



HAL
open science

L'interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie

Thierry Deffromont

► **To cite this version:**

Thierry Deffromont. L'interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01501454

HAL Id: dumas-01501454

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501454>

Submitted on 4 Apr 2017

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016-2017

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DEFFROMONT Thierry

NE LE 28 Juillet 1984 à Paris 12^{ème}

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

**L'interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de le
voir en consultation ?
Etude quantitative en Haute-Normandie**

PRESIDENT DE JURY : Professeur Pierre-Yves LITZLER

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Jean-Paul THUEUX

MEMBRES DU JURY : Professeur Luc Marie JOLY

Docteur Georges BOURROUILLOU

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>sumombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>sumombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>sumombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHO	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>sumombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie.
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>sumombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
---------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------	-----	-------------------

Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
------------------------	-----	-------------------

Mme Lucille PELLERIN	UFR	Médecine générale
----------------------	-----	-------------------

Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
--------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Merci au Professeur Pierre-Yves LITZLER d'avoir accepté d'être membre de mon jury et d'en être le président.

Merci au Professeur Luc-Marie JOLY d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

Merci au Docteur Georges BOUROUILLOU, mon Cher oncle, d'avoir accepté de monter en Normandie et de faire partie de mon jury. Merci de ne pas m'avoir découragé au moment de me lancer dans cette grande aventure qu'est la Médecine.

Merci au Docteur Jean-Paul THUEUX de m'avoir suivi pour ce travail, d'avoir supporté mes hésitations, mes lenteurs, mon manque d'entrain par moment... Merci de m'avoir fait progressé dans ce long périple qu'a été ma thèse. Bien que nos visions aient parfois divergées, merci de votre aide et de vos remarques nombreuses mais cruciales.

Merci au Docteur Guillaume ANQUETIL et au Docteur Pierre BROCHEC d'avoir été mes maîtres de stage au cours de mon premier stage de médecine générale. Merci de m'avoir transmis votre passion de la médecine chacun à votre façon. Merci également à tout le Cabinet Médical des Sources pour votre accueil si chaleureux.

Merci au Docteur Nicole BENARD, au Docteur Marie-Thérèse THUEUX et au Docteur Jean-Paul THUEUX de m'avoir accueilli au cours de mon SASPAS. Merci de la confiance que vous m'avez témoigné en me confiant momentanément vos patientèles respectives. Merci de m'avoir transmis une partie de votre expérience au cours des supervisions quotidiennes.

Merci aux membres des différents services dans lesquels je suis passé au cours de mon internat : merci à l'équipe du service de Gériatrie de BOIS GUILLAUME, merci à l'équipe du service des Urgences de CHARLES NICOLLE, merci à l'équipe du service de Gynécologie de DIEPPE et merci à l'équipe du service de Pédiatrie de DIEPPE.

Merci à tous mes anciens co-internes et plus particulièrement Ana, Anaïs et Vincent, mes anciens compagnons de galère de Gériatrie.

Merci à tous les Maîtres de stage universitaire ayant accepté de participer à mon projet, ainsi qu'à tous les patients qui ont répondu à mon questionnaire.

Merci à toi Anne, de m'avoir soutenu toutes ces années délicates, d'avoir supporté mes études depuis la P1.

Merci d'avoir accepté de devenir ma femme.

Merci de m'avoir offert nos merveilleux enfants.

Merci pour ton aide si précieuse dans la réalisation de cette thèse.

Merci de m'avoir bousculé, remué, boosté... pour rester poli...

Merci de m'avoir remobilisé quand je baissais les bras...

Merci... pour tant d'autres choses que je ne dis pas suffisamment...

Merci à mes enfants Timothée, Augustin et Agathe. Vous resterez à jamais ma plus belle réussite.

Merci à mes parents Chantal et Bernard, de m'avoir épaulé toutes ces années, merci de m'avoir supporté si longtemps à la maison, merci d'avoir cru en mes capacités alors que moi-même je n'y croyais pas, merci de votre présence et de votre dévouement à vos enfants et petits enfants.

Merci à mon frère Didier, d'avoir finalement choisi la voie de l'ingénierie à celle de la médecine... Sans quoi je n'aurais peut-être jamais tenté le concours...

Merci à Alison pour ton aide technique, tes talents de tableur EXCEL et ses fameux tableaux croisés dynamiques... Merci de m'avoir permis de réaliser mes analyses statistiques.

ABREVIATIONS :

MSU : Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

IMG : Interne de Médecine Générale

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

INTRODUCTION	18
I. Diplôme d'étude spécialisée de médecine générale	19
II. Objectifs des stages en médecine libérale	20
III. Définition du SASPAS.....	20
IV. Place du patient	21
METHODOLOGIE	22
I. Population cible.....	23
a. Critères d'inclusion	23
b. Critères d'exclusion.....	23
II. Mode de recueil	23
III. Pré tests	24
IV. Période.....	24
V. Sélection des maîtres de stage	24
VI. Distribution des questionnaires	25
VII. Exploitation des données.....	25
VIII. Recueil de bibliographie.....	25
RESULTATS	26
I. Recueil des questionnaires	27
II. Caractéristiques de la population des patients.....	27
a. Le sexe.....	27
b. L'âge.....	28
c. Répartition démographique des cabinets médicaux	28
d. Ancienneté de fréquentation du cabinet	29
e. Connaissance du statut d'interne.....	29
f. Antécédent de consultation avec un interne	31

III. Décision lors de la prise de rendez vous	32
a. Motifs d'acceptation	32
b. Motifs de refus	34
c. Présence de l'interne	34
IV. Statistiques bivariées	36
a. Sexe et acceptation	36
b. Age et acceptation	36
c. Ancienneté de fréquentation et acceptation.....	37
d. Consultation antérieure avec l'interne et acceptation.....	38
e. Satisfaction et acceptation.....	38
f. Connaissance du statut d'interne et acceptation.....	38
g. Nombre de consultation avec un interne et acceptation.....	39
V. Commentaires des patients.....	39
DISCUSSION	41
I. Discussion de la méthode.....	42
a. Population cible	42
b. Anonymat et liberté de choix	42
c. Taille de l'échantillon	42
d. Limites de la méthode de recueil	42
e. Apport du pré-test	43
f. Défaut d'identification	43
g. Critères de non exploitabilité de certains questionnaires	43
h. Période de recueil des informations	43
II. Caractéristiques de la population	44
a. Le sexe.....	44
b. L'âge.....	44
c. La répartition géographique des cabinets.....	44
d. L'ancienneté de consultation.....	45
III. Représentation de l'interne par le patient.....	45
a. Connaissance.....	45
b. Comment définissent-ils cet interne ?.....	45
c. Présence de l'interne	46
d. Satisfaction.....	47

IV. Prise de rendez-vous avec l'interne.....	48
a. Acceptation.....	48
1. La confiance	48
2. L'absence de rendez vous avec leur médecin	48
3. Une aide à la formation	49
b. Refus.....	49
1. La confiance en leur médecin traitant	49
2. L'appréhension du changement	49
3. Personnalité de l'interne.....	49
c. Analyses bivariées.....	50
1. Le sexe.....	50
2. L'âge.....	50
3. L'ancienneté.....	50
4. Connaissance du statut d'interne.....	51
5. Antécédent de consultation d'un interne et satisfaction.....	51
V. Information à la prise de rendez vous	51

CONCLUSION **53**

BIBLIOGRAPHIE **55**

ANNEXES **58**

Annexe I : Questionnaire.....	59
Annexe II : Notice destinée aux médecins	61
Annexe III : Notice destinée aux patients	62
Annexe IV : Margueritte des compétences CNGE	63
Annexe V : Répartition des cabinets	64

INTRODUCTION

***L'écriture s'apprend au dépend du papier,
La médecine s'apprend au dépend des malades.***

Proverbe chinois

I. Diplôme d'étude spécialisée de médecine générale

Depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 (1) la médecine générale est devenue une spécialité médicale au même titre que les autres spécialités.

Les internes, désirant devenir médecins généralistes, doivent passer l'examen classant national et poursuivre leur formation par l'internat de médecine générale.

La maquette de cet internat a été établie sur la base de 6 semestres obligatoires, répartis entre le milieu hospitalier et le libéral.

Elle est composée :

- D'un stage en médecine d'urgence
- D'un stage en médecine adulte (médecine gériatrique ou médecine interne ou médecine polyvalente)
- D'un stage de médecine générale
- D'un stage en gynécologie ou pédiatrie
- De deux stages libres

Les internes de *premier et deuxième semestre* débutent leur internat par des stages hospitaliers dans le but d'acquérir une certaine autonomie de diagnostic, de prise en charge des patients et d'appréhender certaines spécialités médicales essentielles dans la médecine générale, sous la supervision directe des chefs de clinique et des praticiens hospitaliers.

Les internes de *troisième ou quatrième semestre* ont la possibilité de réaliser un stage chez le praticien dit de « *premier niveau* ». Au cours de ce stage, l'interne est en consultation conjointe avec son maître de stage universitaire (MSU), un médecin généraliste libéral ayant été formé par l'université pour l'accueil de cet étudiant. Une mise en autonomie est prévue en prélude au SASPAS.

Les internes de *cinquième ou sixième semestre* ont, eux, la possibilité depuis la circulaire du 26 avril 2004 (2), de réaliser un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé dit « SASPAS ».

II. Objectifs des stages en médecine libérale

Au cours du stage dit de premier niveau, l'interne apprend, au contact d'un professionnel expérimenté, à gérer une consultation de médecine de ville et à se familiariser avec la diversité des pathologies. Il doit acquérir les six compétences du médecin généraliste que le collège national des généralistes enseignants (CNGE) a décrit dans sa marguerite des compétences (annexe IV).

- Premier recours, soins non programmés et urgence
- Relation, communication, approche centrée patient
- Continuité, suivi coordination des soins autour du patient
- Vision globale, complexité
- Education en santé, dépistage prévention, santé individuelle et communautaire
- Professionnalisme

L'interne sort pour la première du cadre habituel qu'est le service hospitalier, terrain bien connu des internes mais moins des patients, pour se retrouver sur un lieu connu de longue date par le patient et inconnu des internes.

Au cours du SASPAS, l'interne apprend à recevoir seul les patients, à gérer les consultations quotidiennes d'un médecin généraliste, et à se familiariser avec l'environnement d'un cabinet de médecine libérale avec ses contraintes inhérentes.

III. Définition du SASPAS :

Stage : L'interne de médecine générale exerce pendant toute la durée du semestre dans le cabinet de ses maîtres de stage universitaire, formés et agréés par l'université. Ces derniers s'engagent à lui parfaire sa formation initiale centrée sur les soins primaires et à transmettre leur expérience.

Ambulatoire en Soins Primaires : Ce terme élargit le cadre du stage à l'ensemble de l'environnement professionnel du médecin généraliste. Le terrain d'exercice ne se limite pas au cabinet du maître de stage, mais également au domicile des patients et aux interventions en EHPAD ou autres structures de soins. L'interne apprend à être le premier contact des patients avec le système de santé mais aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires.

Autonome Supervisé : L'interne de médecine générale travaille en autonomie, seul avec le patient au cours de la consultation. Néanmoins, comme le terme supervisé le précise, il peut à tout moment solliciter son MSU et bénéficier d'une supervision directe s'il est mis en difficulté et indirecte pour reprendre les différents éléments de ses consultations.

IV. Place du patient :

À l'hôpital, le patient est souvent confronté aux internes, parfois sans même en avoir conscience. L'interne est en première ligne dans l'accueil du patient, le premier acteur dans le parcours de soins hospitaliers du patient.

L'objectif du SASPAS est l'autonomie de l'interne, cela implique que les patients du MSU soient parties prenantes du projet et acceptent de consulter l'interne. Mais comme le terme supervisé le rappelle, le maître de stage universitaire est présent dans ce trinôme, et reste disponible pour contrôler ainsi que conseiller l'interne dans son mode d'exercice.

La participation des patients est une part importante du bon fonctionnement de ce stage, et donc de ce fait, une part importante de la formation des internes de médecine générale.

En médecine de ville, les gens sont habitués à être confrontés à un interlocuteur unique : leur médecin référent. Le médecin généraliste et ses patients vont créer, avec le temps, une étroite relation de confiance, élément fondamental pour des soins de qualité à partir de ce que l'on nomme le « colloque singulier », la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient.

L'entrée d'un nouvel intervenant dans cette relation médecin/malade peut être vécue de différentes manières. Comme l'a expliqué BALINT (3) « *La présence d'une troisième personne, quelle que puisse être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère* », exprimant la difficulté d'introduire un autre interlocuteur.

Certains vont accepter sans problème l'intrusion de cet étranger au sein d'une relation de confiance établie parfois depuis de nombreuses années. D'autres, au contraire, vont la refuser.

