

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**État des connaissances des patients sur le statut de l'interne autonome.
Étude quantitative dans l'UPL 13 en décembre deux-mille dix-huit.**

Présentée et soutenue publiquement le 28/11/2019 à 18h00
au Pôle Formation
par **Gautier VANHAECKE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Claude-Alain MAURAGE

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Monsieur le Docteur Benoit DERVAUX

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François-René KNOCKAERT

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I. PRÉSENTATION DE L'INTERNE, RAPPELS	5
A. LES ÉTUDES MÉDICALES : de la PACES à l'internat	5
B. LE TROISIEME CYCLE DES ETUDES DE MEDECINE : L'INTERNAT	6
1. DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES (DES)	6
2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU STATUT DE L'INTERNE	6
C. LE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE	7
1. ENSEIGNEMENTS PRATIQUES	7
2. STAGE AMBULATOIRE OBLIGATOIRE DE NIVEAU 1	7
3. STAGE AMBULATOIRE FACULTATIF DE NIVEAU 2 : SASPAS	8
4. VALIDATION DES STAGES	8
5. ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES	9
D. LA THÈSE D'EXERCICE	9
E. REMPLACEMENTS	10
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	11
A. CHOIX DE LA MÉTHODE	11
B. MATÉRIEL	11
1. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	11
2. POPULATION ETUDIÉE	12
3. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE	12
C. SAISIE ET EXPLOITATION	13
III. RÉSULTATS	14
A. ANALYSES DESCRIPTIVES	14
1. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS	14
2. ÉTUDES MÉDICALES ET FORMATION	19
3. COMPÉTENCES DE L'INTERNE AUTONOME	23
4. INFORMATION PRÉALABLE	26
5. COMPARAISONS INTERNE AUTONOME/MÉDECIN GÉNÉRALISTE	26
6. RESENTI DES PATIENTS	27
7. INTÉRÊTS DU STAGE AMBULATOIRE	32
B. ANALYSES COMPARATIVES	33

1. ASSOCIATION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES AVEC LA CONFIANCE ACCORDÉE PAR LE PATIENT À L'INTERNE AUTONOME	33
2. ASSOCIATION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES AVEC LA SATISFACTION DU PATIENT SUR L'ACCUEIL D'UN INTERNE PAR SON MÉDECIN	38
C. ANALYSES DE CORRESPONDANCES MULTIPLES (ACM)	42
1. CORRESPONDANCES ENTRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LES ETUDES ET LA FORMATION DE L'INTERNE.....	42
2. CORRESPONDANCES ENTRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LES COMPÉTENCES DE L'INTERNE.....	43
3. CORRESPONDANCES ENTRE LES COMPÉTENCES SUPPOSÉES DE L'INTERNE PAR LES PATIENTS, L'INTERLOCUTEUR PRÉFÉRÉ ET LA CONFIANCE ACCORDÉE À L'INTERNE	44
IV. DISCUSSION.....	45
A. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	45
1. LIEU DE L'ÉTUDE	45
2. ÂGE	45
3. SEXE	46
4. FRÉQUENCE DE CONSULTATION, DURÉE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET RENCONTRE AVEC L'INTERNE.....	46
B. STATUT DE L'INTERNE	47
C. COMPÉTENCES DE L'INTERNE AUTONOME.....	49
D. CONFUSION INTERNE AUTONOME-REMPLOCANT.....	50
E. RESSENTI	50
1. PRÉFÉRENCE	50
2. RÉÉVALUATION.....	51
3. CONFIANCE.....	51
4. CONFIDENCE.....	53
5. SATISFACTION	53
6. PERSPECTIVES	54
F. LIMITES DE L'ETUDE.....	55
G. POINTS FORTS.....	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE.....	59
ANNEXES.....	64

INTRODUCTION

L'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale est conditionnée par la poursuite d'au moins un semestre dans un cabinet de médecine générale. Ce stage de 6 mois est obligatoire depuis les décrets du 16 mai 1997 [1]. Il s'agit du stage de niveau 1. Un deuxième Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) peut être réalisé par l'interne. Ce stage a la particularité de se dérouler en autonomie complète face au patient.

A la faculté de Lille, il n'est réalisable qu'après validation complète de la maquette du DES de médecine générale, à savoir la réalisation des stages suivants : un semestre dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale (médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie), un semestre dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la pédiatrie et/ou la gynécologie, un semestre dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine d'urgence, un semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé et un semestre auprès de praticiens généralistes maîtres de stage des universités agréés (stage de niveau 1). Même si la réforme du 3^e cycle de 2017 [2] a modifié l'organisation du DES, la réalisation de cette maquette reste nécessaire et les stages à effectuer sont inchangés. À la faculté de Médecine de Lille, le stage de SASPAS est toujours facultatif.

Plusieurs études [3,4] ont démontré l'intérêt du SASPAS dans la formation des futurs médecins généralistes par l'amélioration des compétences en communication, en démarche diagnostique paraclinique et en thérapeutique mais aussi par la diminution du stress et le gain de confiance en soi.

La présence de l'interne de médecine générale au sein d'un cabinet de médecine générale a été le sujet de nombreuses thèses [5-17]. Celles-ci ont mis en évidence une excellente acceptation de la présence de l'interne notamment par les personnes âgées [12, 13] et une très grande satisfaction globale du patient [5-17] vis à vis de cette rencontre avec un interlocuteur pourtant différent du médecin habituel.

Toutefois, les études mettent en évidence quasi systématiquement une confusion du patient sur le statut de l'interne [7], [8], [9], [12], sur son niveau d'études, sur ses connaissances et compétences. Les patients acceptent donc globalement d'être consultés par un interne de médecine générale, lui font confiance et sont satisfaits de celui-ci sans savoir qui il est vraiment.

Une seule étude [18] a été réalisée à ce sujet et elle n'a concerné que le stage de niveau 1. Tout comme la relation médecin-patient est le socle de la consultation, il en est de même pour la relation interne autonome-patient. Cette rencontre est à la fois un moment intime, de partage et d'échange, mais aussi de transmission de connaissances. Un défaut d'information sur le rôle, le statut ou encore le niveau d'études de l'interne en médecine est donc préjudiciable. Il peut constituer une source d'angoisse pour les patients qui de ce fait, font moins confiance à l'interne.

L'objectif principal de cette étude est donc de faire l'état des connaissances du patient sur l'interne de médecine générale autonome (statut, formation, rôle, compétences) afin de pouvoir mieux l'informer.

L'objectif secondaire est de rechercher des profils de patients aux connaissances disparates.

I. PRÉSENTATION DE L'INTERNE, RAPPELS [19-23]

A. LES ÉTUDES MÉDICALES : de la PACES à l'internat

Le cursus de l'étudiant en médecine se déroule en **trois cycles**.

Le **premier cycle** des études de médecine commence par la Première Année Commune aux Etudes de Santé (**PACES**), dont la validation est conditionnée par une épreuve classante prenant en compte les résultats du **concours** réalisé sur deux semestres. A l'issue de ce concours, plusieurs filières sont accessibles : la médecine, la pharmacie, la maïeutique, l'odontologie et la kinésithérapie. Une fois le concours de médecine réussi, l'étudiant accède aux deux années de formation générale en sciences médicales et doit valider respectivement à la fin de chaque année les Diplômes de Formation Générale en Sciences Médicales, **DFGSM 2** et **DFGSM 3**, qui clôturent le premier cycle.

Le **deuxième cycle** des études de médecine est caractérisé par le début des **stages à l'hôpital**, en tant qu'**externe**. Cette période de trois ans est communément appelée « externat de médecine ». Au cours de ce cycle, les étudiants sont préparés aux Épreuves Classantes Nationales informatisées (**ECNi**), en assistant à des conférences à la faculté. A l'issue de ces trois ans, les étudiants obtiennent leur Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (**DFASM**).

L'accès au **troisième cycle** des études médicales, représenté par « l'**internat** », est régulé par les ECNi. Il s'agit d'un concours classant national, composé de Dossiers Cliniques Progressifs (DCP ou DP), d'une Lecture Critique d'Article (LCA) et de Questions Isolées (QI).

Le résultat aux ECNi permet aux futurs internes de choisir, selon leur classement, leur spécialité et leur affectation géographique, au sein des vingt-huit subdivisions possibles. Un arrêté interministériel (ministre de l'enseignement supérieur et de la santé) détermine le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision, en tenant compte des besoins de santé de la population et des progrès de la recherche.

B. LE TROISIEME CYCLE DES ETUDES DE MEDECINE : L'INTERNAT [19, 21, 22]

1. DIPLOME D'ÉTUDES SPECIALISÉES (DES)

L'internat est représenté par une « maquette », spécifique à chaque spécialité et permettant de valider le **DES** au terme de ce dernier cycle des études médicales.

La maquette définit le temps de préparation, le programme des enseignements, la durée et la nature des fonctions pratiques devant être effectuées ainsi que les règles de validation de la formation. Selon la spécialité, les internes reçoivent une formation pratique et théorique à temps plein de trois à cinq ans.

2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU STATUT DE L'INTERNE

L'interne est un **agent public** non titulaire, ne bénéficiant donc pas du statut de fonctionnaire. C'est un « **praticien en formation spécialisée** » [20].

Après son affectation dans une subdivision géographique et dans une discipline, **l'interne est rattaché administrativement à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU)**. Ce rattachement définit tous les actes liés à ses fonctions hospitalières (discipline, mise en disponibilité, congés et rémunération), mais il peut aussi réaliser ses stages dans des établissements ou structures distinctes du CHU de rattachement. Il relève alors de la responsabilité d'un praticien pour assurer ses fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, et est soumis au règlement de cet établissement ou structure.

Comme tout salarié, l'interne bénéficie de **droits sociaux** (Couverture sociale, Assurance Maladie, Retraite, Congés) et de **droits syndicaux** (représentation syndicale, droit de grève et assignations) mais doit répondre aussi à des **obligations de santé** (aptitude physique et psychologique, statut vaccinal à jour). L'Association Nationale des Étudiants en Médecine (ANEMF) et le Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris (SIHP) proposent des guides pratiques complets et détaillés de ces dispositions générales. [21,22]

L'interne est rémunéré par le centre hospitalier où il effectue son stage ou par son CHRU de référence s'il effectue un stage ambulatoire selon l'arrêté du 12 janvier 2017 [23]. Les indemnités de gardes effectuées par les internes sont définies selon l'arrêté du 20 mai 2016 [24].

C. LE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE [19]

Le DES de « médecine générale » se répartit sur **trois ans** en différentes méthodes d'apprentissage : la **pratique** et la **théorie**.

1. ENSEIGNEMENTS PRATIQUES

La maquette de la spécialité « médecine générale » est composée de six stages de six mois chacun.

Quatre semestres sont obligatoirement consacrés à des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la médecine générale :

- un au titre de la **médecine d'adultes**, soit médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente ou encore gériatrie ;
- un au titre de la **médecine d'urgence** ;
- un semestre au titre de la **pédiatrie** et/ou de la **gynécologie** ;
- et un **semestre libre**.

Un autre semestre doit être effectué auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé « maître de stage des universités », il s'agit du **stage ambulatoire de niveau 1**.

Enfin un dernier semestre, effectué en dernière année d'internat, est consacré au projet professionnel de l'interne. Il a donc la possibilité de le réaliser soit en médecine générale ambulatoire (**SASPAS**), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

2. STAGE AMBULATOIRE OBLIGATOIRE DE NIVEAU 1

Les postes de stage ambulatoire sont répartis en **Unités Pédagogiques Locales (UPL)**. Une UPL est composée de **Maîtres de Stage des Universités (MSU)** regroupés en trinôme ou en binôme, selon l'affinité ou la proximité géographique.

Pour chaque UPL, deux internes sont nommés lors de la répartition. Lorsqu'il s'agit d'un trinôme, l'interne a le choix d'effectuer un stage par bimestres consécutifs chez chacun des trois enseignants ou un jour par semaine. S'il s'agit d'un binôme, le stage se répartit en deux fois trois mois de temps complet.

« L'objectif est d'obtenir qu'en six mois de stage un interne, qui ne connaît de la médecine que les soins secondaires et tertiaires, puisse devenir suffisamment autonome pour exercer en

SASPAS » [19]. La formation se déroule en trois phases différentes qui sont l'**observation**, la **supervision directe** et la **supervision indirecte**.

3. STAGE AMBULATOIRE FACULTATIF DE NIVEAU 2 : SASPAS

« L'objectif est de placer l'interne en SASPAS en **situation professionnelle** de gérer la totalité des activités d'un cabinet médical toute une journée, dans deux ou trois cabinets différents au cours de la semaine. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un remplacement. » [19]

L'interne bénéficie de la **supervision indirecte** de son MSU. Celle-ci se déroule sous forme d'entretiens pédagogiques semi-directifs ou d'explicitations qui ont pour objectif d'échanger sur les consultations que l'interne a effectuées. Les données médico-psycho-sociales, la démarche diagnostique, le projet thérapeutique, la satisfaction du patient et de l'interne sont abordés avec pour objectif l'amélioration des compétences de l'interne.

4. VALIDATION DES STAGES

Au cours de chaque stage, l'interne doit produire des **traces d'apprentissage** : un Récit de Situation Complexe et Authentique ou **RSCA** (1 RSCA si stage hospitalier et 2 RSCA si stage ambulatoire) et un **rapport de stage**.

En stage ambulatoire, il est également demandé aux internes de **s'auto-évaluer** sous la supervision du ou des MSU qui valideront cette auto-évaluation.

Le RSCA est un travail de réflexion sur une situation clinique authentique, personnellement vécue lors d'un stage. Il inclut le récit de la situation, l'analyse des faits, les tâches d'apprentissage induites, et la synthèse avec mise en évidence des compétences abordées dans la rédaction.

Le rapport de stage, quant à lui, doit être individualisé et doit faire apparaître les raisons du choix du terrain de stage, les objectifs de formation recherchés au cours de ce stage, le déroulement du stage avec ses points positifs et négatifs, les objectifs atteints ou non et les nouveaux objectifs fixés à l'issue de ce stage.

5. ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES

En parallèle de la formation pratique, les internes doivent valider **deux cents heures d'enseignements théoriques**, organisés en modules et en Groupes d'Échanges de Pratiques Supervisés (GEPS).

a. Le mémoire de DES – portfolio

Le portfolio est un **outil d'évaluation formative** à la disposition de l'interne. Cet outil lui appartient, il doit donc l'élaborer personnellement et permet le rassemblement chronologique de toutes ses traces d'apprentissages.

On y trouvera donc : les RSCA, les comptes rendus de stage, les notes d'enseignement, les comptes rendus des GEPS, les cas hospitaliers, les comptes rendus de recherches bibliographiques, les fiches de lecture et les synthèses de lecture critique, la participation à des séminaires, des congrès et à la Formation Médicale Continue (FMC).

Pour le Département de Médecine Générale de Lille (DMG), le mémoire du DES est le portfolio. Il exige pour sa validation :

- la présentation et l'évaluation annuelle d'un RSCA et d'un rapport de stage,
- la présentation et l'évaluation finale de trois RSCA et de trois rapports de stage.

b. Validation du DES de médecine générale

La validation du DES de médecine générale repose sur 3 critères :

- la **validation des stages** hospitaliers et en médecine ambulatoire selon la maquette,
- la **présence aux enseignements théoriques** et aux **GEPS**,
- la validation par le DMG des traces d'apprentissage présentées dans le **portfolio**.

D. LA THÈSE D'EXERCICE

« La thèse de médecine permet d'obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, indispensable à l'exercice de la médecine (en libéral comme en tant que salarié). La thèse est indépendante du Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, mais sa soutenance est indispensable à la délivrance de ce diplôme. » [19]

La thèse est un travail de recherche personnel qui doit être soutenue dans les six années qui suivent les ECN.

E. REMPLACEMENTS

L'interne de médecine générale **peut effectuer des remplacements** mais dans un cadre législatif précis défini par l'article L.4131-2 du Code De Santé Publique. [25]

Les conditions qu'il doit remplir sont :

« Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales [...] » et « avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie ». Pour la médecine générale, il faut avoir validé **trois semestres dont le stage ambulatoire de niveau 1.**

La demande est réalisée auprès du **Conseil de l'Ordre.**

L'interne ne peut remplacer que dans sa spécialité de formation.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. CHOIX DE LA MÉTHODE

L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances des patients consultants dans différents cabinets de médecine générale sur le statut de l'interne autonome.

Nous avons opté pour une **étude observationnelle quantitative**.

Un questionnaire est utilisé pour apprécier la connaissance du statut de l'interne autonome par le patient.

B. MATÉRIEL

1. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se compose de **31 questions** (annexe 1) que nous pouvons regrouper de la manière suivante :

- 6 questions pour caractériser le profil sociodémographique du patient : sexe, âge, activité, fréquentation du cabinet et rencontre avec un interne,
- 7 questions sur l'état des connaissances du patient sur le déroulement de l'internat,
- 6 questions sur l'état des connaissances du patient sur les compétences de l'interne autonome,
- 10 questions sur le ressenti du patient de sa relation avec un interne,
- 2 questions sur l'impact des stages ambulatoires sur le devenir des internes.

Nous avons proposé uniquement des questions fermées ou à choix multiples pour faciliter le remplissage du questionnaire par le patient mais aussi pour faciliter l'exploitation des données recueillies.

Les questions ont été élaborées à partir des principales caractéristiques du statut de l'interne de médecine générale régies par l'article 6153 du Code de la Santé Publique [20] et par les éléments ressortis de différents travaux de thèse à propos de l'interne de médecine générale.

Le questionnaire a été validé par l'équipe de biostatistiques de la Maison Régionale de la Recherche Clinique (Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille).

Une fois le questionnaire élaboré et validé, nous avons proposé le questionnaire en **pré-test** à notre entourage puis en test sur un échantillon de 10 patients volontaires le 20/11/2018 dans un des trois cabinets de médecine générale de l'UPL. Il n'en est pas ressorti de problème de compréhension des questions posées. La durée de réponse au questionnaire complet est alors mesurée entre 4 et 8 minutes avec une moyenne d'environ **6 minutes**.

2. POPULATION ETUDIÉE

a. Critères d'inclusion

La population étudiée était les patients consultant les trois médecins de l'UPL 13, acceptant de répondre au questionnaire.

b. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les suivants : **être mineur, refuser de participer à l'étude, être dans l'incapacité physique ou intellectuelle de répondre au questionnaire, ne pas maîtriser suffisamment la langue française.**

c. Nombre de personnes interrogées

Nous avons obtenu **385 questionnaires** sur une période de deux semaines, soit 10 jours ouvrés.

3. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

a. Lieux de l'enquête

L'enquête a été réalisée dans les salles d'attente des cabinets des Maitres de Stage des Universités de l'UPL 13 : dont un cabinet urbain à Calais (cabinet 1), un cabinet semi-urbain à Frethun (cabinet 2) et un cabinet rural à Aubin Saint Vaast (cabinet 3).

Il faut noter qu'une secrétaire est présente le matin dans le cabinet 2 et une secrétaire est présente toute la journée dans le cabinet 1.

b. Période d'enquête

L'enquête a été réalisée du **03/12/2018** au **14/12/2018**.

Nous avons interrogé tous les patients volontaires, consultant les trois médecins sus cités au cours de cette période.

c. Réalisation de l'enquête

Les questionnaires étaient disposés en **salle d'attente** où une **fiche informative était affichée** (annexe 2). Les secrétaires ont pu proposer et remettre en main propre les questionnaires aux patients dès leur arrivée.

Des **urnes colorées et opaques** étaient disposées dans les salles d'attente et ont permis de recueillir les questionnaires en toute confidentialité.

C. SAISIE ET EXPLOITATION

Les résultats des questionnaires ont été saisis par le biais d'un questionnaire Google Form qui permet ensuite de retranscrire les résultats sous la forme d'un **document Excel**. Les tableaux de recueil furent confiés au Centre d'Études et de Recherche en Informatique Médicale (**CERIM**) de Lille. Les analyses statistiques furent effectuées grâce au **logiciel R**. Enfin, une analyse de correspondances multiples a été réalisée grâce au package FactoMineR du logiciel R.

III. RÉSULTATS

385 questionnaires ont été recueillis de la manière suivante : 262 dans le cabinet 1 en zone urbaine, 71 dans le cabinet 2 en zone semi-urbain, 52 dans le cabinet 3 en zone rurale.

A. ANALYSES DESCRIPTIVES

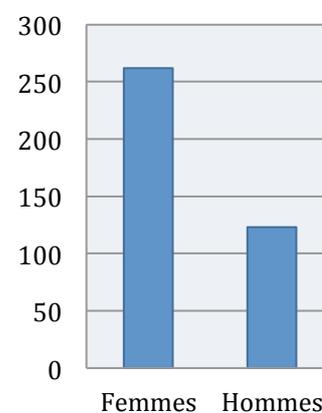
1. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

a. Sexe

« Vous êtes : »

Les 385 patients ayant répondu à l'étude se répartissent en **262 femmes (68,1%)** et en **123 hommes (31,9%)**.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Femmes	262	68,1	[63 ; 73,1]
Hommes	123	31,9	[26,9 ; 37]
Données manquantes = 0			

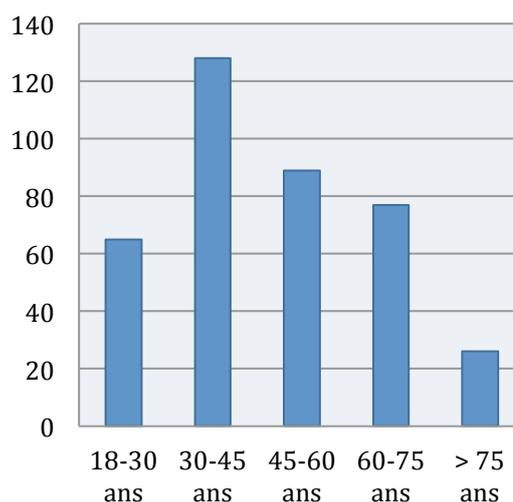


b. Âge

« Quel âge avez-vous ? »

Les patients se répartissent selon les catégories d'âge suivantes :

- 65 patients (16.9%) sont âgés de 18 à 30 ans,
- 128 patients (33.2%) sont âgés de 30 à 45 ans,
- 89 patients (23.1%) sont âgés de 45 à 60 ans,
- 77 patients (20.0%) sont âgés de 60 à 75 ans,
- 26 patients (6.8%) ont plus de 75 ans.



