

UNIVERSITÉ PARIS VI – PIERRE ET MARIE CURIE

N° attribué par la bibliothèque :

THESE

**pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS VI**

Discipline : Médecine Générale

présentée et soutenue publiquement

Le 22 janvier 2002

par

M. CIABRINI nicolas
né le 13 décembre 1971 à Fontenay-aux-Roses

Titre :

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 ?

Directeur de thèse : Dr DUPAGNE Dominique

JURY

M. le PR J. Cabane, Président
M. le PR P. Atlan
M. le PR M. Ferreri
M. le Dr B. Francoz
M. le Dr P. Nuss

A mes parents qui m'ont supporté pendant toutes ces années d'études.
Merci.

A Sarah dont le cœur m'a soutenu au quotidien, notamment lors des moments difficiles.

A mes grands-parents ainsi qu'à toute ma famille qui m'ont toujours encouragé.

A toute la famille Lebrun.

A tous mes camarades de faculté qui m'ont toujours beaucoup aidé.

A Bernard Francoz, mon maître de stage et ami qui, avec sa famille, a su me montrer ce qu'est la médecine générale et qui restera toujours pour moi un exemple à suivre.

A Monsieur le professeur Cabane qui a accepté de présider le jury de cette thèse.

A tous mes professeurs qui m'ont fait partager leur savoir.

Au Dr Dominique Dupagne qui m'a dirigé dans ce travail.

Au Dr Philippe Nuss, pour tout ce qu'il m'a apporté lors de la rédaction de cette thèse.

I. INTRODUCTION :	6
II. L' APPARITION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN (HISTORIQUE).	7
1. LA SITUATION AVANT 1997.	7
2. LA SITUATION APRES 1997.	7
A. le décret n°97- 494 du 16 mai 1997 (J.O du 18.05.1997 modifiant le décret n°88 312 du 07.04.1988) (annexe I)	7
B. le décret N°97- 495 du 16.05.1997. (J.O. du 18.05.1997) (annexe II)	8
C. Les Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 (J.O du 27.12.1997) relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés: (annexe III)	8
3. CONCLUSION :	9
III. LA RELATION MEDECIN-MALADE	10
1. MODELES CENTRES SUR <u>LA RELATION MEDECIN-MALADE</u> .	10
A. <i>Modèle "représentationnel"</i>	10
• Médecin unique / patient unique :	10
• Médecin technicien / patient unique :	10
• Médecin unique / patient demandeur de prestation :	10
• Médecin technicien / patient demandeur de prestation :	10
B. <i>Modèle transactionnel (centré sur l'interactivité)</i>	10
2. MODELES CENTRES SUR <u>LA MALADIE</u> .	11
A. <i>Modèle identitaire</i>	11
B. <i>Modèle lié à la conception théorique de la maladie</i>	11
3. RELATION MEDECIN-MALADE CHEZ L'OMNIPRATICIEN.	11
A. <i>Demande et distance relationnelle chez l'omnipraticien.</i>	11
B. <i>La dimension relationnelle dans la relation médecin-malade. Notion d'attitude et de contre attitude.</i>	12
C. <i>Le médecin médicament</i>	13
D. <i>La relation soignante est détentrice d'une partie du savoir médical.</i>	14
4. APPARITION D'UN TIERS : LE STAGIAIRE AUPRES DU MEDECIN GENERALISTE.	15
A. <i>Du point de vue du médecin :</i>	15
B. <i>Du point de vue du malade :</i>	15
IV. IMPACT DE LA PRESENCE DU STAGIAIRE DANS LA RELATION MEDECIN-MALADE : REVUE DE LA LITTERATURE .	16
1. L'ACCEPTATION DU STAGIAIRE PAR LE PATIENT	16
A. <i>En cabinet de ville :</i>	18
B. <i>En milieu hospitalier et en centre de santé :</i>	30
C. <i>Conclusion générale concernant l'acceptation du stagiaire par le patient :</i>	33
2. MOTIFS DE CONSULTATION AMENANT LE PATIENT A REFUSER LA PRESENCE DU STAGIAIRE.	35
3. AUTRES FACTEURS INFLUANT SUR L'ACCEPTATION DE L'ETUDIANT PAR LE PATIENT. ..	38
A. <i>Avoir déjà vu le stagiaire.</i>	38
B. <i>Le sexe, l'âge, le niveau d'étude et la profession du patient :</i>	41
C. <i>Conclusion concernant le ou les facteurs influant sur l'acceptation de l'étudiant par le patient en dehors du motif de consultation :</i>	43
4. IMPACT DE LA PRESENCE DU STAGIAIRE SUR LA RELATION MEDECIN-MALADE.	45
5. CONCLUSION :	466
V. L'ETUDE :	495
1. LES CIRCONSTANCES DE L'ETUDE :	503
2. HYPOTHESE :	526
3. OUTILS ET METHODE :	531
4. RESULTATS :	565
A. <i>Taux de réponse et caractéristiques de la population.</i>	568
B. <i>Première question :</i>	603
C. <i>Deuxième question :</i>	649
D. <i>Commentaires libres :</i>	668

5. COMMENTAIRES ET CRITIQUES :	683
A. Analyse des résultats.	693
B. Nos résultats et la littérature.	714
• La gêne du patient :	721
• La confiance en son médecin devenu maître de stage :	733
• L'image du stage chez le praticien :	742
VI. CONCLUSION.	754
VII. ANNEXES.	794
ANNEXE I	819
<i>Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.</i>	
ANNEXE II	884
<i>Décret n° 97.495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.</i>	
ANNEXE III	951
<i>Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.</i>	
<i>Décret n° 97-1214 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.</i>	
ANNEXE IV	996
<i>Le questionnaire</i>	
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	1060

I. INTRODUCTION :

Les études de médecine, étant par nature hospitalo-universitaires, ne permettent pas à l'étudiant d'avoir accès à tous les types d'exercice médical, notamment à l'exercice de ville. C'est pourquoi, en 1997 a été décidé la mise en place d'un stage chez le praticien d'une durée d'un semestre. Il devait permettre à l'étudiant en médecine de rencontrer des patients de ville avec des pathologies de médecine générale.

Dorénavant, le maître de stage partage pendant six mois son exercice avec un étudiant, les patients se trouvent alors confrontés à une relation à trois lorsqu'ils se présentent auprès de leur omnipraticien.

Il nous a semblé intéressant de rechercher quelles pouvaient être les conséquences de la présence de ce stagiaire sur la relation médecin-malade.

En effet, la relation médecin-malade se conçoit habituellement comme une relation duelle. Ne se trouve-t-elle pas changée par l'arrivée de cette tierce personne ? Le médecin accueillant peut-il se sentir entravé dans sa mission de santé ? Le patient est-il forcément favorable à la présence d'un étudiant lors de sa consultation avec son médecin, médecin avec lequel il a établi une relation de confiance et de confidentialité ?

Telles sont les questions qui se posent légitimement à un stagiaire partageant pendant un semestre l'intimité professionnelle d'un confrère de ville.

Un paramètre grossier de l'appréciation de l'effet de cette "intrusion" dans la relation médecin-malade peut d'ores et déjà être apporté. En effet, lors de notre stage chez le praticien alors que nous avons rencontré une quinzaine de patients en moyenne par jour, nous n'avons eu à quitter la consultation, à la demande des patients, qu'à deux reprises.

Cette expérience nous a incité à évaluer si ces deux cas reflétaient une situation de patients qui avaient "osé" cette demande alors que d'autres ne se l'étaient pas permise. L'autre hypothèse étant que ceux qui avaient accepté notre présence l'avaient fait en toute connaissance de cause. Quelles avaient été toutefois les conséquences sur la relation médecin-malade de la présence du stagiaire ?

Nous avons tenté pour cela de retracer brièvement la mise en place du stage chez le praticien et de décrire l'arrivée progressive d'un tiers aux côtés du médecin et du malade telle qu'elle a été pensée par le législateur.

Par ailleurs, nous avons tenté, au travers d'une revue de la littérature :

- D'analyser la relation médecin-malade
- De mesurer l'impact de la présence du stagiaire sur cette relation médecin-malade

Afin de comparer notre expérience à celle de nos prédécesseurs, nous avons effectué une étude. Elle visait à préciser ces données grâce à un questionnaire appréciant, dans certaines conditions d'exercice de la médecine générale, l'impact de la présence du stagiaire pendant la consultation.

II. L'APPARITION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN (historique).

Les pathologies rencontrées à l'hôpital étant différentes de celles soignées en ville, il a semblé nécessaire d'inscrire dans la formation des futurs médecins généralistes un enseignement extra-hospitalier sous la forme d'un stage chez le praticien.

Mais ce stage ne s'est pas toujours présenté sous la forme que nous connaissons à l'heure actuelle. C'est pour cette raison que nous allons brièvement décrire la mise en place du stage chez le praticien et retracer ainsi l'installation progressive d'un étudiant aux côtés du médecin généraliste et de son patient.

1. La situation avant 1997.

Le stage chez le praticien apparaît à la fin des années soixante lorsqu'une association d'étudiants en fait la suggestion au Conseil National de L'ordre des Médecins. Celui-ci fait paraître un avis favorable dans son bulletin officiel du 23 juin 1968.

La légalisation de ce stage a lieu le **13 juillet 1972** grâce à une loi parue dans le Journal Officiel du 14 juillet 1972 qui modifie le Code de Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Les étudiants ont alors l'autorisation et non l'obligation d'effectuer une partie de leur pratique auprès d'un médecin généraliste de ville. Les modalités de ce stage ne sont pas précisées par ce texte.

Le 5 juillet 1973, alors que le Comité des ministres du Conseil de l'Europe recommande « d'organiser une formation spécifique du généraliste par les omnipraticiens eux-mêmes » et devant l'absence d'un véritable internat de médecine générale, le gouvernement forme la commission FOUGERE.

Cette commission va proposer le **1 avril 1975**, dans un premier rapport, la création d'un troisième cycle spécifique à la médecine générale. Ce cycle, d'une durée de deux ans devait se constituer :

- de stages d'internat au sein d'une structure hospitalière avec un enseignement théorique et une pratique spécifique,
- d'un stage extra-hospitalier chez un praticien de ville.

C'est le **28 mars 1977** dans un second rapport, que la commission précise ses propositions avec :

- la mise en place d'une formation hospitalière de dix-huit mois dans des services hospitaliers.
- un enseignement théorique de 150 heures.
- la création d'un stage extra-hospitalier de 6 mois auprès de praticiens de médecine générale, de P.M.I., de médecine scolaire ou de médecine du travail dont la commission fixe les modalités : durée minimale de trois mois, durant laquelle l'étudiant doit être en situation d'acteur. L'étudiant reçoit une rémunération forfaitaire ; les maîtres de stage sont agréés et ne reçoivent pas de rémunération.

Durant les années 80, le contenu de cette filière va être peu à peu précisé permettant au stage chez le praticien de faire partie intégrante du cursus.

Ce stage se présente alors sous la forme de 20 à 40 demi-journées où le rôle de l'interne est essentiellement passif avec possibilité d'effectuer quelques gestes techniques sous la responsabilité de son maître de stage et après accord du patient.

Au total, à la fin des années 80, le cursus de médecine générale est constitué de :

- quatre semestres de résidanat en milieu hospitalier
- environ vingt demi-journées de stage chez le praticien
- un enseignement théorique spécifique de 150 à 200 heures

2. La situation après 1997.

Compte tenu de sa brièveté, le stage chez le praticien ne permet pas au futur médecin généraliste de prendre en charge ses patients de manière spécifique.

Par ailleurs, suite aux directives européennes du 15 septembre 1986 et du 5 avril 1993, dans un contexte d'uniformisation des diplômes, on assiste à la décision de l'instauration d'un stage pratique obligatoire d'un semestre devant prendre effet dès le 1^{er} janvier 1995.

C'est ce qui sera fait avec :

A. le décret n°97- 494 du 16 mai 1997 (J.O du 18.05.1997 modifiant le décret n°88 312 du 07.04.1988) (annexe I)

Ce décret porte sur l'organisation du troisième cycle en médecine générale en particulier sur le stage chez le praticien.

Suite à ce décret :

*la durée de la formation des médecins généralistes passe de deux ans à deux ans et demi.

*un stage pratique chez un praticien agréé « maître de stage », s'effectue pendant le deuxième, troisième ou quatrième semestre du résidanat, et cela avec une possibilité de plusieurs sites de stage. Le résident pouvant avoir plusieurs maîtres de stage.

* la durée du stage chez le praticien passe de vingt demi-journées à un semestre.

Ce décret est applicable pour les étudiants débutant leur résidanat pendant l'année universitaire 1996-97, soit une application possible dès la rentrée universitaire de novembre 1997

B. le décret N°97- 495 du 16.05.1997. (J.O. du 18.05.1997) (annexe II)

Il complète le précédent décret.

*Les médecins généralistes, désirant devenir maître de stage, devront exercer leur activité depuis au moins trois années en cabinet libéral, au sein d'un dispensaire, dans un service de protection maternelle et infantile, un service de médecine scolaire ou tout centre dispensant des soins primaires à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un service hospitalier (article 1er).

*Le semestre sera accompli de façon continue selon deux possibilités :

- la première

La totalité du stage s'effectuera dans un cabinet libéral. Dans ce cas, l'étudiant a la possibilité d'accomplir, dans la limite d'une journée par semaine (soit un maximum de cinquante demi-journées), un stage dans une ou deux autres structures dites de soins primaires.

- la deuxième

Accomplissement de quatre mois de stage obligatoire dans un cabinet libéral, les deux mois restant sont effectués dans la continuité, sous forme d'une période de deux mois ou de deux périodes d'un mois, dans une ou deux autres structures de soins primaires.

*le rôle du stagiaire au cours de son stage en cabinet libéral

Le stage comporte trois périodes pendant lesquelles le rôle du résident évolue. Elles sont décrites dans l'article 3 de ce décret selon les termes suivants

-la période passive : « le stagiaire se familiarise avec son environnement », il sera observateur

-la période semi-active : l'étudiant « peut exécuter des actes en présence de son maître de stage »

-la période active : le résident « peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin ». Le nombre d'actes ne peut excéder trois par jour et s'effectue sous la responsabilité du maître de stage.

C. Les Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 (J.O du 27.12.1997) relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés: (annexe III)

Ils sont mis en application pour l'année 1997-1998.

* Le stage pourra s'effectuer pendant le deuxième, le troisième ou le quatrième semestre du résidanat comme cela était prévu dans le décret du 16 mai 1997(33), mais aussi pendant le cinquième semestre.

*Le nombre de maîtres de stage devient limité à trois et oblige un passage minimum de un mois en continu chez chacun d'entre eux.

*Le nombre de stages de soins primaires est limité à deux selon les modalités déjà parues dans l'article 2 du décret du 16 mai 1997 : « le stagiaire peut consacrer au plus une journée par semaine à l'accomplissement d'un stage dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral »

*La dernière modification apportée par cette loi concerne les trois actes maximum devant être effectués quotidiennement par le stagiaire. Il est précisé que ce nombre correspond à une moyenne calculée sur la durée totale du semestre et non pas à un nombre d'actes obligatoires à effectuer chaque jour. La phase active étant la seule phase permettant au stagiaire de signer ses actes.

3. Conclusion :

Entre la création de la commission Fougère et la mise en place du stage chez le praticien tel que nous le connaissons à l'heure actuelle vont s'écouler vingt années. Vingt années durant lesquelles un troisième cycle de médecine générale va être créé, permettant ainsi aux futurs médecins généralistes d'avoir une filière de formation qui leur est spécifique. Grâce à ce stage on retrouve entre le praticien et l'étudiant la relation de compagnonnage qui a toujours été à la base de l'enseignement de la médecine :

"Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères..." (Hippocrate).