Plusieurs travaux de recherche ont été réalisés sur le ressenti des internes, celui des maîtres de stage, ou sur la satisfaction des patients vis-à-vis des internes en SASPAS. Ces études étaient souvent réalisées avec des questionnaires distribués directement par l'interne aux patients qu'il venait de voir en consultation, excluant donc tous les patients qui ne souhaitaient pas voir l'interne.

L'objectif principal de notre étude est de connaître les motivations des patients : savoir quelles sont les raisons qui vont les conduire à accepter ou à refuser de consulter ce médecin en formation. Nous avons pour cela réalisé une étude quantitative destinée à tous les patients de ces cabinets, qu'ils aient ou non accepté de voir un interne en consultation.

METHODOLOGIE

I. Population cible :

Cette étude était adressée aux patients des cabinets de médecins généralistes libéraux, maîtres de stage universitaires, accueillant un interne en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS), sur la région anciennement de Haute-Normandie (départements de Seine maritime et de l'Eure).

a. Critères d'inclusion :

- Savoir lire.
- Consulter un médecin généraliste maître de stage universitaire de niveau deux.
- Venir en consultation pour soi ou pour un proche à condition d'être soi même patient de ce docteur.
- Etre volontaire pour participer à cette étude.

b. Critère d'exclusion :

- Ne pas savoir ou pouvoir lire.
- Ne pas être patient d'un médecin généraliste maître de stage universitaire de niveau deux.
- Ne pas être volontaire pour participer à cette étude.

II. Mode de recueil :

Notre étude a été réalisée à partir d'un questionnaire anonyme de 12 questions simples, à réponses majoritairement fermées (deux questions étaient ouvertes), uniques ou multiples (annexe I).

Les questionnaires étaient à mettre à disposition des patients en salle d'attente, à l'accueil, accompagnés d'une affiche explicative fournie aux maîtres de stage.

Les praticiens étaient libres d'informer ou pas les patients de la présence du questionnaire. Le patient remplit son questionnaire seul de manière anonyme, sans intervention du MSU ou de l'interne.

Le questionnaire était volontairement court (recto verso) pour limiter le temps passé au remplissage et ainsi optimiser le taux de participation.

Chaque envoi aux cabinets médicaux était muni d'une enveloppe affranchie pour le retour. Ainsi, tous les questionnaires remplis, laissés dans une pochette prévue à cet effet dans la salle d'attente, étaient retournés ensembles par le MSU.

III. Pré-test :

Le questionnaire a été au préalable testé sur mon entourage non médical, dans le but de simplifier au maximum les questions, et de s'assurer d'une bonne compréhension de chaque patient participant.

Certaines questions étaient mal adaptées ou pas assez explicites, nécessitant une reformulation ou un ajout d'information.

Il n'a pas été effectué de test réel au niveau d'une patientèle de ville.

IV. Période :

Le recueil s'est déroulé sur une période de 15 jours en avril 2015. Sur la fin du semestre de stage des internes pour ne pas fausser les réponses entre les patients dont le médecin traitant est maître de stage depuis plusieurs années et donc habitués à voir l'interne, et ceux dont le médecin débute dans la maîtrise de stage.

De même, le niveau des internes étant théoriquement différent entre le début et la fin du stage, il était important que le recueil se déroule sur la même période dans tous les cabinets, afin d'assurer une meilleure homogénéité de notre population étudiée.

V. Sélection des maîtres de stage :

Les médecins généralistes, maîtres de stage de niveau deux, ont été contacté par téléphone, 15 jours avant la réalisation de cette étude, pour expliquer l'objectif, la méthode et obtenir leur accord de collaboration. Certains praticiens ont souhaité recevoir par mail un exemplaire du questionnaire avant de donner une confirmation de leur participation.

Sur les 79 maîtres de stage accueillant les 27 internes en SASPAS, répartis sur 59 cabinets, 3 maîtres de stage ne répondaient pas aux critères de cette étude (médecine d'urgence).

Sur les 76 maîtres de stage éligibles, 40 ont donné leur accord de participation, répartis sur 30 cabinets médicaux.

Les principaux motifs de refus de participation étaient l'absence des maîtres de stage au moment de l'appel téléphonique ou de la période d'étude, une impossibilité de les joindre (non joignable ou secrétariat infranchissable...), ou une absence de réponse après plusieurs relances téléphoniques ou mails.

VI. Distribution des questionnaires :

Les 30 cabinets participants ont reçu par courrier, un nombre de questionnaires différent selon le nombre de MSU présent en ce même cabinet (30 si seul, 50 si 2 et 60 si 3 maîtres de stage).

1080 questionnaires ont été envoyés à destination des patients de Haute-Normandie.

VII. Exploitation des données :

C'est une étude quantitative, établie sur l'exploitation des résultats des questionnaires adressés aux patients.

Le dépouillement à été réalisé manuellement, et chaque questionnaire exploitable a été recensé sur un tableur EXCEL en vu de l'étude statistique.

Une fois chaque population obtenue, des premiers résultats en pourcentage ont été établis. Par la suite, des études comparatives des principales populations ont été réalisées avec des analyses bivariées grâce aux fonctions du tableur EXCEL.

Les différences entre les caractéristiques des populations ont été recherchées par calcul du test du Chi², à l'aide de logiciel de calcul statistique.

VIII. Recueil bibliographie :

La recherche des différents travaux déjà effectués autour de ce sujet s'est faite principalement sur Internet, à l'aide des différents moteurs de recherche, puis SUDOC et la BIUM.

Les différentes thèses étudiées nous ont également permis d'identifier d'autres travaux et ainsi élargir la bibliographie.

RESULTATS

I. Recueil des questionnaires :

Sur les 30 cabinets ayant donné leur accord, 22 (75,9 %) ont retourné les questionnaires remplis, représentant 29 maîtres stage (72,5%).

Sur les 1080 questionnaires envoyés aux maîtres de stage de Haute-Normandie, 617 questionnaires remplis ont été retournés (57,1%).

80 questionnaires, soit 13 % des réponses, étaient non exploitables car pas rempli en totalité ou avec des discordances au niveau des réponses.

Cette étude se base donc sur 537 questionnaires exploitables (49,7% des questionnaires envoyés et 87% des questionnaires reçus).

II. Caractéristiques de la population des patients :

a) Le sexe :

68 % des réponses étaient les femmes, et 32 % des hommes

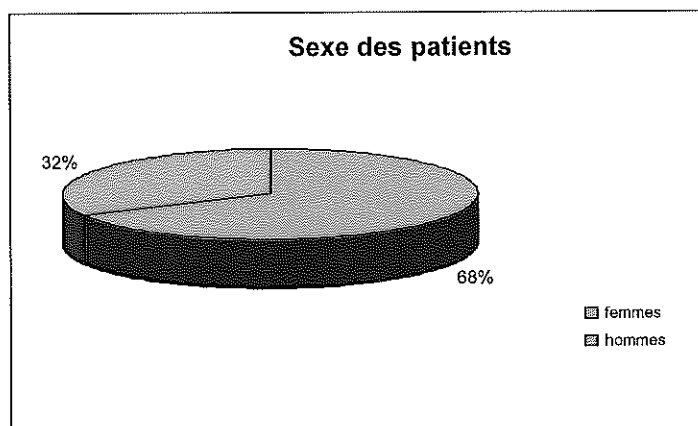


Figure 1.

b) L'âge :

36 % ont plus de 60 ans,

32 % ont entre 40 et 59 ans,

29 % ont entre 20 et 39 ans,

Et 3 % ont moins de 20 ans.

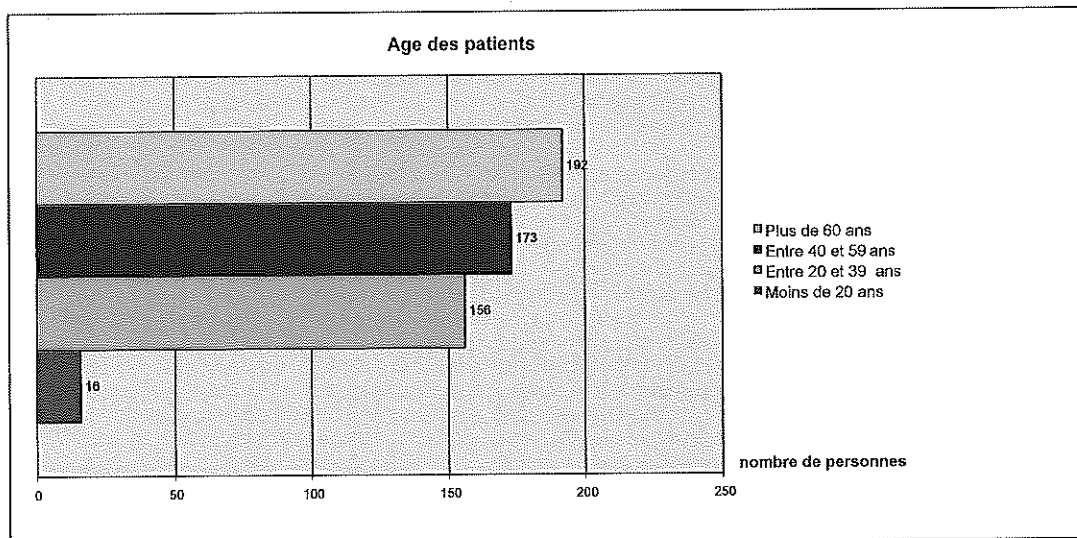


Figure 2.

c) Répartition démographique des cabinets médicaux :

67 % consultent en ville et 33 % à la campagne

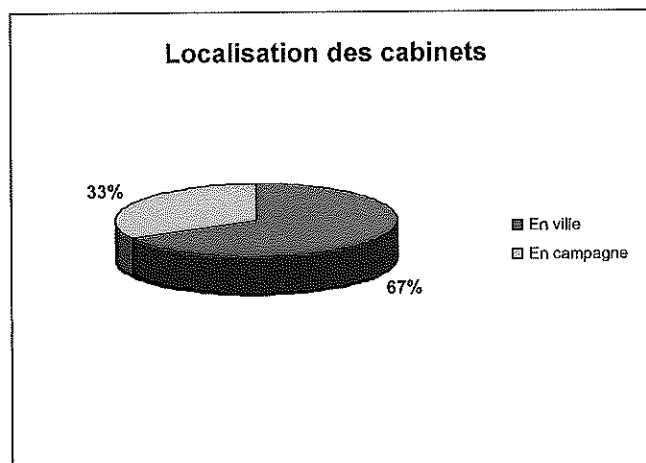


Figure 3.

d) Ancienneté de fréquentation du cabinet :

60 % des patients consultent leur médecin traitant depuis plus de 10 ans,

33 % entre 1 et 10 ans,

5 % depuis moins d'un an,

Et 1 % venait dans le cabinet pour la première fois.

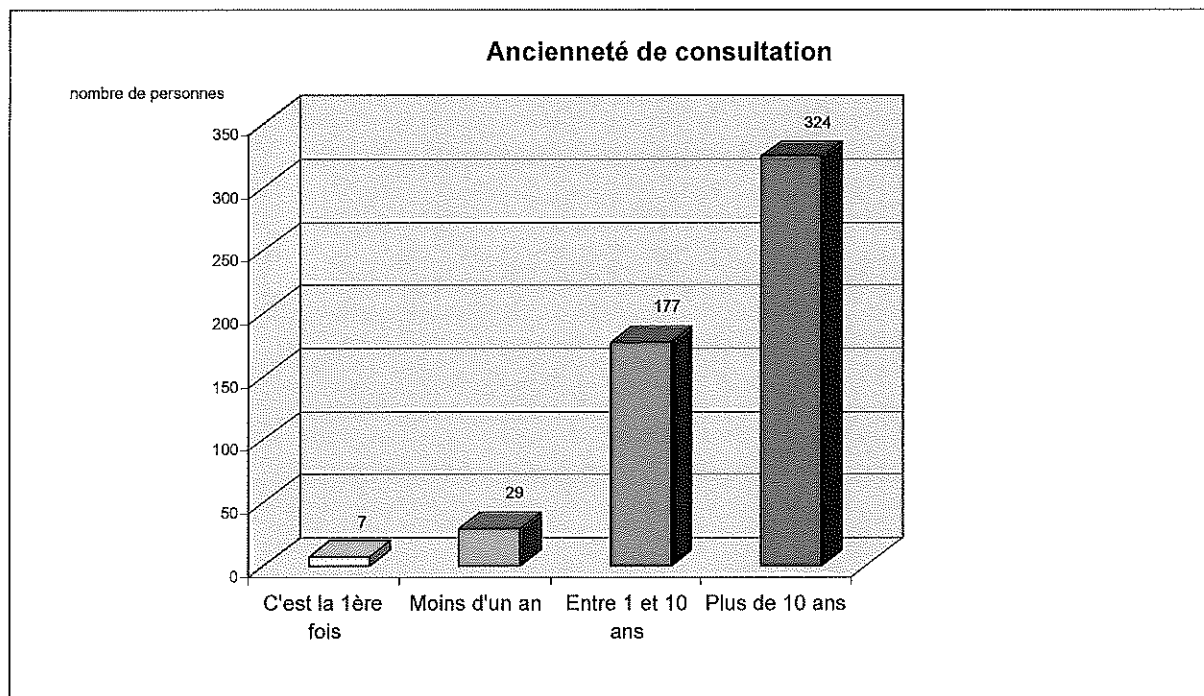


Figure 4.

e) Connaissance du statut d'interne :

Le questionnaire explorait également la connaissance du statut des internes de médecine générale par les patients

92 % estiment savoir ce qu'est un interne de médecine générale.