	Effectif	Pourcentage	IC 95%
18-30 ans	65	16,9	[11,8 ; 19,8]
30-45 ans	128	33,2	[28,1 ; 38,3]
45-60 ans	89	23,1	[18 ; 28,2]
60-75 ans	77	20	[14,9 ; 25,1]
>75 ans	26	6,8	[1,7 ; 11,8]
Données manquantes = 0			

c. Catégories socioprofessionnelles

« Vous êtes : »

Les patients se répartissent selon les catégories socioprofessionnelles suivantes :

- 112 patients sont salariés (29.2%), 28 patients sont des ouvriers (7.3%), 15 patients sont cadres (3.9%), 12 patients travaillent dans l'enseignement (3.1%), 6 patients sont artisans ou commerçants (1.6%), 5 patients ont des professions libérales (1.3%),
- **105 patients sont des retraités (27.3%),**
- **72 patients sont sans emploi (18.8%),**
- 9 patients sont étudiants (2.3%),
- 20 patients sont actifs mais ne se sont pas retrouvés dans les catégories socioprofessionnelles précédentes (5.2%).

Les 191 actifs représentent donc 51,4% des patients.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Etudiant	9	2,3	[0 ; 7,4]
Retraité	105	27,3	[22,2 ; 32]
Sans activité	72	18,8	[13,7 ; 23,9]
Ouvrier	28	7,3	[7,2 ; 12,4]
Artisan commerçant	6	1,6	[0 ; 6,7]
Agriculteur	0	0	[0 ; 5,1]
Cadre	15	3,9	[0 ; 9]
Profession libérale	5	1,3	[0 ; 6,4]
Enseignement	12	3,1	[0 ; 8,2]
Salarié	112	29,2	[24,1 ; 34,3]
Autre	20	5,2	[0 ; 10,3]
Données manquantes = 1			

d. Fréquence de consultation

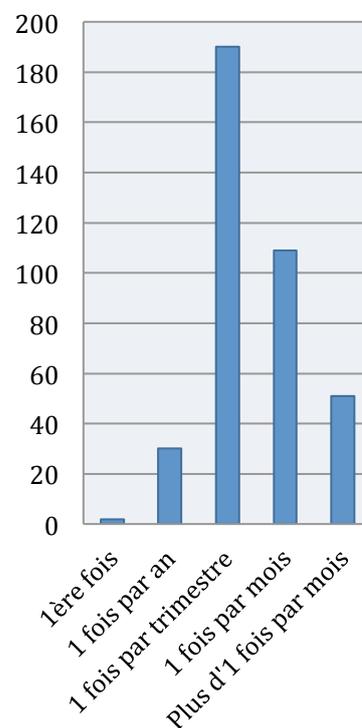
« À quelle fréquence consultez-vous dans ce cabinet ? »

La fréquence de consultation se répartit de la façon suivante :

- 2 patients consultaient le cabinet pour la première fois (0,5%),
- 30 patients consultent une fois par an (7.9%),
- 190 patients consultent une fois par trimestre (49.7%),
- 109 patients consultent une fois par mois (28.5%),
- 51 consultent plus d'une fois par mois (13.4),
- 3 patients n'ont pas répondu à cette question.

350 (90,9%) patients consultent donc au moins quatre fois par an.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
1ère fois	2	0,5	[0 ; 5,6]
1 fois par an	30	7,9	[2,8 ; 13]
1 fois par trimestre	190	49,7	[44,6 ; 54,8]
1 fois par mois	109	28,5	[23,4 ; 33,6]
Plus d'1 fois par mois	51	13,4	[8,3 ; 18,5]
Données manquantes =3			

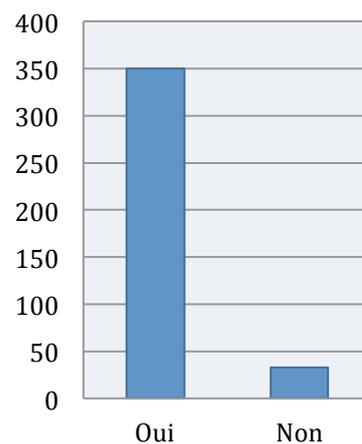


e. Médecin consulté

« Le médecin consulté ce jour est-il votre médecin traitant ? »

Pour 348 patients, le médecin consulté était le **médecin traitant (90.4%)**.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	348	90,4	[85,3 ; 95,5]
Non	37	9,6	[4,5 ; 14,7]
Données manquantes = 0			



f. Durée de la relation patient-médecin traitant

Le médecin consulté était le médecin traitant depuis : 6 mois pour 2 patients (0.8%), 1 an pour 10 patients (4.0%), 2 ans pour 19 patients (7.7%), 3 ans pour 24 patients (9.7%), 4 ans pour 25 patients (10.1%), 5 ans pour 33 patients (13.3%), 6 ans pour 22 patients (8.9%), 7 ans pour 21 patients (8.5%), 8 ans pour 18 patients (7.3%), 9 ans pour 3 patients (1.2%), 10 ans pour 13 patients (5.2%), 11 ans pour 1 patient (0.4%), 12 ans pour 2 patients (0.8%), 13 ans pour 2 patients (0.8%), 14 ans pour 2 patients (0.8%), 15 ans pour 5 patients (2.0%), 17 ans pour 2 patients (0.8%), 18 ans pour 4 patients (1.6%), 19 ans pour 1 patient (0.4%), 20 ans pour 13 patients (5.2%), 21 ans pour 1 patient (0.4%), 23 ans pour 1 patient (0.4%), 25 ans pour 8 patients (3.2%), 28 ans pour 1 patient (0.4%), 30 ans pour 12 patients (4.8%), 32 ans pour 1 patient (0.4%), 35 ans pour 1 patient (0.4%), 36 ans pour 1 patient (0.4%).

137 patients n'indiquaient pas la durée de leur attachement à leur médecin traitant.

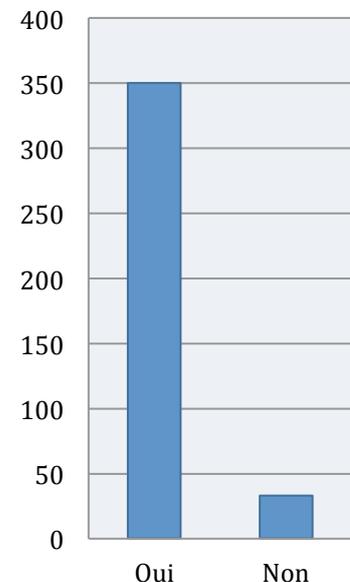
La durée moyenne d'attachement des patients ayant répondu est de 9,1 ans écart-type \pm 8.2. Médiane (Q1;Q3) 6.0 (4.0 ; 10.0).

g. Rencontres avec un interne

« Avez-vous déjà été pris en charge par un interne ? »

350 patients (91.4%) déclarent avoir déjà été pris en charge par un interne.

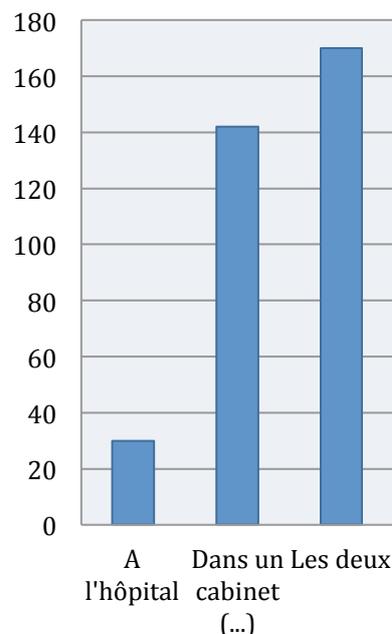
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	350	91,4	[86,3 ; 96,5]
Non	33	8,6	[3,5 ; 13,7]
Données manquantes = 2			



« Si oui, où ? »

Parmi eux, 30 (8,8%) avaient déjà été pris en charge par un interne à l'hôpital, 142 (41.5%) avaient déjà été pris en charge dans un cabinet de médecin généraliste et enfin 170 (49.7%) avaient déjà été pris en charge par un interne à la fois à l'hôpital et en cabinet. 43 patients n'ont pas répondu à cette question.

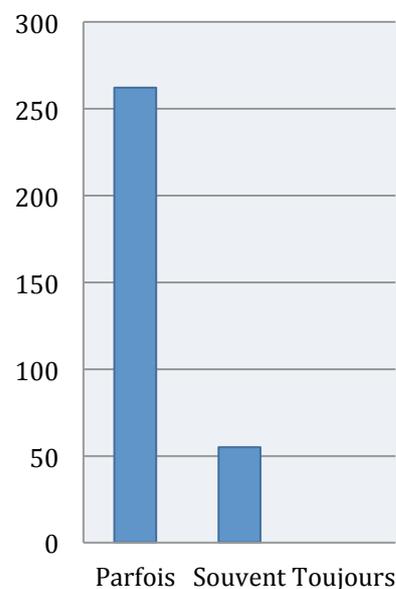
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
A l'hôpital	30	8,8	[3,4 ; 14,2]
Dans un cabinet de médecine générale	142	41,5	[36,1 ; 46,9]
Les deux	170	49,7	[44,3 ; 51,1]
Données manquantes = 43			



« Si vous avez déjà été pris en charge par des internes dans ce cabinet médical, à quelle fréquence était-ce ? »

Parmi les patients qui ont déjà bénéficié d'une consultation par un interne, ceux ci estiment que la fréquence des consultations réalisées par celui-ci est de **moins d'une consultation sur deux pour 262 patients (82,6%)** et à plus d'une consultation sur deux pour 55 patients (17.4%). 68 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Parfois	262	82,6	[77 ; 88,2]
Souvent	55	17,4	[49,4 ; 60,6]
Toujours	0	0	
Données manquantes = 68			

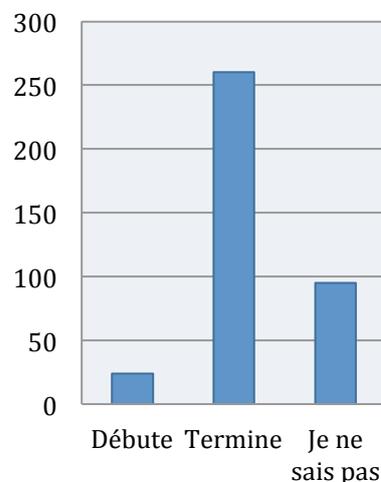


2. ÉTUDES MÉDICALES ET FORMATION

« Vous pensez que l'interne de médecine générale : »

24 patients (6.3%) pensent que l'interne de médecine générale débute ses études médicales, **260 (68.6%) pensent que l'interne termine ses études**, 95 patients (25.1%) ne savent pas et 6 n'ont pas répondu.

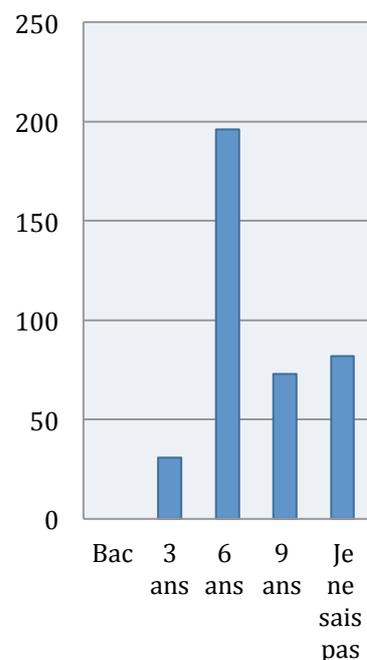
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Débute	24	6,3	[1,2 ; 11,4]
Termine	260	68,6	[63,5 ; 73,7]
Je ne sais pas	95	25,1	[20 ; 30,2]
Données manquantes = 6			



« Quel est selon vous le nombre d'années d'études nécessaires pour devenir interne de médecine générale ? »

Le niveau d'étude pour devenir interne est le niveau licence pour 31 patients (8.1%), **le niveau bac+6 pour 196 patients (51.3%)** et le niveau bac+9 pour 73 patients (19.1%). 82 patients déclarent ne pas savoir (21.5%).
Aucun patient n'a proposé le niveau baccalauréat.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Bac	0	0	[0 ; 5,1]
3 ans	31	8,1	[3 ; 13,2]
6 ans	196	51,3	[46,2 ; 56,4]
9 ans	73	19,1	[14 ; 24,2]
Je ne sais pas	82	21,5	[16,4 ; 26,6]
Données manquantes = 3			

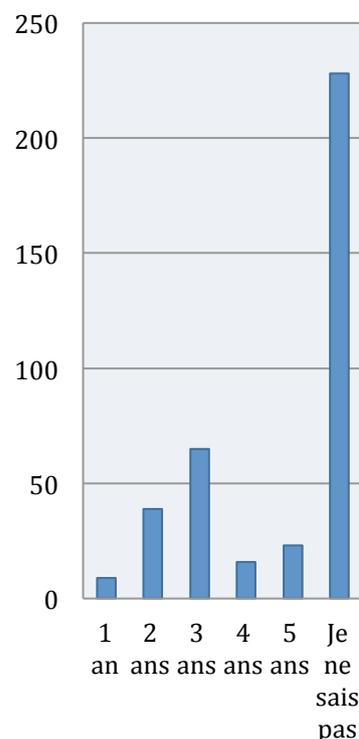


« *Quelle est selon vous la durée pendant laquelle un interne de médecine générale garde son statut d'interne ?* »

La **durée de l'internat** est estimée à une année pour 9 patients (2.4%), à deux années pour 39 patients (10.3%), à trois années pour 65 patients (17.1%), à quatre années pour 16 patients (4.2%), à cinq années pour 23 patients (6.1%) et enfin **228 patients (60.0%) déclarent ne pas savoir**.

5 personnes n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
1 an	9	2,4	[0 ; 7,5]
2 ans	39	10,3	[5,2 ; 15,4]
3 ans	65	17,1	[12 ; 22,2]
4 ans	16	4,2	[0 ; 9,3]
5 ans	23	6,1	[1 ; 11,2]
Je ne sais pas	228	60	[54,9 ; 64,1]
Données manquantes = 5			



« *Vous pensez que la formation pratique de l'interne de médecine générale se compose :* »

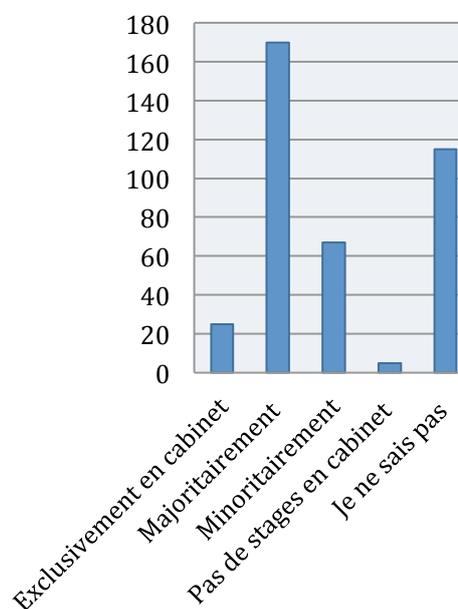
La formation pratique se compose :

- exclusivement de stages en cabinet de médecine générale pour 25 patients (6.5%),
- **majoritairement de stages en cabinet pour 170 patients (44.5%),**
- minoritairement de stages en cabinet pour 67 patients (17.5%).

Pour 5 patients (1.3%), la formation ne comporte pas de stages en cabinet.

115 patients (30.1%) ne savent pas.

3 personnes n'ont pas répondu à cette question.



	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Exclusivement en cabinet	25	6,5	[1,4 ; 11,6]
Majoritairement	170	44,5	[39,4 ; 49,6]
Minoritairement	67	17,5	[12,4 ; 22,6]
Pas de stages en cabinet	5	1,3	[0 ; 6,4]
Je ne sais pas	115	30,1	[25 ; 35,2]
Données manquantes = 3			

« Vous pensez que l'interne de médecine générale (plusieurs choix possible) : »

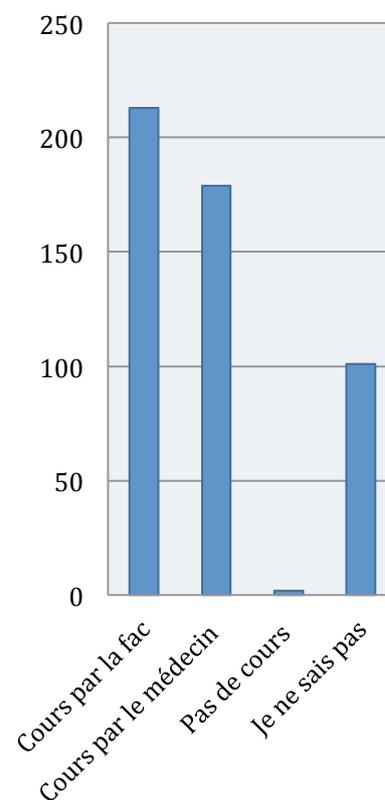
275 patients (72,8%) pensent que l'interne bénéficie d'une formation théorique (cours dispensés par la faculté, cours dispensés par le médecin ou les deux).

2 patients (0,5%) pensent que l'interne ne bénéficie pas d'une formation théorique.

101 patients (26.7%) ne savent pas.

7 personnes n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Bénéficie de cours dispensés par la fac	213	56,3	[51,2 ; 61,4]
De cours par le médecin	179	47,4	[42,3 ; 52,5]
Ne bénéficie pas de cours	2	0,5	[0 ; 5,6]
Je ne sais pas	101	26,7	[21,6 ; 31,8]
Données manquantes = 7			

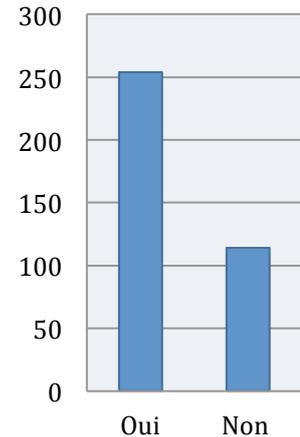


« Pensez-vous que l'interne a déjà choisi sa spécialité ? »

L'interne a déjà choisi sa spécialité pour 254 patients (69.0%) tandis que 114 (31.0%) pensent le contraire.

17 patients n'ont pas répondu à cette question.

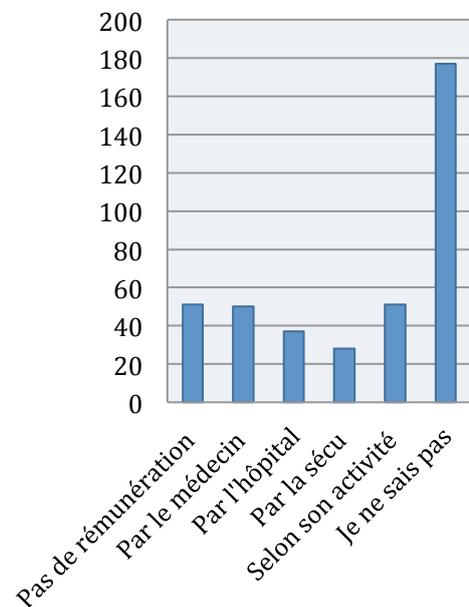
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	254	69	[63,4 ; 74,1]
Non	114	31	[25,9 ; 36,2]
Données manquantes = 17			



« Par qui pensez vous que l'interne de médecine générale est rémunéré ? »

Concernant la rémunération, 51 patients (13,4%) considèrent que l'interne de médecine n'est pas rémunéré car il est encore étudiant, tandis que 153 patients (40,2%) estiment que l'interne est rémunéré. A noter que **177 patients (46.5%) ne savent pas si l'interne est rémunéré ou non.**

L'interne est rémunéré par le médecin qui l'accueille selon 50 patients (13,1%), par l'hôpital pour 37 patients (9,7%) selon son activité pour 51 patients (13,4%) et par la sécurité sociale pour 28 patients (7,3%).



	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Pas de rémunération car étudiant	51	13,4	[8,3 ; 18,5]
Par le médecin	50	13,1	[8 ; 18,2]
Par l'hôpital	37	9,7	[4,6 ; 14,8]
Par la sécu	28	7,3	[2,2 ; 12,4]
Selon son activité	51	13,4	[8,3 ; 18,5]
Je ne sais pas	177	46,5	[41,4 ; 51,6]
Données manquantes = 4			

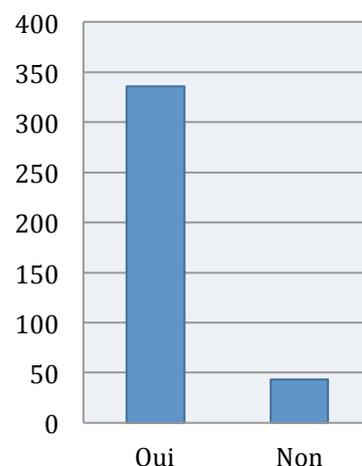
3. COMPÉTENCES DE L'INTERNE AUTONOME

« Pensez-vous que l'interne de médecine générale autonome peut vous examiner seul ? »

336 patients (88.7%) pensent que l'interne peut les examiner seul tandis que 43 patients (11.3%) pensent qu'il ne peut pas.