Mais cette relation entre stagiaire et médecin ne va-t-elle pas interférer avec la relation médecin-malade ? C'est ce que nous allons maintenant étudier.

III. LA RELATION MEDECIN-MALADE

La présence du stagiaire dans la relation médecin-malade nous a incité à essayer de caractériser ce qui la constitue.

La relation médecin-malade est une situation très complexe faisant intervenir un nombre important de paramètres implicites et explicites. Plusieurs modèles et plusieurs champs théoriques sous-tendent son analyse. Nous allons tenter de distinguer divers modes d'approches visant à décrire les modalités de cette relation dans le cadre de la médecine générale :

Dans un souci de formalisation, nous distinguerons de manière arbitraire, trois types de situations :

- celles centrées sur **la relation**, elles utilisent des concepts issus des théories de l'information et distinguent une communication explicite versus implicite.
- celles centrées sur **la maladie**, édictée autour d'un modèle médical classique.
- celles en relation avec le **mode d'exercice**, mettant en exergue les spécificités du cadre soignant en médecine générale.

1. Modèles centrés sur la relation Médecin-malade.

A. Modèle "représentationnel"

Ce modèle caractérise la relation à partir de ses protagonistes et des rôles qu'ils tiennent et non pas à partir de la nature des liens qui les unit.

Lors de la relation médecin-malade, différentes situations relationnelles sont repérables. On distinguera plusieurs typologies de fonctionnement du couple médecin-malade.

· Médecin unique / patient unique :

Dans ce type de relation, tout se passe comme si chaque patient établissait une relation unique, avec un médecin lui-même convaincu d'être le seul interlocuteur possible possédant l'ensemble des données permettant une compréhension fine du malade. La relation est centrée sur l'exclusivité du lien médecin-malade, chacun y est impliqué en tant que personne.

· Médecin technicien / patient unique :

Le médecin se veut avant tout technicien du soin, en revanche le malade demande essentiellement une relation privilégiée.

· Médecin unique / patient demandeur de prestation :

Alors que le médecin souhaite établir une relation individualisée, complexe et empathique, il doit composer avec un patient qui lui demande essentiellement un service, lié davantage à son statut qu'à sa personne ou à sa compétence propre.

· **Médecin technicien / patient demandeur de prestation :**

Le type de relation est essentiellement du type offre et demande, le patient-« client » demandant une prestation à un professionnel du service sanitaire.

B. Modèle transactionnel (centré sur l'interactivité)

Dans ce modèle, c'est la nature de la relation qui s'établit qui définit les interactions médecin-malade. Nous ne développerons dans ce chapitre qu'une seule de ses modalités (passivité / dépendance) ; les autres seront décrites ultérieurement (BALINT¹).

Hollender (cité in Sarfati²), identifie le type de relation médecin-malade en fonction de l'activité ou de la passivité du médecin et du malade. Il détermine trois niveaux :

Niveau 1 : médecin actif / malade passif. Cette configuration est rarement retrouvée en médecine générale : comas, opérations, urgences, états psychiatriques aigus. Le patient est peu contributif à la relation médecin-malade.

Niveau 2 : Le médecin est directif, le malade coopère. Le patient a un problème aigu, il suit précisément les directives.

Niveau 3 : participation mutuelle et réciproque du médecin et du patient. Le patient souffre d'une atteinte chronique et a intégré sa maladie et la nécessité d'un partenariat. Il consulte son médecin traitant et son opinion prévaut en ce qui concerne les ajustements thérapeutiques.

2. Modèles centrés sur la maladie

A. Modèle identitaire

Il étudie la place de la maladie dans l'économie psychique du patient.

Pour BALINT¹, une partie des symptômes et des plaintes présentées par le malade à son médecin a une fonction identitaire : elle lui donne un statut. La demande du patient qui se sent "diminué" par sa maladie vise notamment à une reconnaissance. Nommer la maladie est une des fonctions du médecin, la reconnaître c'est reconnaître un statut honorable à la personne souffrante.

Cette fonction identitaire de la maladie doit être perçue dans l'usage qu'en fait le malade. Le risque, si cette fonction n'est pas prise en compte, est de susciter un sentiment d'incompréhension, voire de rejet chez le malade à qui le praticien ne trouve rien d'objectif à l'examen clinique. Une incompréhension peut s'installer et risquer d'aboutir à un conflit plus ou moins exprimé ; le plus souvent, on assiste à une mise en échec de la position médicale

En conséquence, pour BALINT, la relation médecin-malade doit intégrer une compréhension de la personne globale et de ses enjeux autant qu'une connaissance de la seule pathologie organique.

B. Modèle lié à la conception théorique de la maladie

La relation médecin-malade est influencée par la conception générale que le médecin se fait de la maladie. C'est pourquoi, le modèle théorique qui sous-tend la compréhension de cette dernière va intervenir dans le type de relation qui va s'instaurer. On distingue habituellement trois modèles utilisés explicitement en médecine.

a) Dans le modèle de Pasteur : la maladie résulte d'un agent extérieur intervenant sur un organisme sain. Le but du traitement est de restaurer la santé initiale du patient en extirpant la maladie. Dans cette conception, le médecin est un savant, le malade est le porteur passif d'un trouble qu'il subit. Le soigner, c'est lui permettre de revenir à l'état initial.

b) Dans le modèle de Claude Bernard, la maladie correspond à une rupture de l'homéostasie du sujet avec son milieu environnant. Le but du médecin est alors davantage de proposer un traitement guidant le malade vers un nouvel équilibre. Dans cette situation, le malade participe à l'instauration du nouvel équilibre.

c) Plus récemment, le concept de handicap vient, parfois plus évidemment que les symptômes, attester de l'existence d'une pathologie. L'entrave à la fonctionnalité, à la qualité de vie, les risques statistiques élevés sont considérés comme suffisamment sérieux pour définir la maladie. Le rôle du médecin se situe davantage du côté de la réhabilitation et de la réintégration sociale que du côté de la guérison. Soigner revient à améliorer le handicap.

Mais ces trois modèles dont on comprend qu'ils cohabitent souvent, peuvent conduire à des types relationnels spécifiques. Par exemple, un patient ayant des plaintes "fonctionnelles" ou hypocondriaques ne bénéficiera pas d'un soin basé sur un modèle pasteurien de maladie.

3. Relation médecin-malade chez l'omnipraticien.

A. Demande et distance relationnelle chez l'omnipraticien

On peut distinguer selon VON GEBSATTEL (Sarfati²) trois phases consécutives dans la relation médecin-malade durant la consultation :

1. Phase de l'appel humain : le médecin entend et répond à la plainte du patient en permettant leur rapprochement. Le risque de cette procédure, si elle n'est pas contrôlée, est d'entraver l'établissement d'une bonne distance relationnelle conduisant souvent à l'échec de l'efficacité du thérapeute.

2. Phase de l'éloignement ou de l'objectivation : c'est l'examen du patient basé sur des données scientifiques. La dimension affective est au second plan.

Cette phase peut être mal vécue par le patient car la partie affective de sa demande n'est pas prise en compte.

3. Phase de personnalisation : la démarche diagnostique est achevée, le médecin se rapproche à nouveau de son patient qui retrouve son statut d'individu souffrant. La relation se noue de façon complexe et riche. Cette phase est indispensable au maintien et à la qualité de la relation soignante.

B. La dimension relationnelle dans la relation médecin-malade. **Notion d'attitude et de contre attitude.**

Les liens qui s'établissent dans la relation médecin-malade ont été finement analysés par Michael BALINT¹ auteur de « Le médecin, son malade et la maladie ». Reprenant les mêmes thèmes, SCHNEIDER¹ et LECLAIRE^{II} nous proposent, à partir de leur expérience de médecine générale, une modélisation similaire ; Patrick SARFATI² et Françoise MULLER-COLLE³ s'en font l'écho dans leurs thèses.

a) Pour BALINT, la relation médecin-malade repose sur deux concepts essentiels : « ***l'offre du symptôme*** » ***par le patient et la « fonction apostolique*** » du praticien.

Dans une perspective issue de la psychanalyse, BALINT considère que le patient « offre » les symptômes de sa maladie. Il veut dire ainsi que le symptôme est surdéterminé : il témoigne d'une affection, de difficultés personnelles diverses et d'un besoin relationnel. La tâche du médecin de déterminer quels sont les réels désirs, besoins et manques du patient qui se cachent derrière cette « offre ». En d'autres termes, le médecin devra décrypter les diverses modalités présentes sous la demande explicite du patient.

Malgré la tendance actuelle qui considère patients et médecins dans une relation d'offre et de demande, ou de consommateur et d'offre de soin, le patient attend toujours de son médecin qu'il lui propose un horizon existentiel. Il souhaite qu'avec le professionnel une rencontre singulière ait lieu, nourrie par une bienveillance fondamentale, elle-même issue d'un postulat fondamental : le médecin est du côté du Bien par opposition au Mal. C'est ce constat qui fait dire à M. BALINT que le praticien a une « fonction apostolique » et doit soulager la souffrance.

Cette compréhension du symptôme indique qu'un type de relation particulière va s'instaurer entre le patient (qui demande autre chose que le symptôme lui-même) et le médecin (qui incarne un personnage au-delà de lui-même). Cette modalité relationnelle induit des attitudes et des contre-attitudes entre le malade et son médecin. La plupart du temps, ce type de relation médecin-malade est noué autour d'attitudes implicites, de demandes allusives et de réponses bienveillantes. S'en suit un jeu relationnel que le médecin ne peut pas totalement analyser mais qu'il doit tenter d'apprécier, notamment en ce qui concerne ses propres attitudes et contre attitudes. C'est à cette fonction que sont dévolus les groupes BALINT. Pour BALINT, l'existence et l'analyse de ces jeux relationnels possèdent une

^I Schneider P.B. Psychologie médicale. Bibliothèque scientifique Payot. Paris 1969

^{II} Leclaire M. L'écoute médicale – in pratiques. Revue du syndicat de la médecine générale. Septembre 1982

fonction thérapeutique ou délétère selon les modalités de la relation médecin-malade.

b) Pour Schneider et Leclaire : Une part de subjectivité est toujours présente dans la relation médecin-malade

Pour Schneider, le symptôme comporte une autre fonction que celle décrite par BALINT, celle de jouer auprès de son médecin un scénario qui n'a pas pu avoir lieu au préalable. Le patient adopterait souvent, à son insu, une attitude qui provoquerait chez le praticien un comportement correspondant à celui qu'il aurait souhaité de son entourage. Citons par exemple, la bienveillance ou au contraire la sévérité.

Par ailleurs, ces auteurs ont constaté que le praticien, dont le rôle est de soulager ne peut envisager son exercice en faisant abstraction d'une part obligatoire de subjectivité. Il agit inévitablement (parce qu'il n'est pas une machine) en fonction de sa personnalité, de son passé, de ses expériences personnelles, de ses croyances et de sa logique. En effet, connaître c'est presque toujours reconnaître à la lumière d'un savoir ou d'une expérience préalables. La dimension de l'histoire personnelle du médecin est donc toujours sollicitée dans l'examen clinique de son malade. Ceci a lieu qu'il ait conscience ou non de cet état de fait. Un nombre important de codes culturels, historiques entre en jeu dans la communication. C'est pourquoi, la compréhension du patient devra intégrer les différences culturelles bilatérales mises en jeu dans l'activité de l'omnipraticien. Cette subjectivité, forcément incluse dans l'attitude du praticien, peut se révéler bénéfique car elle permet d'accéder à un savoir non verbal, riche et nécessaire à la prise en charge de la souffrance du patient.

Au contraire, si la relation s'établit excessivement à partir de la subjectivité, on peut observer des dérives néfastes. Citons par exemple :

- Les idées préconçues concernant le patient empêchent le praticien de déceler une nouvelle pathologie chez un patient connu de longue date : il y a difficulté à envisager chez un sportif de haut niveau une dépendance à des produits toxiques. De même, une personne âgée connue de longue date pour aller "bon pied, bon œil" ne bénéficie plus d'un examen clinique attentif et systématique.

- Les émotions émanant du patient peuvent susciter des mouvements affectifs de la part du médecin et entraver son indépendance intellectuelle. Par exemple :

- *L'agressivité du patient peut blesser l'amour propre du praticien qui ne perçoit pas qu'elle provient de l'anxiété.

- *Le discours et la pathologie du patient peuvent réactiver les angoisses personnelles du praticien.

- Les émotions émanant du médecin peuvent altérer son objectivité : certaines situations peuvent malmener l'ego du médecin qui réagit en refusant de céder à ce qu'il perçoit comme des demandes trop pressantes. D'autres situations à connotation morale, touchant des enfants en jeune âge ou à la sexualité

sollicitent parfois excessivement le plan émotionnel du médecin qui perd sa nécessaire objectivité.

- L'expérience médicale et relationnelle du médecin en tant que malade réel ou potentiel (ou parent de malade) peut modifier l'appréciation du même trouble chez son patient.

En résumé, lors d'une consultation, le patient fort de son passé personnel et familial, n'arrive pas vierge à la consultation. Il a en outre, vis à vis des symptômes qu'il présente, des désirs ambivalents. Ambivalents, car d'un côté, il souhaite informer avec précision son médecin, mais en même temps, il redoute que cet "excès" de détails ne vienne permettre l'établissement d'un diagnostic qu'il craint autant qu'il espère. Il oscille entre un besoin d'être compris et informé sur sa maladie et l'espoir qu'il n'est pas malade ou du moins qu'il est curable.

Le médecin a lui aussi une position ambivalente : il désire expliquer, informer, soigner, se faire comprendre, dans un climat de confiance réciproque, mais il possède aussi ses contraintes professionnelles et personnelles qui viendront influencer ses propos et ses actes.

La relation médecin-malade est donc une relation de confiance et de consentement mutuels qui repose au moins autant sur les sentiments que sur les faits et la raison. Si la partie technique du métier peut en apparence rester neutre, la dimension relationnelle est toujours teintée de subjectivité. Nous retrouvons cette notion chez G. TCHOBROUTSKY et O. WONG⁴ pour qui la relation médecin-malade est faite de « Confiance et suspicion »

La relation médecin-malade semble donc être un élément constitutif essentiel de la consultation de médecine générale ; non seulement pendant celle-ci, car c'est là que se lie ou non le lien entre le malade et son médecin traitant, mais aussi à distance de la consultation. Elle est un facteur important de l'observance.

C. Le médecin médicament

Nous pouvons maintenant nous demander quelles sont les conséquences de cette relation médecin-malade. Pourquoi est-elle si importante lors d'une consultation ? Pourquoi ce genre de relation ne s'établit-il pas entre un client et un commerçant ?

Nous pensons que le résultat de cette relation se dégage dès la fin de la consultation et qu'il s'agit probablement de ce que certains auteurs comme BALINT ont appelé « l'effet médecin ». Qui en effet n'a pas affirmé se sentir mieux dès la sortie du cabinet médical, alors même que le traitement prescrit n'avait pas encore été débuté ? Comme nous le rappelle, Monique GUERIN⁵ « Ce n'est pas la crédulité du patient qui entre en jeu, mais le rapport de confiance qui naît entre les deux partenaires d'une consultation ».