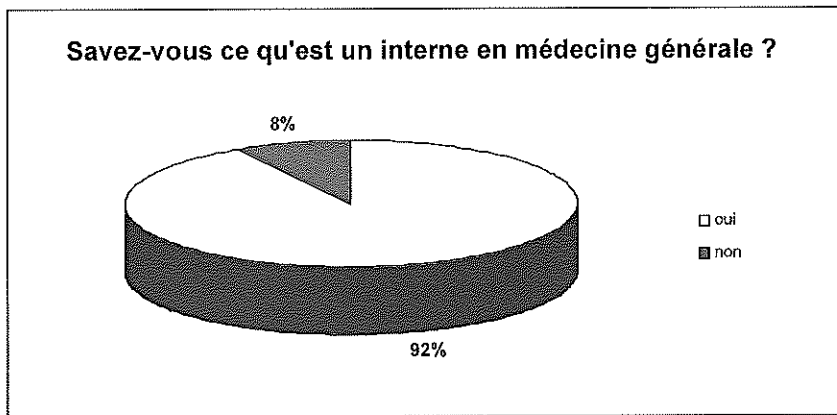


Figure 5.

Sur cette question à choix multiples, 615 réponses sont obtenues.

Beaucoup le considèrent comme un médecin généraliste (246), mais majoritairement l'interne reste un étudiant en cours de formation (51,6%).

8,6% estiment qu'un interne en cabinet libéral est mieux formé qu'un interne à l'hôpital versus 1,7% qui pense le contraire.

Alors que 6,9% des répondants n'ont pas d'avis sur le statu de l'interne.

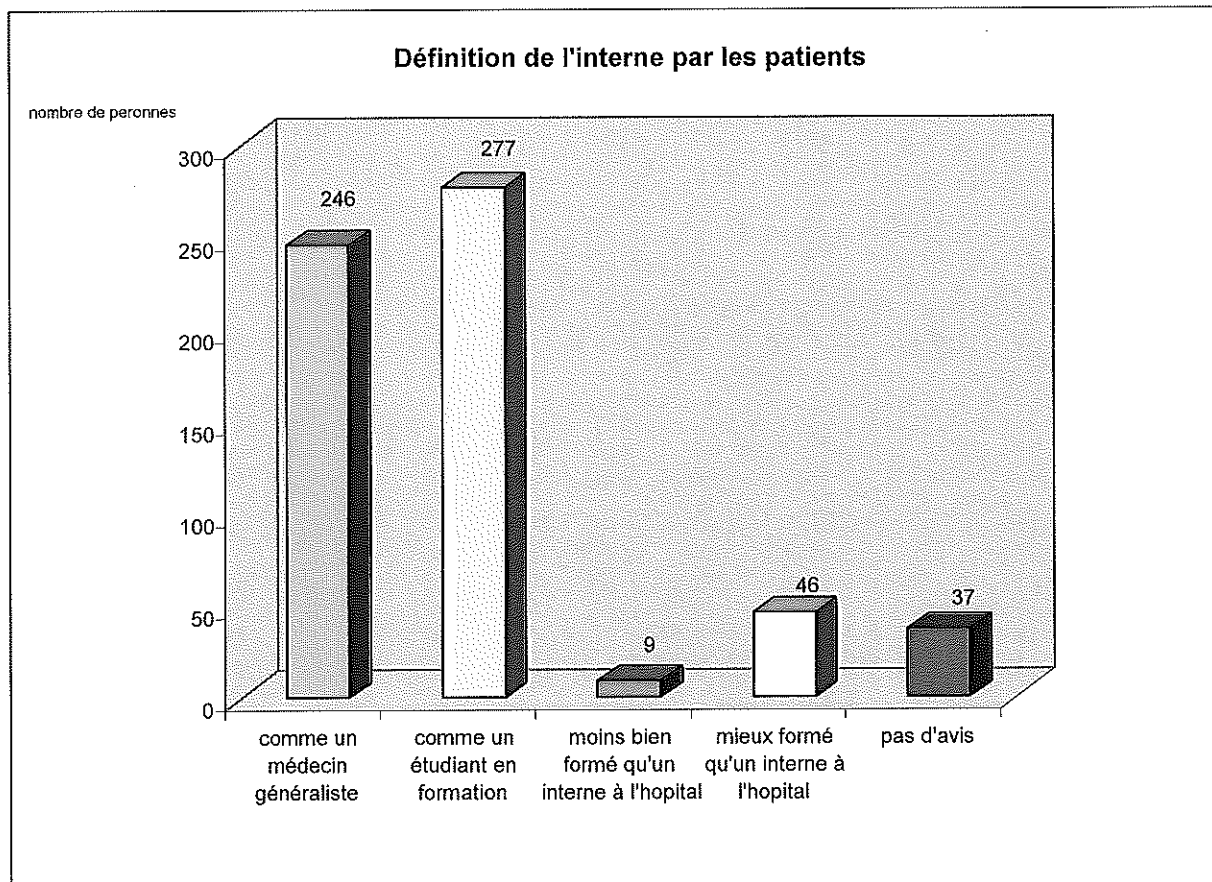


Figure 6.

f) Antécédent de consultation avec un interne :

Sur les 537 patients ayant participé, 465 (87 %) ont déjà consulté un interne en SASPAS. Souvent plusieurs fois, 386 personnes (83 %).

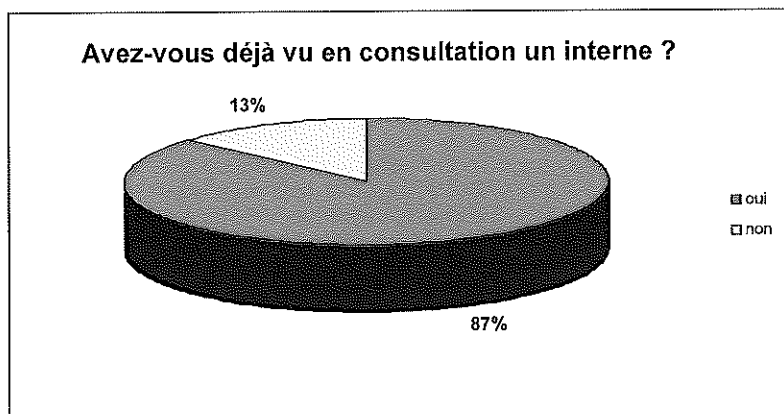


Figure 7.

Les personnes ayant déjà consulté l'interne sont majoritairement satisfaites de la prestation de ce dernier.

En effet, seules 13 personnes (3%) n'ont pas apprécié la prise en charge de l'interne.

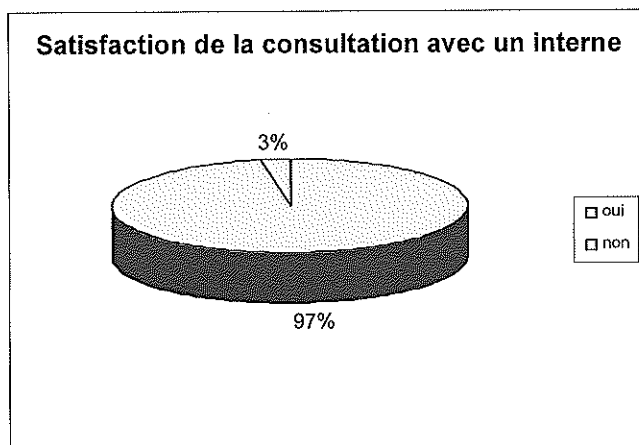


Figure 8.

III. Décision lors de la prise de rendez vous :

Pour ce qui est de la question principale de cette thèse, 466 personnes (87%) affirment accepter un rendez-vous avec l'interne lorsqu'on le leur propose et donc seulement 71 personnes (13%) vont décliner cette proposition.

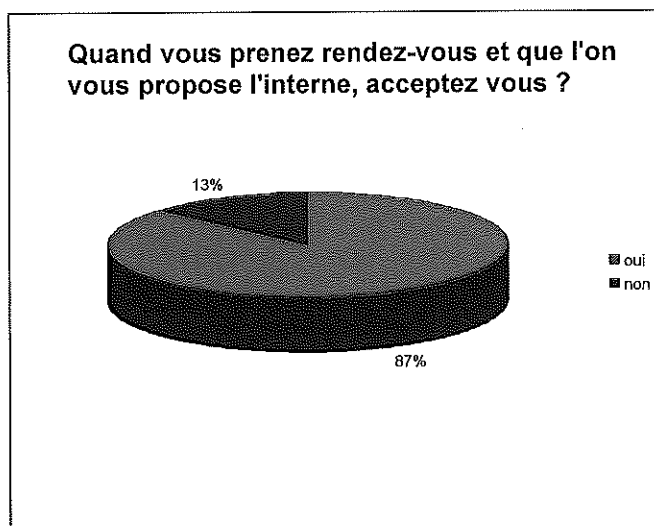


Figure 9.

a) Motifs d'acceptation :

Plusieurs réponses étaient possibles.

64 % des patients ont confiance dans la prise en charge de l'interne quel que soit le but de la consultation.

13 % vont accepter pour des maladies aiguës.

24 % des patients acceptent devant l'impossibilité d'avoir un rendez vous avec leur médecin traitant,

41 % voient dans ces consultations un bénéfice pour la formation et souhaitent encourager l'apprentissage de l'interne,

Et 3 % pour d'autres raisons :

« si pas de maladie grave nécessitant un suivi précis »

« pour le contact humain qui lui servira lorsqu'il voudra s'installer »

« il faut aider les jeunes stagiaires »

« permet des questionnements différents ou nouveaux qui n'auraient peut-être été posés par le médecin habituel »

« je ne suis pas prévenu donc pas le choix »

« c'est l'occasion qui se présente et je ne m'y oppose pas »

Un « œil nouveau et bénéfique »

« un autre avis, un autre regard, car le médecin traitant nous connaît bien et d'avoir un interne permet d'avoir un autre avis »

L'interne apporte « un œil neuf »

« si problème ponctuel, sinon j'attend un rendez vous avec mon généraliste »

« nous pouvons également guider »

« parce qu'elle est mignonne »

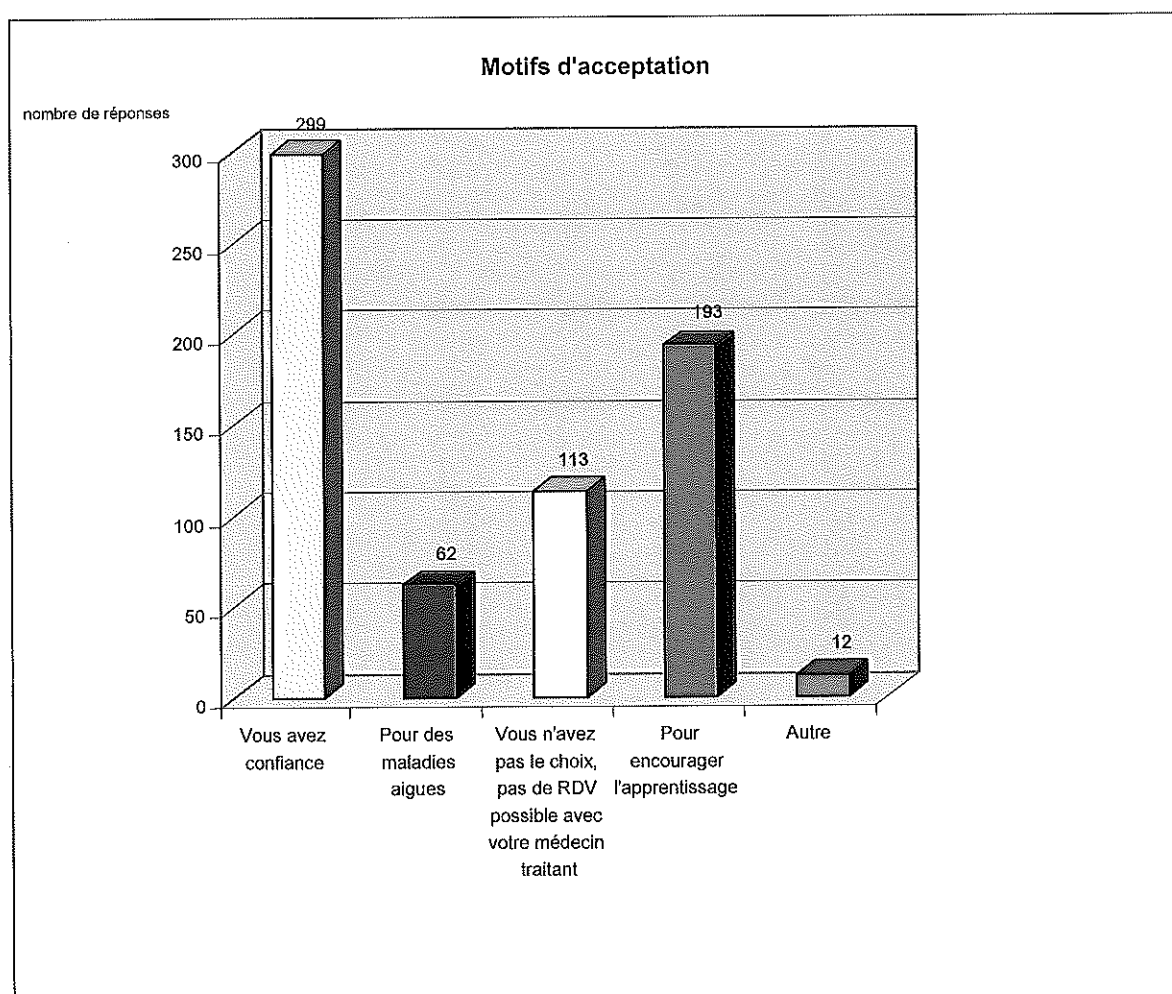


Figure 10.

b) Motifs de refus :

71 patients (13%) refusent d'être reçus par l'interne.