6 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	336	88,7	[6,2 ; 16,4]
Non	43	11,3	[83,6 ; 93,8]
Données manquantes = 6			

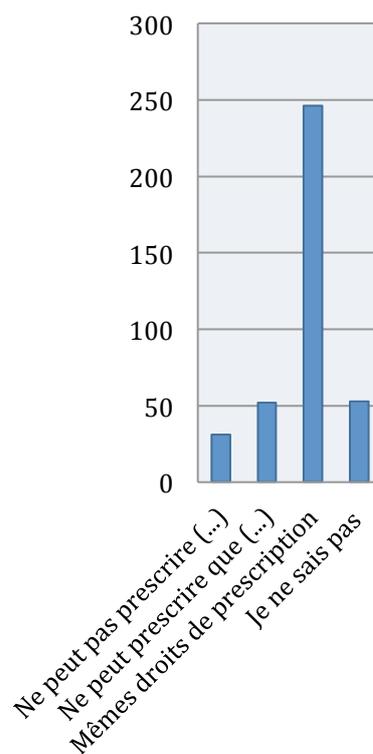


« Vous pensez que l'interne de médecine générale autonome : »

L'interne ne peut pas prescrire de médicaments selon 31 patients (8.1%), ne peut en prescrire que certains selon 52 patients (13,6%) et **a les mêmes droits de prescription que le médecin avec qui il exerce selon 246 patients (64.4%)**. 53 patients (13.9%) ne savent pas si l'interne peut prescrire ou non.

3 patients n'ont pas répondu à cette question.

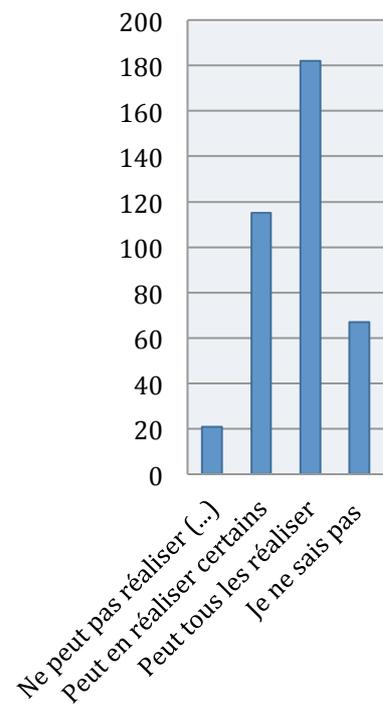
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Ne peut pas prescrire seul de médicaments	31	8,1	[3 ; 13,2]
Ne peut prescrire que certains médicaments	52	13,6	[8,5 ; 18,7]
A les mêmes droits de prescription que le médecin	246	64,4	[59,3 ; 69,5]
Je ne sais pas	53	13,9	[8,8 ; 19]
Données manquantes = 3			



« Vous pensez que l'interne de médecine générale autonome : »

L'interne ne peut pas réaliser de certificats selon 21 patients (5.5%), ne peut en réaliser que certains selon 115 patients (29.9%) et **peut réaliser les mêmes certificats que le médecin avec qui il exerce selon 182 patients (47.3%)**. 67 patients (17.4%) ne savent pas.
Aucune donnée manquante.

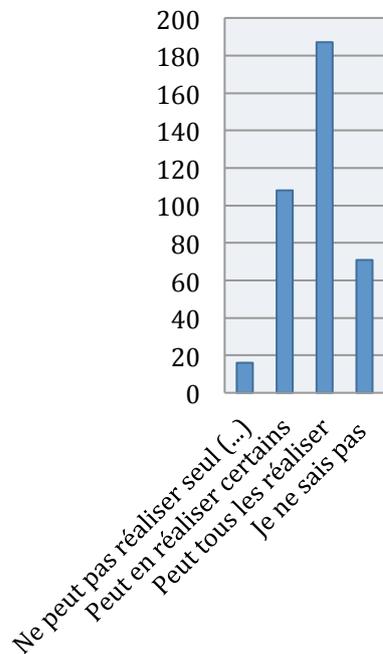
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Ne peut pas prescrire seul de médicaments	31	8,1	[3 ; 13,2]
Ne peut prescrire que certains médicaments	52	13,6	[8,5 ; 18,7]
Mêmes droits de prescription que le médecin	246	64,4	[59,3 ; 69,5]
Je ne sais pas	53	13,9	[8,8 ; 19]
Données manquantes = 3			



« Vous pensez que l'interne de médecine générale autonome : »

L'interne ne peut pas réaliser d'actes techniques selon 16 patients (4.2%), peut réaliser certains actes techniques selon 108 patients (28.3%) et **peut réaliser les mêmes actes techniques que le médecin avec qui il exerce selon 187 patients (49.0%)**. 71 patients (18.6%) ne savent pas.
3 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Ne peut pas réaliser seul d'actes techniques	16	4,2	[0 ; 9,3]
Peut en réaliser certains	108	28,3	[23,2 ; 33,4]
Peut tous les réaliser	187	49	[43,9 ; 54,1]
Je ne sais pas	71	18,6	[13,5 ; 23,7]
Données manquantes = 3			

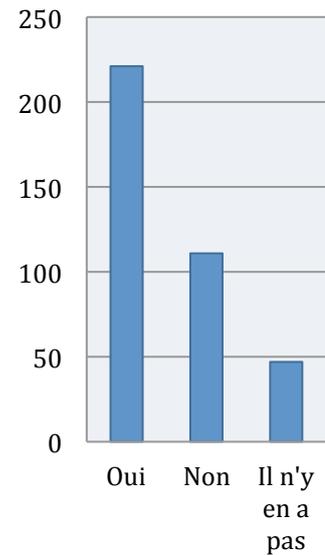


« Connaissez-vous la différence entre un interne et un remplaçant ? »

221 patients (58.3%) estiment connaître la différence entre un interne et un remplaçant de médecine générale, 111 patients (29.3%) ne la connaissent pas et 47 patients (12.4%) estiment qu'il n'existe pas de différence entre un interne de médecine générale et un remplaçant.

6 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	221	58,3	[53,2 ; 63,4]
Non	111	29,3	[24,2 ; 34,4]
Il n'y en a pas	47	12,4	[7,3 ; 17,5]
Données manquantes = 6			

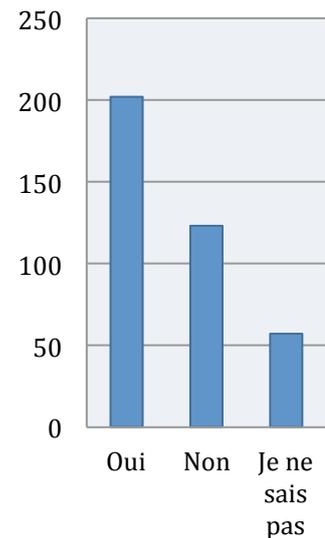


« Pensez-vous que l'interne peut effectuer des remplacements ? »

L'interne de médecine générale autonome peut effectuer des remplacements selon 202 patients (52.9%), ne peut pas en effectuer selon 123 patients (32.2%) et 57 patients (14.9%) ne savent pas.

3 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	202	52,9	[47,8 ; 58]
Non	123	32,2	[27,1 ; 37,3]
Je ne sais pas	57	14,9	[9,8 ; 20]
Données manquantes = 3			



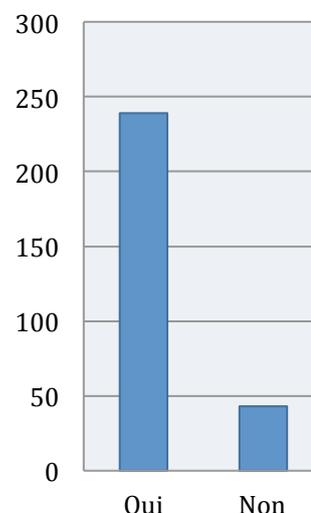
4. INFORMATION PRÉALABLE

« Lors de la prise de RDV, savez-vous si vous serez pris en charge par un interne ? »

239 patients (62.6%) déclarent être informés préalablement si la consultation est réalisée par l'interne autonome ou par le médecin traitant tandis 143 patients (37.4%) déclarent ne pas l'être.

3 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	239	62,6	[57,5 ; 67,7]
Non	43	0,4	[32,3 ; 42,5]
Données manquantes = 3			



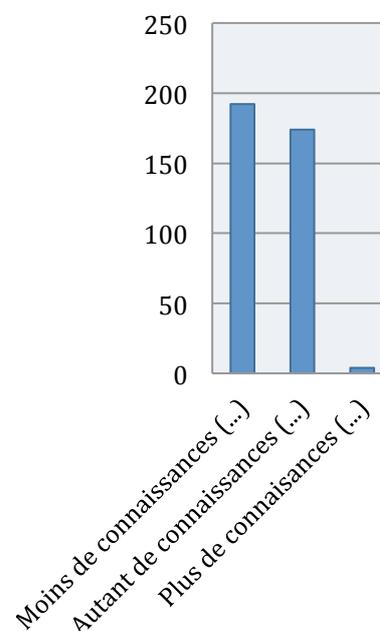
5. COMPARAISONS INTERNE AUTONOME/MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« Vous pensez que l'interne autonome a : »

L'interne de médecine générale autonome a plus de connaissances que le médecin traitant selon 4 patients (1.1%), a autant de connaissances que lui selon 174 patients (47.0%) et a moins de connaissances que lui selon 192 patients (51.9%).

15 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Moins de connaissances que le médecin	192	51,9	[46,7 ; 57,1]
Autant de connaissances	174	47	[41,8 ; 52,2]
Plus de connaissances	4	1,1	[0 ; 6,3]
Données manquantes = 15			

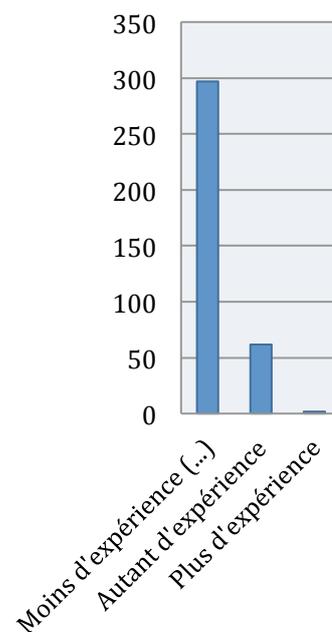


« Vous pensez que l'interne autonome a : »

L'interne de médecine générale autonome a plus d'expérience que le médecin généraliste selon 2 patients (0.6%), a autant d'expérience que lui selon 62 patients (17.2%) et a moins d'expérience que lui selon 297 patients (82.3%).

24 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Moins d'expérience que le médecin	297	82,3	[77 ; 87,6]
Autant d'expérience	62	17,2	[11,9 ; 22,5]
Plus d'expérience	2	0,6	[0 ; 5,9]
Données manquantes = 24			



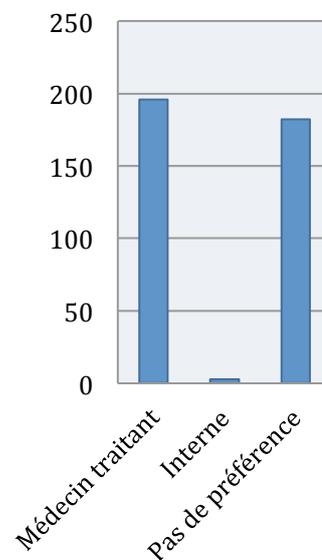
6. RESSENTI DES PATIENTS

« Vous préférez être pris en charge par : »

196 patients (51.4%) préfèrent être pris en charge par le médecin traitant, 3 patients (0.8%) préfèrent être pris en charge par l'interne et 182 (47.8%) n'ont pas de préférence entre l'interne et le médecin généraliste.

4 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Médecin traitant	196	51,4	[46,3 ; 56,5]
Interne	3	0,8	[0 ; 5,9]
Pas de préférence	182	47,8	[42,7 ; 52,9]
Données manquantes = 4			

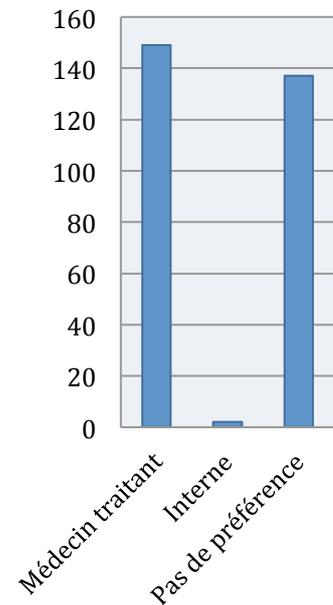


« Et pour vos enfants, vous préférez être pris en charge par : »

149 parents (51.7%) préfèrent que leur(s) enfant(s) soi(en)t pris en charge par le médecin traitant plutôt que par l'interne, 2 parents (0.7%) préfèrent une consultation par l'interne pour leur(s) enfant(s) et 137 parents (47.6%) n'ont pas de préférence entre l'interne et le médecin traitant pour la prise en charge de leurs enfants.

97 patients n'ont pas répondu à cette question. Ce nombre élevé correspond vraisemblablement aux patients n'ayant pas d'enfants.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Médecin traitant	149	51,7	[45,8 ; 57,6]
Interne	2	0,7	[0 ; 6,6]
Pas de préférence	137	47,8	[41,7 ; 53,5]
Données manquantes = 97			

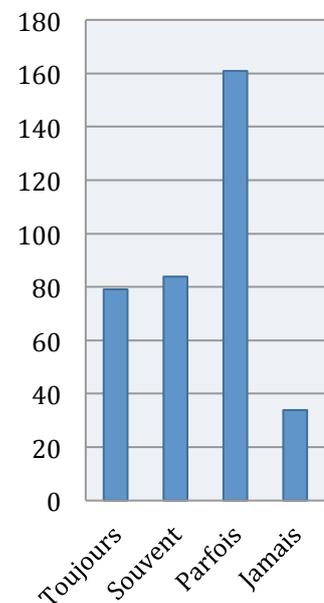


« Pensez-vous que votre consultation avec l'interne autonome est ensuite réévaluée entre celui-ci et le médecin ? »

La consultation avec l'interne autonome est toujours réévaluée avec le médecin traitant selon 79 patients (22.1%), est souvent réévaluée selon 84 patients (23.5%), **est parfois réévaluée selon 161 patients (45.0%)** et n'est jamais réévaluée selon 34 patients (9.5%).

27 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Toujours	79	22,1	[16,8 ; 27,4]
Souvent	84	23,5	[18,2 ; 28,8]
Parfois	161	45	[39,7 ; 50,3]
Jamais	34	9,5	[4,2 ; 14,8]
Données manquantes = 27			

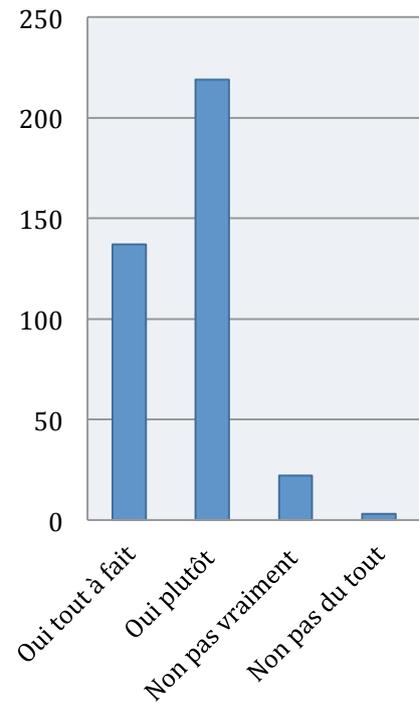


« Faites-vous confiance à l'interne autonome ? »

137 patients (36.0%) font tout à fait confiance à l'interne, **219 patients (57.5%) font plutôt confiance à l'interne**, 22 patients (5.8%) ne font pas vraiment confiance à l'interne et 3 patients (0.8%) ne font pas du tout confiance à l'interne.

356 patients (93,5%) font donc confiance à l'interne contre 25 patients (6,5%) qui ne lui font pas confiance. 4 patients n'ont pas répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui tout à fait	137	36	[30,9 ; 41,1]
Oui plutôt	219	57,5	[52,4 ; 62,6]
Non pas vraiment	22	5,8	[0,7 ; 10,9]
Non pas du tout	3	0,8	[0 ; 5,9]
Données manquantes = 4			

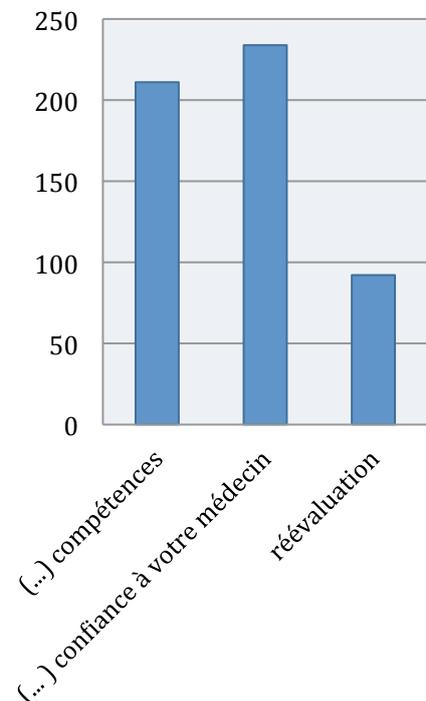


« Si vous faites confiance à l'interne, pourquoi ? (Plusieurs choix possibles) »

Les patients qui font confiance à l'interne autonome le font car **il est compétent selon 211 patients (63,6%)**, car **ils font confiance à leur médecin généraliste selon 234 patients (70,5%)** et car la consultation est réévaluée selon 92 patients (27,7%).

53 des 356 patients qui font confiance à l'interne n'ont pas exprimé pourquoi ils le faisaient.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Il a les compétences pour	211	63,6	[57,9 ; 69,3]
Vous faites confiance à votre médecin traitant	234	70,5	[64,8 ; 76,2]
La consultation est réévaluée ensuite avec le médecin	92	27,7	[22 ; 33,4]
Données manquantes = 53			

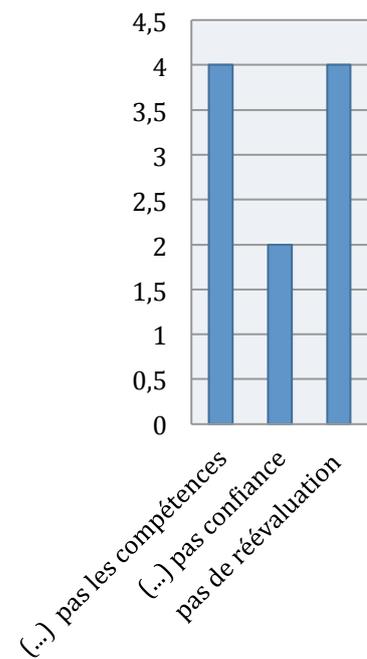


« Si vous ne faites pas confiance à l'interne, pourquoi ? (Plusieurs choix possibles) »

Les patients qui ne font pas confiance à l'interne de médecine générale, ne le font pas car ils estiment que celui-ci n'est pas compétent selon 4 patients (50.0%), car ils ne font pas confiance à leur médecin traitant selon 2 patients (25.0%) et car la consultation n'est pas réévaluée selon 4 patients (50.0%).

Seulement 8 des 25 patients (32%) qui ne font pas confiance ont exprimé leurs raisons.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Il n'a pas les compétences pour	4	50	[14,6 ; 85,4]
Vous ne faites pas confiance à votre médecin traitant	2	25	[0 ; 60,4]
La consultation n'est pas réévaluée ensuite avec le médecin	4	50	[14,6 ; 85,4]
Données manquantes = 17			

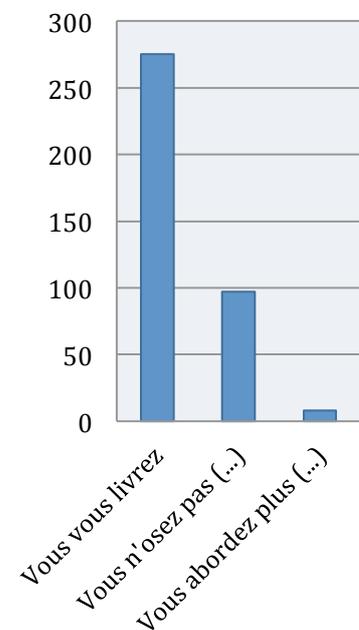


« Face à un interne : »

Face à un interne, **275 patients (72.4%) se livrent de la même manière que face au médecin traitant**, 97 patients (25.5%) n'osent pas aborder certains sujets et 8 patients (2.1%) abordent plus de sujets avec l'interne qu'avec le médecin.

5 patients n'ont pas répondu à cette question.

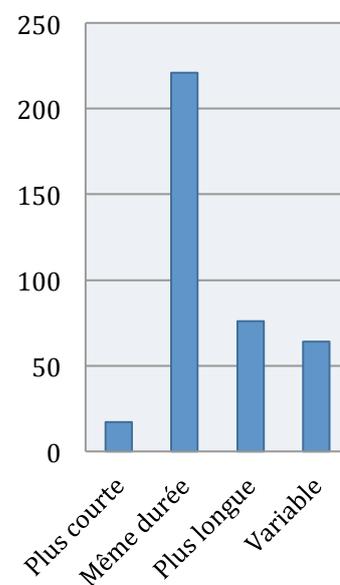
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Vous vous livrez comme au médecin	275	72,4	[67,3 ; 77,5]
Vous n'osez pas aborder certains sujets	97	25,5	[20,4 ; 30,6]
Vous abordez plus de sujets	8	2,1	[0 ; 7,2]
Données manquantes = 5			



« La consultation avec l'interne autonome, par rapport à celle du médecin traitant, vous semble : »

En comparaison avec celle du médecin traitant, **la durée de la consultation** est jugée plus courte par 17 patients (4.5%), **de même durée par 221 patients (58.5%)**, plus longue par 76 patients (20.1%) et enfin variable selon 64 patients (16.9%).
7 patients n'ont pas répondu à cette question.