Cette notion a été développée par M. GUERIN qui décrit la relation médecin-malade comme une sorte de médicament. Pour elle le pouvoir médical n'est

jamais nul « même lorsque le médecin sait qu'il est dépourvu de presque toute ressource thérapeutique ». La relation médecin-malade instaurée par les paroles échangées, les questions posées, les gestes pratiqués sur le corps du malade et tout ce qui atteste de l'attention du praticien aura forcément des conséquences sur l'évolution de la maladie dont souffre le patient. Le but d'une réflexion sur la relation médecin-malade est de faire en sorte que cet effet soit bénéfique et d'éviter qu'il soit néfaste. Réfléchir à la qualité de la relation médecin malade dès lors qu'on en connaît l'impact, n'est donc pas un "plus" laissé au libre choix d'un médecin "plus humain", c'est une action professionnelle responsable.

Ce rapport de confiance se distingue de l'effet placebo proprement-dit. Celui-ci comporte plusieurs composantes dont l'effet issu de la confiance et de la qualité relationnelle. Un autre aspect de cet effet placebo réside dans la croyance du médecin dans l'efficacité du traitement. Ce dernier point est particulièrement illustré, dès les années 1940, dans un essai demeuré célèbre sur l'angine de poitrine. Ce constat est à l'origine de l'abandon des essais thérapeutiques en « simple aveugle ». Dans cet essai, lorsque le protocole était en simple aveugle, on obtenait 79 % de bons « répondeurs » avec le « vrai » médicament (celui que les médecins préjugeaient efficace) contre 17 % avec le placebo (identifié comme tel par les médecins). En revanche, les pourcentages s'uniformisaient dès que l'on passait à la méthode du double aveugle (avec 34 % de succès dans les deux groupes). Dans les deux situations expérimentales, le produit testé était en réalité un placebo.

La notion de relation médecin-malade intervient donc dans l'efficacité du traitement prescrit. Un médecin persuadé de l'efficacité ou de l'inefficacité du traitement influe, sans forcément s'en rendre compte, sur l'effet de la thérapeutique administrée.

Cette réflexion est valable aussi bien sur les pathologies organiques que sur les pathologies fonctionnelles, en principe bien plus sensibles à l'approche psychologique de la maladie.

Pour illustrer ces propos citons Martin Winckler dans « *La maladie de Sachs* »⁶ (page 164) lorsqu'un de ses patients lui rappelle le premier entretien qu'il avait eu avec le médecin alors que l'épouse du patient était présente.

« Le jour où on est allés vous voir pour la première fois, quand on est entrés et que vous l'avez aidée à s'asseoir. Vous vous souvenez ? . Ma femme a dit : « Je viens vous voir par ce que le Docteur Jardin a dit qu'il ne pouvait plus rien faire pour moi. ». Et moi comme elle, on a bien vu que vous étiez choqué. Vous avez répondu, je m'en souviendrai toute ma vie, *Quelle que soit la maladie, on peut toujours faire quelque chose* et, quand on est partis, vous nous aviez gardés longtemps et pourtant elle allait mieux. Elle a marché jusqu'à la voiture sans que je la soutienne, et pendant quinze jours, je ne l'avais jamais vue comme ça depuis le début de sa maladie, elle a repris courage. Elle se levait le matin, elle souffrait moins, elle a même cuisiné plusieurs fois et j'y ai cru, vous savez, et elle aussi. Maintenant je sais que c'était surtout parce que vous nous aviez remonté le moral, sans nous raconter d'histoire, sans nous promettre qu'elle allait guérir... ».

D. La relation soignante est détentrice d'une partie du savoir médical.

Comme le souligne Philippe NUSS⁷, la rencontre médecin-malade constitue un espace relationnel au sein duquel un type spécifique de savoir médical peut s'établir. Ce dernier est de nature et de substance différentes des savoirs que possèdent, de leur côté propre, le médecin (savoir médical) et le patient (savoir sur sa maladie et sa santé). La relation médecin-malade permet seule l'expression de ce savoir relationnel alors que les autres savoirs existent en eux-mêmes, indépendamment de la relation. C'est la mise en œuvre de ce savoir relationnel qui possède une fonction soignante additionnelle qui participe à l'effet médecin.

4. Apparition d'un tiers : le stagiaire auprès du médecin généraliste.

Après avoir analysé la relation médecin-malade, s'est posé la question de savoir quelles peuvent être les conséquences de l'intrusion d'un tiers sur cette relation duale ?

Dans ce travail, il s'agira du résident en médecine générale.

A. Du point de vue du médecin :

Le stagiaire pourra être ressenti par le médecin comme un rival car il se peut que la relation médecin-malade soit transformée en relation stagiaire-malade, surtout lorsque le stagiaire est en phase semi-active, reléguant alors le médecin à un rôle d'observateur neutre.

Les causes peuvent en être diverses. Nous pouvons, par exemple, imaginer que l'expérience personnelle du stagiaire paraît plus adaptée au patient, qui peut ce faisant, prendre le stagiaire comme allié dans le cadre de son ambivalence vis à vis de son thérapeute. Il se peut aussi que le stagiaire, en plein cursus universitaire, soit informé d'une nouvelle technique médicale que le praticien ignore.

Le médecin peut aussi voir son stagiaire comme un surveillant. Le stagiaire pouvant être perçu comme une aide au besoin, mais aussi comme le correcteur, voire le témoin d'une éventuelle erreur, ce qui, dans un cas comme dans l'autre, peut altérer la relation médecin-malade.

Le patient peut en effet remettre en question la confiance qu'il a en son médecin traitant, et le praticien ne plus se sentir à l'aise dans sa pratique quotidienne l'empêchant ainsi d'établir une relation de confiance entre lui et son patient.

Le médecin peut aussi utiliser la présence du stagiaire comme un faire valoir, prouvant par cet exercice à quel point il maîtrise son art puisqu'il le dispense à autrui. Il peut chercher alors à augmenter la confiance qu'a le patient envers lui.

Mais nous pensons malgré tout que l'enseignement et la confraternité restent les motivations principales des médecins lorsqu'ils demandent à devenir maître de stage.

B. Du point de vue du malade :

Rappelons Balint¹ « La présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère ».

Si l'on applique au pied de la lettre cette recommandation et que l'on constate le fait que le malade demande souvent une relation de type privilégié avec son médecin, il paraît difficile d'envisager la présence d'un tiers. Par ailleurs, on considère souvent l'espace relationnel comme privilégié, protégé par le secret médical. Ceci permet à certains sujets, certains mouvements émotionnels, ailleurs interdits, de s'exprimer dans ce seul lieu, loin des regards.

En dépit de ces remarques, justes au demeurant, force est de constater que la relation qui s'établit en présence du stagiaire reste dans l'ensemble très semblable, selon notre expérience, à celle constatée en son absence. Comment comprendre ce fait ?

Nous avons tenté dans un premier temps de synthétiser les nombreux travaux, mis à notre disposition, effectués sur ce sujet. Nous présenterons ensuite les résultats d'une enquête concernant l'impact de la présence du stagiaire que nous avons effectuée pendant la durée de notre stage.

IV. IMPACT DE LA PRESENCE DU STAGIAIRE DANS LA RELATION MEDECIN-MALADE : **REVUE DE LA LITTERATURE.**

Pour apprécier l'effet de la présence du stagiaire dans la relation médecin -malade, nous avons passé en revue la littérature publiée sur ce sujet depuis le début des années soixante-dix. Nous avons tenté d'évaluer différentes constantes telles que :

1. **L'acceptation** du stagiaire par les patients.
2. Le ou les **facteur(s) favorisant** l'acceptation du résident en dehors du motif de la consultation.
3. Les motifs de consultation amenant le patient à **refuser** la présence du stagiaire.
4. L'impact de la présence du stagiaire sur la **relation médecin-malade**, qu'il ait été accepté par le patient, ou que le patient n'ait pas osé refuser sa présence.

Ces études ont été réalisées, aussi bien sur le mode prospectif que rétrospectif, dans différents lieux tel que le cabinet de médecine générale, l'hôpital et les centres de santé.

1. L'acceptation du stagiaire par le patient.

Comme nous l'avons énoncé dans l'introduction, en six mois de stage seulement deux patients ont refusé notre présence lors de consultations de médecine générale.

Ce chiffre étant étonnamment bas, nous avons cherché à évaluer à travers la littérature, quel est le taux d'acceptation de la présence d'un stagiaire par les patients lors d'une consultation.

Nous allons distinguer deux lieux d'exercice : les consultations de ville et les consultations hospitalières ou en centres de santé.

Les données sociologiques (ethnie, assurances privées) des populations examinées dans les études anglo-saxonnes ne seront pas rapportées dans notre analyse car elles sont trop éloignées des conditions d'exercice en France.

Afin de résumer l'ensemble des articles présentés dans cette revue complète de la littérature publiée sur ce sujet, nous avons effectué un tableau récapitulatif présenté à la page suivante.

A. En cabinet de ville :

1^{ère} étude:

Michael J. Reichgott⁸ et coll., proposent en 1983 une étude en deux temps prospective et rétrospective concernant l'attitude des patients face aux résidents lors de leur consultation.

L'étude rétrospective correspond à l'avis des patients ayant consulté en présence d'un résident.

L'étude prospective correspond à l'étude de l'avis des patients choisis au hasard dans la population d'un cabinet médical et de leur acceptation à consulter en présence d'un stagiaire lors d'une future consultation. Du fait de la randomisation, les patients pourront ou non avoir déjà consulté en présence du stagiaire.

Population : Les malades de l'étude prospective sont tirés au sort dans une clientèle de 2720 patients appartenant à 3 praticiens du même cabinet médical. La branche prospective comporte 667 patients. Le bras rétrospectif comporte 46 patients. Aucun patient du bras prospectif n'appartient au bras rétrospectif.

Durée : 2 mois en 1980 durant lesquels les questionnaires sont envoyés aux patients de ce cabinet.

Outil d'évaluation : Les patients reçoivent par voie postale un questionnaire anonyme qui devra être retourné sur le même mode.

Résultats :

Partie prospective :

Le taux de réponse a été de 29%

Les réponses (195/667) viennent pour 58% de femmes et 41% d'hommes dont l'âge moyen est de 51 ans.

59% des patients interrogés ayant répondu au questionnaire (115/195) ont déjà consulté en présence d'un stagiaire.

• **73%** des patients sont favorables à la présence du stagiaire lors d'une future consultation dont :

- **93%** pour l'histoire de la maladie.
- **78%** pour l'examen clinique.
- **65%** pour l'organisation de la future visite.
- **41%** pour la demande et l'interprétation des examens complémentaires en l'absence du praticien
- **30%** pour la prescription en l'absence du praticien.

• **71%** des patients demandent la présence de leur médecin à chaque consultation.

Partie rétrospective :

Selon les auteurs, la consultation en présence de l'étudiant est décrite par les patients comme étant satisfaisante voire très satisfaisante chez 90% des patients contre 10% de mécontents. Les motifs de mécontentement sont de deux ordres :

les patients n'ont pas été préalablement avertis de la présence du stagiaire ou le roulement des étudiants est trop important pour assurer la continuité des soins.

Commentaires :

La taille (667 patients) de l'échantillon de l'analyse prospective permet d'atteindre à la significativité contrairement au bras rétrospectif (46 patients).

En conséquence, la branche rétrospective de cette étude ne sera pas analysée mais simplement décrite du fait du trop faible effectif (46) ainsi qu'un taux de réponse trop bas (50%).

Les auteurs ont rappelé que dans la lettre explicative envoyée avec le questionnaire, il était précisé que le programme du stage chez le praticien pourra être modifié en fonction des résultats de cette étude. Il est donc probable que ce sont les patients les plus défavorables à la présence du stagiaire qui ont répondu, et que le chiffre de 73% d'opinions favorables (soit le pourcentage le plus bas de patients qui acceptent le résident) est lié vraisemblablement à ce courrier.

En conclusion, un minimum de 3 patients sur 4 accepteront un stagiaire, ceci d'autant plus :

- qu'ils ont été informés à l'avance de la présence de celui-ci.
- qu'ils ont eu une expérience satisfaisante avec le stagiaire par le passé.
- que l'étudiant est surveillé de près.

2ème étude :

J.G.P. Ryan⁹, publie en août 1976 une étude cherchant à évaluer l'acceptation des étudiants par les patients lors d'une consultation de médecine générale selon qu'ils vivent dans **une zone urbaine ou dans une zone rurale**. Un autre but de l'étude est d'apprécier l'opinion des patients adultes concernant l'examen de **leurs enfants** en présence d'un stagiaire.

Date et lieu de l'étude : 1975 dans le Queensland (USA).

Population et critères d'inclusion :

Les 50 premiers patients se présentant dans 220 cabinets médicaux étaient éligibles. Ils devaient répondre à un questionnaire (11000 furent ainsi distribués).

Moyen d'évaluation :

Questionnaire rempli avec l'aide de la secrétaire, **avant la première rencontre** avec l'étudiant de 5^{ème} année.

Résultats :

Seules 4852 réponses purent être incluses dans l'étude. En effet, bien des praticiens, certains que la totalité de leurs patients serait favorable à la présence de l'étudiant, ont refusé de faire remplir le questionnaire. D'autres, ont considéré cette étude comme une perte de temps ou une intrusion néfaste dans la relation médecin-malade.

De manière générale, sans tenir compte de la répartition géographique des patients, les résultats permettaient de mettre en évidence :

Avant la consultation :

- 30 patients refusent de répondre au questionnaire.
- 272 (**5.93%**) **patients refusent la présence du stagiaire**.
- 4580 patients acceptent la présence du stagiaire.

Les raisons de refus invoquées furent :

- **L'importance de la relation duelle** lors des consultations en médecine privée.
- **Le motif de la consultation** est considéré comme trop privé.
- La consultation d'un médecin en ville « c'est justement pour être seul ».
- La présence d'un étudiant lors de la consultation est aussi inacceptable en privé qu'à l'hôpital.

Les parents acceptent plus facilement la présence du stagiaire pour la consultation de leur enfant que pour leur propre consultation.

Les refus de la présence du stagiaire furent surtout observés :

- en province, c'est à dire à distance d'un hôpital
- lorsque le cabinet concerné était un cabinet de groupe.

Commentaires :

L'auteur souligne que **le stagiaire est extrêmement bien accepté** par les patients, mais qu'**il est nécessaire que la présence de l'étudiant soit annoncée avant le début de la consultation** et que **le praticien demande au patient si le stagiaire est bienvenu ou non**. En effet, les patients semblent très attachés au caractère privé de la consultation, il est donc obligatoire de leur donner la possibilité de choisir entre une consultation en privé ou non.

Nous remarquons :

- le faible taux (50%) de participation des praticiens, ce qui montre leur faible implication dans l'éducation des jeunes médecins en 1976. De plus, celui-ci rend la validation des résultats plus difficile.
- la méthodologie de l'étude qui visait à éviter qu'en raison du « bouche à oreille » les patients ne désirant pas subir cette formalité ne se présentent pas au cabinet tels qu'ils l'auraient habituellement fait.

Notons ici, la citation de Ryan au sujet d'une étude effectuée par le professeur Ian Richardson¹⁰ du département de médecine générale d'Aberdeen. Celui-ci avait demandé, via un questionnaire, à 703 patients se présentant pour une consultation, s'ils acceptaient ou pas la présence du stagiaire. **94% des patients** avaient accepté.

Rq : Le texte intégral de cette étude n'a pu être retrouvé dans les bibliothèques du réseau Myriade.