Plusieurs réponses étaient possibles.

L'argument principal est la confiance qu'ils placent en leur médecin traitant (63%), suivi de la connaissance par leur médecin traitant de leur dossier médical (56%). 17 % refusent suite à de mauvaises expériences avec un interne. Alors que 8,5 % reconnaissent refuser par méconnaissance du statut d'interne ou par doute sur ses capacités.

1 personne a ajouté une autre raison :

« je préfère mon médecin traitant »

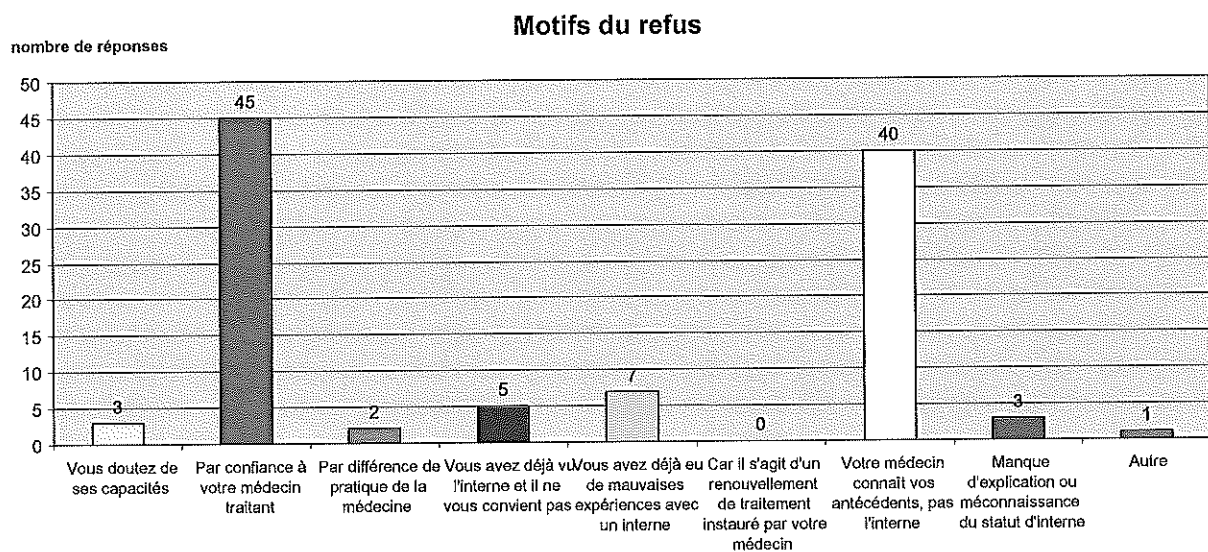


Figure 11.

c) Présence de l'interne :

Pour 81 % des patients, être prévenu par le secrétariat lors de la prise de rendez vous est important, seulement 19 % n'y apporte pas d'importance.

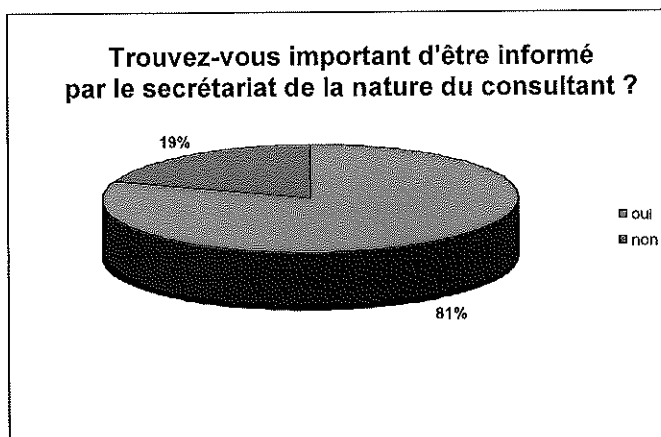


Figure 12.

Mais dans les faits, 46% ont déjà appris en arrivant à leur consultation qu'ils seraient reçus par l'interne et non par leur médecin généraliste. Très peu dans cette situation sont partis (1%).

Les patients considèrent la présence de l'interne en priorité comme la possibilité d'avoir un nouveau médecin à 61 %, alors que 54 % la voient comme une aide à la formation. 1 % estime que cette présence est une contrainte pour eux. Plusieurs réponses étaient autorisées.

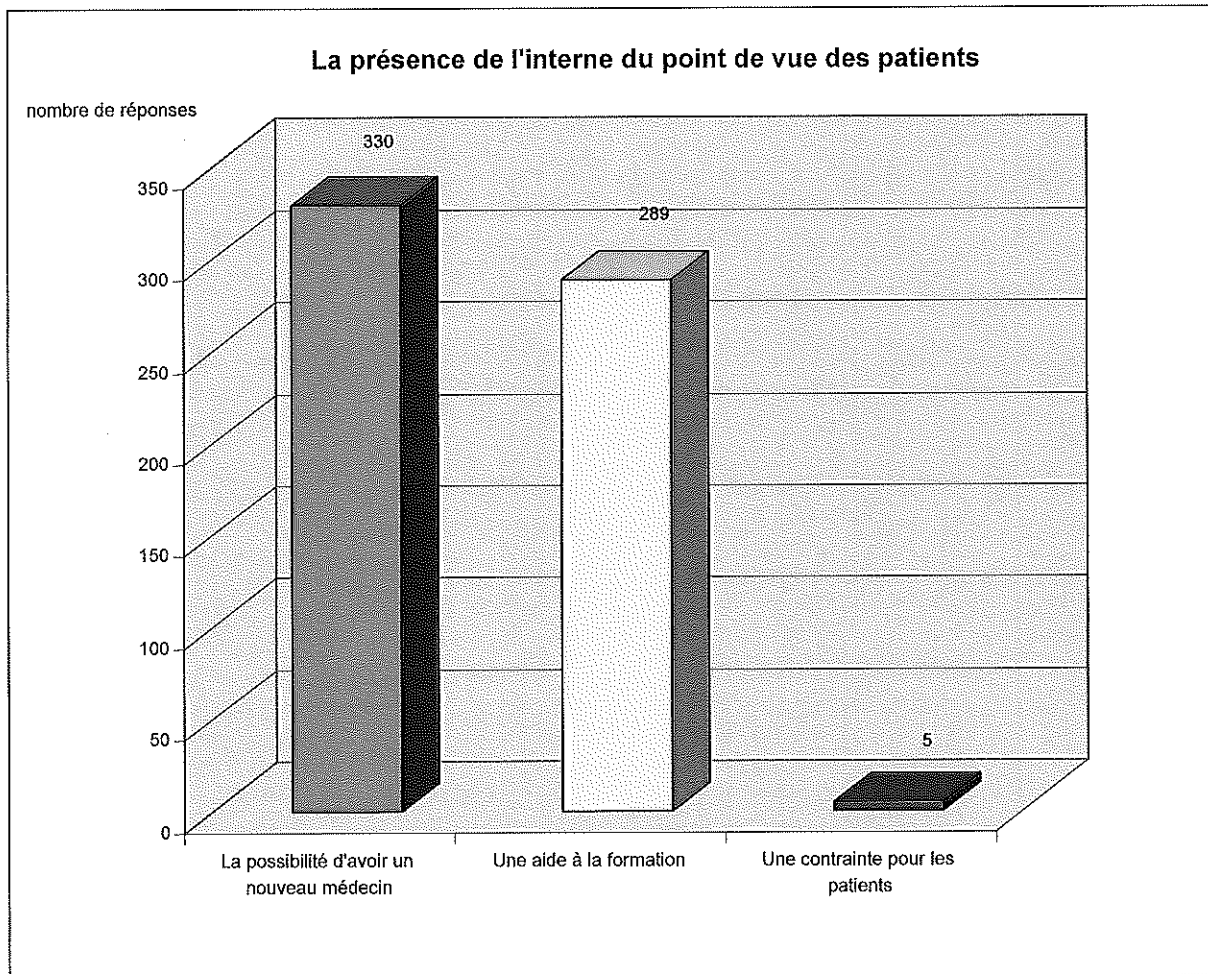


Figure 13.

IV. Statistiques bivariées

a) Sexe et acceptation

88% des hommes acceptent de prendre un rendez vous avec un interne et 86% des femmes.

Il n'est pas mis en évidence de différence significative avec un test du $\chi^2 = 0,299$ à 1 ddl.



Figure 14.



Figure 15.

b) Age et acceptation

21% des patients de plus de 60 ans refusent de prendre rendez-vous avec l'interne alors que 9% des patients de moins de 60 ans le refusent, mettant en évidence une différence significative ($\chi^2 = 15,091$ à 1 ddl).



Figure 16.



Figure 17.



Figure 18.

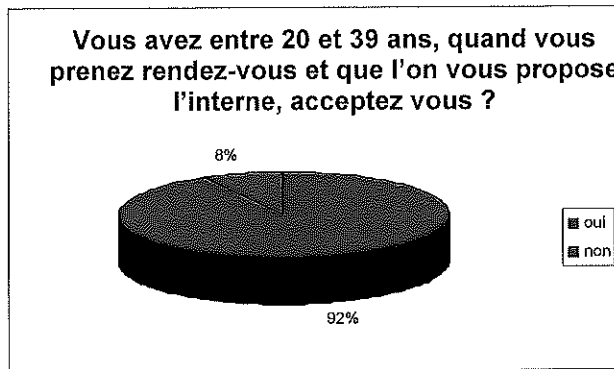


Figure 19.

c) Ancienneté de fréquentation et acceptation :

Les personnes consultant leur médecin traitant depuis plus de 10 ans vont être plus nombreux à refuser de voir l'interne (16%) que les autres (8,5%), et ce de manière significative ($\chi^2=7,004$ à 1 ddl).

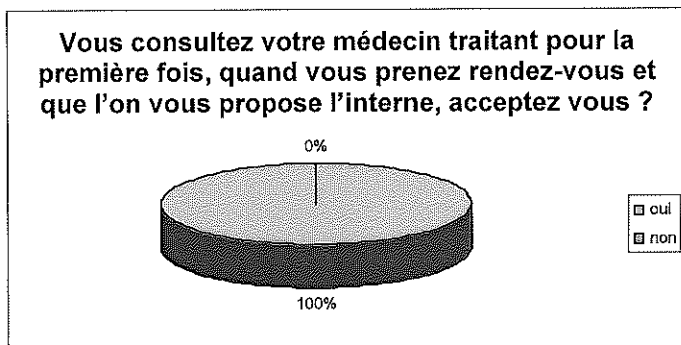


Figure 20.

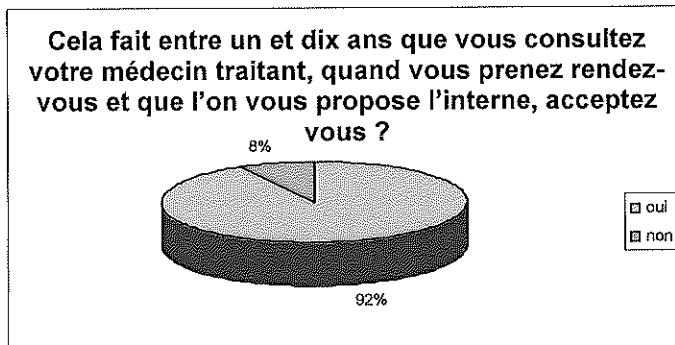


Figure 21.