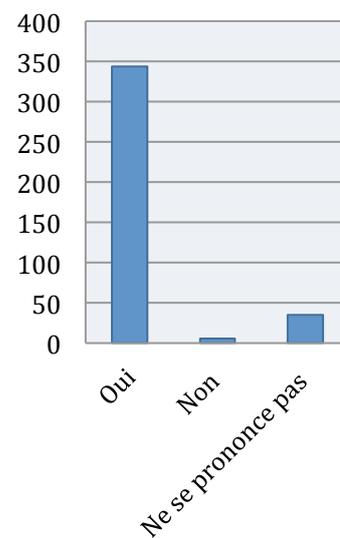
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Plus courte	17	4,5	[0 ; 9,6]
Même durée	221	58,5	[53,4 ; 63,6]
Plus longue	76	20,1	[15 ; 25,2]
Variable	64	16,9	[11,8 ; 22]
Données manquantes = 7			



« Êtes-vous satisfait que votre médecin accueille des internes ? »

344 patients (89.4%) sont satisfaits que leur médecin traitant accueille des internes, 6 patients (1.6%) ne le sont pas et 35 patients (9.1%) ne se prononcent pas.
Tous les patients ont répondu à cette question.

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Oui	344	89,4	[84,3 ; 94,5]
Non	6	1,6	[0 ; 6,7]
Ne se prononce pas	35	9,1	[4 ; 14,2]
Données manquantes = 0			

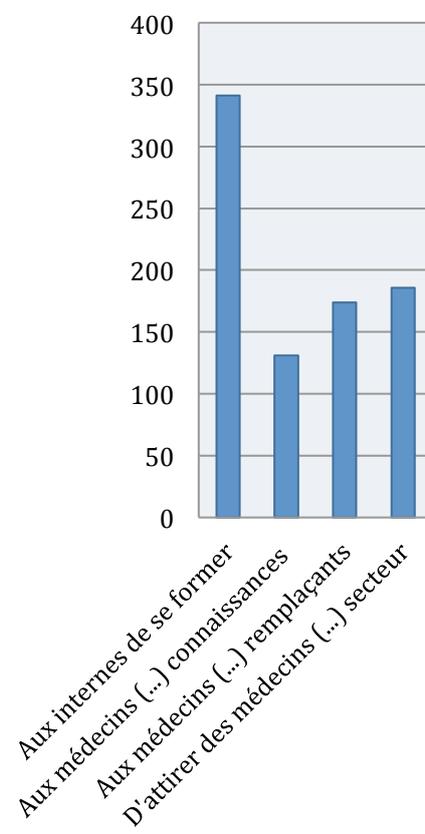


7. INTÉRÊTS DU STAGE AMBULATOIRE

« D'après vous, le stage pour les internes chez le médecin généraliste permet (plusieurs choix possibles) : »

Le stage pour les internes chez le médecin généraliste permet aux internes de se former pour 341 patients (89,5%), permet d'attirer des médecins dans leur secteur pour 186 patients (48,9%), permet au médecin de trouver des remplaçants pour 174 patients (45,8%) et permet au médecin d'actualiser ses connaissances pour 131 patients (34,5%).

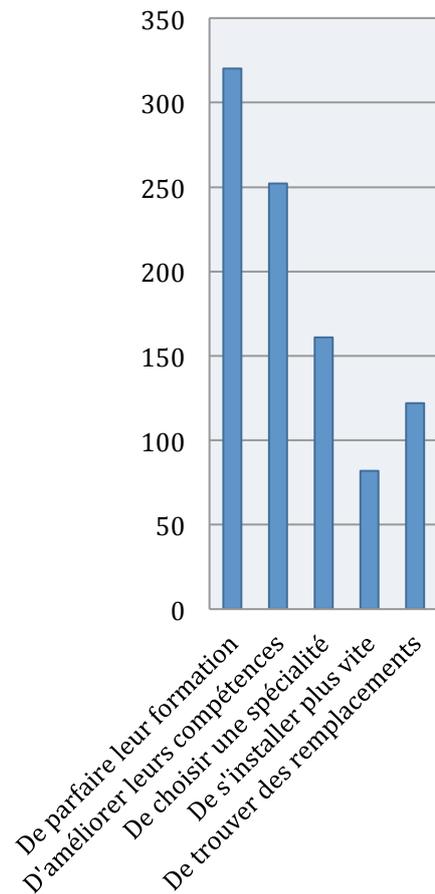
	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Aux internes de se former	341	89,7	[84,6 ; 94,8]
Aux médecins d'actualiser leurs connaissances	131	34,5	[29,4 ; 39,6]
Aux médecins de trouver des remplaçants	174	45,8	[40,7 ; 50,9]
D'attirer des médecins dans votre secteur	186	48,9	[43,8 ; 54]
Données manquantes = 4			



« Vous pensez que le stage permet aux internes (plusieurs choix possibles) : »

Le stage chez le médecin généraliste permet aux internes de parfaire leur formation selon 320 patients (84,5%), d'améliorer leurs compétences relationnelles selon 252 patients (66.8%), de choisir une spécialité selon 161 patients (42.7%), de trouver des remplacements selon 122 patients (32.4%) et de s'installer plus rapidement pour 82 patients (21,8%).

	Effectif	Pourcentage	IC 95%
Aux internes de se former	341	89,7	[84,6 ; 94,8]
Aux médecins d'actualiser leurs connaissances	131	34,5	[29,4 ; 39,6]
Aux médecins de trouver des remplaçants	174	45,8	[40,7 ; 50,9]
D'attirer des médecins dans votre secteur	186	48,9	[43,8 ; 54]
Données manquantes = 4			



B. ANALYSES COMPARATIVES

1. ASSOCIATION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES AVEC LA CONFIANCE ACCORDÉE PAR LE PATIENT À L'INTERNE AUTONOME

Nous avons associé les résultats de la question « Faites-vous confiance à l'interne autonome ? » avec les données sociologiques.

À la question « Faites-vous confiance à l'interne autonome ? », les réponses « oui, tout à fait » et « oui, plutôt » sont regroupées en « oui », et les réponses « non, pas vraiment » et « non, pas du tout » en « non ».

Pour les différentes **catégories d'âge**, il n'existe **pas de différence significative** entre le groupe des patients qui font confiance et celui des patients qui ne font pas confiance à

l'interne autonome (Cochran-Armitage Trend Test $p=0.13$). Toutefois, nous observons les **tendances** suivantes :

- les patients qui ne font pas confiance sont composés à 32% de patients de 18 à 30 ans alors que les patients qui font confiance ne sont composés qu'à 16% par ceux-ci,
- les patients qui ne font pas confiance sont composés à 12% de patients de 60 à 75 ans alors que les patients qui font confiance sont composés à 20,2% par ceux-ci.

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Age	N(%)	18-30	8 (32.0)	57 (16.0)	Cochran-Armitage Trend Test	0.13
		30-45	8 (32.0)	118 (33.1)		
		45-60	4 (16.0)	85 (23.9)		
		60-75	3 (12.0)	72 (20.2)		
		>75	2 (8.0)	24 (6.7)		
		Données manquantes	0	0		

Pour le **sexe**, le groupe des patients qui ne font pas confiance est composé à 52% d'hommes contre 30,3% dans le groupe des patients qui font confiance. Cette différence est statistiquement significative (Test : Khi-Deux, $p=0.025$).

Les femmes font donc plus confiance à l'interne autonome que les hommes.

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Sexe	N(%)	Femme	12 (48.0)	248 (69.7)	Test : Khi-Deux	0.025
		Homme	13 (52.0)	108 (30.3)		
		Données manquantes	0	0		

Pour les **différentes catégories socioprofessionnelles**, il n'existe **pas de différences significatives** entre le groupe de patients qui fait confiance à l'interne autonome et celui qui ne lui fait pas confiance. Toutefois, nous pouvons observer la **tendance** suivante :

- les patients actifs représentent 52,8% des patients du groupe qui fait confiance à l'interne contre 41,7% dans le groupe qui ne fait pas confiance,
- les patients sans activité professionnelle représentent 33,3% des patients du groupe qui ne fait pas confiance contre 17,4% du groupe qui fait confiance.

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Profession	N(%)	actif	10 (41.7)	188 (52.8)	Test : Fisher exact	0.30
		étudiant	0 (0.0)	9 (2.5)		
		retraité	6 (25.0)	97 (27.2)		
		sans activité	8 (33.3)	62 (17.4)		
		Données manquantes	1	0		

Selon la **fréquence de consultation**, il n'existe **pas de différences significatives** entre le groupe de patients qui fait confiance à l'interne et celui qui ne le fait pas. Nous pouvons tout de même observer la tendance suivante :

- les patients qui ne consultent qu'une fois par an représentent 20,8% dans le groupe des patients qui ne font pas confiance contre 6,8% dans le groupe de ceux qui font confiance.

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Fréquence de consultation	N(%)	Première consultation	0 (0.0)	2 (0.6)	Cochran-Armitage Trend Test	0.95
		Une fois par an	5 (20.8)	24 (6.8)		
		Une fois par trimestre	8 (33.3)	180 (50.8)		
		Une fois par mois	6 (25.0)	102 (28.8)		
		Plus d'une fois par mois	5 (20.8)	46 (13.0)		
		Données manquantes	1	2		

Il n'existe pas de différence significative entre le fait que le médecin consulté soit le médecin traitant ou non et la confiance accordée à l'interne autonome.

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Médecin traitant	N(%)	non	2 (8.0)	35 (9.8)	Test : Fisher exact	1.00
		oui	23 (92.0)	321 (90.2)		
		Données manquantes	0	0		

En revanche, les patients qui ont déjà été pris en charge par un interne lui font statistiquement plus confiance (92,9% contre 76%, test : Fisher exact, p=0.011).

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Prise en charge par un interne	N(%)	non	6 (24.0)	25 (7.1)	Test : Fisher exact	0.011
		oui	19 (76.0)	329 (92.9)		
		Données manquantes	0	2		

Les patients qui ont déjà rencontré un interne à la fois à l'hôpital et dans le cabinet sont statistiquement plus représentés dans le groupe qui fait confiance (51,9%) que dans celui qui ne fait pas confiance (15,8%).

Les patients qui n'ont rencontré d'interne qu'à l'hôpital sont statistiquement plus représentés dans le groupe qui ne fait pas confiance (26,3%) que dans celui qui fait confiance (7,8%). (Test Fisher exact, p=0,001)

Variables			Confiance		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Structure	N(%)	Interne rencontré à l'hôpital	5 (26.3)	25 (7.8)	Test : Fisher exact	0.001
		rencontré dans le cabinet	11 (57.9)	130 (40.4)		
		rencontré à l'hôpital et dans le cabinet	3 (15.8)	167 (51.9)		
		Données manquantes	6	34		

2. ASSOCIATION DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES AVEC LA SATISFACTION DU PATIENT SUR L'ACCUEIL D'UN INTERNE PAR SON MÉDECIN

Nous avons voulu déterminer quels étaient les patients qui n'étaient pas satisfaits que leur médecin traitant accueille des internes.

Pour l'analyse, à la question « Êtes-vous satisfait que votre médecin accueille des internes ? », nous avons regroupé les réponses « non » avec les réponses « ne se prononce pas » qui pouvaient constituer un « non » déguisé.

Pour les **différentes classes d'âge**, l'analyse ne retrouve **pas de différences significatives** entre les patients satisfaits et ceux qui ne le sont pas. (Cochran-Armitage Trend Test, $p = 0.19$).

Toutefois, nous pouvons observer la **tendance suivante** avec une répartition un peu plus importante de patients jeunes dans les « non satisfaits », 19,5% vs 16,5% pour les 18-30 ans, 36,6% vs 32,8% chez les 30-45 ans et 29,3% vs 22,4% chez les 45-60 ans. A contrario, la proportion de patients plus âgés est un peu plus importante chez les patients « satisfaits », 28,6% vs 17,1% chez les 60-75 ans et 7% vs 4,9% chez les plus de 75 ans.

Variable			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non ou se prononce pas) N=41	1 (oui) N=344	Test	pvalue
Âge	N(%)	18-30	8 (19.5)	57 (16.6)	Cochran-Armitage Trend Test	0.19
		30-45	15 (36.6)	113 (32.8)		
		45-60	12 (29.3)	77 (22.4)		
		60-75	4 (9.8)	73 (21.2)		
		>75	2 (4.9)	24 (7.0)		
		Données manquantes	0	0		

Pour le **sexe**, le groupe des patients satisfaits est composé à 68,9% de femmes contre 61% de femmes dans le groupe des patients qui ne le sont pas. **Cette différence n'est pas statistiquement significative** (Test : Khi-Deux, $p=0.3$), mais indique une tendance.

Variables			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Sexe	N(%)	Femme	25 (61.0)	237 (68.9)	Test : Khi-Deux	0.30
		Homme	16 (39.0)	107 (31.1)		
		Données manquantes	0	0		

Pour les **différentes catégories socioprofessionnelles**, il n'existe **pas de différences significatives** entre le groupe de patients qui est satisfait par le fait que le médecin traitant accueille des internes et le groupe de ceux qui ne l'est pas.

Variables			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Profession	N(%)	actifs	22 (53.7)	176 (51.3)	Test : Fisher exact	0.26
		étudiants	1 (2.4)	8 (2.3)		
		sans activité	7 (17.1)	98 (28.6)		
		retraités	11 (26.8)	61 (17.8)		
		Données manquantes	0	1		

Il n'existe pas de **différences statistiquement significatives entre la fréquence de consultation et la satisfaction des patients.**

Nous pouvons tout de même noter la **tendance** suivante : dans le groupe de ceux qui ne sont pas satisfaits, 17,1% de patients ne consultent qu'une fois par an alors qu'ils sont 6,7% dans le groupe de ceux qui sont satisfaits.

Variables			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Fréquence de consultation	N(%)	Première consultation	1 (2.4)	1 (0.3)	Cochran-Armitage Trend Test	0.43
		Une fois par an	7 (17.1)	23 (6.7)		
		Une fois par trimestre	15 (36.6)	175 (51.3)		
		Une fois par mois	12 (29.3)	97 (28.4)		
		Plus d'une fois par mois	6 (14.6)	45 (13.2)		
		Données manquantes	0	3		

Les patients qui ont déjà été pris en charge par un interne représentent 92,7% du groupe de ceux qui sont satisfaits que leur médecin accueille ce dernier contre 80,5% dans le groupe de ceux qui ne le sont pas. Les patients qui n'ont jamais été pris en charge par un interne représentent 24% du groupe des non satisfaits contre 7,1% du groupe satisfait.

Ces relations sont statistiquement significatives. (test : Fischer exact, p=0,011)

Variables			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Prise en charge par un interne	N(%)	non	8 (19.5)	25 (7.1)	Test : Fisher exact	0.011
		oui	33 (80,5)	317 (92.7)		
		Données manquantes	0	2		

Il n'y a **pas de lien statistiquement significatif entre la satisfaction du patient que son médecin accueille un interne et le lieu dans lequel ils en ont déjà rencontré un (hôpital, cabinet, hôpital et cabinet)** mais on observe les tendances suivantes :

- les patients qui ont déjà rencontré un interne à la fois à l'hôpital et dans le cabinet sont plus représentés dans le groupe des patients qui sont satisfaits (50,2%) que dans le groupe de ceux qui ne le sont pas (45,4%).

- les patients qui n'ont rencontré d'interne qu'à l'hôpital sont statistiquement plus représentés dans le groupe des patients qui ne sont pas satisfaits (15,2%) que dans celui des patients qui le sont (8,1%).

Variables			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Structure	N(%)	Interne rencontré à l'hôpital	5 (15.2)	25 (8.1)	Test : Fisher exact	0.39
		rencontré dans le cabinet	13 (39.4)	129 (41.7)		
		rencontré à l'hôpital et dans le cabinet	15 (45.5)	155 (50.2)		
		Données manquantes	8	35		

La fréquence de consultation avec l'interne qui varie de « parfois » à « souvent » n'induit **pas de différence significative** de répartition des patients entre le groupe de ceux qui sont satisfaits que le médecin accueille des internes et le groupe de ceux qui ne le sont pas.

Variables			Satisfaction		Comparaison des groupes	
Nom	Unité	Modalités	0 (non) N=25	1 (oui) N=356	Test	pvalue
Fréquence de la consultation patient/interne	N(%)	parfois	23 (82.1)	239 (82.7)	Test : Fisher exact	1.00
		souvent	5 (17.9)	50 (17.3)		
		Données manquantes	13	55		

C. ANALYSES DE CORRESPONDANCES MULTIPLES (ACM)

1. CORRESPONDANCES ENTRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LES ÉTUDES ET LA FORMATION DE L'INTERNE

L'ACM permet une classification hiérarchique en cluster.

La première ACM a été réalisée pour essayer de déterminer s'il existait certains profils de patients possédant de meilleures connaissances sur les études et la formation médicale de l'interne. (Annexe 3)

Les variables « âge », « sexe », « profession », « fréquence de consultation », « médecin traitant », « antériorité de prise en charge par un interne » et « antériorité de prise en charge par un interne dans le cabinet habituel » (variables 1 à 7) ont été croisées avec les variables « positionnement dans le cursus », « nombre d'années d'études avant d'être interne », « durée de l'internat », « formation pratique », « formation théorique », « cours dispensés par la faculté », « cours dispensés par le médecin généraliste » et « rémunération » (variable 8 à 14).

Sur l'ensemble des questionnaires (385), 245 possédaient des données complètes pour l'ensemble des variables sus citées. L'analyse a mis en évidence 4 clusters, dont un qui ne se compose que de 2 patients et qui est donc ininterprétable. Les 3 autres clusters forment des groupes d'individus homogènes, ou plutôt rassemblent les patients en groupe d'affinités statistiques sur les variables indiquées.

La première ACM retrouve des correspondances de variables mais aucune ne concerne les données épidémiologiques des patients (variables 1 à 7).

Il semble donc qu'on ne puisse pas associer de profils sociodémographiques de patients avec les connaissances de ceux-ci sur les études médicales et la formation de l'interne.

2. CORRESPONDANCES ENTRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LES COMPÉTENCES DE L'INTERNE

La deuxième ACM a été réalisée pour essayer de déterminer s'il existait des profils de patients qui possédaient de meilleures connaissances sur les compétences de l'interne. Les mêmes variables sur les données épidémiologiques (variables 1 à 7) ont été croisées avec les variables « examen seul », « prescription », « certificat » et « actes techniques ». (Annexe 4)

L'analyse était réalisée sur 334 questionnaires dont les données étaient complètes pour ces variables.

L'analyse a mis en évidence 4 clusters de respectivement 143, 122, 34 et 35 individus.

Dans le **cluster 1**, les patients qui pensent que l'interne peut réaliser les mêmes certificats que le médecin sont surreprésentés (96,5% dans ce cluster contre 50,6% dans la population générale de l'analyse), les patients qui pensent que l'interne peut réaliser les mêmes actes techniques sont également surreprésentés (93,01% contre 51,20%), ainsi que ceux qui accordent à l'interne les mêmes droits de prescription que le médecin (89,51% contre 67,07%) et ceux qui estiment que l'interne peut examiner seul (96,5% contre 89,82%). Ce cluster retrouve également une surreprésentation des patients âgés de 45 à 60 ans (30,77% contre 23,35%) et une sous-représentation des patients âgés de 18 à 30 ans (6,29% contre 16,77%). Enfin, les professions libérales sont surreprésentées dans ce cluster (3,5% contre 1,5%).

Ensuite, dans le **cluster 2**, les patients qui pensent que l'interne ne peut réaliser que certains actes techniques sont surreprésentés (72.13% contre 28.74%), comme ceux qui pensent que l'interne ne peut réaliser que certains certificats (73.77% contre 30.84%) et ceux qui considèrent que la prescription de l'interne est limitée (22.95% contre 13.17%). Les patients les plus jeunes (18-30 ans) sont plus présents dans ce groupe (25.41% contre 16.77%) ainsi que les patients sans activité (23.77% contre 17.96%).

Dans le **cluster 3**, sont surreprésentés les patients qui ne savent pas si l'interne peut réaliser des certificats (88.24% contre 13.47%), ceux qui ne savent pas si l'interne peut réaliser des actes techniques (91.18% contre 16.17%), ceux qui ne savent pas ce que l'interne peut prescrire (67.65% contre 11.38%). On retrouve dans ce cluster un grand nombre de retraités (41.18% contre 25.75%).

Enfin, dans le **cluster 4**, sont surreprésentés les patients qui pensent que l'interne ne peut pas prescrire de médicaments (62.86% contre 8.38%), ceux qui estiment que l'interne ne peut pas réaliser de certificats (42.86% contre 5.09%), ceux qui considèrent que l'interne ne

peut pas réaliser d'actes techniques (37.14% contre 3.89%) et ceux qui croient que l'interne ne peut pas examiner seul (40.00% contre 10.18%). On retrouve dans ce cluster des patients qui n'ont croisé l'interne qu'à l'hôpital (20.00% contre 8.08%), des patients qui ne consultent qu'une fois par an (17.14% contre 6.89%) et enfin des étudiants (8.57% contre 2.40%).

3. CORRESPONDANCES ENTRE LES COMPÉTENCES SUPPOSÉES DE L'INTERNE PAR LES PATIENTS, LEUR INTERLOCUTEUR PRÉFÉRÉ ET LA CONFIANCE ACCORDÉE À L'INTERNE

La troisième et dernière ACM avait pour but de croiser les variables correspondantes aux compétences de l'interne (« examen seul », « prescription », « certificat » et « actes techniques ») avec les variables correspondantes à l'interlocuteur préféré des patients (médecin traitant, interne ou absence de préférence) pour leurs consultations ou celles de leurs enfants et la confiance accordée à l'interne.

L'analyse conserve 278 patients aux données complètes pour les variables sus citées et retrouve 4 clusters contenant respectivement 108, 123, 10 et 37 patients.

Dans le **cluster 1**, sont surreprésentés les patients qui pensent que l'interne peut réaliser tous les certificats (96.30% contre 47.48%), ceux qui estiment que l'interne peut réaliser les mêmes actes techniques que le médecin généraliste (95.37% contre 49.64%), ceux qui considèrent que l'interne a les mêmes droits de prescription que le médecin (89.81% contre 61.87%) et ceux qui pensent que l'interne peut examiner seul (97.22% contre 88.49%). Ce cluster retrouve des patients qui font « tout à fait » confiance à l'interne (50.93% contre 37.05%), et qui n'ont pas de préférence concernant la prise en charge de leur(s) enfant(s) (61.11% contre 48.56%) ou leur propre prise en charge (63.89% contre 53.96%).