3ème étude :

J. M. Morrison¹¹ a étudié l'opinion des malades à l'égard du résident. Cette analyse a été effectuée en raison du nombre croissant de patients rencontrant un étudiant lors de la consultation avec leur médecin généraliste au **Royaume-Uni**.

Date : 1995

Durée : 3 mois

Moyen d'évaluation :

Un questionnaire a été distribué à 10 patients successifs dans des cabinets de médecine générale :

- 3 mois avant qu'un étudiant soit présent lors des consultations de 69 cabinets.
- Juste avant la consultation où devait être présent l'étudiant. (48 cabinets).
- Après la consultation en présence de l'étudiant (77 cabinets).

690, 480 et 770 formulaires sont successivement distribués.

681, 469 et 759 réponses sont obtenues, soit un taux de réponse d'environ 98%.

Résultats concernant l'acceptation du stagiaire par le patient :

• 3 mois avant qu'un étudiant soit présent lors des consultations :

- 30,4% des patients ont déjà rencontré un étudiant lors de consultations préalables.
- **Parmi les patients acceptant le stagiaire, 67.8% l'acceptent pour tous les motifs de consultation.**
- **4.6% des patients refusent la présence de l'étudiant.**
- 18.1% des patients ne sont pas prêts à rencontrer l'étudiant sans le praticien alors que 37.6% le sont pour tous les problèmes.

• Juste avant la consultation :

- **94.5% des patients sont d'accord** pour rencontrer leur médecin en présence du stagiaire.

• Après la consultation :

- **66.4% des patients sont d'accord pour revoir le stagiaire durant une future consultation quel qu'en soit le motif.**
- **3.4% refusent absolument et pour tous les motifs de revoir l'étudiant.**
- 13.7% ne sont pas prêts à rencontrer l'étudiant sans le praticien alors que 36.3% le sont pour tous les problèmes.

Commentaires :**Bonne acceptation du stagiaire.**

De nouveau, les auteurs rappellent que **le patient doit avoir le libre choix** entre une consultation à deux ou en présence du résident.

Notons le taux d'acceptation extrêmement **stable** en ce qui concerne l'acceptation du stagiaire quel que soit le motif de la consultation (67.8% à trois mois de la consultation et 66.4% après la consultation).

D'autre part, **le taux de refus de la présence du stagiaire passe de 4.6% avant la consultation, à 3.4% après celle-ci**, ce qui laisse supposer un impact positif de la consultation en présence de l'étudiant.

4ème étude :

S Jones, N. Oswald¹², proposent une étude dont l'objectif est d'analyser **l'attitude des patients** envers les étudiants en médecine durant le stage pratique de médecine générale.

Date : 1994

Population : Les 1133 patients de plus de 16 ans d'un médecin généraliste de ville.

Moyen d'évaluation : voie postale.

Résultats :

Il y eut 578 questionnaires renvoyés soit un taux de réponse de 51%, l'âge moyen des patients sondés est de 52.9 ans contre 44.6 ans pour l'âge moyen de la clientèle du cabinet.

Sur les 578 patients, 65.6% (379) ont déjà rencontré un étudiant ; et pour 69% (262) de ces derniers, le stagiaire a eu un rôle actif durant une précédente consultation.

Le taux d'acceptation du stagiaire lors d'une future consultation est de 96.5%, dont :

- 69.7% à chaque reprise
- 26.8% de temps en temps.

Le taux de refus catégorique du stagiaire a été 3.5%.

Commentaires :

Une large majorité des patients accepte la présence du stagiaire.

Les auteurs concluent en rappelant que cela permet d'envisager le développement de cette pratique.

5ème étude :

Les mêmes auteurs, **S Jones, N. Oswald¹³**, se proposent d'analyser l'attitude des patients traités en médecine de ville en présence d'étudiants **en fin de cycle d'études médicales**.

Date et durée : 6 mois (d'octobre 1993 à mars 1994).

Caractéristiques : étude rétrospective.

Population :

100 patients sélectionnés au hasard par ordinateur, et qui ont consulté leur médecin traitant en présence d'un étudiant dans les 6 derniers mois.

Moyen d'évaluation :

Un questionnaire constitué de huit questions est posté soit à la personne concernée, soit à la mère si le patient a moins de 15 ans.

Résultats :

Sur les 100 patients interrogés, le taux de réponses est de 84 %.

L'échantillon interrogé est constitué à 74% de femmes et forme 71% des réponses. Les personnes ayant répondu au questionnaire ont majoritairement entre 31 et 40 ans.

95% des patients se souvenaient de la présence du stagiaire.

Les patients ont été vus soit par le stagiaire seul (19%) soit en duo avec le praticien (79%). (2 non-réponses).

97.5% se souvenaient qu'on leur avait demandé, avant la consultation, la permission par rapport à la présence du stagiaire.

Interrogés sur leur accord concernant la présence d'un stagiaire lors d'une future consultation on relevait :

- **71% des patients d'accord, quel qu'en soit le motif**
- **26% des patients d'accord de temps en temps**
- **3% des patients plus jamais d'accord**

93% des patients décrivent comme bonne une telle initiative (à savoir l'existence d'un stage chez le praticien) contre 7% d'incertains et 0% de « mauvaise idée ».

Commentaires :

97% des patients acceptent la présence des étudiants.

Dans cette étude, les patients à travers leurs commentaires libres rappellent qu'ils ont tiré **bénéfice de la présence du résident** par l'étude plus approfondie de leur problème médical. Mais certains, bien que persuadés du bien fondé d'une telle méthode d'apprentissage, ont souligné leur attachement au fait qu'on leur ménage un **espace d'intimité**.

6ème étude :

Breso, ¹⁴ lors de sa thèse de médecine générale tente d'apprécier l'opinion des patients concernant la présence d'un résident **en stage depuis 4 mois** afin :

- de recueillir leurs impressions
- de déterminer le profil du patient le plus susceptible de refuser la présence du résident
- d'estimer le retentissement de cette présence sur la relation médecin-malade.

Date et lieu : du 16 au 29 mars 1998 en Isère (France)

Moyen d'évaluation :

Un questionnaire remis en fin de consultation à tous les patients consultant au cabinet. (Un seul questionnaire par personne pendant la durée de l'étude).

Le patient doit répondre seul aux questions dans la salle d'attente, puis déposer le questionnaire dans une urne.

Population : Les 215 patients consultant au cabinet de groupe pendant la période de l'étude.

Résultats :

Sur les 215, 192 questionnaires sont retenus correspondant pour 53% à des femmes. Les patients sont à 90% d'origine française, 56% d'entre eux ont suivi des études secondaires et leur âge moyen est de 36 ans.

23 dossiers furent éliminés par l'auteur parce qu'ils étaient manquants ou égarés et à cause du refus ou de l'incapacité des patients de participer à l'enquête. (Barrière de la langue, illettrisme...).

Sur ces 192 consultations, à 136 reprises le résident n'était pas présent lors de la consultation. A 4 reprises, les patients ont refusé la présence du stagiaire (2.8% des cas) contre 2 consultations où ce sont les médecins qui ont refusé la présence du stagiaire.

129 patients (67%) avaient déjà rencontré un résident et 45% d'entre eux avaient été examinés par celui-ci.

Concernant l'acceptation du stagiaire par les patients :

- **97% des patients acceptent le résident et 66% d'entre eux y sont favorables systématiquement.**

- **96% des patients considèrent que ce stage est nécessaire**, voire indispensable, à la formation des futurs médecins, contre 1.5% des patients qui le considèrent comme inutile.

- **60% sont favorables à ce que le stagiaire assume seul la consultation.**

Commentaires :

Il ressort de cette étude qu'une fois de plus **le résident est extrêmement bien accueilli par les patients.**

Sont exclus des résultats les patients ayant refusé de répondre aux questionnaires, ce qui rend toute conclusion discutable.

L'auteur a tenté de prendre en compte trop de paramètres aussi bien pour les patients, que pour les praticiens et le stagiaire, l'empêchant ainsi de conclure et d'obtenir des résultats significatifs.

7ème étude :

Bentham J, Burke J, et Coll.¹⁵ eurent pour objectif de déterminer les réactions des malades lors de consultations conduites par un **étudiant seul avant que le médecin généraliste les rejoignent.**

Durée et lieu : 4 semaines à Oxford.

Population : Echantillon aléatoire de malades consultants dans 6 cabinets de médecine générale durant le stage chez le praticien. L'étudiant en médecine était en 5ème année.

Moyen d'évaluation : Questionnaire anonyme distribué à la fin de la consultation.

Résultats :

Sur les 148 personnes à qui on avait demandé de consulter en présence de l'étudiant :

3 refusèrent (**2% de refus**).

9 furent exclus de l'étude car elles n'avaient pu remplir le questionnaire pour diverses raisons.

Sur les 134 patients inclus dans l'étude, 130 rendirent leur questionnaire dont voici les résultats :

- 56% de femmes, 92% de caucasiens,
- 65% avaient déjà vu un étudiant durant une précédente consultation.
- **83% ont dit être de nouveau d'accord pour consulter avec un étudiant** (ce pourcentage tient compte de l'ensemble des 148 patients)
- **98%** d'accord parmi les patients ayant eux rencontré le stagiaire (130 patients).

Commentaires :

Cette étude est très rassurante concernant l'acceptation du stagiaire par les patients, mais il faut rappeler qu'il s'agit ici d'une étude où le stagiaire consulte le malade seul, avant que ce dernier soit vu par le praticien.

Peut-être s'agit-il d'un mode de fonctionnement que les patients préfèrent aux consultations où le stagiaire est présent aux côtés du médecin traitant ? Ceci expliquant un taux d'acceptation des patients légèrement supérieur à celui des autres études.

8ème étude :

CHIARINI Sylvain¹⁶ , thésard en médecine générale tenta d'évaluer la réaction des patients face à la présence d'un stagiaire au cabinet. (**étude française**)

Durée et Lieu : Quinze jours à Nancy.

Moyen d'évaluation :

Un questionnaire anonyme disposé dans la salle d'attente à partir du troisième mois de stage. Il devait être rempli après la consultation puis être déposé dans une urne.

L'auteur a examiné les 100 premiers questionnaires que les patients ont bien voulu remplir.

Résultats :

L'échantillon de clientèle, dont l'âge moyen est de 40 ans, est constitué à 70% de femmes et à 30% d'hommes.

Les réponses aux différentes questions sont :

« Certaines fois, je voudrais pouvoir trouver le médecin seul »

OUI	49%
NON	47%
Pas de réponse	4%

« La présence du stagiaire aux cotés du médecin me dérange »

OUI, toujours	3%
OUI, parfois	22%
NON jamais *	75%

*avec parmi les commentaires « si ce n'est pas systématique ».

Commentaires :

Une nouvelle fois, **le résident semble extrêmement bien accueilli par les patients.**

Il faut noter le biais de sélection de cette étude, car il est fort probable qu'après 3 mois de stage, les patients sont habitués à rencontrer le stagiaire (90% ont déjà vu le stagiaire) et que les plus réticents, s'ils n'ont pas changé de cabinet, ont tendance à choisir les horaires où le stagiaire est absent.

Ces mêmes personnes, si elles sont vraiment en désaccord avec le stage chez le praticien, n'auront pas forcément envie de remplir les questionnaires, en conséquence, cette étude sera peut-être le reflet de l'opinion des patients les plus intéressés par cette pratique.

Notons ici, l'étrangeté des réponses, en effet 75% des personnes déclarent ne jamais être dérangées par le stagiaire alors que 50% des patients veulent pouvoir rencontrer leur praticien en tête-à-tête de temps en temps. Il est probable que les

patients expriment ici leur souhait de pouvoir rencontrer seul leur médecin traitant si une situation très particulière se présente.

9ème étude :

Yekhlef¹⁷ dans sa thèse de médecine générale eut pour objectif d'évaluer l'impact sur la relation médecin-malade de la présence du stagiaire ou du moins son influence sur le **déroulement de la consultation**.

Date et lieu : octobre 1998 (dernier mois du stage de six mois) en région aquitaine.

Moyen d'évaluation et population :

Chaque maître de stage doit distribuer **5 questionnaires à des patients ayant vu le stagiaire avec lui et 5 questionnaires à des patients l'ayant vu seul**.

N'ont pas été inclus : les patients vus à domicile, les patients vus par le stagiaire seul et les enfants de moins de quinze ans.

Le questionnaire est distribué en fin de consultation sans sélection des patients, il est rempli en l'absence du médecin et déposé dans une urne ou dans la boîte aux lettres.

Il y a eu 10 questionnaires de 15 questions distribués chez 60 maîtres de stage soit 600 questionnaires au total.

Résultats :

Seuls 50% (29) des médecins ont accepté de participer à l'étude avec des motifs de refus variables. (Manque de temps, peur de la réaction de la clientèle, mauvaise enquête, ...)

Sur les 29 praticiens seulement 16 ont adressé les 10 questionnaires correspondant à la réalisation stricte du protocole. (160 questionnaires soit 62.4% du total des réponses).

Finalement, 258 questionnaires seront exploités.

Sur cet échantillon, 53.1% (137) des patients ont vu le stagiaire, contre 46.9% (121) qui ne l'ont pas vu.

L'âge moyen est de 55.12 ans (17 < < 89ans) avec 54.3% de femmes.

• Possibilité de revoir un stagiaire à l'occasion d'une prochaine consultation dans le groupe venant de rencontrer le stagiaire :

- **70.1% (94) souhaitent revoir le stagiaire**
- **3.7% (5) ne le désirent pas.**
- **26.1% sont sans opinion**

• Point de vue des patients sur la présence du stagiaire à toutes les consultations :

***dans le groupe avec stagiaire :**

- **80.6% (108) souhaitent voir le stagiaire à toute prochaine consultation**
- **9.7% (13) ne le désirent pas.**
- **9.7% sont sans opinion**

***dans le groupe sans stagiaire :**

- **60.4% (67) souhaitent voir le stagiaire à toute prochaine consultation**
- **15.3% (17) ne le désire pas**
- **24.3% sont sans opinion**

Commentaires :

Le stagiaire semble bien accepté par les patients, avec une large majorité d'entre eux qui l'accepte **à toutes les consultations**. Cependant, on retrouve dans le groupe ayant consulté sans le stagiaire seulement 60.4% de personnes qui souhaitent voir le stagiaire contre 80.6% dans le groupe avec stagiaire. Compte tenu du nombre de patients sans opinion (24.3%), on peut penser que ce sont des patients qui préfèrent attendre de voir le stagiaire avant de se prononcer. **Le résident bénéficie peut-être d'un « capital sympathie » aux dires de l'auteur.**

35% des patients désirent être prévenus de la présence du stagiaire lors de la prise de rendez-vous. Comme nous le rappelle l'auteur, il est fort probable que **l'information préalable du patient sur la présence du stagiaire est un facteur favorisant l'acceptation de celui-ci.**

L'enquête ayant eu lieu durant le dernier mois du stage, on peut penser que le stagiaire est au maximum de son adaptation au sein du cabinet et que les patients ont eu le temps de s'habituer à sa présence.

Conclusion :

En cabinet de ville, sans entrer dans le détail de chaque étude, il ressort de ces travaux que **le stagiaire est extrêmement bien accepté par trois patients sur quatre, ceci d'autant plus que les malades auront été prévenus de la présence de l'étudiant.**

Les patients, bien qu'attachés à l'intimité de la consultation avec leur médecin traitant, accepteront la présence d'un étudiant dans une grande majorité des cas par "gentillesse" et en étant persuadés de la valeur pédagogique de cette pratique.

