à votre situation personnelle
- Item 3. La capacité du médecin à vous mettre à l'aise
- Item 4. Votre implication dans les décisions de soins
- Item 5. La capacité du médecin à vous écouter
- Item 6. La confidentialité de votre dossier et de ses données
- Item 7. Le soulagement rapide de vos symptômes
- Item 8. L'aide du médecin pour que vous vous sentiez bien
- Item 9. La minutie du médecin
- Item 10. L'examen clinique
- Item 11. Les propositions du médecin dans le domaine de la prévention
- Item 12. Les explications des tests et des traitements
- Item 13. Les informations concernant les symptômes et la maladie
- Item 14. L'aide du médecin à résoudre des problèmes émotionnels
- Item 15. L'aide à comprendre l'importance des conseils
- Item 16. Le fait que le médecin discute avec vous avant de référer à l'hôpital ou au spécialiste
- Item 17. La mémoire du médecin de ce qui a été dit ou fait précédemment
- Item 18. L'amabilité du personnel du cabinet
- Item 19. La fixation des rendez-vous à un moment qui vous convient
- Item 20. Le contact téléphonique avec le cabinet médical
- Item 21. Le contact téléphonique avec le médecin
- Item 22. La durée d'attente dans la salle d'attente
- Item 23. La possibilité de services rapides pour des problèmes urgents

LE RESENTI DES PATIENTS SUR LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

I. LES GENERALITES :

1) Quel est votre âge ?

2) Quel est votre sexe ? féminin masculin

3) Votre catégorie sociale : * actif :

- Employés /ouvriers
- artisans commerçants
- cadres
- professions libérales
- agriculteurs
- étudiants

* inactif :

- retraités
- à la recherche d'un emploi
- autre

3bis) Votre part complémentaire santé est couverte par :

- La CMU-C
- Une mutuelle
- ni l'un ni l'autre

4) Votre lieu d'habitation se situe en zone :

- urbaine (ville)
- rurale (campagne)
- semi rural /semi urbain

5) Etes-vous ?

- mariés ou en concubinage
- divorcé ou veuf
- célibataire
- avec enfants à charge

II. LA CONSULTATION

6) Selon vous, quel est le temps programmé par le médecin pour chaque consultation ?

- 10 min
- 15 min
- 20 min
- Plus

7) Cochez ce qui vous semble le plus important au cours d'une consultation :

(plusieurs choix possibles)

- la minutie du médecin
- la capacité du médecin à vous écouter
- la capacité du médecin à vous mettre à l'aise
- l'examen clinique
- les explications données par le médecin sur les tests et les traitements

8) Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste au cours de la consultation ?

(plusieurs choix possibles)

- Le soulagement rapide de vos symptômes
- Des propositions dans le domaine de la prévention
- Les informations concernant vos symptômes et la maladie
- Son aide pour résoudre les problèmes émotionnels
- Qu'il se souvienne de ce qui a été dit ou fait précédemment

9) A combien estimez-vous un délai d'attente raisonnable dans la salle d'attente ?

- 0 à 10 min
- 10 à 20 min
- 20 à 30 min
- 30 min à 1 heure

10) Trouvez-vous important de pouvoir avoir un contact téléphonique avec le médecin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11) Trouvez-vous dérangeant que le médecin soit interrompu au cours de votre consultation par des appels téléphoniques d'ordre professionnels ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

12) Quel est le délai maximal que vous jugez acceptable pour avoir un rdv ?

- Une semaine
- 3 jours (soit à 72h)
- Le sur lendemain (soit à 48h)
- Le lendemain (soit à 24h)
- Le jour même (soit à moins de 12h)

13) Selon vous, le médecin doit-il prendre obligatoirement votre tension artérielle à chacune de vos consultations, et ce quel que soit le motif pour lequel vous venez ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

14) Selon vous, à la fin de chaque consultation devez-vous obligatoirement recevoir une ordonnance, et ce quel que soit le motif pour lequel vous venez ?