Le **cluster 3**, bien que de faible effectif, retrouve une surreprésentation des patients qui pensent que l'interne ne peut pas réaliser d'actes techniques (100% contre 3.60%) et ceux qui estiment que l'interne ne peut pas prescrire (30% contre 7,55%). Ces variables sont associées avec une surreprésentation de la préférence du médecin traitant dans la prise en charge de leur(s) enfant(s) (90% contre 50.72%).

Les **clusters 2** et **4** ne mettent pas en évidence de correspondances entre les variables qui concernent les compétences et celles qui concernent la préférence et la confiance.

IV. DISCUSSION

A. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. LIEU DE L'ÉTUDE

L'étude a permis de recueillir 385 questionnaires dont 262 dans le cabinet du Dr Knockaert (cabinet 1), 71 dans le cabinet du Dr Henry (cabinet 2) et 52 dans le cabinet du Dr Cournoyer (Cabinet 3). **Cette inégalité de répartition des questionnaires recueillis s'explique par l'agencement et l'activité des différents cabinets.**

Le cabinet 1 est composé de trois bureaux avec trois praticiens différents ce qui engendre un plus grand afflux de patients. Il bénéficie également d'un secrétariat sur place, ouvert, face à l'entrée du cabinet, avec une large amplitude horaire (8h-17h30). Les secrétaires ont proposé oralement le questionnaire aux patients venant consulter leur médecin.

Le cabinet 2 se compose également d'un secrétariat sur place mais celui-ci est dans un bureau fermé dont les patients n'ouvrent pas nécessairement la porte et dont l'amplitude horaire est réduite à la matinée.

Enfin, le médecin du cabinet 3 travaille seul et sans secrétariat.

2. ÂGE

La répartition des patients de l'étude n'est pas comparable avec les résultats de l'étude de la DREES (Direction de Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques) sur les consultations et visites des médecins généralistes [26]. La DREES prend en compte l'ensemble des consultations (y compris les patients mineurs) et regroupe les personnes les plus âgées dans un groupe d'âge supérieur à 70 ans.

Dans notre étude, **la dernière tranche d'âge a été définie à plus de 75 ans** puisqu'aujourd'hui, il est usuel en médecine et en gériatrie de considérer une personne comme « âgée » à partir de 75 ans.

Toutefois, la population étudiée comporte **moins de personnes âgées avec seulement 6,8% de patients de plus de 75 ans** contre 28% de plus de 70 ans dans l'étude de la DREES. Cela s'explique par le fait que les personnes les plus âgées ne se déplacent plus au cabinet et sont pour la plupart consultées en visites au domicile.

3. SEXE

Concernant le sexe des patients interrogés, plus de **deux tiers sont des femmes (68,1%)**.

Or, selon l'étude précitée de la DREES, 55% des actes des médecins généralistes (consultations et visites) concernent des femmes.

Par ailleurs, la *Revue du Praticien* publiait également en juin 2004 une répartition avec 55% de femmes pris en charge en médecine générale. [27]

Ainsi, **la population de notre étude est surreprésentée en femmes**. L'explication de cette différence semble résider dans le fait que **les enfants sont plus souvent accompagnés de leurs mères au cabinet** et que celles-ci ont donc répondu au questionnaire. Dans l'étude précédemment citée [27], la consultation du nourrisson représentait 6,6% des actes, celle de l'enfant 10,3% et celle de l'adolescent 9,6%.

Le Dr Camille Macault, dans son étude sur l'état des connaissances des patients sur l'interne de niveau 1 [18], faisait le même constat avec également près de deux tiers de femmes (63%).

4. FRÉQUENCE DE CONSULTATION, DURÉE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET RENCONTRE AVEC L'INTERNE

Les résultats de notre étude montrent que **la plupart des patients (91,6%) qui ont répondu au questionnaire consultent au moins 4 fois par an dans le cabinet de leur médecin traitant**. Les patients sont liés à ce dernier depuis environ **9 années** en moyenne. De ce fait, **la probabilité pour les patients d'avoir été pris en charge au moins une fois par un interne est donc importante (91,4%)**.

Le Dr Cécilia Bourteel [6] retrouvait des chiffres comparables avec une durée moyenne de 9 années concernant la relation médecin-patient et un pourcentage de 71% de patients qui ont déjà été pris en charge par un interne en SASPAS.

Dans son étude, le Dr Jaglale-Letniowski [13] avait pour résultat 44% des patients qui avaient déjà consulté l'interne seul. Son travail incluait les internes de niveau 1 et les internes de SASPAS, or les internes de N1 travaillent moins souvent en autonomie que les internes en SASPAS.

L'interne a, par ailleurs, déjà été également rencontré en milieu hospitalier pour la moitié des patients de l'étude (49,7%).

B. STATUT DE L'INTERNE

Dans la littérature, la plupart des études mentionnent une **confusion des patients sur le statut de l'interne**.

En 2011, dans son étude sur l'interne en cabinet de médecine générale *Opinion et critères de jugement des patients*, le Dr Chrislène Massat Ariscot [12] mettait en évidence « qu'aucun patient ne savait qui [l'interne] était vraiment. L'interne pouvait aussi bien être un étudiant de 2e année qu'un médecin. Ses compétences et ses capacités étaient encore plus floues. »

Dans son étude *Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale*, le Dr Aurore Cuvelier [8] indique que l'interne est parfois considéré comme « un médecin de remplacement ».

Le Dr Aurélie Guidez, dans son travail *Attentes des patients envers le stage en médecine générale. [...] [7]*, constatait également que les patients ne connaissaient pas le niveau d'étude de l'interne et qu'il existait une confusion entre l'interne autonome et le remplaçant.

Le Dr Mathilde Sass, dans son étude sur *La consultation, patient-médecin-interne, en stage niveau 1 de médecine générale : étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes – Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient*. [9], mettait en évidence une méconnaissance des patients sur le statut de l'interne.

Dans notre étude, les patients ont une **connaissance globale du fonctionnement des études médicales relativement correcte** puisque 68,6% estiment que l'interne termine ses études médicales, 69% qu'il a choisi sa spécialité, 51,3% estiment à 6 années d'études le niveau d'étude pour devenir interne.

Il en est de même pour la **formation théorique** dont l'interne bénéficie qui est globalement correcte puisque 56,3% des patients indiquent que l'interne bénéficie de cours dispensés par la faculté et 47,4% que l'interne bénéficie de cours dispensés par le médecin généraliste.

Par contre, **la durée de l'internat de médecine générale** est largement méconnue avec **seulement 17,3% de patients qui ont indiqué 3 années d'études**.

Il en est de même pour la **formation pratique composée minoritairement de stages en cabinet pour 17% des patients.**

A noter que 44,5% des patients de l'étude estiment que la formation de l'interne est majoritairement ambulatoire ce qui s'oppose aux résultats de l'étude du Dr Chrislène Massat Ariscot qui, en 2011, constatait que « tous les patients interrogés pensaient que l'interne travaillait exclusivement dans un hôpital alors qu'ils sortaient d'une consultation réalisée par un interne au cabinet. » [12]

La rémunération de l'interne est aussi une grande inconnue pour les patients avec seulement 9,7% de réponses correctes.

Cela peut s'expliquer par le fait que dans notre société française, le sujet de la rémunération est souvent **tabou**. Le Dr Clément Bousson dans son enquête sur la rémunération des médecins généralistes [28] s'est heurté à un important taux de non réponse (24%) concernant la communication des bénéfices annuels alors qu'il s'agissait d'un travail anonyme, fait par un (futur) médecin pour d'autres médecins. Ce tabou découle en partie de notre héritage culturel catholique qui loue la pauvreté et dénigre l'argent, mais aussi de nos racines paysannes comme le décrit Janine Mossuz-Lavau, directrice de recherche au CEVIPOF (Centre de recherches politiques de Sciences Po) et auteure de *L'Argent et nous* [29] et qui écrit « on retrouve les racines de cette pudeur dans notre passé paysan. À l'époque, les agriculteurs cachaient leurs économies pour éviter de se les faire voler, tout ce qui entourait l'argent était donc secret. »

L'autre axe d'explication est le **remboursement des frais de santé** dans notre système de soin. La préoccupation du patient est de s'assurer d'avoir été remboursé des honoraires déboursés plutôt que de savoir comment est rémunéré l'interlocuteur.

Pour une majorité de patients, l'interne termine donc ses études, a déjà choisi sa spécialité et bénéficie encore d'une formation théorique mais les détails sur l'organisation des études médicales (durée du cursus, durée de l'internat, répartition formation hospitalière/formation ambulatoire, formation théorique dispensée par la faculté et par les médecins, et la rémunération) sont très largement méconnus.

Enfin, notre étude n'a **pas mis en évidence de profils sociodémographiques de patients aux connaissances différentes** sur les études médicales et la formation de l'interne.

C. COMPÉTENCES DE L'INTERNE AUTONOME

Dans notre étude, **les capacités de l'interne autonome sont quant à elles bien connues des patients.**

Par comparaison, le Dr Christlène Massat Ariscot [12] indiquait que les compétences et les capacités de l'interne étaient des notions floues.

L'interne peut les **examiner seul selon 88,7%** d'entre eux.

Il **peut prescrire selon 78%** d'entre eux, répartis entre ceux qui estiment une prescription limitée (13,6%) et ceux qui estiment une prescription totale (64,4%).

Il **peut réaliser des certificats selon 77,2%** d'entre eux, répartis entre ceux qui estiment que la réalisation de certificats est restreinte (29,9%) et ceux qui estiment que l'interne peut réaliser les mêmes certificats que le médecin (47,3%).

Il **peut réaliser des actes techniques selon 77,3%** d'entre eux, répartis entre ceux qui estiment que les actes techniques sont toutefois restreints (28,3%) et ceux qui estiment que l'interne peut réaliser les mêmes actes techniques que le médecin (49%).

Pour environ 4 patients sur 5, l'interne peut donc examiner seul, prescrire, pratiquer des actes techniques et réaliser des certificats.

Les compétences de l'interne forment une entité beaucoup plus **concrète** pour le patient qui, au fur et à mesure des consultations avec celui-ci, découvre ses compétences.

De plus, le patient est directement concerné par les compétences de l'interne puisque celles-ci déterminent la prise en charge. Le patient est donc plus attentif et curieux sur le sujet.

Les analyses de correspondances multiples permettent de mettre en évidence chez les patients **une association logique entre les différentes compétences accordées à l'interne**, à savoir que le patient qui estime que l'interne ne peut pas réaliser d'examen seul, estime qu'il ne peut pas non plus prescrire, ni réaliser de certificats ou d'actes techniques. A contrario, les patients qui estiment que l'interne peut prescrire comme le médecin, estiment également qu'il peut réaliser les mêmes certificats et les mêmes actes techniques.

Il ressort aussi de l'analyse que **les 45-60 ans et les professions libérales accordent plus de compétences à l'interne. Les jeunes et les sans emplois, quant à eux, lui attribuent des compétences plus limitées. Les patients qui ne connaissent pas les compétences de l'interne sont plutôt les retraités.**

Les étudiants, les patients qui n'ont vu l'interne qu'à l'hôpital et ceux qui fréquentent peu le cabinet vont plutôt ne donner aucune compétence à l'interne.

D. CONFUSION INTERNE AUTONOME-REEMPLACANT

Dans notre étude quantitative, **la différence entre interne et remplaçant semble être connue pour 58,3% des patients.**

La confusion entre SASPAS et médecin remplaçant existe et est décrite également dans plusieurs études [7-8]. Dans notre enquête, 29,3% des patients ne connaissent pas la différence entre les deux et 12,4% des patients qui pensent qu'il n'existe pas de différence entre les deux.

E. RESENTI

1. PRÉFÉRENCE

Près d'un patient sur deux (47,8%) n'a pas de préférence entre consulter un interne de médecin générale ou leur médecin traitant.

Quand on connaît l'attachement que portent les patients pour leur médecin généraliste, ce résultat est inattendu. Le résultat est comparable quand la consultation a trait aux enfants (47,6%).

Ces résultats peuvent s'expliquer par les éléments suivants :

Les patients font **confiance à l'interne (93,5%)** principalement car **ils font confiance à leur médecin généraliste (70,5%)** et parce que **l'interne dispose des compétences pour (63,6%)**.

Le fait que la consultation avec l'interne puisse être réévaluée n'est pas l'élément qui permet le plus au patient de faire confiance (27,7%) probablement car il estime que la réévaluation n'est pas systématique (« parfois » et « jamais » regroupent 54,5% des réponses).

2. RÉÉVALUATION

Une très grande partie des patients (90,5% des patients) pense qu'il existe une réévaluation et 68,5% pensent qu'elle a « toujours » ou « souvent » lieu.

Ce résultat est comparable avec celui du Dr Cécilia Bourteel [6] qui retrouvait 91% de patients qui estiment qu'il existe une réévaluation.

Le Dr Elisabeth Vallée [5] proposait de mettre en valeur le débriefing entre le médecin et son interne autonome et la possibilité de joindre le médecin si nécessaire. Il semble que cela soit chose faite dans l'UPL 13.

Le Dr Elisabeth Vallée, toujours, souligne des attentes très variées des patients quant à la réévaluation de la consultation qui est « normale » pour certains et « inutile » pour d'autres, celles-ci pouvant être mises en parallèle avec leurs motifs de consultation.

En tout cas, **l'existence d'une réévaluation rassure les patients.**

3. CONFIANCE

La confiance accordée à l'interne autonome par les patients est donc excellente (93,5%) et est comparable aux données de la littérature. [5]

Elle est accordée car **les patients font confiance avant tout à leur médecin traitant (70,5%)**, comme également mis en évidence par le Dr Cécile Letniowski Jaglade [8], et car ils estiment **l'interne compétent (63,6%)**, comme mis en évidence par les Dr Aurore Cuvelier [13] ou Elisabeth Vallée [5], dans le travail de laquelle, l'interne est qualifié de « compétent et professionnel ».

Sur les 25 patients qui ne font pas confiance à l'interne autonome (22 « non pas vraiment » et 3 « non pas du tout ») seulement 8 d'entre eux ont exprimé leurs raisons qui sont surtout le manque de compétence (50%) et l'absence de réévaluation (50%).

Le manque de justification des patients qui ne font pas confiance est une déception car ces informations auraient été précieuses.

Les analyses bivariées ont mis en évidence une tendance concernant l'âge et la confiance accordée à l'interne, **il semble que les patients les plus jeunes 18-30 ans fassent moins confiance à l'interne et à l'inverse, les 60-75 font plus confiance.**

Ces tendances peuvent être mise en relation avec la **modification de la perception du médecin généraliste** (interne comme médecin traitant) qui reste un notable chez les personnes plus âgées qui vont le consulter pour obtenir un diagnostic, tandis que les jeunes

génération, avec l'utilisation d'internet notamment, vont, dans un premier temps, faire des recherches et venir obtenir une confirmation d'un autodiagnostic. Jacques Roland [30] décrivait déjà en 2007 « Le médecin traitant a donc perdu l'exclusivité de la fourniture et de la détention des informations qui concernent le citoyen-patient. Le malade, dès le début de son affection ou aux débuts de celle-ci a donc toute occasion de recueillir ailleurs que chez son médecin un certain nombre d'informations qui lui permettront d'établir un autodiagnostic. »

Dans l'étude GERMS de 2017 [31], il est décrit que « **la génération Y** » (**moins de 35 ans**), **a moins confiance en leur médecin que leurs aînés.**

Ces résultats sont comparables avec ceux retrouvés dans les études [12-13], où la confiance des jeunes générations est plus faible vis-à-vis de l'interne.

Dans son étude [32] sur l'impact d'internet dans la relation médecin-patient en médecine générale, le Dr Floriane Dumont met également en évidence une confiance diminuée des jeunes générations vis-à-vis de l'internet Santé. Celle-ci propose comme hypothèse qu'**un esprit critique peut être plus grand chez les jeunes générations.**

Les femmes font plus confiance à l'interne autonome que les hommes.

Une tendance met également en évidence des patients actifs plus nombreux dans le groupe des patients qui font confiance à l'interne que dans le groupe de ceux qui ne lui font pas confiance, et des patients inactifs plus nombreux, eux, dans le groupe qui ne fait pas confiance. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que certains inactifs sont déconnectés du monde du travail et perdent de ce fait leur confiance en eux et en leurs capacités professionnelles. Un transfert peut alors avoir lieu vis-à-vis des compétences de l'interlocuteur.

Le nombre de rencontres entre le patient et l'interne augmente la confiance du premier envers le second. En effet, les patients qui ont déjà été pris en charge par un interne lui font statistiquement plus confiance.

La confiance envers l'interne autonome est diminuée si l'interne n'a été rencontré qu'à l'hôpital alors qu'elle est augmentée s'il a déjà été rencontré en cabinet et à l'hôpital. Ce résultat est logique et s'étend au delà même de la composante médicale, l'humain se méfiant plus de l'inconnu.

4. CONFIDENCE

25,5% des patients n'osent pas aborder certains sujets.

Dans la littérature, les consultations d'ordre gynécologique et psychiatrique sont celles qui posent le plus de difficultés aux patients dans l'étude du Dr Camille Macault [18] et celles concernant les situations mettant en jeu le pronostic vital, les situations médicales complexes qui s'étendent sur la durée, la souffrance psychologique et les situations concernant des proches sont celles qui freinent les patients dans l'étude du Dr Elisabeth Vallée [5].

5. SATISFACTION

Les patients sont très majoritairement satisfaits (89,4%) que leur médecin accueille des internes. Si l'on ne prend pas en compte les patients qui « ne se prononcent pas », cette satisfaction grimpe à 98,3%. Ces données sont comparables avec celles de la littérature.

Le Dr J-P Rivière [33] mettait en évidence que 95% des patients qui avaient consulté l'interne seul déclaraient que la consultation qu'ils avaient eu avait « oui complètement » ou « oui en partie » répondu à leurs « attentes ».

Le Dr Xavier Beaujouan [14] indiquait que 100% des patients avaient répondu « oui » à la question « êtes-vous globalement satisfait de la consultation effectuée par l'interne ? ».

Le Dr Cécile Letniowski Jaglade [13] retrouvait une satisfaction de 87 et 93% des patients pris en charge par l'interne seul et par la paire médecin traitant-interne. 100% des patients se sont sentis bien accueillis par l'interne contre 96,5% par leur médecin habituel.

Le Dr Aurore Cuvelier [8] précisait que « 99,5% des patients ont pu expliquer librement à l'interne toutes les raisons qui les ont amenés à consulter contre 94% à leur médecin habituel, 98% des patients jugent que l'examen de l'interne était adapté contre 93% pour leur médecin habituel, 97,5% des patients sont satisfaits des explications de l'interne contre 93,5% pour les explications de leur médecin habituel et 99% des patients sont satisfaits des prescriptions de l'interne contre 94,5% de satisfaction pour les prescriptions de leur médecin habituel. »

On peut expliquer ces statistiques en faveur de l'interne par des attentes beaucoup plus élevées de la part des patients envers leur médecin traitant. Leur déception ne peut donc être

que plus grande que celle provoquée par une consultation d'interne de laquelle ils n'attendaient que peu de choses.

Enfin le Dr Vallée [5] rapportait des patients « globalement satisfaits voire très satisfaits ».

Le nombre de rencontres entre le patient et l'interne augmente la satisfaction des patients sur le fait que leur médecin accueille des internes. En effet, les patients qui ont déjà été pris en charge par un interne sont plus satisfaits.

Dans notre ACM, nous pouvons observer la tendance suivante avec une **répartition un peu plus importante de patients jeunes dans les « non satisfaits »**, 19,5% vs 16,5% pour les 18-30, 36,6% vs 32,8% chez les 30-45 ans et 29,3% vs 22,4% chez les 45-60 ans et une **répartition un peu plus importante de patients plus âgés chez les patients « satisfaits »**, 28,6% vs 17,1% chez les 60-75 ans et 7% vs 4,9% chez les plus de 75 ans. Ceci peut être mis en rapport avec les mêmes remarques précédemment indiquées sur la confiance diminuée des jeunes envers l'interne.

Enfin, il existe une association logique entre les compétences dont le patient dote l'interne, la confiance qu'il lui accorde et sa satisfaction sur le fait que son médecin accueille des internes.

6. PERSPECTIVES

Le **stage SASPAS** est considéré pour les patients avant tout comme **un moyen pour l'interne de se former** (89,7%). Le Dr Vallée [5] indiquait aussi que l'intérêt pédagogique était le principal atout du stage de SASPAS pour l'interne.

Le stage est considéré comme **un moyen pour le médecin d'actualiser ses connaissances (34,5%)**, comme également mis en évidence dans le travail du Dr Camille Macault [18] dans lequel les patients expriment l'idée de « nouvelles connaissances » apportées par l'interne.

Le Dr Vallée indiquait qu'il s'agissait du principal atout du stage pour le médecin traitant, à savoir « de mettre à jour ses connaissances, de progresser, et d'être informé des éventuelles évolutions dans l'enseignement ».

Dans la littérature, **le fait pour un médecin généraliste d'être MSU est perçu par ses patients comme un argument en faveur de sa compétence.**

Le Dr Ciabrini [17] mettait en évidence qu'1/3 des patients qu'il avait interrogés déclaraient que la présence d'un interne avait accru leur confiance envers leur médecin traitant.

Le Dr Sarti [34] indiquait que « le statut de MSU valorise le médecin généraliste ».

Le Dr Vallée indiquait également que « la présence des internes au cabinet rassure les patients dans le sens où cela peut être un moyen de **lutte contre la désertification médicale** en facilitant l'installation de jeunes médecins dans les zones plus rurales », notion évoquée par près d'un patient sur deux dans notre étude (48,9%).

Dans notre étude, 2 patients sur 3 indiquent que le stage permet aux internes d'améliorer leurs compétences relationnelles, comme mis en évidence dans l'étude de A. Hurtaud. [4]

Dans la littérature, l'impact du stage de SASPAS sur le délai d'installation en exercice libéral est différent selon les études. Le Dr Wail Bouchi indiquait dans son enquête [35] que le stage de SASPAS « n'a pas d'influence positive sur le délai d'installation dans le Nord Pas-de-Calais. » À l'inverse, pour le Dr Bernard Freche [36], le SASPAS « diminue le délai de passage de la thèse et le délai d'installation. »

F. LIMITES DE L'ETUDE

Le principal biais de cette étude est l'**effectif**.