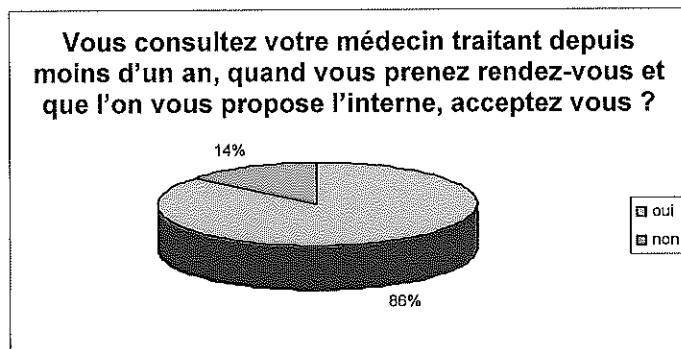


Figure 22.

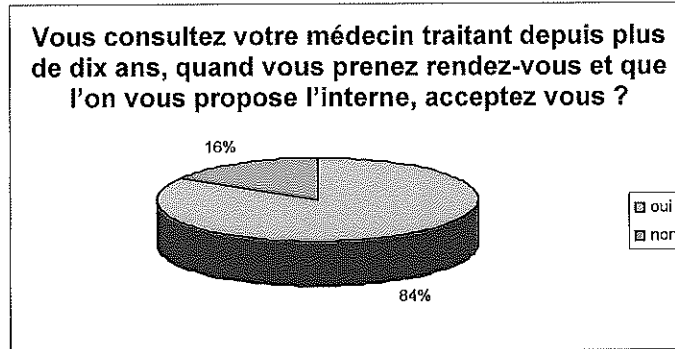


Figure 23.

d) Consultation antérieure avec l'interne et acceptation

Les personnes n'ayant jamais vu l'interne seront proportionnellement plus nombreuses à refuser un rendez-vous avec lui (29%), par rapport à ceux ayant déjà expérimenté sa consultation (13%). Une fois encore une différence significative est mise en évidence ($\chi^2=18,425$ à 1 ddl).

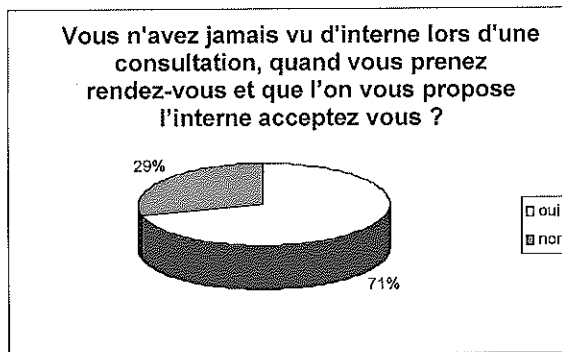


Figure 24.

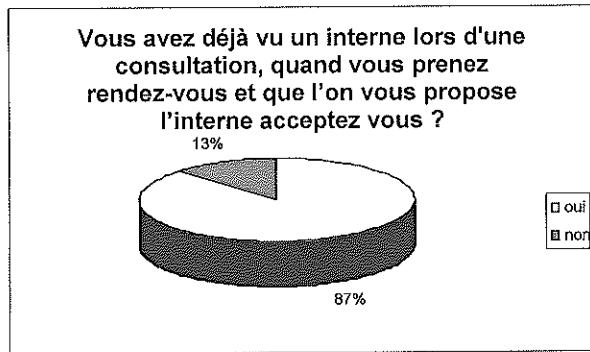


Figure 25.

e) Satisfaction et acceptation

Sur les 13 personnes qui déclarent ne pas avoir été satisfaites de la prestation des internes, 2 (15,4%) disent accepter de voir l'interne quand on le leur propose et 11 (84,6%) le refusent.

f) Connaissance du statut d'interne et acceptation

16 % des patients ayant déclaré ne pas savoir ce qu'est un interne de médecine générale refusent, alors que 13 % des personnes sachant ce qu'est un interne de médecine générale le refusent également. Il n'est pas mis en évidence de différence significative ($\chi^2=0,233$ à 1 ddl).

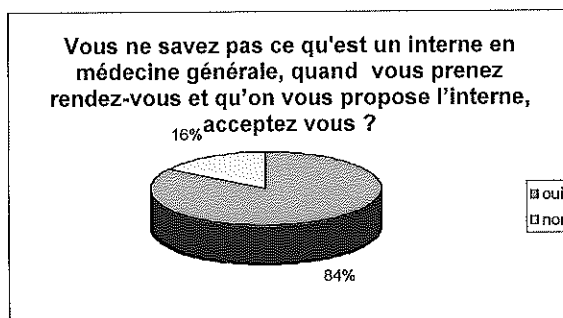


Figure 26.

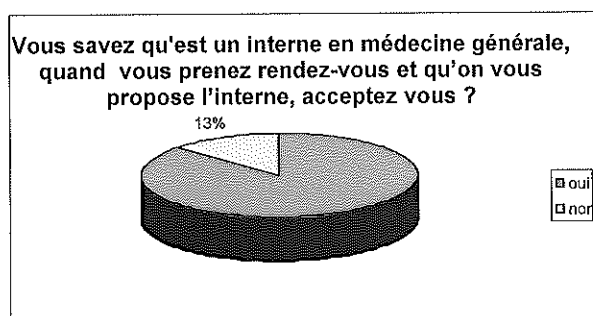


Figure 27.

g) Nombre de consultation avec un interne et acceptation

Les patients ayant vu l'interne plus de 5 fois acceptent à 92%, ceux qui l'ont vu entre 2 et 5 fois acceptent à 90% et enfin, ceux qui ne l'ont vu qu'une seule fois acceptent à 85%.

Il n'y a pas de différence significative mise en évidence (>5 vs 1 => $\chi^2=1,943$; >5 vs 2 à 5 => $\chi^2=0,297$; 2 à 5 vs 1 => $\chi^2=2,116$ à 1 ddl).

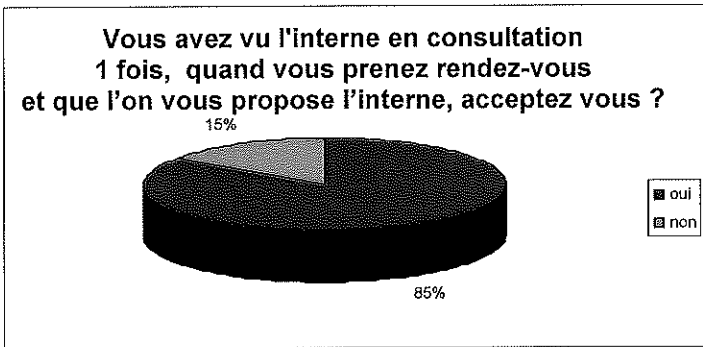


Figure 28.

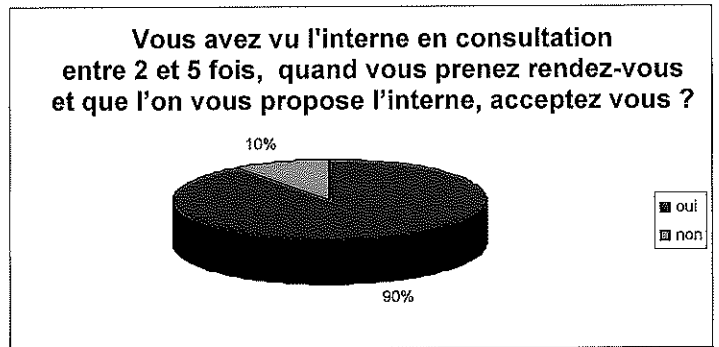


Figure 29.

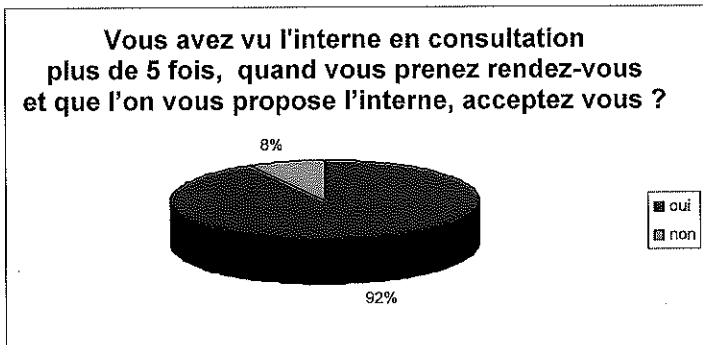


Figure 30.

V. Commentaires des patients :

Certains patients ont rajouté quelques commentaires à des questions fermées, permettant de mieux préciser leur pensée.

Un patient présente la présence de l'interne comme « un plus pour les patients »,

Un autre précise que « si la prise en charge ne convient pas, je prends un autre avis »,

Le médecin traitant occupe toujours une place centrale « selon l'objet du rendez vous, on peut avoir besoin de rencontrer spécifiquement le médecin », confirmé par un autre « cela dépend du motif », certains insistant sur la confiance « la confiance médicale est un statut long à

instaurer », « la confiance serait meilleure si tout le dossier médical était sur réseau sécurisé CPAM », « mais pour se confier : plus facile à son médecin ».

Sur l'importance de prévenir de la nature de l'intervenant : « ne serait ce que par respect pour les patients »

Un patient découvrant qu'il avait rendez vous avec un interne est resté « mais avec réticence vu une pathologie lourde ».

Un patient a lui fait le parallèle avec le stage de premier niveau « un interne seul oui, mais l'interne plus le médecin, sur des sujets délicats, 2 personnes c'est trop ».

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonome Supervisé permet aux internes d'être confronté à la réalité quotidienne du médecin généraliste, accueillir, écouter et soigner ses patients. Le CNGE détaille ce rôle avec la marguerite des compétences (annexe), qui précise les multiples fonctions du médecin généraliste, sa position de premier recours et sa place prépondérante sur une approche globale du patient, la prévention et la communication.

Ce questionnaire anonyme était le moyen d'obtenir le ressenti des patients des différents cabinets accueillant un interne de SASPAS en Haute-Normandie.

Notre méthode de recueil est différente de beaucoup d'étude notamment celle de BOURTEEL (4) où les questionnaires sont délivrés par l'interne directement aux patients qu'il vient de voir en consultation.

a) Population cible :

Les patients pouvaient participer qu'ils acceptent ou non la rencontre avec l'interne, cette manière de procéder permettant en théorie de mettre de côté le risque de biais de sélection en ne recrutant que les personnes ayant vu l'interne. Cela nous a permis d'interroger un panel de patient plus large, 72 patients ont répondu au questionnaire sans avoir vu d'interne en consultation.

b) Anonymat et liberté de choix

Les patients non satisfaits de la présence ou de la prestation de l'interne, pouvaient remplir ce questionnaire sans la pression du regard de l'interne qu'ils venaient de rencontrer.

c) Taille de l'échantillon :

Bien que nous ayons 537 questionnaires exploitables sur 1080 envoyés (49,7%), nous sommes en mesure de réaliser un travail statistique à partir de cet échantillon de population et d'obtenir une bonne représentativité des cabinets des Maîtres de stage de Haute Normandie.

En effet, pour réaliser des tests statistiques avec un niveau de confiance à 95 % et une marge d'erreur de 5%, 384 réponses étaient nécessaires.

d) Limites de la méthode de recueil :

Les réponses faites par auto questionnaire rendent les réponses plus libres sans la pression de l'interviewer, mais ne permettent pas de connaître les difficultés rencontrées par les répondants. Le nombre de questionnaires non exploitables est-il dû à une inattention des participants, une incompréhension des questions ou simplement un remplissage à plusieurs avec de ce fait différentes réponses inadéquates (parfois homme et femme étaient cochés).

Dans son étude, BOURTEEL (4) précise que 12 personnes sur les 162 participants ont eu besoin qu'on leur lise le questionnaire pour pouvoir y répondre.

e) Apport du pré-test :

Il n'a pas été réalisé de pré test au niveau d'une réelle patientèle, seulement auprès de mes proches qui n'étaient pas dans le milieu médical. Cette relecture a permis une adaptation de certaines questions pour une meilleure compréhension générale. Malgré ce travail en amont, certaines questions restent avec une double interprétation possible comme sur la question 12 et la présence de l'interne.

Le choix des questions fermées ne permettait pas aux patients de préciser leurs réponses.

f) Défaut d'identification :

L'absence d'identification sur les enveloppes de retour fournies aux différents cabinets ne permet malheureusement pas de savoir exactement qui a collaboré et qui ne l'a pas fait. Certains se sont identifiés avec parfois un message personnalisé, mais beaucoup ont retourné les questionnaires sans élément d'identification, ne permettant ni relance des cabinets ni d'obtenir les motifs de ces non retours.

g) Critères de non exploitabilité de certains questionnaires :

80 questionnaires reçus ont été écartés, classés non exploitables. Certains questionnaires étaient partiellement remplis (recto seulement). D'autres présentaient des discordances de résultats : homme et femme étaient cochés, ou n'avait jamais vu d'interne mais avait déjà appris en arrivant à sa consultation que c'était l'interne et était resté, oui et non étaient cochés sur l'acceptation à la prise de rendez-vous...

h) Période de recueil des informations :

Le questionnaire a été adressé aux maîtres de stages sur la fin du semestre de leurs internes. Les résultats auraient probablement été différents en début de semestre, quand les patients n'ont pas encore eu le temps de se familiariser avec l'interne. Mais on peut également supposer qu'avec le temps et l'accumulation des consultations, l'expérience de l'interne se développe et lui permet de modeler sa prise en charge en acquérant une plus grande confiance en lui dans son travail.