- Oui
- Non

- Ne sait pas

15) Lorsque le médecin vous examine, il doit vous faire déshabiller le plus possible, cela vous met-il mal à l'aise?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

16) Selon vous, votre médecin généraliste se lave-t-il les mains entre chaque patient ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

17) Selon vous le papier sur la table d'examen doit-il être absolument changer entre chaque patient ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

18) La tenue, la présentation du médecin généraliste vous paraît-elle importante pour être en confiance avec votre médecin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

19) Le cadre du cabinet (propreté, agencement des locaux, état d'ancienneté des locaux, secrétaire sur place) vous paraît-il important pour vous sentir à l'aise lorsque vous venez consulter votre médecin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

20) Un médecin qui ne fait pas ou peu de visites à domicile, est-ce pour vous un critère de non choix de ce médecin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

21) Selon vous, pour lequel de ces motifs, le médecin généraliste doit-il se déplacer à domicile ?
(Plusieurs choix possibles)

- Température supérieur à 39°
- Personnes âgées de plus de 80 ans
- Personnes à mobilité réduite
- Personne ayant plusieurs jeunes enfants à charge
- Urgences médicales (traumatisme, douleur à la poitrine..)

- Un patient qui sort de l'hôpital
- Ne sait pas

III. LE TIERS PAYANT

22) La majorité des médecins généralistes en France, sont contre la nouvelle réforme imposant le 1/3 payant pour tous les patients (c'est-à-dire que tous les patients sont dispensés d'avancer les honoraires, le médecin sera payé directement par la sécurité sociale, et les mutuelles), et manifestent donc par des mouvements de grève.

Savez-vous pourquoi les médecins sont contre cette nouvelle réforme ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

23) Etes-vous favorable au « 1/3 payants pour tous » ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

IV. EN DEHORS DE LA CONSULTATION

24) Pensez-vous que le médecin généraliste a d'autres activités au cabinet, en plus de recevoir ses patients en consultation ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

25) Selon vous, que fait le médecin généraliste en plus de ses consultations au cabinet parmi les propositions suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- Lire les résultats de tous les bilans biologiques et examens radiologiques effectués par ses patients le jour même
- Lire les courriers de ses confrères spécialistes au sujet des patients qu'il a adressé pour avis
- Etablir des bons de transport, des certificats, des protocoles, des ordonnances, à la demande des patients
- Effectuer sa comptabilité du jour
- Ne sait pas

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

LE RESENTI DES PATIENTS SUR LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

INTRODUCTION : Au cours de ces dernières années, le rôle du patient a pris plus d'importance comme facteur déterminant au niveau des soins de santé et de leur distribution. L'objectif principal de cette étude était de connaître la perception du patient sur la consultation afin d'adapter au mieux ma pratique. En effet, le niveau de qualité de la relation du médecin avec son patient, inspire les meilleurs résultats en termes de satisfaction et d'observance thérapeutique. **MATERIELS ET METHODE :** Il s'agissait d'une étude descriptive, quantitative de type enquête d'opinion distribuée, respectant l'anonymat. Elle incluait toutes les personnes âgées de plus de 16 ans. Elle était en partie basée sur le questionnaire EUROPEP, outil validé au niveau international pour l'évaluation des soins par le patient en médecine générale.