En effet, l'étude n'a été réalisée que dans **une seule UPL**, ce qui limite l'extrapolation des résultats mis en évidence à d'autres UPL.

De plus, la **composition de sous groupes** selon l'âge, le sexe ou les catégories socioprofessionnelles diminuent fortement les effectifs et **limite aussi le poids des analyses comparatives**.

G. POINTS FORTS

Déjà citée dans les points faibles, la **réalisation de l'étude dans une seule UPL** peut également être considérée comme un point fort puisque le nombre de questionnaires recueillis permet une analyse moins étendue mais plus approfondie.

Autre élément favorable, l'étude est **centrée sur le patient** et non sur l'interne ou le médecin. La rapidité du retour des questionnaires montrent la curiosité des patients et leur volontarisme dès lors qu'on leur prête de l'attention.

Contrairement à l'étude du Dr Cuvelier, par exemple, qui indiquait un biais de sélection avec une évaluation des patients qui venaient de rencontrer l'interne, notre enquête s'est déroulée sur une période qui a permis d'interroger l'ensemble des patients du cabinet à savoir ceux qui venaient consulter le médecin ou l'interne autonome et donc d'inclure les patients plus réticents à la rencontre de l'interne. **Le panel est donc plus représentatif** des différentes patientèles.

L'**anonymat** des patients a été respecté.

Enfin, les trois cabinets de l'UPL 13 ont des localisations géographiques et des modes d'exercices très différents. Le cabinet 1 est un **cabinet urbain** avec une patientèle plutôt défavorisée, le cabinet 2 est un **cabinet semi-urbain** avec une patientèle un peu plus aisée et le cabinet 3 est un **cabinet rural**.

CONCLUSION

L'étude réalisée dans l'UPL 13 met en évidence une connaissance globale des patients tout à fait satisfaisante du statut de l'interne et de ses compétences.

L'étude montre surtout que les patients ont une connaissance meilleure des capacités et compétences de l'interne que du contenu de sa formation. Les patients apprennent à connaître l'interne autonome au fil des consultations et la connaissance du patient est surtout fondée sur l'expérience.

La satisfaction des patients et la confiance envers l'interne sont excellentes et comparables avec les données de la littérature.

L'étude met en évidence une association entre les compétences que le patient attribue à l'interne, la confiance qu'il lui accorde et sa satisfaction sur le fait que son médecin accueille des internes.

Les femmes, les personnes âgées, les actifs mais aussi les personnes qui ont déjà été pris en charge par un interne semblent être les plus enclins à donner leur confiance à l'interne autonome.

Les hommes, les générations les plus jeunes, les patients qui consultent peu le cabinet, les patients qui n'ont été pris en charge par un interne qu'à l'hôpital semblent, *a contrario*, être les patients qui font le moins confiance à l'interne. Une attention toute particulière doit leur être apportée, et une information claire du médecin ou de l'interne lui même doit leur être fournie.

Une meilleure perception de l'interne et de son statut par le patient est indispensable pour améliorer la prise en charge de celui-ci.

En effet, plus le patient aura une confiance comparable à celle qu'il a pour son médecin traitant, plus l'adhésion au projet thérapeutique sera satisfaisante.

Mais il faut aussi se projeter au delà du cabinet de médecine générale qui pour beaucoup de patients représente un lieu familier pour lequel ils n'éprouvent pas d'appréhension particulière. Il n'en est pas de même pour le milieu hospitalier. Or, dans la plupart des établissements hospitaliers, les internes occupent une place prépondérante.

Plus les patients auront « intégré » l'interne en cabinet de médecine générale, plus la relation médicale avec l'interne en milieu hospitalier sera de qualité.

Parce que les patients auront côtoyé des internes dans un environnement souvent connu et

plus convivial (le cabinet de médecine générale), une dédramatisation de l'examen en hôpital avec l'interne participera en partie à la réussite de la prise en charge.

Pour cette raison, tout doit être fait pour que l'interne en cabinet de médecine générale soit clairement défini puis identifié par le patient.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. LE PREMIER MINISTRE. *Décrets no 97-494 et 97-495 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales et décret relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.* Journal Officiel de la République Française n°115 du 18 mai 1997 page 7537-7538.
- [2]. LA MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE, LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, LE MINISTRE DE LA DEFENSE ET LE SECRETAIRE D'ETAT CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. *Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.* Journal Officiel de la République Française n°0100 du 28 avril 2017 texte n° 29
- [3]. SECRET J., SCHUERS M. Impact du SASPAS sur les performances des internes aux ECOS. *Exercer*, 2013, n°106, p58-59.
- [4]. HURTAUD A., ROUILLON F., LORIOT M., FRITSCH J-P. Internes en SASPAS : moins de stress et davantage d'assurance dans la maîtrise des compétences professionnelles. *Exercer*, 2015, n°120, p182-190.
- [5]. VALLEE É. *Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016 : étude qualitative.* Thèse de médecine. Université Bretagne Loire, Rennes, 2017.
- [6]. 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. Université Lille 2 Droit et Santé, Lille, 2015.

- [7]. GUIDEZ A. *Attentes des patients envers le stage en médecine générale. Etude qualitative menée auprès de trois patientées d'une zone sous dotée de Thiérache*. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne, Amiens, 2015.
- [8]. CUVELIER BENHAMIDA A. *Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale*. Thèse de médecine. Université Paris Diderot, Paris, 2013.
- [9]. SASS M. *La consultation, patient-médecin-interne, en stage niveau 1 de médecine générale : étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes – Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient*. Thèse de médecine. Université Paris XI, Paris, 2013.
- [10]. LEMERCIER A. *Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute Normandie*. Thèse de médecine. Université de Rouen, Rouen, 2013.
- [11]. MICAELLI B. *Optimiser la prise en charge de l'interne dans le cadre du stage chez le praticien (niveau 1) : enquête sur la perception de l'interne par les patients*. Thèse de médecine. Université Paris XIII, Paris, 2012.
- [12]. MASSAT ARISCOT C. *L'interne en cabinet de médecine générale : opinion et critères de jugement des patients*. Thèse de médecine. Université François Rabelais, faculté de médecine de Tours, Tours, 2011.
- [13]. JAGLALE LETNIEWSKI C. *L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle*. Thèse de médecine. Université Lille 2 Droit et Santé, Lille, 2009.
- [14]. BEAUJOUAN X. *SASPAS : enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de Créteil en avril 2007*. Thèse de médecine. Université Paris-Est Créteil, Créteil. 2007.

- [15]. CHOUCHYRY T-R., MOOSA A., CUSHING A., BESTWICK J. Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations. *Medical Teacher*, 2006, n°28, p198-203.
- [16]. BUR M. *Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence du stagiaire. Répercussion de sa présence sur la relation médecin-malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin*. Thèse de médecine, Université de Strasbourg, Strasbourg, 2002.
- [17]. 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 médecine. Université Paris XI, Paris, 2002.
- [18]. 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. Université de Poitier, Poitier, 2015.
- [19]. FACULTÉ DE MÉDECINE. *Études médicales*. Disponible sur < <http://medecine.univ-lille.fr/etudes-medicales/?L=234> > (Consulté le 27/10/2019)
- [20]. Articles R6153 du Code de Santé Publique.
- [21]. BONNAVION C. et al. *Guide de l'étudiant en médecine*. ANEMF, 2018-2019.
- [22]. FARGE M. sous la direction de DEGOS C.F. et FRIJA-MASSON J. *Le guide pratique de l'interne en médecine*. Syndicat des internes des hôpitaux de Paris, Edition de janvier 2014.
- [23]. LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé*. Journal Officiel de la République Française n°0151, du 30 juin 2016, texte n° 26.

[24]. LA MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, LE MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ET LE MINISTRE DE LA DEFENSE. *Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne*. Journal Officiel de la République Française n°0120 du 25 mai 2016, texte n° 21.

[25]. Article L4131-2 du Code de Santé Publique.

[26]. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. *Études et Résultats*. DREES, n°315 Juin 2004.

[27]. KANDEL O., DUHOT D., VERY G., LEMASSON J-F., BOISNAULT P., membres de la Société française de médecine générale. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? *Revue du praticien*, juin 2004.

[28]. BOUSSON C., *Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux*. Thèse de médecine. Université de Franche-Comté, juin 2013.

[29]. MOSSUZ-LAVAU J., directrice de recherche au CEVIPOF. *L'Argent et nous*, 2007.

[30]. ROLAND J., *La nouvelle relation médecin-patient et l'avènement de l'autodiagnostic*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2007, 191, no 8, 1491-1496, séance du 6 novembre 2007.

[31]. GERMS (Groupe d'Etudes et de Recherche Marketing et Santé) et les étudiants Master Marketing de la Santé de l'UPMC promotion 2012-2013. *Génération Y et santé, étude de marché* ; 14 mai 2013. Disponible sur < <http://www.mastermarketingsante.com/> >, (consulté le 27/10/2019).

[32]. DUMONT F., *Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient : étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients*. Thèse de médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble, 2013.

[33]. RIVIERE J.P. *Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien*. Thèse de médecine, Université Paris VII, 1998, Paris.

[34]. SARTI R. *Impact du statut de maître de stage universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les Bouches du Rhône*. Thèse de médecine, Université de Aix-Marseille, 2017, Marseille.

[35]. BOUCHI W. *L'installation des jeunes médecins du nord : le SASPAS influence-t-il le délai d'installation ?* Thèse de médecine. Université Lille 2 Droit et Santé, Lille, 2015.

[36]. FRECHE B. e al, Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? *Exercer*, Janvier 2011, n° 95, p21–24.

- Quel âge avez-vous ?
 18-30 ans 30-45 ans 45-60 ans
 60-75 ans > 75 ans
- Vous êtes : un homme une femme
- Quel est votre profession ?
 étudiant retraité sans activité
 ouvrier artisan/commerçant agriculteur
 cadre profession libérale enseignement
 salarié autre
- A quelle fréquence consultez-vous dans ce cabinet ?
 première fois 1 fois par an 1 fois par trimestre
 1 fois par mois plus
- Le médecin consulté ce jour est-il votre médecin traitant ? oui non
 Si oui, depuis combien de temps ? mois/ans (rayer la mention inutile)
- Avez-vous déjà été pris en charge par un interne ? oui non
 Si oui, où ? à l'hôpital dans un cabinet de médecin généraliste les deux
- Si vous avez déjà été pris en charge par des internes dans ce cabinet médical, à quelle fréquence était-ce :
 parfois (moins d'une fois sur deux)
 souvent (plus d'une fois sur deux)
 toujours
- Vous pensez que l'interne de médecine générale :
 débute ses études médicales termine ses études médicales je ne sais pas
- Quel est selon vous le nombre d'années d'études nécessaires pour devenir interne de médecine générale ?
 niveau bac 3 années 6 années 9 années je ne sais pas
- Quelle est selon vous la durée pendant laquelle un interne de médecine générale garde son statut d'interne ?
 1 an 2 ans 3 ans
 4 ans 5 ans autre
 je ne sais pas
- Pensez-vous que la formation pratique de l'interne de médecine générale se compose :
 exclusivement de stages en cabinet médical majoritairement de stages en cabinet médical
 minoritairement de stages en cabinet médical ne se compose pas de stages en cabinet médical
 je ne sais pas
- Pensez-vous que l'interne de médecine générale (plusieurs choix possible) :
 bénéficie d'une formation théorique (cours) dispensée par la faculté de médecine
 bénéficie d'une formation théorique (cours) dispensée par le médecin généraliste avec lequel il travaille
 ne bénéficie pas de cours
 je ne sais pas
- Pensez-vous que l'interne a déjà choisi sa spécialité ? oui non
- Par qui pensez-vous que l'interne de médecine générale est rémunéré ?
 il n'est pas rémunéré car il est encore étudiant par le médecin avec qui il travaille
 par l'hôpital par la sécurité sociale
 selon son activité je ne sais pas

Les questions suivantes concernent l'interne autonome, c'est à dire celui qui n'est pas accompagné par votre médecin au cours de la consultation

- Pensez-vous que l'interne de médecine générale autonome peut vous examiner seul ?
 oui non
- Pensez-vous que l'interne de médecine générale autonome :
 ne peut pas prescrire seul de médicaments
 ne peut prescrire que certains médicaments
 a les mêmes droits de prescription que le médecin généraliste
 je ne sais pas

- Pensez-vous que l'interne de médecine générale autonome :
- ne peut pas réaliser de certificats (accidents de travail, arrêt maladie, MDPH, sport,...)
 - peut en réaliser certains
 - peut tous les réaliser
 - je ne sais pas
- Pensez-vous que l'interne de médecine générale autonome :
- ne peut pas réaliser d'actes techniques (sutures, vaccination, implants, frottis,...)
 - peut en réaliser certains
 - peut réaliser les mêmes actes techniques que votre médecin généraliste
 - je ne sais pas
- Connaissez-vous la différence entre un interne et un remplaçant ?
- oui non il n'y en a pas
- Pensez-vous que l'interne peut effectuer des remplacements ?
- oui non je ne sais pas
- Lors de la prise de RDV, savez-vous si vous serez pris en charge par un interne ? oui non
- Préférez-vous être pris en charge par :
- le médecin traitant un interne pas de préférence
 - Et pour votre (vos) enfant(s) ?
 - le médecin traitant un interne pas de préférence
- Pensez-vous que l'interne autonome a :
- plus de connaissances que le médecin traitant autant de connaissances moins de connaissances
- Pensez-vous que l'interne autonome a :
- plus d'expérience que le médecin traitant autant d'expérience moins d'expérience
- Pensez-vous que votre consultation avec l'interne autonome est ensuite réévaluée entre celui-ci et le médecin ?
- toujours souvent parfois jamais
- Faites-vous confiance à l'interne autonome ?
- oui, tout à fait oui plutôt non pas vraiment non pas du tout
 - Si oui, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)
 - il a les compétences pour
 - vous faites confiance à votre médecin traitant
 - la consultation est réévaluée ensuite avec le médecin
 - Si non, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)
 - il n'a pas les compétences pour
 - vous ne faites pas confiance à votre médecin traitant
 - la consultation n'est pas réévaluée ensuite avec le médecin
- Face à un interne :
- vous vous livrez comme au médecin vous n'osez pas aborder certains sujets vous aborder plus de sujets
- La consultation avec l'interne autonome, par rapport à celle du médecin traitant, vous semble :
- plus courte de même durée plus longue variable
- Êtes-vous satisfait que votre médecin accueille des internes ?
- oui non ne se prononce pas
- D'après vous, le stage pour les internes chez le médecin généraliste permet (plusieurs choix possibles) :
- aux internes de se former
 - aux médecins d'actualiser leurs connaissances
 - aux médecins de trouver des remplaçants
 - d'attirer des médecins dans votre secteur
- Pensez-vous que le stage permet aux internes (plusieurs choix possibles) :
- de parfaire leur formation
 - d'améliorer leur compétence relationnelle
 - de choisir une spécialité
 - de s'installer plus vite
 - de trouver des remplacements

MERCI D'AVOIR PARTICIPE

Votre médecin généraliste, le Dr accueille des internes de médecine générale qui effectuent des stages ambulatoires dans son cabinet.

Le questionnaire distribué en salle d'attente et disponible ci-joint relève d'un travail de thèse de médecine générale. Il a pour but d'évaluer les connaissances des patients sur l'interne autonome, son statut, ses compétences et connaissances. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Ce questionnaire est anonyme. Merci de votre participation.

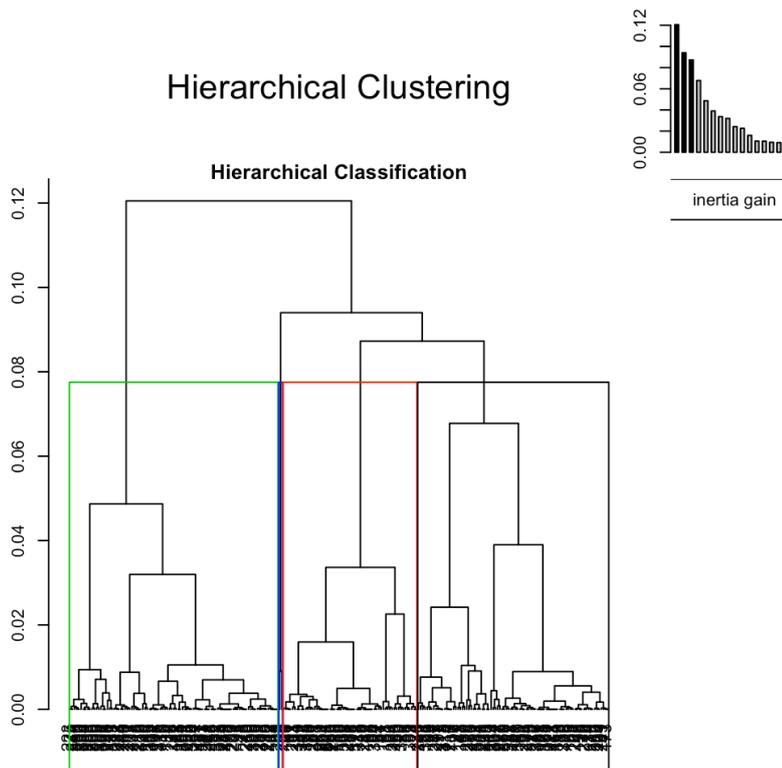
Analyses des correspondances multiples : perception du statut d interne

Cristian Preda

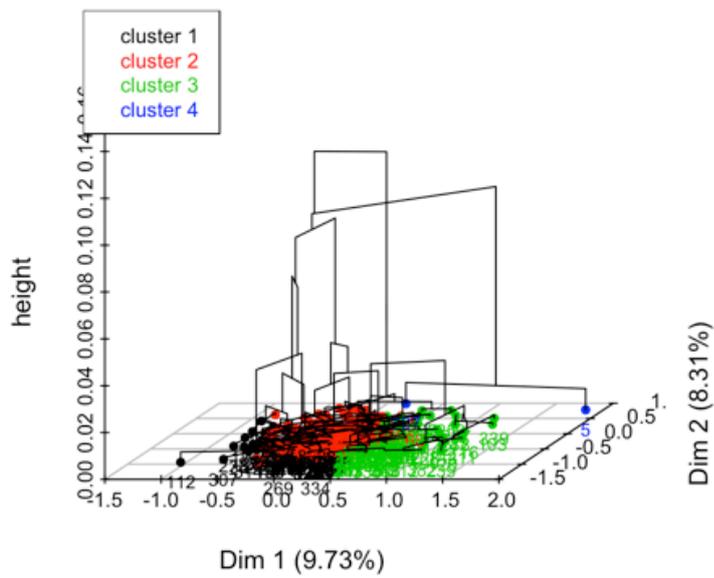
10/22/2019

Profils de patients en lien avec les Questions Q1 - Q7 versus Q8-Q14.