Le recueil sur une même période pour chaque maître de stage universitaire permet aux patients de s'exprimer sur des internes au même niveau de formation, assurant une homogénéité des intervenants.

II. Caractéristiques de la population

a) Le sexe :

La population ayant répondu à ce questionnaire est majoritairement féminine (68 % de femmes contre 32 % d'hommes) (figure 1), résultats comparables à ceux de BOURTEEL (4) qui obtenait 59% de réponse de femme et à ceux de CUVELIER (5) qui retrouvait 58% de femmes. L'INSEE a également démontré que 88% des femmes consultent au moins une fois par an leur médecin traitant contre 82% des hommes.

Une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2004 (6) réalisée auprès de 922 généralistes libéraux, montrait que 55% des patients étaient des femmes, rappelant que la population générale française compte 51,53% de femmes et 48,46% d'hommes.

Notre panel avec sa majorité de réponse féminine n'est pas trop éloigné de ceux d'études similaires même si nos chiffres sont supérieurs, il n'est pas établi de différence significative entre ces différents résultats (écart réduit inférieur à 1,96 à un seuil de 5%).

b) L'âge :

La classe d'âge la plus représentée est celles des « plus de 60 ans » (figure 2). Ce qui était plutôt attendu, cette tranche d'âge étant plus riche en pathologies chroniques et nécessitant plus de soins.

L'étude de la DREES (6) mettait en évidence que 28% des patients consultants leur médecin traitant avaient plus de 70 ans et 60% avaient plus de 45 ans. Taux semblables aux nôtres où 68% de notre population a plus de 40 ans.

BOURTEEL (4) retrouvait un âge moyen de 46 ans.

c) La répartition géographique des cabinets :

Les patients consultaient essentiellement un cabinet médical situé en milieu urbain (67 %) contre 33 % à la campagne (figure 3).

La définition de rural ou d'urbain est difficile à préciser. Les caractéristiques diffèrent selon les sources. Si on prend la définition de l'INSEE (7), une commune est considérée comme rurale si elle compte « moins de 2000 habitants ou s'il y a une rupture de plus de 200m entre 2 bâtiments ». Si on prend la première partie de cette définition, 24 de nos cabinets participants (80%) étaient situés en milieu urbain, la deuxième partie de la définition étant plus difficilement exploitable.

Selon les derniers recensements, 25,3% de la population française vit à la campagne.

Notre taux de réponse de personnes habitants en milieu rural est plus élevé que ces deux derniers chiffres. Au niveau statistique, une différence significative est mise en évidence entre le pourcentage de cabinets en milieu rural selon la définition de l'INSEE et le nombre de

patients considérant être en milieu rural (écart réduit supérieur à 1,96 pour un seuil à 5%). En revanche, il n'est pas établi de différence statistique entre notre échantillon et la population française (écart réduit inférieur à 1,96 pour un seuil à 5%).

Il aurait été également intéressant de savoir de quel milieu venaient les patients, afin d'obtenir plus précisément leurs origines démographiques, sociologiques, ethniques ou autre... Ce qui nous aurait permis d'affiner les caractéristiques de la population.

d) L'ancienneté dans la patientèle :

L'ancienneté de consultation du maître de stage universitaire est pour la grande majorité supérieure à 10 ans (figure 4), ancienneté supérieure à ce que retrouvait BOURTEEL (4) à savoir une moyenne de 9 ans d'ancienneté.

III. Représentation de l'interne par le patient

a) Connaissance :

Lorsqu'on demande aux patients de ces cabinets s'ils savent ce qu'est un interne de médecine générale, presque tous répondent le savoir (92 %) (figure 5). Résultats qu'on peut mettre en corrélation avec le nombre de patients ayant déjà consulté un interne (87 %) (figure 7).

Ceci montre probablement plus une connaissance de l'interne par un antécédent de consultation mais pas de son réel statut ou niveau d'étude. MACAULT (8) retrouvait que 73% des patients reconnaissaient ne pas savoir comment se déroulent les études médicales.

b) Comment définissent-ils cet Interne ?

Pour beaucoup, c'est un étudiant poursuivant sa formation pour devenir médecin. Ils sont également nombreux à dire qu'il est comme un médecin généraliste, et parfois même les deux (figure 6).

Résultats surprenants quand on les compare avec l'étude de MACAULT (8), établie sur les réponses des patients des Maîtres de stage de premier et de deuxième niveau. Seulement 11% des patients considéraient alors l'interne comme un médecin généraliste (équivalent, ou jeune médecin, ou docteur). 33% le présentaient comme un étudiant, 26% comme un futur médecin et 22% comme un apprenti. Différence probablement liée à la présence d'internes de premier niveau.

Peu de personnes ont répondu sur la différence entre les internes hospitaliers et les internes en stage libéral. En effet seulement 55 personnes se sont exprimées, soit 10,3%. 8,6% estiment qu'un interne est mieux formé en cabinet contre 1,7% qui pense le contraire. Ce faible taux de réponse peut probablement s'expliquer par la formulation ambiguë de la question posée qui pouvait être comprise de deux manières différentes. Effectivement, la double interprétation était que l'interne reçoit une meilleure formation dans le cabinet du médecin généraliste ou

que le niveau de formation de l'interne présent au cabinet est plus élevé que celui de l'interne à l'hôpital.

Si on prend la définition du Code de santé publique (9), l'interne est un « *Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public* », « *L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ». L'interne de SASPAS plus précisément, est un interne de médecine générale en cinquième ou sixième semestre de son troisième cycle d'étude médicale, soit en neuvième année. Les répondants de BOURTEEL (4) estimaient son niveau d'étude (nombre d'année) en moyenne à 6,7 années.

Le statut de remplaçant doit contribuer à perturber les patients dans cette définition de l'interne. Bien que MACAULT (8) ne retrouve que moins de 1% de patients considérant l'interne comme un remplaçant.

Il aurait d'ailleurs été intéressant dans ce questionnaire d'étudier cette notion de remplaçant pour écarter toute confusion et approfondir la connaissance des patients, ou du moins essayer de quantifier la proportion de personnes faisant cet amalgame.

c) Présence de l'interne :

La présence de l'interne plus ou moins bien acceptée est perçue de plusieurs façons par les patients.

Dans l'ensemble, elle est ressentie de manière positive. Bien que 60% des patients ayant répondu à MACAULT (8), pensent que la présence de l'interne n'améliore pas la consultation (niveaux un et deux confondus).

De nombreux patients considèrent la présence de l'interne au sein des cabinets médicaux, comme la possibilité d'apporter une aide à la formation des médecins.

Dans notre étude, beaucoup voient également cette présence comme une possibilité d'avoir un nouveau médecin, surtout en cette période délicate pour la démographie médicale Normande. Mais cette question est probablement mal formulée, car elle peut être interprétée de deux façons :

12) Voyez vous la présence de l'interne comme :

- La possibilité d'avoir un nouveau médecin
- Une aide à la formation
- Une contrainte pour les patients

- Avoir un autre médecin à l'instant présent et permettre une plus grande liberté d'horaires au niveau de la prise de rendez-vous ;

- Avoir un autre médecin généraliste à l'avenir, qui souhaitera s'installer à l'endroit de sa formation.

Cette possible double interprétation à cette question ne nous permet pas de connaître précisément la pensée des patients.

Ils sont également peu nombreux à « subir » sa présence et à considérer comme une contrainte que leur médecin généraliste soit également MSU accueillant des internes en SASPAS.

Une information plus exhaustive à destination des patients serait importante pour les aider à mieux connaître les différents intervenants que peuvent être les internes, les remplaçants et les externes, pour ainsi participer de manière plus éclairée à la formation des futurs médecins généralistes.

d) Satisfaction :

Les personnes ayant déjà consulté un interne sont en très grande majorité satisfaites. En effet, 97% (figure 8) des patients ayant répondu ont déclaré être satisfait des prestations des internes, ce qui explique que les patients n'hésitent pas à reprendre rendez vous avec un interne.

CUVELIER (5) rapportait une large majorité de satisfaction de la part des patients, que ce soit au niveau de l'accueil, de l'écoute ou de la thérapeutique tout simplement. 98% des répondants étaient prêts à reprendre un rendez vous de consultation avec un interne de SASPAS.

De même pour BEAUJOUAN (10) où 100 % des patients ayant participé à son étude se sont dit satisfaits, ne faisant que peu de différence avec leur médecin traitant habituel et surtout étaient prêts à reprendre rendez-vous avec un interne.

BOURTEEL (4) retrouvait lui un taux de satisfaction de prise en charge de 91% et seulement 26% exprimaient un désagrément à cette consultation avec l'interne. Consultation permettant selon 44% d'entre eux d'aborder des thèmes dont ils n'auraient pas parlé avec leur médecin traitant, l'interne prenant plus de temps.

Mais ces thèses ont été réalisées avec des questionnaires donnés directement aux patients par les internes, excluant de fait tous ceux qui ne souhaitaient pas voir les internes et donc probablement tous ceux ayant déjà eu une mauvaise expérience.

Cet argument nous a conforté dans notre choix de placer le questionnaire en salle d'attente, à disposition de tous les patients, et non délivré par l'interne.

Dans notre étude, le taux de satisfaction est certes élevé, mais n'atteint pas les 100 % comme dans cette dernière étude, grâce probablement à un recrutement plus large.

IV. Prise de rendez-vous avec l'interne

À la prise de rendez-vous, les patients vont majoritairement accepter d'être reçu par un interne de SASPAS. 87% des participants déclarent accepter un rendez vous de consultation avec l'interne (figure 9).

a) L'acceptation :

Les motifs d'acceptation vont être divers (figure 10).

1. La confiance :

64% des gens ont confiance dans la prise en charge de l'interne. Résultat que l'on peut mettre en relation avec la définition de l'interne par les patients. 45,8% des patients considèrent l'interne comme un médecin généraliste, et voient donc en lui un professionnel à même de répondre à leurs attentes de diagnostic.

La présence du MSU dans la supervision des consultations va certainement entrer en compte dans ce sentiment de confiance. Dans l'étude de BOURTEEL (4), 91% des patients étaient informés de la réalisation d'une supervision indirecte par les maîtres de stage.

2. L'absence de rendez vous avec leur médecin :

Un quart des patients reconnaît accepter par « dépit ». Le fait de ne pas pouvoir obtenir rapidement de rendez-vous avec leur médecin les pousse à accepter cette consultation, ou alors ils estiment que cette pathologie bénigne ne nécessite pas l'expertise de leur médecin habituel et s'en remettre aux bons soins de l'interne. Les difficultés actuelles de la démographie médicale, peuvent également expliquer un assouplissement des attentes des patients vis-à-vis des internes de médecine générale. Les difficultés pour obtenir un rendez vous et la possibilité « d'entrer dans une patientèle », entrent certainement en compte dans l'acceptation de certains patients. Dans sa thèse TROESTER (11) rapporte qu'un MSU abondait en ce sens : *« Avec toutes ces histoires de maison médicale, de démographie, maintenant les gens sont habitués à se dire : de toute manière si on veut avoir encore des médecins dans le futur il faut quand même qu'ils viennent s'exercer un peu chez nous. Donc je pense qu'ils ne sont pas mal perçus ».*

Comme l'a montré CIBRIANI (12) dans sa revue de la littérature sur le stage de niveau 1, la majorité des patients accepte de voir un interne, mais le taux varie selon les motifs de consultation. 97% ne s'opposent pas à sa présence en cas d'infection bénigne, taux qui chute à 70% pour un problème psychologique et à moins de 50% pour un problème sexuel.

DELEAU (13) a démontré que l'interne de SASPAS voit 2 fois moins de pathologies chroniques, moins de problèmes psychologiques et une variété de consultation moins large que le MSU (158 versus 232 et 221 pathologies différentes).

3. Une aide à la formation :

Beaucoup de patients voient dans cette consultation un bénéfice partagé et acceptent volontiers de contribuer à la formation des médecins de demain. 41% des personnes acceptent pour encourager la formation des internes.

b) Le refus

Les motifs de refus vont être plus variés (figure 11).

1. La confiance en leur médecin traitant :

Là encore la confiance va avoir un rôle prépondérant. La confiance en leur médecin semble être un frein à la consultation avec quelqu'un d'autre.

TROESTER (11) rapportait que certains patients avaient l'impression d'avoir un mauvais suivi en raison de la multiplication des intervenants, ces patients n'étant peut-être pas informés du partage des données médicales.