Certains auteurs ont essayé d'étudier la réaction des patients lorsqu'ils consultent dans un premier temps avec le stagiaire seul puis dans un second temps durant la même consultation avec le praticien habituel en compagnie du stagiaire.

Il semble que cette méthode soit légèrement plus appréciée que lorsque le stagiaire passif assiste à la totalité de la consultation avec le praticien. Il est donc probable que **les patients sont favorables à une « présence active » de l'étudiant alors impliqué dans la prise en charge médicale, plutôt qu'une « présence spectatrice ».**

B. En milieu hospitalier et en centre de santé :

10ème étude :

Bishop. F. ¹⁸ a évalué les attentes des patients qui viennent consulter en **externe en clinique**. Cet article discutera non seulement de l'acceptation des stagiaires mais aussi de la prise en charge médicale et de la tenue vestimentaire du personnel médical.

Date :1991

Population : 55 femmes et 35 hommes

Moyen d'évaluation :

90 questionnaires anonymes complétés de manière non systématique avant la consultation par les patients qui voulaient bien les remplir.

Résultats :

- **81% d'acceptation de l'étudiant pour l'interrogatoire**
- **61% lors de l'examen clinique.**

Par ailleurs, le nombre maximum d'étudiants acceptés lors de la consultation pour l'examen clinique est de 2.1 pour les femmes contre 3.2 pour les hommes.

Commentaires :

L'étudiant semble bien accepté par les patients mais il s'agit ici d'un article non ciblé sur ce problème car il discute aussi de la tenue vestimentaire des infirmières, du médecin et ne précise ni le lieu, ni les conditions exactes de la réalisation de cette étude (le nombre total de questionnaires distribués est inconnu).

11ème étude :

R. J Simons ¹⁹ étudie l'attitude des patients face aux étudiants dans un centre hospitalo-universitaire lors **de consultations en externe**.

Date :1995

Moyen d'évaluation :

199 formulaires distribués à l'issue de la consultation où l'étudiant a vu seul le patient pour l'interrogatoire et l'examen clinique, avant d'être rejoint par le praticien.

Les patients rencontrant le stagiaire sont choisis de manière aléatoire.

Résultats :

5 patients refusèrent de remplir le questionnaire.

194 réponses provenant à 51% d'hommes. L'âge moyen de l'échantillon est de 56.7 ans. Il faut souligner que 86.3% des patients ont déjà rencontré un étudiant contre 13.7% qui n'en ont jamais vu.

*En ce qui concerne **la présence du stagiaire** :

- **55.8% des patients y sont indifférents.**
- **10% préfèrent voir l'étudiant avec le praticien.**
- **33% préfèrent voir le praticien seul.**

*En ce qui concerne **l'examen clinique** :

- **50% de patients y sont indifférents.**
- **25 % préfèrent l'étudiant avec le médecin,**
- **25% préfèrent le médecin seul.**

50% désirent être de temps en temps seuls avec le médecin.

Commentaires :

66% des patients acceptent la présence du stagiaire.

Simons conclut en rappelant que **les patients doivent pouvoir décider de la présence ou non du stagiaire et qu'il faut informer les patients du rôle du résident et de l'importance de l'apprentissage sur le terrain.**

De plus, pour l'auteur, **il faut d'une part limiter dans le temps la consultation faite par le stagiaire seul et le patient doit, d'autre part, avoir l'opportunité de consulter seul à seul son praticien habituel.**

Cette étude, de l'aveu même des auteurs, comporte un biais de recrutement des patients car les stagiaires ont peut-être été orientés par les praticiens vers les patients les plus favorables à leur présence. Les patients étudiés ici ont un niveau d'étude élevé, ce qui empêche peut-être de généraliser les résultats à l'ensemble de la population.

12ème étude :

O'MALLEY²⁰ chercha d'une part, à évaluer la **satisfaction** des patients au sujet de la présence du stagiaire durant leur consultation, et d'autre part à mettre en évidence une éventuelle différence d'acceptation entre **l'étudiant et l'interne en médecine.**

Caractéristique : étude prospective

Date : 1996

Population :120 malades consultant en clinique.

Moyen d'évaluation : Un questionnaire anonyme distribué immédiatement après la consultation.

La consultation avait lieu en deux temps : le premier où le patient était seul avec un étudiant de troisième année ou avec un interne, puis un second temps où le médecin en titre venait les rejoindre.

Les résultats furent comparés aux réponses données au même questionnaire (372) distribué les mois précédant alors que les patients n'avaient pas rencontré le stagiaire.

Résultats :

103 des 120 patients adultes se présentant à la clinique acceptèrent de remplir un questionnaire.

49% des consultations ont eu lieu en présence de l'étudiant de troisième année et 51% en présence d'un interne en médecine.

95% des patients acceptèrent de revoir l'étudiant lors d'une prochaine consultation. (65% définitivement et 30% probablement).

Commentaires :

De nouveau, la présence du stagiaire lors d'une future consultation est largement acceptée par les patients.

Il faut remarquer le biais de sélection des patients. En effet, ont été éliminés les patients refusant de participer ou ceux venant consulter pour certains motifs médicaux comme les infections de voies aériennes supérieures ou renouvellements de traitement.

Les auteurs font remarquer que les résultats ont peut-être été faussés du fait que les patients ne rencontraient pas ici un médecin traitant habituel avec lequel ils auraient pu tisser des liens favorisant l'acceptation de stagiaire.

Les questionnaires sont récoltés par l'assistant en recherche qui assure aux patients que leur anonymat sera préservé. Peut-être que les patients les plus anxieux ne seront pas satisfaits par ce mode de récolte des informations et auront en conséquence changé leurs réponses ?

13^{ème} étude :

D. KING²¹ étudia l'attitude des patients âgés envers les étudiants.

Date et lieu : 4 mois en 1992 dans un hôpital universitaire de Liverpool.

Population : 130 patients hospitalisés âgés et ayant un MMS de 10/10.

Moyen d'évaluation : après la rencontre avec l'étudiant en médecine, le patient remplit un questionnaire anonyme avec un médecin qu'il ne connaît pas

Résultats :

Les 130 patients acceptèrent de rencontrer l'étudiant, mais seulement 81.5% (106) furent inclus du fait du MMS.

L'âge moyen était de 80.2 ans.

Seulement 71% des patients étaient au courant que l'étudiant était un futur médecin.

97.2% acceptèrent d'être interrogés par l'étudiant et **95.3%** d'entre eux en furent satisfaits.

13.2% refusèrent d'être examinés.

Aucun des patients n'avait déjà rencontré un étudiant.

Conclusion :

En centres hospitaliers ou en cliniques, là aussi, sans entrer dans le détail de chaque étude, il ressort que le stagiaire est extrêmement bien accepté par les patients.

Notons que **certains patients préfèrent** que :

- l'**étudiant** soit présent **uniquement pour l'interrogatoire** et non pas durant l'examen clinique.
- l'**étudiant** soit **accompagné d'un médecin**.

C. Conclusion générale concernant l'acceptation du stagiaire par le patient :

1. **Le stagiaire est très bien accepté** par les patients.

Près de **97% d'entre eux l'acceptent de manière régulière.**

60% à 70% l'acceptent de manière systématique, c'est à dire quel que soit le motif de consultation.

Ces taux observés à travers différents types d'analyses sont très similaires quel que soit le mode d'exercice.

NB : Il faut préciser qu'a priori dans ces études, exception faite de celle de Ryan⁹ et peut-être celle de O'Malley²⁰, les personnes ayant répondu aux questionnaires sont celles ayant l'habitude ou ayant accepté de rencontrer un stagiaire, ce qui peut fausser les résultats.

2. Lorsque les études évaluent le taux d'acceptation **en fonction des différents temps d'une consultation, on peut observer une variabilité de celui-ci.**

En effet, l'acceptation du stagiaire est de :

- **80% à 95% pour l'interrogatoire**
- **60% à 80% pour l'examen clinique**
- **65% pour l'organisation des futurs rendez-vous**
- **41 % pour l'interprétation des examens**
- **30% pour les prescriptions en l'absence du praticien.**

A noter cependant que ces trois derniers pourcentages ne proviennent que d'une seule étude⁸.

Par conséquent, plus le moment de la consultation est ressenti comme important et intime par le patient, moins le stagiaire sera accepté.

3. Quasiment tous les auteurs rappellent que :

- **il est nécessaire de ménager pour chaque patient un espace d'intimité** où il pourra se confier en toute tranquillité à son praticien.
- **il faut rappeler à chaque malade qu'il a le droit de refuser la présence de l'étudiant.**
- **il faut rappeler la présence du stagiaire lors de la prise de rendez-vous pour favoriser son acceptabilité.**

4. Remarquons que le stage au près d'un praticien est reconnu comme étant **une bonne initiative par près de 95% des patients.**

5. Il semble que **les patients soient favorables à une présence active du stagiaire** dans leur prise en charge médicale plutôt qu'à une présence passive et spectatrice.

Peut-être pouvons nous en conclure que pour le patient, la présence du stagiaire dans un cabinet de médecine générale est une excellente chose mais que, de temps en temps, il est préférable que ce soit dans un autre cabinet que celui où il vient consulter ?

2. Motifs de consultation amenant le patient à refuser la présence du stagiaire.

Nous avons donc vu jusqu'à présent que le stagiaire était très bien accepté par le patient et que comme nous venons de le voir, plus ce dernier a été en présence du stagiaire, plus il a tendance à l'accepter.

Nous avons donc cherché quels pouvaient être les motifs de consultation entraînant le refus du patient.

• L'étude de **Norma O'Flynn**²², eut pour objectif d'analyser le **vécu du patient** envers l'étudiant en médecine et de l'information qu'il est donné de la présence de celui-ci.

Caractéristiques : étude prospective

Date : 1997

Population : Patients qui avaient eu une consultation de médecine générale à Londres ou Newcastle.

Moyen d'évaluation : 480 questionnaires envoyés par voie postale en post-consultation.

Résultats :

335 furent retournés permettant un taux de réponse de 60% à Londres et 79% à Newcastle.

L'âge moyen des personnes ayant répondu était de 50 ans, ces personnes étant pour 60 % des femmes. Notons que 60% des non-réponses avaient aussi pour origine, des femmes.

Alors que **95% des patients approuvaient la présence d'un étudiant** durant une future consultation, ce **taux d'acceptation varie selon la pathologie concernée**, en effet, ce taux est de :

- **97% pour une rhino-pharyngite.**
- **95% pour une infection pulmonaire.**
- **70% pour un problème émotionnel.**
- **50% pour un examen pelvien.**
- **< 50% pour un problème sexuel.**

Rq. : Prédominance significative de refus de la part des femmes pour ces trois derniers items.

Commentaires :

Cet article met aussi en exergue le fait que les patients (28%) ont bien souvent l'impression de ne pas avoir le choix d'accepter ou non le stagiaire du fait qu'on ne le leur demande pas.

Il semble que **les stagiaires bien que largement acceptés par les patients, le soient de moins en moins quand le motif de consultation devient plus intime.**

Il faut donc laisser au patient le libre de choix de voir ou pas le stagiaire.

Ce sentiment est confirmé par différentes études :

- Pour Franck Bresó¹⁴, le refus du stagiaire est surtout sensible pour les motifs d'ordre **gynécologique, urologique ou psychologique** (88% des refus)

- Pour Morrison¹¹, les motifs de refus avant la consultation, lorsqu'ils sont avoués, sont :

- Le motif de la consultation est privé.
- Le problème est personnel.
- **Le risque d'un examen intime.**
- Préfère les femmes docteurs.
- La sensation d'inconfort en présence du stagiaire.
- Préfère voir le médecin seul.

- Dans l'étude de S. Jones¹³ en 1996, 15 patients rappellent qu'**il faut préserver l'intimité** lorsqu'il s'agit de problèmes trop personnels.

- Dans l'étude de Yekhlef¹⁷, 7 patients de l'étude rappellent qu'**ils sont d'accord pour la présence du stagiaire mais que cela dépend du motif de consultation (Ex. Gynécologique).**

- Dans son étude, **H. J. Wright**²³ en 1974, montre que les motifs de consultation n'occasionnant pas particulièrement une gêne sont la maladie courante, le tabac, l'alcool.

Cependant, il y a des sujets que les patients ne préféreront pas aborder en présence du stagiaire :

- *les **problèmes sexuels** chez 40% des patients en notant une prédominance significative chez les jeunes femmes et en signalant la gêne des femmes à se faire examiner et à subir un toucher pelvien en présence du stagiaire,
- *les **problèmes personnels ou familiaux** chez 39% des patients,
- *les **problèmes financiers** pour 22% des patients
- *les **soucis professionnels** chez 18% d'entre eux.

Il faut rappeler qu'il ne s'agit pas ici d'une étude cherchant à évaluer les motifs de consultation faisant refuser la présence du stagiaire par le patient, mais d'une étude visant à cerner quels sont les motifs de consultation qui empêcheront le patient de se confier à son praticien. Il nous a cependant semblé nécessaire de la citer ici, mais cette étude sera décrite plus en avant dans le chapitre évaluant l'impact de la présence du stagiaire sur la relation médecin-malade (IV.4).

CONCLUSION :

Même si le taux d'acceptation reste élevé, il est évident que dès que le motif de consultation devient plus intime avec une mise en exergue des problèmes sexuels, psychologiques ou gynécologiques, les patients et surtout les patientes sont de plus en plus demandeurs d'une consultation en privé.

3. Autres facteurs influant sur l'acceptation de l'étudiant par le patient.

Compte tenu du taux élevé d'acceptation du stagiaire, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, nous pouvons nous demander s'il ressort de la littérature un ou plusieurs facteurs, hormis le motif de la consultation, faisant varier ce taux.

A. Avoir déjà vu le stagiaire.

U Facteur Favorisant :

Michael J. Reichgott et coll.⁸ montrent que les patients acceptant de manière hautement significative l'étudiant, **sont ceux ayant déjà vu un étudiant dans leur passé et qu'ils en ont été satisfaits**. Ce critère est cité, bien avant tous les autres, tels que le niveau d'étude ou la race du patient. Cette opinion est partagée par **J. M. Morrison**¹¹ et **Simons**¹⁹.

Pour F. Bresó¹⁴, le **nombre de consultations** (au-delà de 3 consultations (sans que les résultats soient statistiquement significatifs)) **fait diminuer le taux de refus** du patient mais avec un sentiment d'obligation plus prononcé.

Cette constatation sera illustrée par les réponses des patients des études de :

- **Rivière**²⁸ dans laquelle à la question « si vous êtes venu plusieurs fois depuis six mois, comment ont évolué votre perception du résident et vos rapports avec lui ». Il y a eu 83 remarques positives contre 22 remarques négatives. (N=67).

- **Cooke**²⁷ pour qui **la présence du stagiaire est un facteur favorisant l'acceptation du stagiaire par le patient**

En effet, Cooke²⁷ chercha à évaluer la réaction des patients face à la présence d'un étudiant lors d'une consultation de médecine générale :

Date et lieu : 1996 à Oxford. (date de parution)

Durée : 15 jours

Population : La clientèle de 6 cabinets de médecine générale (2 à la campagne, 3 en banlieue et 1 en centre ville) où exerce un maître de stage ayant un résident 36 semaines par an.

Moyen d'évaluation :

Des questionnaires anonymes.

Chaque questionnaire comprend 4 questions et il doit être rempli après une consultation où l'étudiant était ou pas présent.

Résultats :

Au total, il y eut 278 réponses ne permettant pas de calculer un taux de réponse car le nombre de questionnaires distribués n'est pas connu.