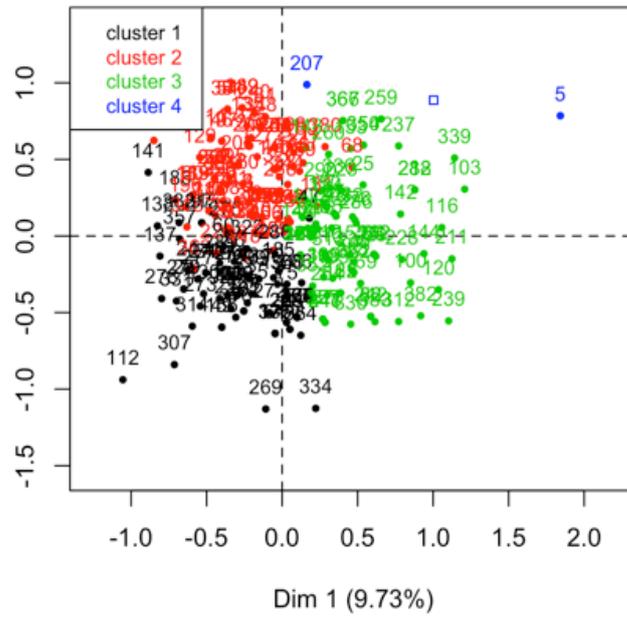
Age	Sexe	Profession	Frequence_consultation	Medecin_traitant
1:42	0:172	10	:86	1: 0
2:87	1: 73	2	:58	2: 20
3:62		3	:35	3:129
4:41		4	:16	4: 65
5:13		7	:13	5: 31
		9	:12	
		(Other):25		
PEC_interne	Structure	Etudes_IMG	Duree_avant_internat	Duree_internat
0: 0	1: 19	1: 14	2: 21	1: 6
1:245	2: 99	2:192	3:144	2: 28
	3:127	3: 39	4: 43	3: 52
			5: 37	4: 14
				5: 16
				7:129
Formation_pratique	Formation_theorique	Cours_fac	Cours_MG	Remuneration
1: 18	0: 2	0: 52	0: 88	0: 37
2:126	1:243	1:193	1:157	1:108
3: 51	2: 0			2:100
4: 5				
5: 45				



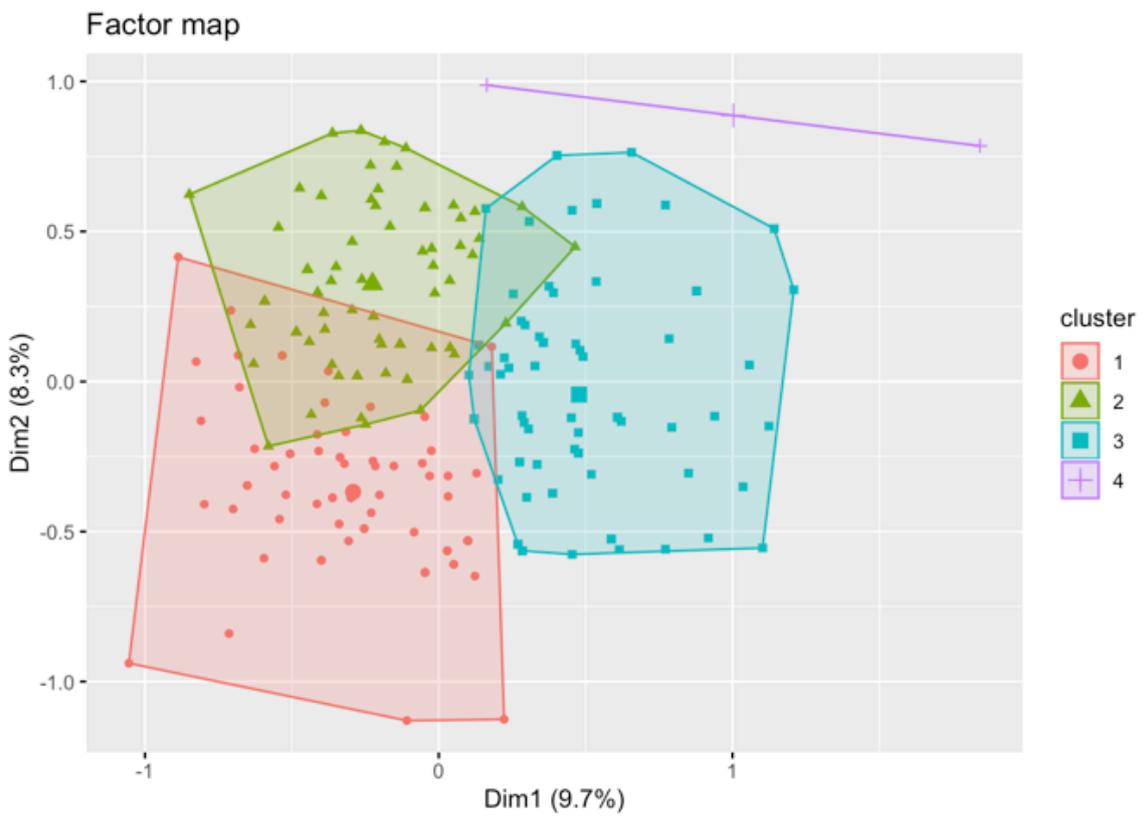
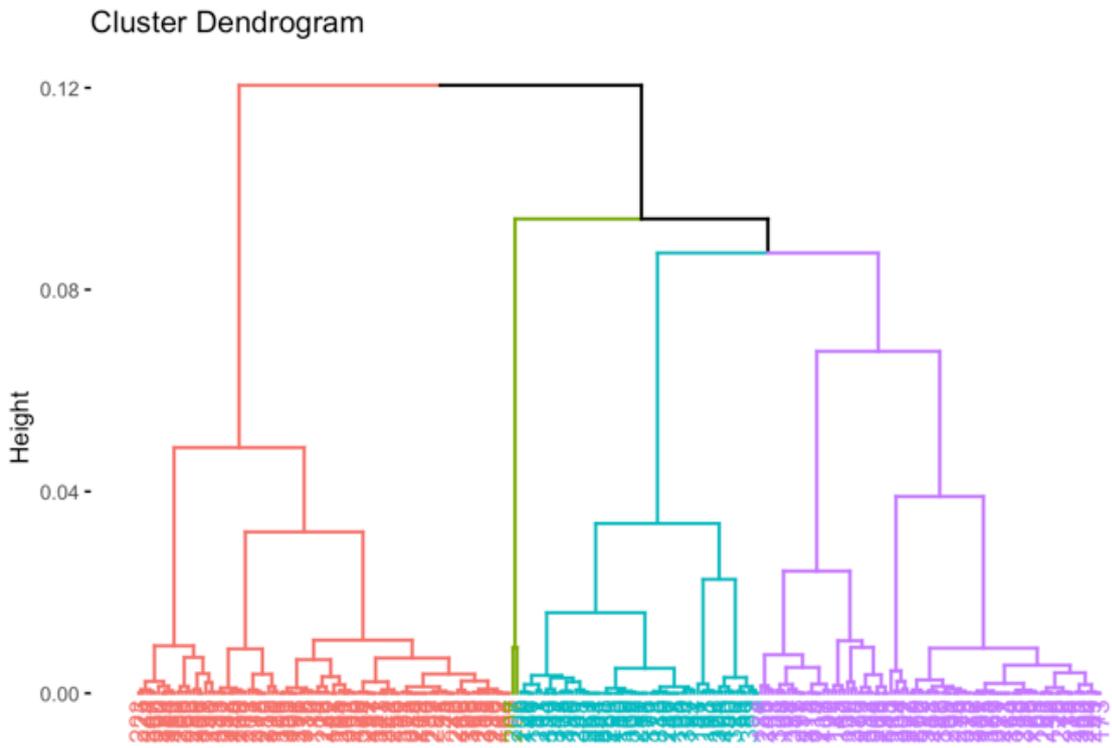
Hierarchical clustering on the factor map



Factor map



1	2	3	4
73	88	82	2



Annexe 3 (4/6)

Cluster 1

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Cours_MG=Cours_MG_0	65.91	79.45	35.92	0.00	9.22
Cours_fac=Cours_fac_1	36.79	97.26	78.78	0.00	5.10
Duree_internat=Duree_internat_3	59.62	42.47	21.22	0.00	5.06
Etudes_IMG=Etudes_IMG_1	92.86	17.81	5.71	0.00	4.96
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_2	71.43	20.55	8.57	0.00	4.05
Formation_pratique=Formation_pratique_3	49.02	34.25	20.82	0.00	3.24
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_3	37.50	73.97	58.78	0.00	3.17
Formation_pratique=Formation_pratique_4	100.00	6.85	2.04	0.00	3.07
Structure=Structure_1	52.63	13.70	7.76	0.03	2.13
Age=Age_4	17.07	9.59	16.73	0.05	-1.98
Formation_pratique=Formation_pratique_5	15.56	9.59	18.37	0.02	-2.36
Duree_internat=Duree_internat_7	22.48	39.73	52.65	0.01	-2.62
Etudes_IMG=Etudes_IMG_3	10.26	5.48	15.92	0.00	-3.06
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_4	9.30	5.48	17.55	0.00	-3.42
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_5	0.00	0.00	15.10	0.00	-5.01
Cours_fac=Cours_fac_0	3.85	2.74	21.22	0.00	-5.10
Cours_MG=Cours_MG_1	9.55	20.55	64.08	0.00	-9.22

Cluster 2

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Cours_MG=Cours_MG_1	53.50	95.45	64.08	0.00	8.28
Remuneration=Remuneration_1	57.41	70.45	44.08	0.00	6.23
Etudes_IMG=Etudes_IMG_2	43.75	95.45	78.37	0.00	5.22
Duree_internat=Duree_internat_2	75.00	23.86	11.43	0.00	4.41
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_3	46.53	76.14	58.78	0.00	4.17
Cours_fac=Cours_fac_0	57.69	34.09	21.22	0.00	3.58
Duree_internat=Duree_internat_4	78.57	12.50	5.71	0.00	3.25
Formation_pratique=Formation_pratique_2	42.06	60.23	51.43	0.04	2.05

Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_2	14.29	3.41	8.57	0.03	-2.20
Etudes_IMG=Etudes_IMG_1	7.14	1.14	5.71	0.02	-2.39
Formation_pratique=Formation_pratique_5	20.00	10.23	18.37	0.01	-2.50
Cours_fac=Cours_fac_1	30.05	65.91	78.78	0.00	-3.58
Etudes_IMG=Etudes_IMG_3	7.69	3.41	15.92	0.00	-4.29
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_5	2.70	1.14	15.10	0.00	-5.09
Duree_internat=Duree_internat_7	19.38	28.41	52.65	0.00	-5.70
Remuneration=Remuneration_2	10.00	11.36	40.82	0.00	-7.32
Cours_MG=Cours_MG_0	4.55	4.55	35.92	0.00	-8.28

Cluster 3

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Duree_internat=Duree_internat_7	58.14	91.46	52.65	0.00	9.07
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_5	94.59	42.68	15.10	0.00	8.48
Etudes_IMG=Etudes_IMG_3	79.49	37.80	15.92	0.00	6.40
Remuneration=Remuneration_2	53.00	64.63	40.82	0.00	5.33
Formation_pratique=Formation_pratique_5	62.22	34.15	18.37	0.00	4.35
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_4	51.16	26.83	17.55	0.01	2.62
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_2	14.29	3.66	8.57	0.05	-1.98
Etudes_IMG=Etudes_IMG_1	0.00	0.00	5.71	0.00	-3.00
Formation_pratique=Formation_pratique_3	11.76	7.32	20.82	0.00	-3.87
Duree_internat=Duree_internat_2	3.57	1.22	11.43	0.00	-3.92
Etudes_IMG=Etudes_IMG_2	26.56	62.20	78.37	0.00	-4.21
Remuneration=Remuneration_1	15.74	20.73	44.08	0.00	-5.30
Duree_internat=Duree_internat_3	1.92	1.22	21.22	0.00	-6.13
Duree_avant_internat=Duree_avant_internat_3	15.28	26.83	58.78	0.00	-7.20

Cluster 4

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Formation_theorique=Formation_theorique_0	100.00	100	0.82	0.00	4.15
Cours_fac=Cours_fac_0	3.85	100	21.22	0.04	2.01
Duree_internat=Duree_internat_1	16.67	50	2.45	0.05	1.97
Cours_fac=Cours_fac_1	0.00	0	78.78	0.04	-2.01
Formation_theorique=Formation_theorique_1	0.00	0	99.18	0.00	-4.15

Analyses des correspondances multiples : perception du statut d interne

Cristian Preda

10/22/2019

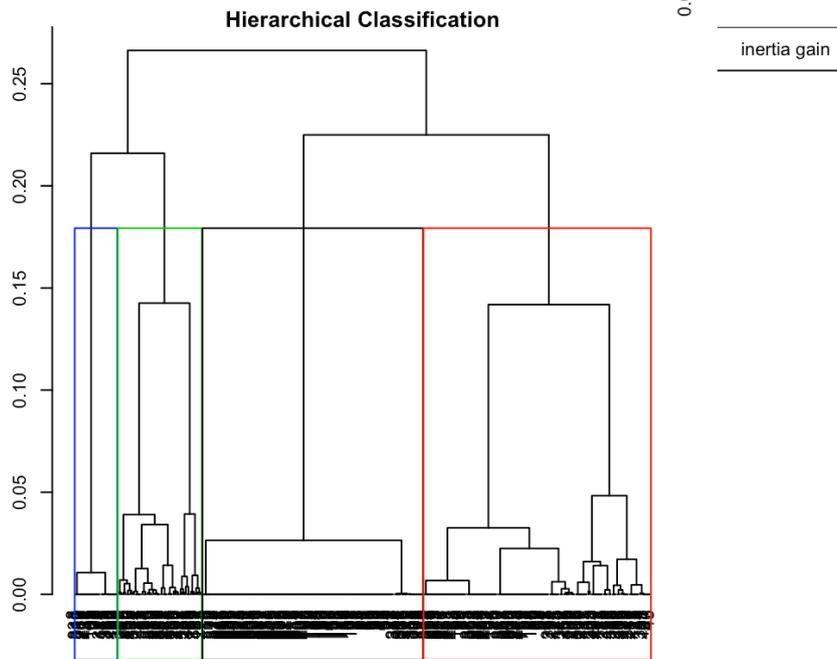
Profils de patients en lien avec les Questions Q1 - Q7 versus Q15-Q18

```
Age      Sexe      Profession  Frequence_consultation  Medecin_traitant
1: 56    0:230    10         :104    1: 2      0: 30
2:116   1:104    2          : 86    2: 23     1:304
3: 78           3          : 60    3:168
4: 61           4          : 24    4: 95
5: 23           11         : 17    5: 46
           7          : 12
           (Other): 31

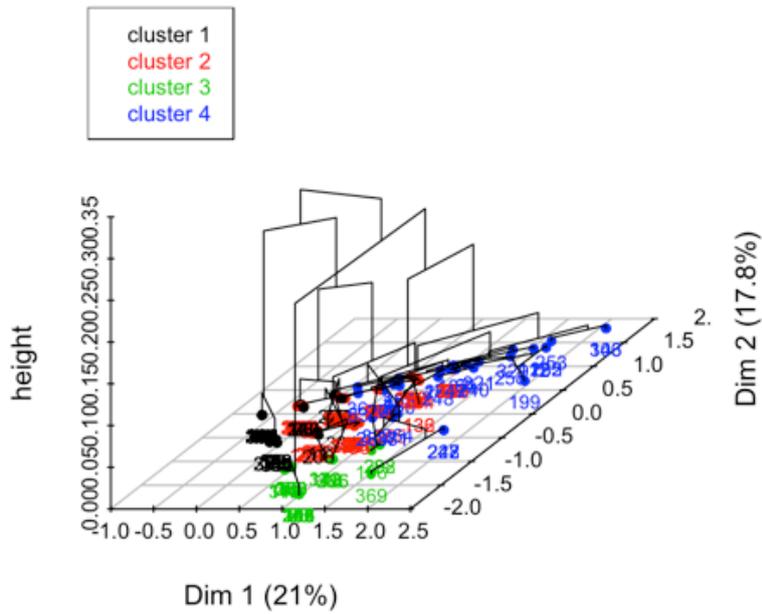
PEC_interne  Structure  Examen_seul  Prescription  Certificats
0: 0         1: 27      0: 34        1: 28         1: 17
1:334       2:141     1:300        2: 44         2:103
           3:166           3:224        3:169
           4: 38         4: 45

Actes_techniques
1: 13
2: 96
3:171
4: 54
```

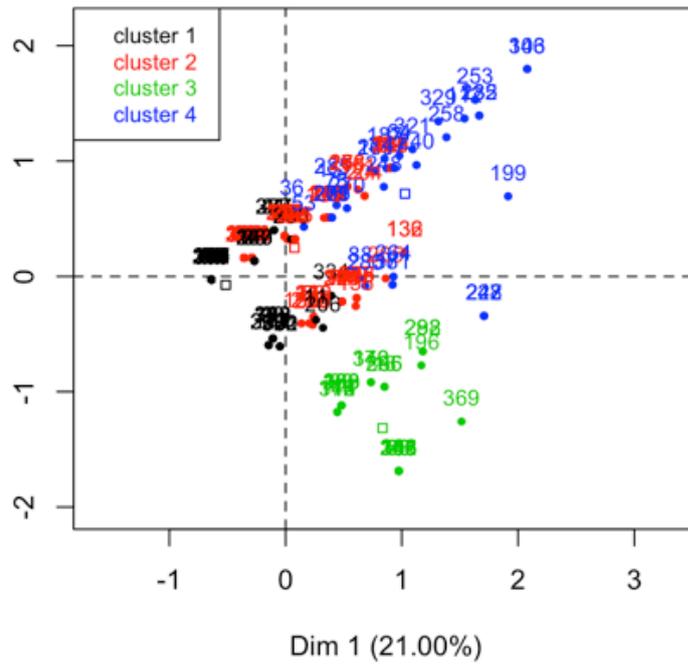
Hierarchical Clustering



Hierarchical clustering on the factor map

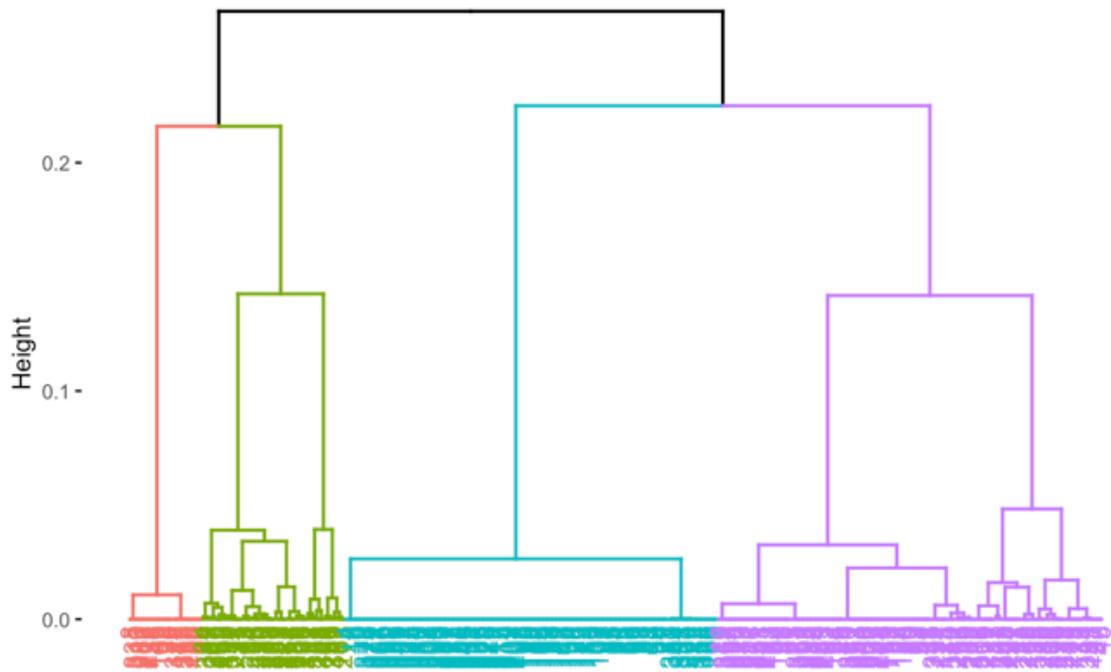


Factor map

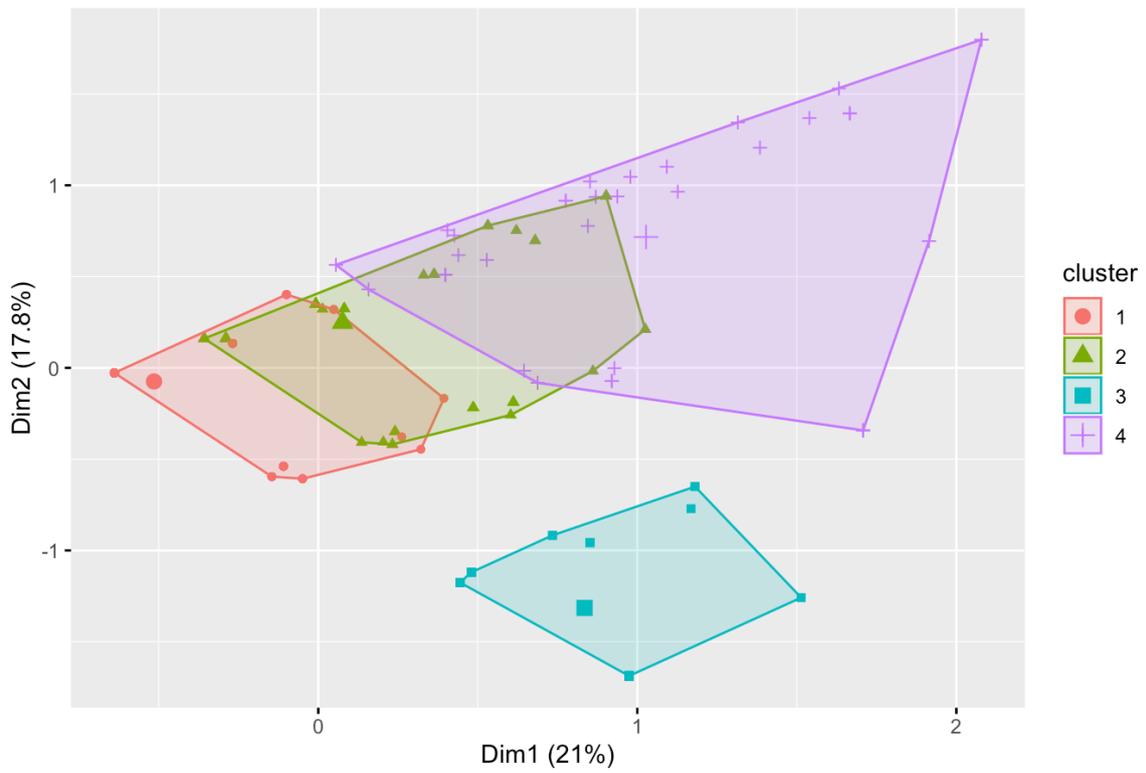


1	2	3	4
143	122	34	35

Cluster Dendrogram



Factor map



Annexe 4 (4/6)

Cluster 1

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Certificats=Certificats_3	81.66	96.50	50.60	0.00	15.70
Actes_techniques=Actes_techniques_3	77.78	93.01	51.20	0.00	14.04
Prescription=Prescription_3	57.14	89.51	67.07	0.00	7.84
Examen_seul=Examen_seul_1	46.00	96.50	89.82	0.00	3.62
Age=Age_3	56.41	30.77	23.35	0.01	2.74
Profession=Profession_8	100.00	3.50	1.50	0.01	2.46
Frequence_consultation=Frequence_consultation_3	48.21	56.64	50.30	0.05	2.00
Actes_techniques=Actes_techniques_1	0.00	0.00	3.89	0.00	-3.44
Examen_seul=Examen_seul_0	14.71	3.50	10.18	0.00	-3.62
Prescription=Prescription_2	18.18	5.59	13.17	0.00	-3.64
Certificats=Certificats_1	0.00	0.00	5.09	0.00	-4.04
Actes_techniques=Actes_techniques_4	18.52	6.99	16.17	0.00	-4.05
Prescription=Prescription_4	13.16	3.50	11.38	0.00	-4.09
Prescription=Prescription_1	7.14	1.40	8.38	0.00	-4.25
Age=Age_1	16.07	6.29	16.77	0.00	-4.59
Certificats=Certificats_4	11.11	3.50	13.47	0.00	-4.87
Actes_techniques=Actes_techniques_2	0.00	0.00	28.74	0.00	-11.41
Certificats=Certificats_2	0.00	0.00	30.84	0.00	-11.97