RESULTATS : 188 patients ont été inclus. L'âge moyen de la population étudiée était de 44.8 ans. Les explications données par le médecin sur les tests et traitements étaient importantes pour 73.9% des patients. 76.1% attendaient du médecin généraliste le soulagement rapide des symptômes. L'attente en salle d'attente était jugée raisonnable entre 10 et 20 minutes par 53% des patients. 63,8% des patients souhaitaient avoir un contact téléphonique direct avec le médecin, et 58,5% ne trouvaient pas dérangeant que le médecin reçoive des appels pendant leur consultation. Le délai maximal pour avoir un rendez-vous était jugé acceptable à 24 heures par 31,4% des patients. Pour 56,4% des patients, le médecin doit prendre la tension artérielle à chaque consultation, et ce quel que soit le motif. 70,4% des patients ne jugeaient pas systématique l'obtention d'une ordonnance à chaque consultation, et 76,6% ne se sentaient pas mal à l'aise au déshabillage. La tenue du médecin était jugée importante pour 64,9% des patients pour se sentir en confiance avec lui, tout comme le cadre du cabinet jugé important pour 59,6% des patients pour se sentir à l'aise. Selon 66% des patients, un médecin qui ne fait pas de visites à domicile n'était pas un critère de non choix de ce médecin. La personne âgée de plus de 80 ans était un motif de visite à domicile pour 85,1% des patients interrogés.

DISCUSSION : La « bonne » relation ne s'enseigne pas. Pas plus que la relation tout court. Mais l'interaction de la consultation, comme outil thérapeutique, doit être considérée comme une particularité spécifique à la médecine générale et devrait être développé dans le cadre de la formation. De plus, il serait intéressant de mettre en place différents systèmes technologiques d'évaluation du ressenti et de la satisfaction du patient. **CONCLUSION :** Il faut savoir utiliser la consultation pour obtenir une bonne relation médecin/patient. Il est important que la discipline de médecine générale continue d'évoluer au sein d'un système de santé qui se modifie et qu'elle réponde aux besoins de santé des patients. Les médecins généralistes doivent être impliqués dans le développement continu de leur système de santé, et en tant qu'individus, ils doivent être capables de changer pour rencontrer ces nouveaux défis.

Mots-clés : relation médecin malade-ressenti-consultation-médecine générale

THE FEELING OF PATIENTS ON THE GENERAL MEDICAL.

Introduction: During recent years, the role of the patient has become more important as a determinant in the health care and distribution. The purpose of this study was aware of the perception of consultation by patient to adapt better to my practice. Indeed, the quality of the doctor's relationship with his patient, inspires the best results in terms of satisfaction and adherence. **MATERIALS AND METHODS:** This was a descriptive, quantitative study, the type of distributed poll, respecting anonymity. It included all persons aged over 16 years. She was part of the based EUROPEP questionnaire validated tool at international level for evaluation of care by the patient in general practice. **RESULTS:** 181 patients were included. The average age of the study population was 44.8 years. The explanations given by the doctor about tests and treatment were important to 73.9% of patients. 76.1% expected from the doctors rapid relief of symptoms. The wait in the waiting room was considered reasonable between 10 and 20 minutes by 53% of patients. 63.8% of patients wanted to have direct phone contact with the doctor, and 58.5% were not disturbing the doctor receives calls during their consultation. The maximum time for an appointment was acceptable to 24 hours by 31.4% of patients. For 56.4 patients, the doctor must take blood detention at each visit, regardless of the reason. 70.4% of patients do not consider systematic obtaining a prescription at each consultation, and 76.6% did not feel uncomfortable undressing. The doctor's clothes was considered important for 64.9% of the patients to feel confident with him, as part of the doctor's office deemed important for 59.6% of the patients to feel at ease. According to 66% of patients, a doctor who does not make home visits was not a criterion for not choosing this doctor. The person over 80 years was a home visit pattern to 85.1% of patients surveyed. **DISCUSSION:** The "good" relationship can not be taught. No more than any short relationship. But the interaction of the consultation, as a therapeutic tool must be regarded as a specific characteristic to general medicine and should be developed through training. Moreover, it would be interesting to implement various technology systems of evaluation of patient's feelings and satisfaction. **CONCLUSION:** we must know how to use the consultation to get a good relationship between doctor / patient. And it is important that general medical discipline continues to evolve within a health system which change and responsive to patients' health needs. The doctors should be involved continued development of their health system, and as individuals, they must be able to change to meet new challenges.

Keywords: relationship-doctor- ill-feeling-consultation-general doctor.