Sur ces 278 réponses, 190 (133 femmes et 57 hommes) faisaient suite à une consultation où l'étudiant était présent, et 88 (52 femmes et 36 hommes) où l'étudiant ne l'était pas. Il semble que parmi ces 88 consultations sans le stagiaire, les patients avaient refusé l'étudiant dans quatre cas.

Les résultats furent en ce qui concerne le **sentiment du patient envers l'étudiant** :

Sentiment du patient envers la présence de l'étudiant	Etudiant présent(190)	Etudiant absent (88)	Total(278)
positif	56%(107)	41%(36)	51%(143)
négatif	3%(5)	3%(3*)	3%(8)
neutre	41%(78)	56%(49)	46%(127)

Commentaires :

Remarquons que 41% des patients ayant consulté sans le stagiaire pensent que la présence de ce dernier aurait été une bonne chose. Alors que 56% des patients sont favorables à la présence d'un étudiant après une pendant laquelle l'étudiant a été présent.

Sa présence ne fait pas augmenter le très faible taux de mauvaises impressions (3%) d'autant plus que, parmi les 8 patients ayant des sentiments négatifs envers l'étudiant, 3* appartiennent au groupe de 4 personnes ayant refusé de rencontrer le stagiaire.

Nous pouvons donc conclure que 97% des patients ont des sentiments positifs ou neutres envers les étudiants et qu'une consultation en présence du stagiaire est ici un facteur favorisant l'acceptation future du stagiaire par le patient. Une interprétation moins optimiste soulignerait qu'une grande partie des opinions neutres correspond à des personnes n'osant pas ouvertement être opposées à la présence du stagiaire.

U Facteur Neutre

S. Jones et N. Oswald¹² en 1994 ne montrent **pas de différence entre ceux qui avaient déjà vu l'étudiant et ceux qui ne l'avaient jamais vu.**

U Facteur Défavorisant :

Wright^{23 24 25}, questionna 259 patients au sujet de leur attitude face à la présence d'un étudiant en médecine lors d'une consultation, d'un examen clinique ou d'une visite a domicile.

Date : 1974

Caractéristiques : étude prospective.

Moyen d'évaluation : 259 questionnaires distribués aux patients avant la consultation durant laquelle n'était pas présent de stagiaire.

Résultats :

185 patients avaient déjà rencontré au moins une fois un étudiant durant la consultation.

Contrairement aux espérances de l'auteur, **plus les patients ont déjà rencontré un stagiaire, plus ils auront tendance à refuser sa présence aussi bien pour se dévêtir que pour subir un toucher pelvien.**

Ce refus sera statistiquement significatif chez les femmes contrairement aux hommes.

Commentaires :

Il s'agit ici de la seule étude où le contact avec le stagiaire fera baisser son taux d'acceptation.

Peut-être est-ce dû à l'ancienneté de l'étude (1974) ? Les patients étaient peut-être moins habitués à la présence d'un étudiant durant leur prise en charge médicale à l'hôpital ou en ville ?

CONCLUSION :

Il apparaît donc qu'**à la suite de consultations en présence de l'étudiant, les patients sont de moins en moins réticents à la présence du stagiaire.** Probablement parce qu'ils s'aperçoivent que finalement la présence du stagiaire n'est pas si gênante.

Mais cette conclusion est peut-être à relativiser, car **il semble qu'au-delà d'un certain nombre de consultations, la présence du stagiaire soit ressentie comme étant de plus en plus obligatoire et pesante.** Il pourra s'en suivre une altération de la relation médecin-malade.

B. Le sexe, l'âge, le niveau d'étude et la profession du patient :

U Facteurs Favorables :

- D. King²¹, qui comme nous l'avons vu étudia l'attitude des patients âgés envers les étudiants montre qu'**une large majorité des patients âgés (moyenne d'âge = 80.2) acceptent d'être examinés par un étudiant en médecine** alors qu'ils n'ont jamais eu de contact avec un stagiaire.
- Morrison¹¹, dans le groupe répondant au questionnaire trois mois avant une éventuelle consultation en présence d'un stagiaire et dans le groupe interrogé après la consultation, met en évidence que **les patients les plus favorables à la présence du stagiaire sont les hommes et les personnes de plus de 45 ans.**
- Michael J. Reichgott et J. S. Schwartz⁸ relatent que **les personnes de couleur ainsi que celles ayant un niveau scolaire plus bas accepteront plus facilement le stagiaire.**

U Neutre :

- Pour Wright²³, **il n'est pas trouvé de différence en fonction de la classe sociale.**
- Pour Cooke²⁷, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes sur l'acceptation de l'étudiant. **87% des patients pensent que le sexe de l'étudiant n'est pas important** cependant, il semble que les femmes(17%) y fassent plus attention que les hommes(5%).
Cette constatation sera confirmée par Bentham¹⁵ qui retrouve dans son étude que **85%** des patients ne portent pas d'importance au sexe du stagiaire, avec cependant une prédominance de femmes (9%) qui y sont plus attentives que les hommes(5%).

Michael J. Reichgott et J. S. Schwartz⁸ montrent qu'**il n'y a pas de différence significative pour l'acceptation du résident par rapport :**

- au sexe,
- aux revenus,
- à l'ancienneté de la relation médecin-malade et la fréquence des consultations.
- à la complexité du problème médical.
- à l'assurance maladie du patient.
- à la localité.

U Facteurs Défavorables :

- F. Bresco¹⁴ a cherché à déterminer quel serait le patient le plus susceptible de refuser la présence du stagiaire.
Selon l'auteur, **les femmes accepteront moins facilement le résident que les hommes**. Les patientes se sentiront plus obligées d'accepter le résident mais elles acceptent mieux que le résident assume seul la consultation.
Sans être statistiquement significatif, il y aurait une **tendance au refus de la part des personnes âgées** à ce que le stagiaire assume seul la consultation, à ce que le stagiaire soit systématiquement présent, et elles auraient tendance à se sentir plus obligées d'accepter le stagiaire.
Les résultats sont quasi identiques pour les patients ne provenant pas d'un pays européen et les patients ayant suivi des études supérieures.
Il n'est pas dégagé de résultats en fonction de la profession des patients.

Enfin, **le seul résultat retenu comme significatif par l'auteur reste le sexe du patient avec les patientes qui acceptent moins systématiquement le résident que les patients.**

Elles attachent plus d'importance au sexe de leur médecin traitant, et acceptent moins d'être examinées par un médecin de sexe différent.
Les hommes consultant des hommes acceptent moins d'être examinés par des femmes, alors que ceux consultant des femmes acceptent plus facilement d'être examinés par un homme.

- Simons¹⁹, rappelle que **les hommes plutôt que les femmes ainsi que les personnes âgées acceptent plus facilement le stagiaire**.
L'auteur montre dans son étude que 24% des patients préfèrent un étudiant du même sexe qu'eux pour l'examen clinique.
Le niveau scolaire n'influe pas sur l'acceptation du stagiaire bien que les personnes ayant un niveau scolaire plus élevé soient plus satisfaites de leur rencontre.
Cette constatation sera confirmée par Jones et Oswald¹² en 1994 qui montrent dans leur étude que **les plus jeunes sont plus réticents à la présence du stagiaire que les personnes âgées**.
- Bentham¹⁵ précise que pour les questions sensibles 29% des femmes et 16% des hommes ne sont pas prêts à rencontrer un étudiant de sexe différent.

C. Conclusion concernant le ou les facteurs influant sur l'acceptation de l'étudiant par le patient en dehors du motif de consultation :

- **Plus un patient a rencontré un stagiaire plus ce patient a tendance à accepter ce futur médecin** et ainsi exprimer en présence de celui-ci l'ensemble de ses soucis de santé, ce qui reste la base de la relation médecin-malade. Notons cependant un effet de saturation, car il apparaît que si le stagiaire est systématiquement et définitivement présent lors des consultations, sa présence pourra être vécue comme trop pesante par le malade. Un sentiment d'obligation chez le patient pourra alors naître et ainsi entraver la relation médecin-malade.

- **Les femmes acceptent moins systématiquement les étudiants (quel que soit leur sexe) que les hommes.**

- **Les facteurs tels que l'âge du patient, son niveau social, son niveau d'étude n'influent pas ou peu sur le taux d'acceptation du stagiaire avec cependant tendance au refus chez les plus jeunes ainsi que dans les classes sociales les plus élevées.**

4. Impact de la présence du stagiaire sur la relation médecin-malade

Nous avons vu, dans un premier chapitre, que le taux d'acceptation du stagiaire, pour une présence systématique, est de l'ordre de 70%. Lorsque l'on interroge les patients sur leur éventuel accord concernant la présence d'un stagiaire durant une consultation où sera abordé un sujet intime, le taux d'acceptation du stagiaire est aux alentours de 30 à 50%.

Ces deux pourcentages sont nettement inférieurs au taux observé grossièrement lors de notre pratique. Nous nous sommes demandé quelles pouvaient en être les conséquences sur la consultation et sur la relation médecin-malade. Notamment, notre présence a-t-elle diminué la capacité du patient à s'exprimer ?

Un certain nombre d'études a tenté d'aborder ce problème.

• **O'Flynn N, Spencer J et Jones R²⁶**, ont exploré le **ressenti des malades** ayant consulté en présence d'un étudiant en médecine et leur acceptation à le rencontrer de nouveau.

Date et lieux : de février à mai 1996 à Londres et à Newcastle.

Moyen d'évaluation : questionnaires postés avec lettre explicative.

Population : 480 patients interrogés à raison de 25 questionnaires envoyés par jour par le médecin généraliste à ses malades au lendemain de leur consultation.

Résultats :

Sur les 480 questionnaires envoyés, 335 furent retournés et retenus pour l'étude. Le taux de réponse fut assez faible à Londres avec 60% contre 79% à Newcastle. La moyenne d'âge de l'échantillon composé à 60% des femmes est de 50 ans.

L'impact de la présence de l'étudiant :

SENTIMENTS DU PATIENT AU SUJET DU STAGIAIRE	OUI	NON
Le médecin s'est plus occupé de stagiaire que de moi	5.4%	90.6%
J'ai plus appris sur mon problème de santé	38.8%	55.2%
J'ai pu parler plus facilement	20.7%	73%
J'ai eu plus de temps pour parler de mes problèmes	33.3%	59.1%
J'ai eu plus de mal à parler de mes problèmes personnels	31.5%	59.1%
J'ai quitté la consultation sans avoir tout dit	8.4%	86.2%
Je préfère voir mon médecin seul	33.6%	60%
La présence d'un tiers ne me gêne pas	52.8%	44.4%

La majorité des patients pensent qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'éducation des étudiants en médecine (95%), mais une minorité importante des malades (33.6%) préfère quand même voir leur médecin traitant seul à seul.

Commentaires :

Lorsque l'on considère ces chiffres en valeur absolue **la présence du stagiaire n'a pas ou a peu d'influence sur la relation médecin-malade** car plus de la moitié des patients répondent négativement aux questions faisant évoquer une rupture. Mais il ne s'agit pas que de pourcentages, **il est extrêmement important de noter que c'est près de 1 personne sur 10 qui quitte la consultation sans avoir tout dit.**

On observe ici **la complexité de l'impact sur la relation médecin-malade** de la présence d'un stagiaire lors d'une consultation.

La plupart des patients trouvent que **la présence du résident présente des avantages, mais une trop grande minorité y trouve des inconvénients** (comme quitter la consultation sans avoir tout dit).

Le tout dans un climat où les malades sont conscients du rôle qu'ils jouent dans l'éducation des futurs médecins.

Alors que **44.4% des patients semblent gênés par la présence du stagiaire**, ce n'est « que » **8.4% des patients qui vont quitter la consultation sans avoir tout dit.**

Il est donc probable qu'il faille laisser à chaque patient le libre choix d'accepter ou non le résident pour ne pas altérer la relation médecin-malade. Cette volonté nécessite un travail de la part du maître de stage.

- L'étude de **S. Jones** et **N. Oswald**¹² à Cambridge.

Sur les 368 patients ayant rencontré le stagiaire et ayant répondu à la question concernant l'impact de la présence de celui-ci sur la consultation :

- **86.1% des patients ont trouvé la consultation sans modification.**
- **4.1%** des patients ont trouvé la consultation plus agréable.
- **9.8%** des patients ont trouvé la consultation plus pénible.

- Les mêmes **S. Jones** et **N. Oswald**¹³ en 1996 retrouvent chez **11%** des patients un sentiment d'altération de la consultation avec, pour certains, **l'impression d'un allongement de la durée de la consultation.**

- **J.G.P. Ryan**⁹ en août 1976, relate dans les commentaires libres des questionnaires sans en préciser en quelles proportions que :

- « **Cela distrait le médecin** »
- « **Cela allonge la durée de la consultation** »
- « **Doute des capacités de l'étudiant** »
- « **Ce n'est pas une entreprise publique** ».
- « **Cela suffit déjà à l'hôpital** »

- Dans son étude, **Simons**¹⁹ caractérise la consultation en présence du stagiaire :

Résultats :

<u>Pourcentage de patients</u>	<u>Opinion du patient</u>
46.5% des patients	<u>Agréable.</u> (satisfait de cette expérience)
37,1% des patients	Plus <u>bénéfique</u> apportant une approche nouvelle de leurs problèmes et la joie de participer à l'éducation des étudiants.
28 % des patients	Le praticien est plus <u>attentionné</u> que sans l'étudiant.
25% des patients	Plus <u>superficielle</u> que sans l'étudiant.
10.3% des patients	Plus <u>pénible.</u>
43% des patients	<u>Identique.</u>

De plus, 76% des patients acceptent de donner des informations personnelles à l'étudiant contre **24% de patients gênés.**

Commentaires :

Le nombre de patients ayant tiré bénéfice au sens large de la présence du stagiaire est d'environ 50%. Mais c'est 1 personne sur 4 qui a ressenti la consultation comme étant plus superficielle créant ainsi un risque de rupture dans la relation médecin-malade.

Ces chiffres, aux dires des auteurs, sont à reconsidérer car il se peut que les praticiens aient orienté les étudiants vers les patients les plus favorables à la présence du stagiaire.

- **J. M. Morrison**¹¹ en 11/1995 rappelle **qu'après la consultation :**
 - **12.2%** des patients ont trouvé l'expérience positive, car elle leur a permis de mieux s'exprimer.
 - **4.4%** sont, au contraire, mécontents, ils n'ont pu faire part à leur médecin de l'ensemble de leurs problèmes.

- **L'étude de F. Cooke²⁷** propose des résultats concernant **l'impression** du patient au sujet de la consultation :

Opinion \ Présence	Réelle de l'étudiant (190)	Supposée de l'étudiant (88)	Total(278)
meilleure	16% (31)	19% (17)	17% (48)
moins bonne	1% (2)	1% (1)	1% (3)
neutre	83% (157)	80% (70)	82% (227)

Commentaires :

Que le stagiaire soit présent ou supposé présent, **82% des patients pensent que la qualité de la consultation est (ou serait) inchangée. 17% sont d'avis que la consultation a été meilleure.**

On notera l'importance dans cette étude du taux élevé (80%) de patients pensant que la présence de l'étudiant est sans influence (positive ou négative) sur la consultation.

- Dans l'étude de **O'MALLEY²⁰**, la consultation en clinique en présence de l'étudiant fut **qualifiée à 61% d'excellente, 29% de très bonne, 9% de bonne, 1% de moyenne et à 0% de mauvaise.**

Les réponses furent comparées aux 372 réponses obtenues un an auparavant en l'absence de stagiaire.