2. L'appréhension du changement :

L'habitude du patient à son médecin traitant va également être un frein à la consultation de l'interne. Les patients se sentent rassurés et adhèrent à la façon d'exercer de leur médecin habituel, ils osent moins se lancer face à un autre médecin.

Un MSU rapporte à TROESTER (11) la particularité de cette relation : *« En médecine générale, les patients sont très attachés à leur médecin généraliste, les gens en médecine générale vont voir un médecin généraliste, ils vont voir le Dr X, Y, Z. On ne voit même pas 1% de gens qui vont voir le médecin généraliste, les gens sont très attachés à nous, ce qui fait qu'effectivement, cela pose des soucis quand on a un stagiaire, un remplaçant parce que c'est une relation personnalisée ».*

Relation particulière confortée par la définition de BALINT (3) de la « fonction apostolique » du médecin généraliste, lui accordant un plus grand crédit, ainsi que l'auto sélection qui en découle. BALINT est parti du postulat que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade, influençant le travail et la relation du médecin avec son patient. Tout médecin sait ce que les patients sont en droit ou non d'espérer de lui. Cette fonction apostolique étant marquée par les traits de personnalité du médecin. BALINT rajoute que « les patients se sélectionnent eux-mêmes selon les croyances apostoliques du médecin » expliquant l'attachement des patients à LEUR médecin et la difficulté à aller voir un confrère, qui plus est de passage éphémère.

3. Personnalité de l'interne :

Le relationnel ou une mauvaise expérience avec un interne n'est retenu que par 17 % des patients refusant une consultation avec les internes.

Pourtant dans sa thèse, MASSAT ARSICOT (14) avait montré que les patients attendent que l'interne (de niveau 1) agisse comme leur médecin, qu'il soit "le reflet de leur médecin".

L'apparence physique, la tenue vestimentaire et la personnalité de l'interne revêtaient également une importance dans l'adhésion des patients.

c) Analyses Bivariées

On a également essayé de croiser des réponses afin de mieux cibler les catégories de patients.

1. Le sexe :

L'analyse bivariée de ces réponses ne permet pas de mettre en évidence de différence significative selon le sexe des patients. Les hommes et les femmes vont accepter ou refuser dans les mêmes proportions.

2. L'âge :

L'âge en revanche, va être un élément influençant leur décision. On se rend compte que les personnes de plus de 60 ans vont être plus nombreuses à refuser l'interne et ce significativement. Alors qu'il n'y a pas de différence entre les autres classes d'âge.

Nos résultats abondent dans le sens de ceux de BOURTEEL (4) qui retrouvait que les patients ayant les moyennes d'âge les plus élevées sont ceux ayant déclaré ressentir un désagrément à la consultation de l'interne.

Élément qu'on retrouve également dans le travail de DELEAU (13) où l'interne voit seulement 8% de patient de plus de 65 ans.

Il y a certainement plusieurs raisons expliquant cela :

- L'appréhension de se retrouver devant un jeune médecin. L'étude de la DREES de 2004 (6) mettait en évidence une relation entre l'âge du médecin traitant et l'âge des patients. Plus le médecin était âgé et plus il voyait de patients âgés ;

- La polypathologie qui selon eux nécessite l'avis et la surveillance de « leur » médecin généraliste. Ce suivi ne constituant pas une urgence, ils peuvent attendre la présence de leur médecin traitant. Élément rapporté par un maître de stage universitaire à TROESTER (11) « *C'est un peu le problème on veut être honnête avec les gens (...) ils savent comment cela marche et j'ai l'impression (...) que le lendemain il y aura des journées énormes, cela va se décaler...* ».

- Le fait d'être retraité leur autorise une plus grande flexibilité de leur emploi du temps et peuvent donc s'adapter en fonction des horaires de rendez-vous du maître de stage universitaire. Contrairement à la population active qui aura besoin un rendez-vous à un moment précis et peu importera l'interlocuteur.

3. L'ancienneté :

Pour probablement les mêmes raisons, plus l'ancienneté de consultation dans le cabinet est grande, plus la proportion de refus est importante, avec là également une différence significative.

4. Connaissance du statut d'interne :

Le fait de ne pas savoir ce qu'est un interne de médecine générale n'aurait pas d'incidence sur le choix de prise de rendez-vous.

Les personnes sachant ce qu'est un interne et celles ne sachant pas vont accepter ou refuser dans les mêmes proportions.

5. Antécédent de consultation d'un interne et satisfaction :

Élément plus attendu, les personnes n'ayant jamais vu d'interne en consultation seraient plus nombreuses à refuser une consultation avec lui, et ce de manière très significative. La peur de l'inconnu et l'appréhension du premier contact ne les incitent pas à franchir le pas et à accepter cette rencontre avec l'interne.

Mais pour les patients ayant déjà consulté un interne, le nombre de consultations va peu peser sur leur décision, tout du moins pas de manière significative.

En revanche, les patients n'étant pas satisfaits de la prestation de l'interne vont en très grande majorité (84,6%) refuser une nouvelle consultation avec un interne de médecine générale.

V. Information à la prise de rendez vous

Dans la pratique, les patients ne sont pas toujours informés qu'ils ont rendez-vous avec un interne et non leur médecin traitant.

Il s'avère que près de la moitié des personnes ayant participées à notre étude (46%) s'est déjà retrouvée confronté à la situation tant redoutée par les internes de SASPAS. A savoir que le patient n'était pas prévenu ou n'avait pas voulu entendre que la personne qu'il allait rencontrer en consultation n'était pas leur médecin traitant. Taux bien plus important que celui retrouvé par BOURTEEL (4) qui était seulement de 25%. Différence peut être expliquée par l'ouverture de ce questionnaire aux personnes ne souhaitant pas voir l'interne et pas seulement à celles sortants de sa consultation, offrant un panel de réponse plus large et un échantillon de population plus grand.

Peu d'entre eux reconnaissent être parti. Mais cette situation redoutée par les patients et par les internes, pourrait être évitée par une proposition systématique à la prise de rendez-vous, comme souhaité par une large majorité des patients (figure12).

Le résultat d'un séminaire du collège national des généralistes enseignants (CNGE) en 2007 (15) sur "Comment améliorer la compétence des internes à assurer le suivi au long cours en médecine générale" insistait sur l'importance du secrétariat pour informer et orienter les patients vers l'interne, et incitait ce dernier à reconvoquer les patients pour instaurer un suivi, remplissant un des objectifs pédagogiques du SASPAS, apprendre la coordination des soins et l'organisation d'un suivi.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette non information

Qu'elle soit involontaire :

- Par les secrétariats à distance, avec de nombreux interlocuteurs, intervenant sur plusieurs cabinets médicaux, sans toujours trop savoir les modalités de fonctionnement de chaque

cabinet. Fonctionnement souvent perturbé par la présence de cet interne qui va dans certains cas emprunter la place du médecin traitant où travailler à ses côtés sans avoir le même mode de fonctionnement. Les différentes études montrent qu'un interne de SASPAS voit en moyenne 13 patients par jours, et il est souvent partagé entre plusieurs cabinets, rendant une visibilité plus difficile au secrétariat pour organiser un suivi programmé.

- Par les imprévus qui vont créer des perturbations dans les agendas des uns et des autres

Ou volontaire :

- Le risque que la consultation de l'interne soit vide et celle du maître de stage trop remplie.

La présence en stage de l'interne impose donc une certaine adaptation aux maîtres de stage, mais va également avoir des effets positifs.

PORTIER LECARPENTIER (16) et HASPOT (17) ont démontrés que l'accueil d'un étudiant en SASPAS avait des effets bénéfiques sur la pratique du médecin généraliste. Cela les astreignait à une meilleure organisation au niveau du cadre du travail, mais également au niveau de la tenue des dossiers médicaux, permettant une meilleure lisibilité, le partage des dossiers nécessitant une plus grande attention pour une meilleure compréhension collective.

De plus, la présence d'un étudiant à superviser les obligeait à avoir une formation continue plus approfondie pour pouvoir répondre aux attentes des internes, et prenait la forme d'une transmission du savoir, source d'épanouissement et de valorisation personnelle, comme rappelé par un MSU à TROESTER (11) « *Je dirais que c'est du compagnonnage* ».

La bonne formation des maîtres de stage avec un accompagnement continu demeure également un élément important dans le bon déroulement du SASPAS.

CONCLUSION

Cette étude nous permet de voir que la majorité des patients acceptent de rencontrer les internes de médecine générale en consultation. Bien souvent le côté pédagogique est mis en avant, mais pour beaucoup la confiance placée dans l'expertise de ce médecin en formation est prépondérante, la satisfaction des patients étant élevée.

L'intimité des rapports entre le médecin traitant et sa patientèle explique les difficultés de certaines personnes à franchir le pas.

Les difficultés actuelles de la démographie médicale en Haute-Normandie permettent néanmoins d'augmenter la fréquentation des consultations des internes.

Malgré la coopération volontaire des patients, l'information sur la nature de la personne qui va les recevoir reste importante pour beaucoup et devrait être systématiquement faite à la prise de rendez-vous.

Une explication plus exhaustive sur les statuts des différents intervenants dans les cabinets de médecine générale (maître de stage universitaire, interne, remplaçant, externe) ainsi que sur le déroulement des études médicales, semble également importante pour une meilleure adhésion des patients aux SASPAS. Des affiches explicatives complémentaires à l'affiche du Département universitaire de médecine générale (DUMG) pourraient être à envisager.

La formation des maîtres de stage universitaires est également un point clé du bon déroulement des SASPAS. C'est à eux de savoir présenter l'interne aux patients et surtout d'accompagner cet interne dans sa formation, afin de l'aider à acquérir l'expérience et la pédagogie nécessaire pour à son tour être en mesure de créer une relation particulière avec sa patientèle et former les futurs internes.

Il est nécessaire d'apporter aux MSU un accompagnement régulier au travers des formations continues mais également sous forme de groupes pédagogiques. Ces groupes pédagogiques mis en place dans certains secteurs, comme au Havre, permettent aux MSU de partager leurs expériences d'enseignement et de soulever les difficultés rencontrées, afin de mieux appréhender la maîtrise de stage. Ces groupes fonctionnant comme des groupes de pairs, seront probablement amenés à être généralisés.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine modifié par l'arrêté du 10 août 2010. Bulletin officiel n° 39 du 28 octobre 2004

(2) Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.

(3) BALINT, M. « Le médecin, son malade et la maladie ». 2e éd. Paris : Payot & Rivages, 1996. 418. Bibliothèque scientifique Payot.

(4) BOURTEEL C. *Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS. Une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais.* Thèse de médecine générale. LILLE. 2015

(5) BENHENIDA CUVELIER A. *Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale.* Thèse de médecine générale. PARIS VII 2013

(6) DREES ETUDES ET RESULTATS *Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie.* N° 315 juin 2004

(7) DEFINITION INSEE Urbain et rural du 13/10/2016
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>

(8) MACAULT C. *Quel est l'état des connaissances des patients d'un praticien accueillant un interne en médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le rôle de l'interne, son niveau d'étude et son statut ?* Thèse de médecine générale. POITIERS. 2015

(9) Articles R6153-2 et R6153-3 du Code de santé publique

(10) BEAUJOUAN X. *SASPAS : Enquête sur le vécu des patients ayant consulté faculté de médecine de Créteil en avril 2007.* Thèse de médecine générale. CRETEIL. 2007

(11) TROESTER J. *Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : Étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires.* Thèse de médecine générale. NANCY. 2013

(12) CIABRINI N. *Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ?* Thèse de médecin générale. PARIS VI. 2002

(13) *Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS* Emmanuelle Deleau, LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE. TOME 19. (N° 684/685) DU 7 MARS 2005

(14) MASSAT ARSICOT C. *L'interne en cabinet de médecine Générale : opinion et critères de jugement des patients*. Thèse de médecine générale. TOURS. 2011

(15) *Comment améliorer la compétence des internes à assurer le suivi au long cours en médecine générale ?* Jean-François Massé, Céline Baron, Jacqueline Lacaille-Urien, Claude Attali, Jean-François Huez, Pierre Le Mauff. VOLUME 19 (N°80) EXERCER LA REVUE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE. 2008

(16) PORTIER LECARPENTIER M. *Quel est le vécu des Maîtres de Stage accueillant un interne en SASPAS ?* Thèse de médecine générale. PARIS VII. 2010

(17) HASPOT B. *Le SASPAS dix ans après sa création : le point de vue des maîtres de stage universitaires*. Thèse de médecine générale. ANGERS. 2013

ANNEXES

ANNEXE I :

QUESTIONNAIRE THESE

Je réalise une thèse sur le ressenti des patients vis-à-vis des internes en stage de médecine générale libérale.

Votre médecin généraliste accueille des internes dans le cadre de leur formation. Peut être avez-vous déjà été amené à les consulter.