Cluster 2

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Actes_techniques=Actes_techniques_2	91.67	72.13	28.74	0.00	13.61
Certificats=Certificats_2	87.38	73.77	30.84	0.00	13.12
Prescription=Prescription_2	63.64	22.95	13.17	0.00	3.88
Age=Age_1	55.36	25.41	16.77	0.00	3.12
Profession=Profession_3	48.33	23.77	17.96	0.04	2.05
Age=Age_5	17.39	3.28	6.89	0.05	-2.00
Actes_techniques=Actes_techniques_1	0.00	0.00	3.89	0.00	-3.04

Prescription=Prescription_1	10.71	2.46	8.38	0.00	-3.11
Certificats=Certificats_1	0.00	0.00	5.09	0.00	-3.58
Actes_techniques=Actes_techniques_4	12.96	5.74	16.17	0.00	-4.12
Certificats=Certificats_4	8.89	3.28	13.47	0.00	-4.43
Certificats=Certificats_3	16.57	22.95	50.60	0.00	-7.77
Actes_techniques=Actes_techniques_3	15.79	22.13	51.20	0.00	-8.18

Cluster 3

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Certificats=Certificats_4	66.67	88.24	13.47	0.00	10.83
Actes_techniques=Actes_techniques_4	57.41	91.18	16.17	0.00	10.48
Prescription=Prescription_4	60.53	67.65	11.38	0.00	8.54
Profession=Profession_2	16.28	41.18	25.75	0.04	2.06
Age=Age_3	3.85	8.82	23.35	0.03	-2.21
Certificats=Certificats_2	1.94	5.88	30.84	0.00	-3.62
Actes_techniques=Actes_techniques_2	0.00	0.00	28.74	0.00	-4.58
Actes_techniques=Actes_techniques_3	1.75	8.82	51.20	0.00	-5.44
Prescription=Prescription_3	3.12	20.59	67.07	0.00	-5.82
Certificats=Certificats_3	0.00	0.00	50.60	0.00	-6.89

Cluster 4

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Prescription=Prescription_1	78.57	62.86	8.38	0.00	9.22
Certificats=Certificats_1	88.24	42.86	5.09	0.00	7.74
Actes_techniques=Actes_techniques_1	100.00	37.14	3.89	0.00	7.66
Examen_seul=Examen_seul_0	41.18	40.00	10.18	0.00	5.02
Structure=Structure_1	25.93	20.00	8.08	0.02	2.37
Frequence_consultation=Frequence_consultation_2	26.09	17.14	6.89	0.03	2.19
Profession=Profession_1	37.50	8.57	2.40	0.05	1.99
Prescription=Prescription_4	0.00	0.00	11.38	0.01	-2.53
Actes_techniques=Actes_techniques_3	4.68	22.86	51.20	0.00	-3.56
Examen_seul=Examen_seul_1	7.00	60.00	89.82	0.00	-5.02
Certificats=Certificats_3	1.78	8.57	50.60	0.00	-5.50
Prescription=Prescription_3	3.57	22.86	67.07	0.00	-5.62

Analyses des correspondances multiples : perception du statut d interne

Cristian Preda

10/22/2019

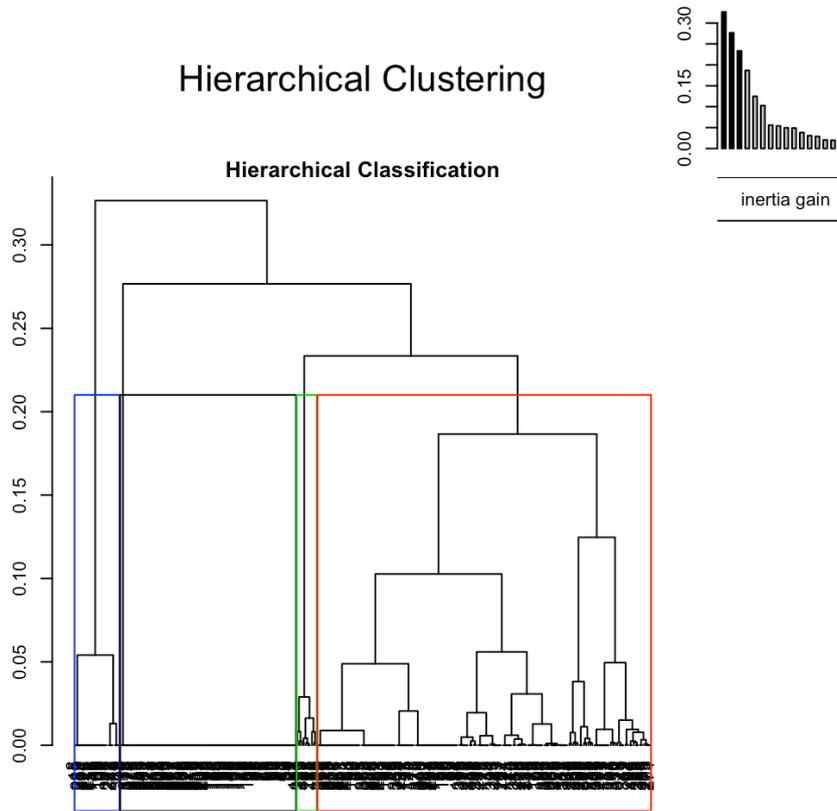
Profils de patients en lien avec les Questions Q22 - Q23 et Q27a) versus Q15-Q18

Preference_PEC	Preference_PEC_enfants	Examen_seul
Medecin traitent :126	Medecin traitent :141	Non : 32
interne : 2	interne : 2	Oui : 246
Pas de préférence:150	Pas de préférence:135	

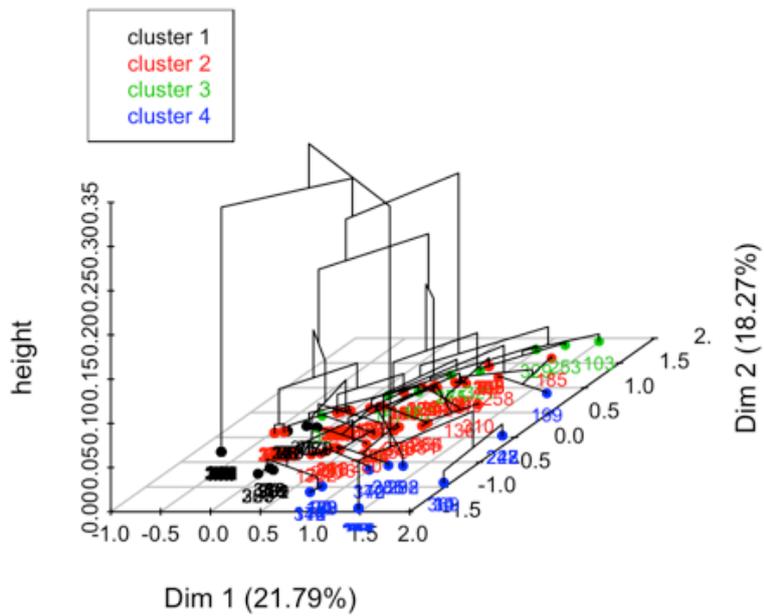
Prescription	Certificats	Actes_techniques
pas prescrire seul : 21	ne peut pas : 14	ne peut pas : 10
prescrire que certains: 47	peut certains: 90	peut certains: 82
mêmes droits :172	peut tous :132	peut tous :138
sais pas : 38	sait pas : 42	sait pas : 48

Confiance_IMG
oui :103
plutôt oui :158
non : 14
pas du tout: 3

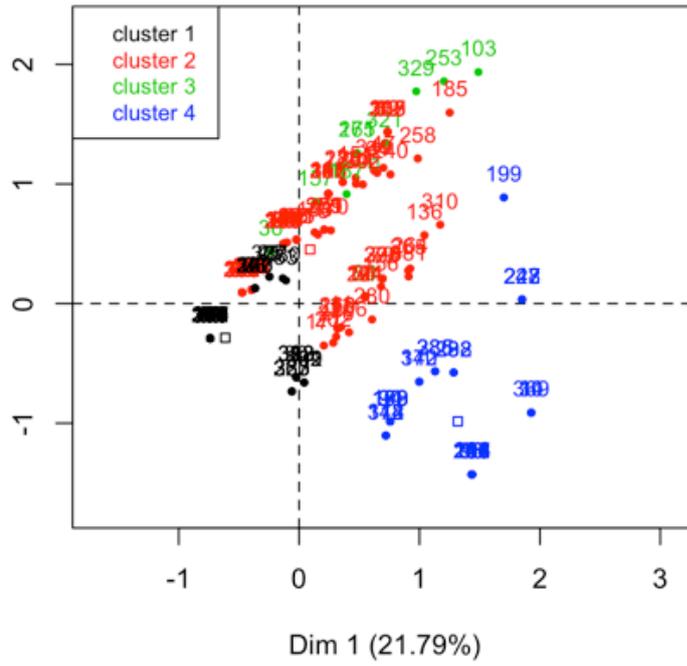
Hierarchical Clustering



Hierarchical clustering on the factor map

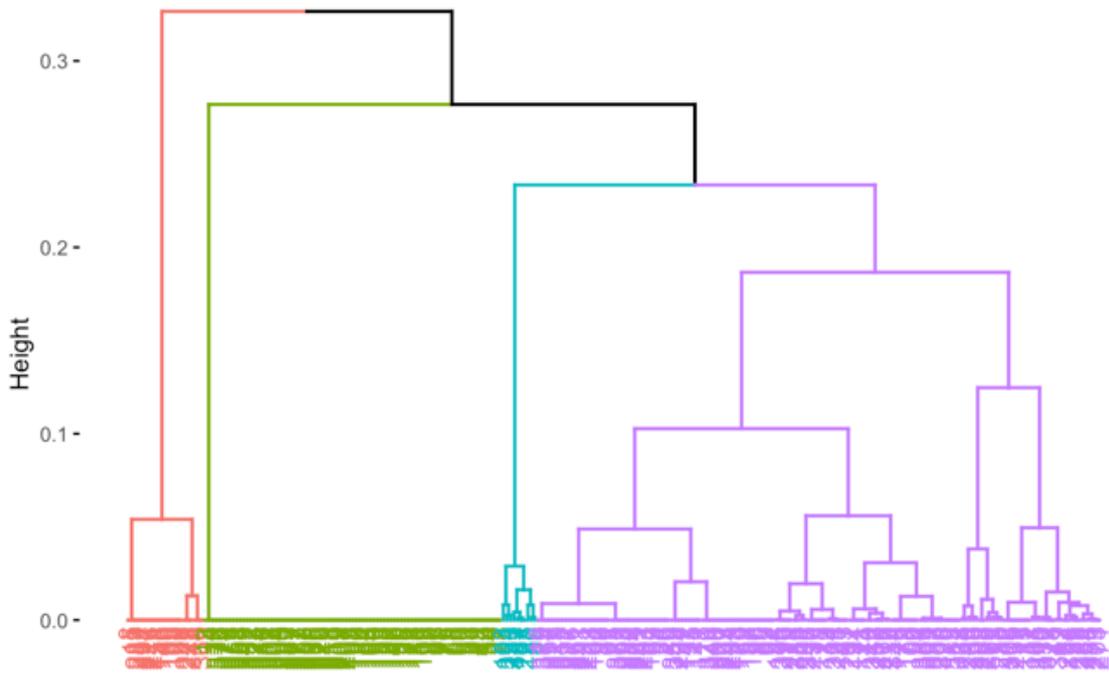


Factor map

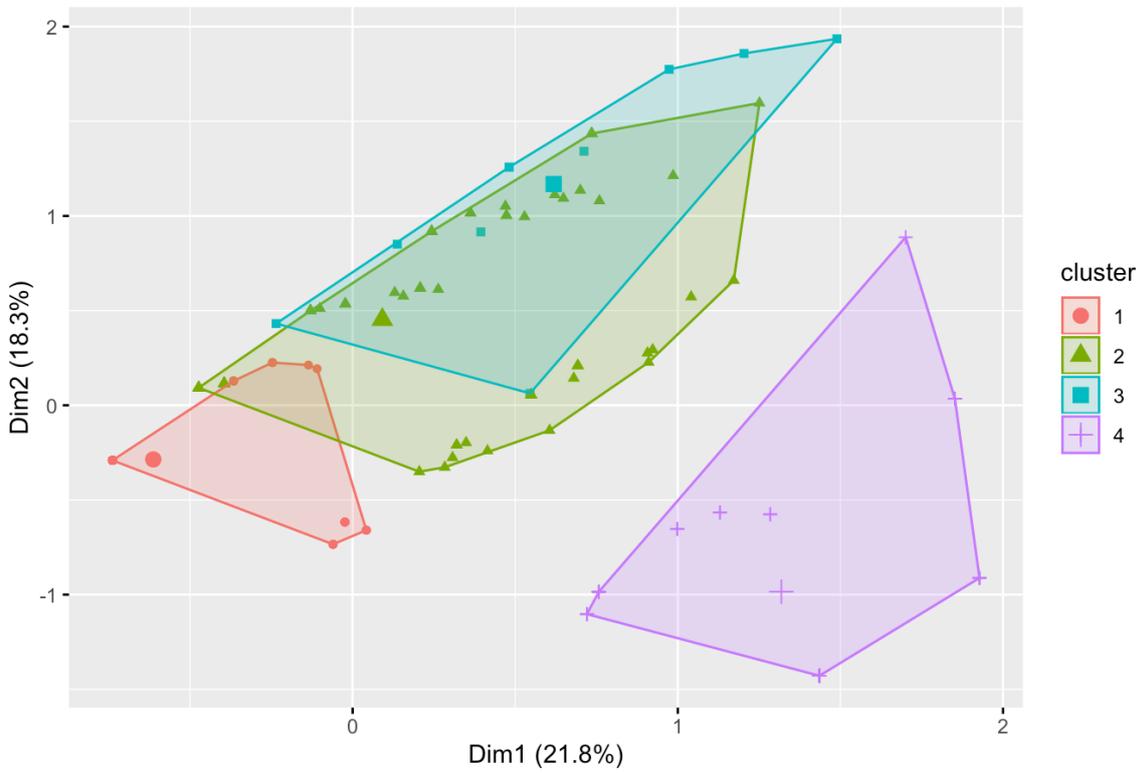


1	2	3	4
108	123	10	37

Cluster Dendrogram



Factor map



Cluster 1

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Certificats=Certificats_peut tous	78.79	96.30	47.48	0.00	13.95
Actes_techniques=Actes_techniques_peut tous	74.64	95.37	49.64	0.00	13.00
Prescription=mêmes droits	56.40	89.81	61.87	0.00	7.99
Examen_seul=Oui	42.68	97.22	88.49	0.00	3.85
Confiance_IMG=oui	53.40	50.93	37.05	0.00	3.78
Preference_PEC_enfants=Preference_PEC_enfants_Pas de préférence	48.89	61.11	48.56	0.00	3.32
Preference_PEC=Preference_PEC_Pas de préférence	46.00	63.89	53.96	0.01	2.64
Certificats=Certificats_ne peut pas	7.14	0.93	5.04	0.01	-2.59
Preference_PEC=Preference_PEC_Medecin traitent	30.16	35.19	45.32	0.01	-2.70
Actes_techniques=Actes_techniques_ne peut pas	0.00	0.00	3.60	0.01	-2.72
Confiance_IMG=plutôt oui	31.65	46.30	56.83	0.01	-2.80
Preference_PEC_enfants=Preference_PEC_enfants_Medecin traitent	29.79	38.89	50.72	0.00	-3.13
Prescription=pas prescrire seul	4.76	0.93	7.55	0.00	-3.59
Examen_seul=Non	9.38	2.78	11.51	0.00	-3.85
Prescription=sais pas	10.53	3.70	13.67	0.00	-4.07
Prescription=prescrire que certains	12.77	5.56	16.91	0.00	-4.21
Actes_techniques=Actes_techniques_sait pas	10.42	4.63	17.27	0.00	-4.70
Certificats=Certificats_sait pas	7.14	2.78	15.11	0.00	-4.92
Actes_techniques=Actes_techniques_peut certains	0.00	0.00	29.50	0.00	-9.82
Certificats=Certificats_peut certains	0.00	0.00	32.37	0.00	-10.46

Cluster 2

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Actes_techniques=Actes_techniques_peut certains	100.00	66.67	29.50	0.00	13.20
Certificats=Certificats_peut certains	92.22	67.48	32.37	0.00	11.64
Prescription=prescrire que certains	74.47	28.46	16.91	0.00	4.55
Prescription=mêmes droits	38.95	54.47	61.87	0.02	-2.24

Actes_techniques=Actes_techniques_ne peut pas	0.00	0.00	3.60	0.00	-3.02
Prescription=sais pas	21.05	6.50	13.67	0.00	-3.14
Actes_techniques=Actes_techniques_sait pas	18.75	7.32	17.27	0.00	-4.00
Certificats=Certificats_sait pas	14.29	4.88	15.11	0.00	-4.39
Actes_techniques=Actes_techniques_peut tous	23.19	26.02	49.64	0.00	-7.08
Certificats=Certificats_peut tous	19.70	21.14	47.48	0.00	-7.96

Cluster 3

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Actes_techniques=Actes_techniques_ne peut pas	100.00	100	3.60	0.00	8.79
Preference_PEC_enfants=Preference_PEC_enfants_Medecin traitent	6.38	90	50.72	0.01	2.52
Prescription=pas prescrire seul	14.29	30	7.55	0.04	2.10
Prescription=mêmes droits	1.74	30	61.87	0.05	-1.99
Actes_techniques=Actes_techniques_peut certains	0.00	0	29.50	0.03	-2.19
Preference_PEC_enfants=Preference_PEC_enfants_Pas de préférence	0.74	10	48.56	0.01	-2.47
Confiance_IMG=oui	0.00	0	37.05	0.01	-2.62
Actes_techniques=Actes_techniques_peut tous	0.00	0	49.64	0.00	-3.32

Cluster 4

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Actes_techniques=Actes_techniques_sait pas	70.83	91.89	17.27	0.00	11.16
Certificats=Certificats_sait pas	76.19	86.49	15.11	0.00	10.97
Prescription=sais pas	68.42	70.27	13.67	0.00	8.90
Prescription=prescrire que certains	4.26	5.41	16.91	0.04	-2.10
Certificats=Certificats_peut certains	2.22	5.41	32.37	0.00	-4.11
Actes_techniques=Actes_techniques_peut certains	0.00	0.00	29.50	0.00	-4.94
Actes_techniques=Actes_techniques_peut tous	2.17	8.11	49.64	0.00	-5.70
Prescription=mêmes droits	2.91	13.51	61.87	0.00	-6.45
Certificats=Certificats_peut tous	0.00	0.00	47.48	0.00	-6.95

AUTEUR : Nom : VANHAECKE

Prénom : Gautier

Date de soutenance : 28/11/2019

Titre de la thèse : État des connaissances des patients sur le statut de l'interne autonome. Étude quantitative dans l'UPL 13 en décembre deux-mille dix-huit.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Médecine générale,*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : **SASPAS, connaissances des patients, relation interne-patient, statut de l'interne**

Contexte : La présence de l'interne au sein d'un cabinet de médecine générale a été le sujet de nombreux travaux qui mettent en évidence une excellente acceptation de la présence de l'interne. Mais il semble qu'il existe une confusion du patient sur son statut, son niveau d'études, sur ses connaissances et compétences. Les patients acceptent globalement d'être consultés par un interne de médecine générale, lui font confiance et sont satisfaits de celui-ci sans savoir qui il est vraiment.

Méthode : Une étude quantitative a été réalisée auprès de 384 patients qui ont répondu à un questionnaire anonyme mis à leur disposition dans la salle d'attente des médecins de l'Unité Pédagogique Locale n°13, dans les Hauts de France.

Résultats : 260 patients (68.6%) pensent que l'interne termine ses études et pour 196 patients (51.3%) le niveau d'étude pour devenir interne est le niveau bac+6. Seulement 65 patients (17.1%) savent que l'internat de médecine générale dure 3 ans. 275 patients (72,8%) pensent que l'interne bénéficie d'une formation théorique. L'interne a déjà choisi sa spécialité pour 254 patients (69.0%), et est rémunéré par l'hôpital pour seulement 37 patients (9,7%). Les analyses de correspondances multiples n'ont pas mis en évidence de profils sociodémographiques de patients aux connaissances différentes sur les études médicales et la formation de l'interne. L'interne peut examiner seul les patients selon 336 d'entre eux (88.7%), peut prescrire selon 298 patients (78%), peut réaliser des certificats selon 297 patients (77,2%) et peut réaliser des actes techniques selon 295 patients (77,3%). 221 patients (58.3%) estiment connaître la différence entre un interne et un remplaçant de médecine générale. 182 patients (47,8%) n'ont pas de préférences entre consulter un interne de médecin générale ou leur médecin traitant. 324 patients (90,5%) pensent qu'il existe une réévaluation de la consultation. Les patients qui ont déjà été pris en charge par un interne lui font statistiquement plus confiance (92,9% contre 76%, test : Fisher exact, $p=0.011$) et sont plus satisfaits que leur médecin accueille des interne (92,7% contre 80,5%, test : Fisher exact, $p=0,016$). Il existe une répartition un peu plus importante de patients jeunes dans les « non satisfaits », 19,5% vs 16,5% pour les 18-30 ans, 36,6% vs 32,8% chez les 30-45 ans et 29,3% vs 22,4% chez les 45-60 ans et une répartition un peu plus importante de patients plus âgés chez les patients « satisfaits », 28,6% vs 17,1% chez les 60-75 ans et 7% vs 4,9% chez les plus de 75 ans.

Conclusion : Pour une majorité de patients, l'interne termine ses études, a déjà choisi sa spécialité et bénéficie encore d'une formation théorique mais les détails sur l'organisation des études médicales sont très largement méconnus. Pour environ 4 patients sur 5, l'interne peut examiner seul, prescrire, pratiquer des actes techniques et réaliser des certificats. Les compétences de l'interne forment une entité beaucoup plus concrète pour le patient qui, au fur et à mesure des consultations avec celui-ci, les découvre.

Composition du Jury :

Président : Pr C-A. MAURAGE

Assesseurs : Pr A. DUHAMEL et Dr B. DERVAUX

Directeur de thèse : Dr F-R. KNOCKAERT