Il s'avéra que de manière significative les consultations avec un étudiant ou un interne furent plus appréciées que sans lui. Les patients ont bénéficié à leur avis d'un meilleur examen clinique ou de plus d'explications.

Il n'a pas été retrouvé de différence de satisfaction entre les consultations conduites par l'étudiant ou par l'interne.

Les conséquences de la présence du stagiaire furent pour :

- 45% des patients : **Une meilleure écoute.**
- 34% des patients : **L'enseignement du stagiaire.**
- 26% des patients : **Une meilleure prise en considération et un second avis.**
- 18% des patients : **Une augmentation du temps d'attente** alors que 88% des patients sont satisfaits de cette durée d'attente.
- 5% des patients : **Des consultations ressenties comme étant moins bonnes.**

- **L'étude de Da Rocha** ²⁸ à travers sa thèse chercha à évaluer le vécu du patient devant la présence du stagiaire, le sentiment d'utilité du stage chez le praticien et l'image du maître de stage.

Date et lieu : 1995 à Dijon.

Population : La clientèle de 75 maîtres de stage de la région Bourgogne.

Moyen d'évaluation :

3008 questionnaires furent exploités pour l'étude après élimination de 96 réponses arrivées après la date limite, 47 réponses mal codées et de tous les questionnaires d'un médecin, ces derniers ayant été remplis durant la consultation.

Résultats :

L'échantillon de clientèle étudié était constitué pour 62.4% de patientes et 36,9% de patients, la majorité avait entre 50 et 54 ans.

L'auteur chercha à comparer **les personnes n'ayant jamais consulté ou ayant refusé la présence du stagiaire (Groupe A = 45.1%) et les personnes ayant déjà consulté avec un stagiaire (Groupe B = 54.9%)**.

- **9.8% des patients sont gênés** en présence du stagiaire avec une différence entre les personnes du groupe A et celles du groupe B :
 - **13.9%** des personnes du groupe A, pour qui la présence éventuelle d'un stagiaire gêne la qualité de la relation avec le médecin habituel. (Mais les personnes A, par définition, peuvent être composées de personnes ayant refusé le stagiaire).
 - **6.5% des personnes du groupe B, pour qui la présence du stagiaire a gêné la qualité de la relation avec leur médecin habituel.**

Ce sentiment diminue avec l'âge sauf après 85 ans, et prédomine chez les femmes (10.9%) par rapport aux hommes(8%).

- **22.5% des patients se sont sentis obligés d'accepter le stagiaire**, avec :
 - **30.8%** des patients du groupe A pour lesquels, s'il y a un stagiaire avec le médecin, ils se sentent obligés de l'accepter.
 - **15.7% des patients du groupe B se sont sentis obligés d'accepter la présence du stagiaire.**
- **25.9% des patients avouent ne pas aborder tous les problèmes** en présence du stagiaire dont une majorité de femmes (28.2% contre 21.9% pour les hommes).
 - **39.6%** des patients du groupe A n'aimeraient pas aborder tous les problèmes en présence du stagiaire.
 - **14.6% des personnes B qui n'ont pas voulu aborder tous les problèmes.**

Ici aussi, on retrouve une prédominance de troubles chez les patientes par rapport aux patients. De plus, on note une limite nette avant 55 ans où les patients sont plus gênés qu'après 55 ans. (32.3% versus 19.2%).

- **91.9%** des patients interrogés pensent que ce stage chez le praticien est nécessaire sans différence de sexe ou de personnes des groupes A ou B.

Commentaires :

En croisant les réponses, l'auteur a obtenu des chiffres intéressants :

- 5.4% des personnes qui sont ou qui seraient gênées se sentent ou se sentiraient obligées d'accepter le stagiaire. Ceci pose le problème de savoir si les patients sont informés qu'ils peuvent refuser la présence du résident. Est-ce de la timidité ? De même, 17.3% des personnes qui ne sont pas gênées se sentent, elles aussi, obligées d'accepter le stagiaire.

- 2.2% des participants ont ou auraient abordé tous leurs problèmes en présence du stagiaire malgré leur gêne. Le stagiaire est-il donc accepté du fait qu'il est un futur médecin ? Est-ce le sujet de la consultation qui finalement n'était pas très intime ? On note aussi que 18.4% des personnes non gênées, n'ont pas pour autant abordé certains problèmes. Les patients ne chercheraient-ils pas à préserver la relation de confidentialité avec leur médecin traitant ?

- 9.6% des patients se sentent ou se sentiraient obligés d'accepter la présence du stagiaire et ont ou auraient des problèmes non abordés.

En conclusion :

- **Plus d'une personne sur dix n'aborde pas tous les problèmes en raison de la présence du stagiaire.** De nouveau, il semble impératif de rappeler que le maître de stage doit proposer à chaque malade, une consultation sans étudiant. D'autant plus que 15.7% des patients se sentent obligés d'accepter le stagiaire.

- **Environ 20% des personnes n'abordent pas tous les problèmes mais ne sont pas gênées, se laissent examiner et trouvent cette formation nécessaire avec la participation de leur médecin.**

- **Environ 5% des patients sont gênés par la présence du stagiaire mais abordent tous les problèmes, se laissent examiner et trouvent cette formation nécessaire.**

- **9 personnes dix pensent que cette formation est nécessaire et que c'est bien que leur médecin soit maître de stage.**

- **Jusqu'à 4% des personnes semblent résolument contre ce stage** car elles sont gênées, n'abordent pas tous les problèmes, refusent l'examen clinique, trouvent que cette formation n'est pas nécessaire et estiment que ce n'est pas bien que leur médecin soit maître de stage.

- 0.6% à 3.2% des sujets ne voient pas l'intérêt d'un tel stage, ne sont pas gênés, se laissent examiner, abordent tous les problèmes, mais trouvent que

cette formation n'est pas nécessaire et que ce n'est pas bien que leur médecin soit maître de stage.

- Dans le même but, dans sa thèse, **Eric Essayagh**²⁹ fait une étude pour évaluer l'impact du stage chez le praticien auprès de la population.

Caractéristiques : Prospective.

Date et lieu : de mai à novembre 1999 en Bourgogne.

Moyen d'évaluation :

10 questionnaires anonymes de 14 questions distribués au hasard à 10 patients consécutifs consultants chez 83 maîtres de stage, soit au total 830 questionnaires.

Les patients refusant de rencontrer le stagiaire ne sont pas comptabilisés de par le mode de recrutement.

Les questionnaires sont renvoyés par voie postale.

Résultats :

Il n'y en eut que 360 de renvoyés par les maîtres de stage, sur lesquels 309 (85.8%) furent retenus. L'âge moyen des patients ayant répondu est de 53.4 ans dont 66.6% de femmes.

90.4% des patients avaient été mis au courant qu'il y avait un stagiaire dans le cabinet. (soit par le médecin traitant (62%), soit par une affiche dans la salle d'attente (35%), soit par la secrétaire (15%)).

* Les questions faisant évoquer une altération de la relation médecin-malade :

Avez vous pu aborder tous vos problèmes avec votre médecin traitant ?	OUI	94.4%
	NON*	5.6%

*dont 33.4% pour un problème psychologique, 28.6% pour un problème social, 9.5% par manque de temps et 9.5% du fait d'un problème gynécologique. A ces personnes, il faut sans doute ajouter celles qui ont refusé d'être examinées en présence du stagiaire et qui sont exclues de ce travail.

Si votre médecin était en permanence accompagné d'un stagiaire, continueriez-vous à le consulter ?	OUI	83.1%
	NON	7.3%

Ce qui veut donc dire, que si l'on comptabilise les personnes qui ne se prononcent pas, c'est presque 20% d'une clientèle qui risquent de partir si un stagiaire est constamment présent lors des consultations.

* Les questions faisant évoquer une non-altération ou une amélioration de la relation médecin-malade

Le fait que votre médecin soit maître de stage a-t-il modifié votre opinion à son égard ?	OUI	13.2%*
	NON	86.8%

* dont 96.8% en plus compétent et 3.2% en moins compétent.

« Avez-vous remarqué un changement de comportement de votre médecin en présence de son stagiaire ?	OUI	3.3%*
	NON	96.7%

* 83% pensent que durant la consultation le praticien parle plus longuement et 83% qu'il examine plus longuement contre 17% qui pensent que le praticien parle et examine moins longuement.

Avez-vous l'impression d'être mieux soigné en présence du stagiaire ?	OUI	6.3%
	NON	93.7%

Si vous deviez consulter le remplaçant de votre médecin traitant préféreriez-vous qu'il soit	Peu importe	56.7%
	Autre que ce stagiaire	3.4%
	Ce stagiaire	39.9%

De manière générale, pensez-vous que le stage d'un étudiant médecin chez le praticien est intéressant et profitable	POUR VOUS	OUI	52%
		NON	24%
	POUR LE STAGIAIRE	OUI	98%
		NON	0.3%
	POUR LE MEDECIN TRAITANT	OUI	66%
		NON	9.6%

Commentaires :

Lorsqu'on analyse ces différentes questions, on retrouve **environ 10% de personnes pour lesquelles** la relation médecin-malade risque d'être rompue parce que :

- **le praticien passe moins de temps avec le patient,**
- **la présence du stagiaire est en elle-même trop gênante.**

5.6% des patients ne pourront pas s'exprimer en toute liberté de par la présence du résident. Par conséquent, lorsqu'il s'agira d'aborder des problèmes intimes ou psychologiques, il ne faudra pas imposer la présence de l'étudiant.

Le stage est vécu comme étant plus bénéfique pour le stagiaire et le praticien que pour le patient lui-même. Le malade ne se trouve pas mieux soigné en présence du stagiaire et **c'est près de 1 patient sur 4 qui déclare n'y trouver aucun bénéfice.**

Cependant, les personnes interrogées pensent que **ce stage est bénéfique pour leur médecin** dans 66% des cas **car cela permet une remise en question et de briser la « routine » renforçant ainsi la relation médecin-malade.**

- Reprenons avec la même démarche la thèse de **CHIARINI**¹⁶.

* Les questions faisant évoquer une altération de la relation médecin-malade :

La présence du stagiaire aux cotés du médecin me dérange	OUI toujours	3%
	OUI, parfois	22%
	NON jamais*	75%

*avec parmi les commentaires « si ce n'est pas systématique ».

Je peux m'exprimer en toute liberté	OUI	74%
	NON	11%
	Cela dépend du sujet de la consultation	11%
	Pas de réponse	4%

Je sens le médecin différent de l'habitude	OUI	3%
	NON	86%
	Pas de réponse	11%

Le temps de consultation est devenu trop long	OUI	3%
	NON	92%
	Pas de réponse	4%

* Les questions faisant évoquer une non-altération ou une amélioration de la relation médecin-malade :

La présence du stagiaire est une bonne chose car le médecin est plus à l'écoute qu'auparavant	OUI	24%
	NON	63%
	Pas de réponse	13%

La présence du stagiaire est une bonne chose car il vaut mieux avoir deux avis plutôt qu'un	OUI	57%
	NON	28%
	Pas de réponse	15%

CONCLUSION :

Il faut rappeler qu'une large majorité (90%) de la clientèle interrogée ici a l'habitude de rencontrer le stagiaire, il est donc probable qu'elle sera un peu plus favorable à la présence de l'étudiant. Il y a même 20% des patients qui ont déjà été consultés par le stagiaire sans la présence du médecin.

Suite à l'analyse de ces résultats, **le stagiaire ne semble pas être une entrave à la relation médecin-malade dans la majorité des cas.** Mais il faut noter que **dans 11% des situations, les patients n'exprimeront pas la totalité de leurs problèmes**, et la relation médecin-malade pourra s'en trouver ainsi altérée.

On retrouve donc des chiffres assez proches de ceux retrouvés jusqu'ici dans notre travail avec jusqu'à 20% des patients qui se sentent gênés par la présence du stagiaire surtout si celle-ci est systématique.

Malgré tout, le ressenti général semble positif et sans réel impact sur la relation médecin-malade avec 86% des patients qui trouvent le médecin comme d'habitude.

- **Yekhlef Farid**¹⁷ dans sa thèse explore différents points pouvant modifier la relation médecin-malade.

Rappelons que chaque maître de stage devait distribuer 5 questionnaires à des patients ayant vu le stagiaire avec lui et 5 questionnaires à des patients l'ayant vu seul.

Parmi les patients ayant vu le stagiaire :

Les patients sont satisfaits ou moyennement satisfaits à plus de 99%, des informations données au sujet du stagiaire.

7.4% des patients n'ont pas abordé tous les problèmes avec leur médecin traitant. On retrouve une majorité de femmes gênées qui évoquent les problèmes personnels, de couple et la recherche de confidentialité.
91.9% n'ont pas été gênés par la présence du stagiaire.

6.6% ont trouvé la consultation modifiée par le stagiaire dont 6 en moins bien car gênés et 3 en plus agréable ou plus bénéfique.
88.2% n'ont pas trouvé la consultation modifiée.

Parmi les commentaires des patients ayant consulté ou non le résident en duo avec le praticien habituel, on retrouve dans près de 2/3 des cas que le stage présente un apport favorable à la formation du futur médecin.

En ce qui concerne :

*la durée de la consultation : celle-ci semble inchangée (19 minutes) dans les deux groupes, avec globalement des patients satisfaits par celle-ci.

*la prescription des examens complémentaires et d'avis spécialisés : pas de différence entre les deux groupes.

*les réponses aux attentes des patients : les patients sont satisfaits dans les deux groupes à près de 99%.

* L'avis des patients concernant l'accès au dossier médical par le stagiaire :

	accord	Sans opinion	désaccord
Cs. avec stagiaire	80.9%	9.6%	9.6%
Cs. sans stagiaire	70.3%	19.5%	10.2%
Total	76%	14.2%	9.8%

Commentaires :

De nouveau, on retrouve un faible retentissement sur la relation médecin-malade de la présence du résident.

Les patients semblent d'accord pour participer à la formation des futurs médecins.

Remarquons que c'est la seule étude explorant l'accord du patient vis à vis de l'accès du stagiaire au dossier médical. (8 patients sur 10 y sont favorables).

A l'exception de celle de Da Rocha qui inclut dans son groupe n'ayant pas consulté en présence du stagiaire ceux qui ont refusé de consulter à trois et de celle de Scott Franck³¹, il s'agit ici d'une des rares études à être comparative cherchant à évaluer les conséquences engendrées par la présence du stagiaire, ce qui la rend très intéressante à notre avis.

Elle permet de comparer dans un même lieu et au même moment l'avis des patients consultants avec ou sans stagiaire. Ceci, sans avoir à faire appel aux souvenirs d'une consultation avec stagiaire aujourd'hui et d'une consultation sans stagiaire d'il y a plusieurs semaines voire plusieurs mois.

• Dans sa thèse **Franck Bresó**¹⁴, a cherché à évaluer le retentissement de la présence du stagiaire sur la consultation à travers différentes questions :

1. La présence du résident a t-elle influencé vos relations avec votre médecin traitant ?
2. La présence du résident lors de la consultation a t-elle modifié le comportement de votre médecin traitant ?
3. La présence du résident a t-elle eu une conséquence sur la consultation ?
4. S'il existe une gêne éprouvée vis-à-vis du résident, est-elle ou sera t-elle physique ? Psychique ? Inexistante ? Autre ?

LES RESULTATS :

•Pour les patients :

92 % des patients estiment que la relation médecin-malade n'a pas été modifiée.

82% des patients n'ont pas remarqué de modification du comportement de leur médecin généraliste contre 2% qui relatent un bouleversement total sans conséquence « particulière ».