Le questionnaire que vous allez maintenant remplir est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

1) Vous êtes :

- Un homme
 Une femme

2) Vous avez :

- Moins de 20 ans
 Entre 20 et 39 ans
 Entre 40 et 59 ans
 Plus de 60 ans

3) Le cabinet médical où vous consultez se situe :

- En ville
 En campagne

4) Depuis combien de temps consultez vous votre médecin traitant ? :

- C'est la 1ère fois
 Moins d'1 an
 Entre 1 an et 10 ans
 Plus de 10 ans

5) Savez vous ce qu'est un interne en médecine générale ? :

- Oui
 Non

Comment le considérez vous ? : (Plusieurs choix possible)

- Comme un médecin généraliste
 Comme un étudiant en formation
 Moins bien formé qu'un interne à l'hôpital
 Mieux formé qu'un interne à l'hôpital
 Pas d'avis

6) Avez-vous déjà vu en consultation un interne ? :

- Oui
 Non

Si oui, combien de fois, et avez-vous été satisfait ? :

- 1 fois
 2 à 5 fois
 Plus de 5 fois
- Oui
 Non

7) Quand vous prenez rendez-vous et que l'on vous propose l'interne, acceptez vous ? :

- Oui (Reportez vous à la question 8)
- Non (Reportez vous à la question 9)

8) Si oui, pourquoi ? : (Plusieurs réponses possibles)

- Vous avez confiance
- Pour des maladies aiguës (rhinopharyngite, angine ...)
- Vous n'avez pas le choix, pas de rendez-vous possible avec votre médecin
- Pour encourager l'apprentissage
- Autre, à préciser :

9) Si non, pourquoi ? : (Plusieurs réponses possibles)

- Vous doutez de ses capacités
- Par confiance en votre médecin traitant
- Par différence de pratique de la médecine
- Vous avez déjà vu l'interne et il ne vous convient pas
- Vous avez déjà eu des mauvaises expériences avec un interne
- Car il s'agit d'un renouvellement de traitement instauré par votre médecin traitant
- Votre médecin connaît vos antécédents, pas l'interne
- Manque d'explication ou méconnaissance du statut d'interne
- Autre, à préciser :

10) Avez-vous déjà appris en arrivant à votre consultation, que ce n'était pas votre médecin traitant mais l'interne qui allait vous prendre en charge ? :

- Oui
- Non

Si oui, qu'avez-vous fait ? :

- Vous êtes resté
- Vous êtes partis

11) Trouvez-vous important d'être prévenu par le secrétariat de la nature du consultant ?

- Oui
- Non

12) Voyez vous la présence de l'interne comme :

- La possibilité d'avoir un nouveau médecin
- Une aide à la formation
- Une contrainte pour les patients

Je vous remercie d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Thierry DEFFROMONT

ANNEXE II : Notice destinés aux médecins

Thierry DEFFROMONT
4 rue Albert Beaucamp
76360 BARENTIN
06

Chers Confrères, Chères Consoeurs,

Merci d'avoir accepté de m'aider dans la réalisation de ma thèse.
Je vous joins les questionnaires, une notice pour les patients (à accrocher dans la
salle d'attente si possible) ainsi qu'une enveloppe affranchie à me retourner une
fois les questionnaires remplis ou sous quinze jours.

Merci encore.

Cordialement.

Thierry DEFFROMONT

A DESTINATION DES PATIENTS DU DOCTEUR ...

**VOUS AVEZ A DISPOSITION UN
QUESTIONNAIRE AFIN DE
M'AIDER À REALISER MA THESE EN
MEDECINE GENERALE.**

CELUI-CI EST ANONYME.

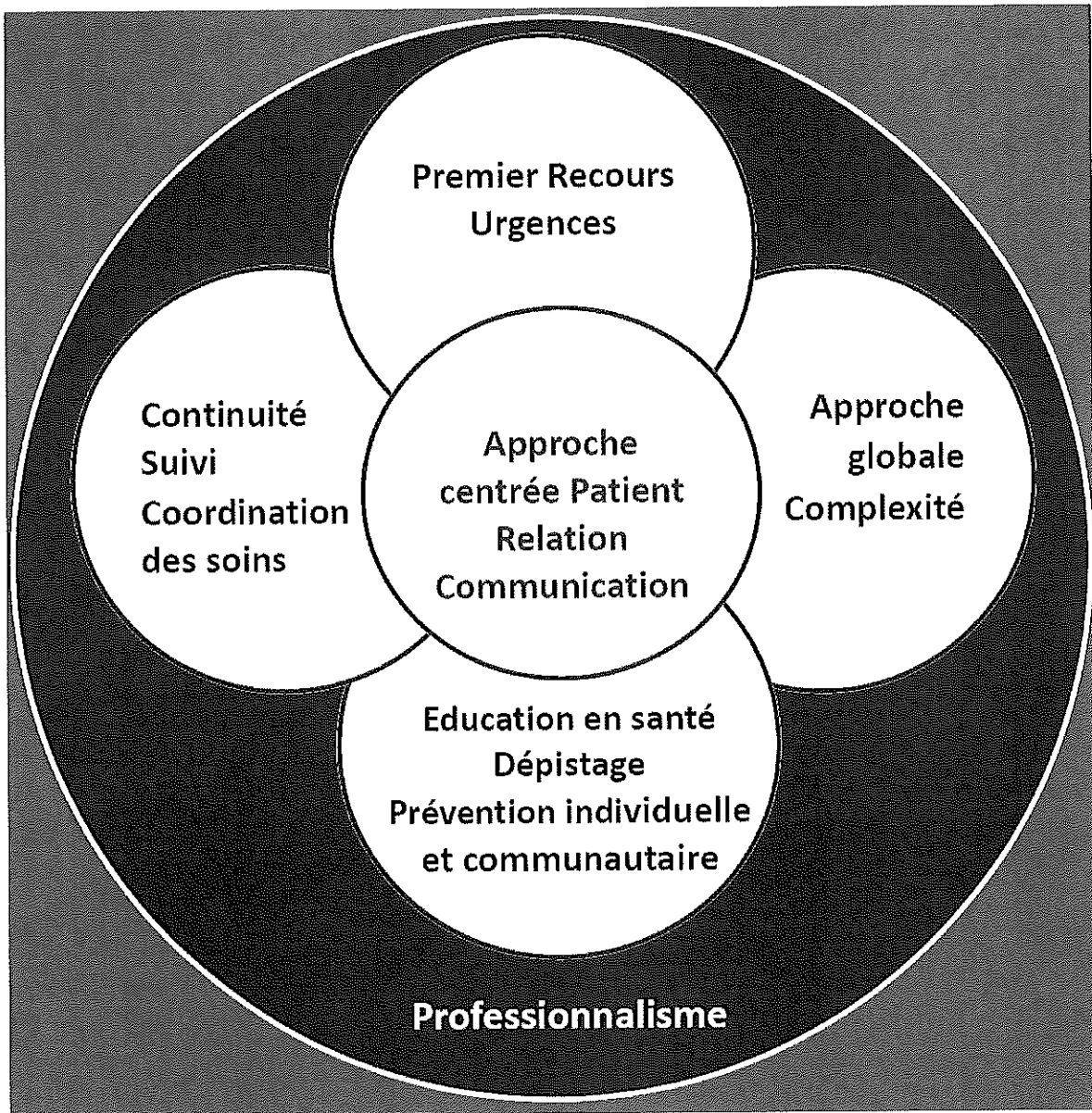
**UNE FOIS REMPLI, MERCI DE LE
GLISSER DANS LA POCLETTE**

« QUESTIONNAIRES REMPLIS ».

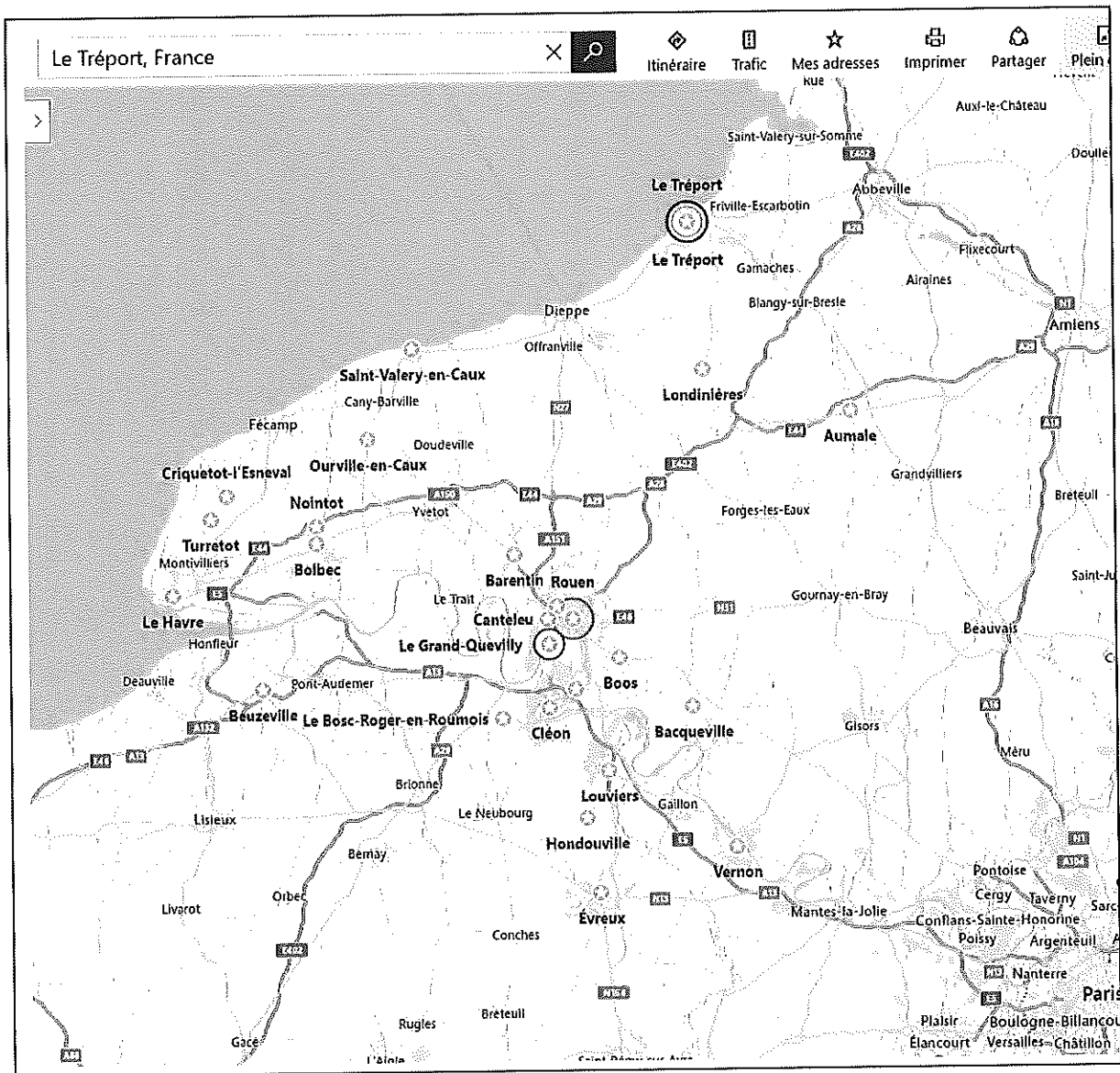
MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

T.DEFFROMONT

ANNEXE IV : Marguerite des compétence CNGE



Annexe V : Répartition des cabinets des maîtres de stage de SASPAS



RESUME

L'internat de médecine générale offre la possibilité aux internes d'effectuer un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS).

Une troisième personne apparaît dans cette relation intimiste entre le médecin et son patient.

L'objectif de cette étude est de comprendre pourquoi les patients acceptent ou non de consulter ces internes.

C'est une étude quantitative réalisée auprès des patients des cabinets de maître de stage universitaire de Haute-Normandie, sur une période de 15 jours en avril 2015.

Un questionnaire anonyme était à disposition des patients souhaitant participer.

30 cabinets ont accepté de participer. Sur les 1080 questionnaires envoyés, 617 ont été retournés, dont 537 exploitables.

La population était en majorité féminine, de plus de 60 ans et consulte en ville.

92% des participants savent ce qu'est un interne de médecine générale, mais les définitions varient.

97% sont satisfaits des internes et 87% acceptent lorsqu'on leur propose un rendez-vous avec lui. Les principales raisons sont : la confiance, l'impossibilité de voir leur médecin ou apporter une aide à la formation.

13% refusent pour les raisons suivantes : la confiance en leur médecin, le fait que ce dernier connaît leurs antécédents, une mauvaise expérience avec un interne ou une méconnaissance du statut d'interne.

Si on approfondit ces résultats, on remarque que les personnes âgées, celles qui fréquentent le cabinet depuis plus de 10 ans, ou les personnes n'ayant jamais vu l'interne sont plus nombreuses à refuser.

La majorité des patients coopère, mais une information sur sa présence, son statut, son niveau d'étude... paraît importante pour la pérennité de ce SASPAS nécessaire à la formation des internes.

MOTS CLES :

SASPAS

Interne de médecine générale

Accord ou refus des patients

Satisfaction des patients