Aucun patient ne parle d'influence néfaste de la présence du stagiaire sur la consultation, alors que 16% ont ressenti un effet bénéfique et 62% n'ont ressenti aucun effet.

36% des patients répondent avoir éprouvé une gêne mais 98% avouent exprimer quand même la totalité de leur motif de consultation.

Enfin, pour 17.8% (23/129) des patients ayant été confrontés au stagiaire (129/192), la présence du résident est vécue comme une obligation.

•Pour les praticiens :

68% des consultations se sont déroulées sans modification de la relation médecin - malade.

Commentaires :

Il y a ici confirmation du faible impact sur la relation médecin-malade de la présence du stagiaire.

• **L'étude de Jean-Philippe RIVIERE³⁰** dans sa thèse à Paris VII tenta à travers un questionnaire de cerner l'impact de la présence du stagiaire sur une relation devenue triangulaire.

Date : En fin de semestre du stage chez le praticien en avril 1998

Population : 104 patients.

Durée : une demi-journée

Moyen d'évaluation :

Un questionnaire de 17 questions distribué dans 16 cabinets sur les 24 lieux de stage de la faculté Xavier BICHAT. (Le cabinet de stage du thésard n'est pas inclus dans l'étude).

Le questionnaire est rempli par le patient avec le thésard après la consultation soit dans la salle d'attente, soit dans une pièce adjacente. Le stagiaire est en phase active (donc seul) ou semi-active lors de l'étude.

Les critères d'exclusion sont : l'âge inférieur à 18 ans, la barrière linguistique, le refus du patient et les visites à domicile.

36% des patients voyaient l'interne pour la première fois.

Résultats :

104 questionnaires recueillis dont 69% de femmes et 31% d'hommes.

Le retentissement sur la relation médecin-malade est le suivant :

Cela n'a rien changé	72%
Cela a nettement perturbé la relation	2%
Cela a plutôt perturbé la relation	12%
Cela a amélioré la relation	14%
Cela a nettement amélioré la relation	0%

Les patients les plus gênés semblent être les patients de l'âge du stagiaire (sous réserve du faible échantillonnage) ainsi que les patients qui le voient pour la première fois, mais la gêne est quasi nulle dès le troisième ou quatrième contact. L'ancienneté de la relation médecin-malade n'influe pas.

Les patients ont-ils trouvé un avantage à la présence de l'interne aux côtés du médecin ? :

32% des patients ont trouvé un avantage à cette présence contre 62% qui n'en ont pas trouvé. (6% de sans opinion).

Le taux de satisfaction augmente avec le nombre de consultations avec l'interne.

Les avantages principalement cités sont : « ça nous fait deux avis », « il y a un apport médical par la concertation, une auscultation plus longue ».

Les patients ont-ils abordé tous les problèmes avec leur médecin du fait de la présence du stagiaire ?

17% des patients n'ont pas évoqué avec leur médecin certains problèmes contre 83% qui ont tout évoqué.

Notons une nette prédominance de femmes (17 des 18 patients gênés, soit 24% des femmes).

Les problèmes non abordés peuvent être :

- « Personnels »,
- « Familiaux » (couple, décès) ;
- « Intime » (gynécologiques) ;
- « Dépression » ;
- « Angoisse médicale, anorexie, vie privée ».

Les patients seraient-ils ennuyés ou gênés si l'interne était toujours présent lors des consultations ?

20% des patients le seraient contre 77% de non gênés. (A noter là aussi une prédominance de femmes et de patients n'ayant vu l'interne qu'une seule fois).

L'auteur a cherché à affiner ce résultat en fonction du nombre de consultations : On s'aperçoit que la gêne diminue entre 1 et 10 consultations en passant de 27% à 0% mais au-delà de 10 consultations la gêne est présente chez 50% des patients. (50% de non gênés).

L'ancienneté de la relation médecin-malade semble un facteur favorisant le nombre de patients gênés. 9.1% des patients seraient gênés si la relation médecin-malade a moins de 2 ans contre 23.1% pour une relation médecin-malade de plus de 2 ans.

Les femmes semblent plus facilement gênées que les hommes si le stagiaire devait être systématiquement présent.

Les patients ont-ils plus confiance en leur médecin du fait de son statut de maître de stage ?

62% des patients « non » contre 36% de personnes ayant plus confiance (« il doit être bon, s'il fait de la formation reconnue par la fac », « C'est une fonction supplémentaire, un plus », « Il a envie de s'améliorer, d'être à la pointe, il est moderne, alerte », « C'est signe d'une grande compétence, il sait bien son métier »)

Du fait de la présence de l'interne depuis 6 mois, l'image que vous vous faisiez de votre médecin a-t-elle changé ?

Non pour 81% des patients contre 15% de « oui ». (Quelle que soit l'ancienneté de la relation médecin-malade).

Sur ces 15% soit 16 patients il y a eu 15 remarques positives (« Cela l'améliore, le valorise », « Il a envie de transmettre ses connaissances, c'est bien »... contre 1 réponse négative (« il s'occupe moins des malades, fait plus attention au stagiaire »).

En ce qui concerne ce stage pour la formation des futurs médecins généralistes :
94,2% des patients trouvent que la formation des futurs médecins généralistes au cabinet est une bonne chose surtout pour l'interne (98.1%) contre 61.5% pour le patient et 67.3% pour le médecin.

Rq : 12% des patients demandent un réexamen par le praticien si c'est l'interne qui les a examinés.

95% des résidents, lorsqu'ils sont en phase active, répondent à l'attente des consultants contre 5% pas du tout.

Commentaires :

La relation médecin-malade n'est pas perturbée pour 86% des patients et il y a équilibre entre ceux qui parlent d'une amélioration et ceux qui ont senti une perturbation de la relation avec leur praticien habituel.

81% des patients n'ont pas modifié l'image qu'ils se faisaient de leur médecin traitant car il semble qu'elle était déjà excellente. De toute façon, si cette image a été changée, c'est 15 fois sur 16 en mieux.

32% des patients ont vu un avantage à la présence de l'interne grâce à la confrontation de deux avis cliniques et théoriques mais il aurait fallu faire préciser la signification des 62% de réponses négatives.

17% n'ont pas abordé tous leurs problèmes surtout lorsqu'il s'agissait de patientes consultant soit pour un problème gynécologique soit « personnel ». Il est donc impératif de tenir compte de cette gêne lors de la pratique quotidienne, en se rappelant tout de même que 80% des patients de cette étude ont eu le sentiment d'avoir choisi librement la présence du stagiaire. Mais cela veut peut-être dire que 20% se sont sentis obligés, ce qui représente quand même près d'une personne sur 5.

Il est noté qu'**un patient sur deux au-delà de 10 consultations avec le stagiaire sera gêné par cette présence**, ce qui fait relativiser les taux relativement bas (environ 20%) de patients gênés au cours d'une consultation donnée.

Ce chiffre nous rappelle que Essayagh²⁹ avait trouvé que de 7 à 20% des patients souhaitaient changer de médecin traitant si un stagiaire était toujours présent.

Le questionnaire est rempli avec le thésard ce qui a certainement biaisé les résultats, les patients ne voulant certainement pas être trop « désagréables » avec leur médecin traitant. L'auteur a cherché selon ses dires à privilégier l'aspect direct du recueil et saisir ainsi le sentiment profond des patients. Notons que le cabinet où le thésard était stagiaire n'a pas été inclus.

Etude bien menée avec une bibliographie importante.

- Comme nous l'avons déjà vu, **H. J. Wright**²³ en 1974, montre que les motifs de consultation n'occasionnant pas particulièrement une gêne sont la maladie courante, le tabac, l'alcool.

Cependant, il y a des sujets que les patients ne préféreront pas aborder en présence du stagiaire :

- *les **problèmes sexuels** chez 40% des patients en notant une prédominance significative chez les jeunes femmes et en signalant la gêne des femmes à se faire examiner et à subir un toucher pelvien en présence du stagiaire,
- *les **problèmes personnels ou familiaux** chez 39% des patients,
- *les **problèmes financiers** pour 22% des patients
- *les **soucis professionnels** chez 18% d'entre eux.

Cette gêne sera explorée en fonction :

Du sexe du patient :

De manière significative, les femmes sont plus réservées que les hommes lorsqu'il s'agit de discuter de problèmes personnels, familiaux ou sexuels.

Il est important de noter que près de un tiers des femmes en âge de procréer préféreront ne pas parler de contraception, de grossesse et d'avortement quand l'étudiant sera présent.

De l'âge du patient :

Les plus jeunes (16-34ans) ont une nette tendance à être gênés en présence du stagiaire, surtout quand il s'agit de problèmes personnels, familiaux et sexuels(45%).

De l'examen clinique :

Alors que peu d'hommes refusent de se dévêtir ou de subir un examen pelvien, c'est près de 50% des femmes qui préfèrent ne pas se dénuder en présence d'un étudiant.

Commentaires :

40% des patients expriment leur gêne concernant leurs problèmes sexuels alors que seulement 3 des 185 patients (1.6%) qui avaient déjà vu l'étudiant ont demandé à revoir leur praticien seul, d'où la nécessité que le praticien demande au patient s'il souhaite ou s'il ne souhaite pas la présence de l'étudiant.

De nouveau, il est donc nécessaire pour que la relation médecin-malade ne soit pas brisée, que le praticien soit conscient de la gêne occasionnée par la présence du stagiaire surtout lorsqu'il s'agit de motifs intimes. Il est donc impératif que le médecin propose de manière systématique une consultation sans stagiaire.

Un commentaire intéressant de cet article a été publié dans le British Medical Journal du 6 avril 1974. Dans sa lettre, Wiles²⁴ en tant qu'étudiant en médecine, rappelle que la relation médecin-malade est beaucoup plus personnelle en ville qu'à l'hôpital.

Il propose un moyen favorisant l'acceptation du résidant qui est de le présenter non pas comme un étudiant « medical student » mais comme un « docteur étudiant » ou un « jeune docteur » (« Student doctor » « Young doctor »).

- **L'étude de Scott H. Franck**³¹ a pour objectif d'analyser l'impact de la présence de l'étudiant en médecine sur la consultation et son déroulement chronologique ainsi que la satisfaction du patient.

Date et Lieu : 1997 dans l'Ohio.

Population :

452 patients, chez 16 médecins de famille maîtres de stage. Les malades sont prévenus de la présence éventuelle du stagiaire et sont interrogés avec leur accord verbal.

Résultats :

369 patients consultant sans l'étudiant et 83 avec.

Le taux de participation à l'étude fut de 89%.

L'âge moyen des patients est de 44 ans dont 66% de femmes.

Alors que les caractéristiques de l'échantillon de patients consultés sont les mêmes avec et sans l'étudiant, il ressort de cette étude que :

Le taux de satisfaction des patients reste inchangé aussi bien d'un point de vue général que sur les réponses aux attentes du patient, sur le temps passé avec le praticien, sur la durée d'attente ou sur les explications données.

Du point de vue de la chronologie de la consultation, les changements en fonction de la présence du stagiaire sont :

☞ Le praticien passe plus de temps à rechercher les buts de la consultation, à rechercher d'éventuels problèmes de santé dans le reste de la famille du patient.

☞ Le praticien passe moins de temps à retracer l'histoire de la maladie, les antécédents, à structurer l'interrogatoire et à répondre aux questions au patient.

En ce qui concerne la planification du traitement, l'examen clinique et l'éducation du patient, le temps passé reste identique.

☞ La durée de la consultation reste inchangée.

Commentaires :

Le principal résultat de cette étude est que **le taux de satisfaction des patients ayant consulté avec ou sans le stagiaire est identique.**

En effet, cette publication est centrée sur le déroulement chronologique d'une consultation et sur l'impact de la présence du stagiaire sur celui-ci, ce qui est en dehors du sujet de notre étude.

- **L'étude de Bentham J, Burke J, et Coll.¹⁵** sur les 130 questionnaires correspondant aux patients ayant accepté de rencontrer le stagiaire :
 - **62% n'ont pas trouvé d'avantage ou de désavantage.**
 - **35% ont considéré qu'il y avait des avantages** (deuxième avis, moins de trac, plus d'explications, plus de temps passé, le motif de la consultation est plus exploré).
 - **2% ont noté des désavantages car la consultation dure plus longtemps**

5. Conclusion :

Pour conclure cette revue de la littérature concernant l'impact de la présence du stagiaire sur la relation médecin-malade lors d'une consultation de médecine générale, il semble que nous pouvons lister des constantes apparues dans les études :

1. **le résident est très bien accepté dans la majorité des cas**
2. **les patients sont clairement favorables à la présence du stagiaire**
 - **bien qu'elle ne soit pas vécue comme un avantage médical par les patients**
 - **parce qu'ils considèrent cela comme étant un excellent mode d'enseignement (>90%)**
3. **les avantages le plus souvent cités :**
 - **une meilleure écoute de leurs problèmes**
 - **plus d'explications**
 - **un deuxième avis est toujours bénéfique**
4. **pour un pourcentage assez faible des malades (environ 15%), le stagiaire est une entrave aux confidences les plus intimes**
5. **une personne sur dix quittera le cabinet sans avoir exprimé l'ensemble de ses problèmes.** Mais cette situation peut être indépendante de la présence du stagiaire.
6. **Autres remarques :**
 - **la présence d'un étudiant actif est préférée (les patients redoutent un étudiant « voyeur »).**
 - **certaines situations sont identifiées comme "difficiles" (problèmes affectifs, intimes, gynécologiques, psychologiques).** Elles nécessitent une réflexion concernant l'existence d'un espace privatif explicite pour le patient.
 - **un patient sur trois ressent cette consultation à trois comme une obligation.**
7. **le praticien devra informer systématiquement le patient de la possibilité de refuser la présence du stagiaire.**

V. L'Etude :

Comme nous venons de le voir plus haut, il semble que les patients soient généralement favorables à la présence du stagiaire. Toutefois, cette dernière a un retentissement sur la relation médecin-malade parfois exprimé par le patient sous la forme d'un sentiment de gêne. Ce vécu du patient n'est pas toujours explicite puisque, dans la pratique de tous les jours, le refus de la présence du stagiaire reste exceptionnel.

Nous avons donc, à travers cette étude, essayé de confirmer et de faire préciser par le biais de questions simples, le ressenti du patient consultant en présence du résident.

1. Les circonstances de l'étude :

Notre étude a été effectuée sur 3 mois du 15/11/98 au 15/02/99, dans un cabinet de médecine générale, secteur 2, dans le dix-septième arrondissement de Paris. Le questionnaire a été remis exclusivement au cabinet médical.

Le médecin était maître de stage pour la première fois ; il n'existait donc aucune expérience préalable de sa clientèle concernant la présence d'un stagiaire.

Type de clientèle : majoritairement jeune, active et relativement aisée. La consultation fonctionne exclusivement sur rendez-vous, elle est d'une durée moyenne de 30 minutes permettant l'abord fréquent de problèmes psychologiques. Les honoraires du médecin correspondent à deux fois le tarif conventionnel.

Type de stage, le stagiaire est une femme en 3ème semestre de 3ème cycle de médecine générale. Elle est âgée de 27 ans. Elle possède une excellente aptitude à la communication et s'adapte généralement à la situation patient-médecin-stagiaire.

Le patient est accueilli par le médecin qui lui présente le stagiaire et le motif de sa présence. L'accord du patient est sollicité en insistant sur sa possibilité à consulter en tête-à-tête (12 refus de la présence du stagiaire sur 227 demandes)(5.28%)

2. Hypothèse :

La revue de la littérature, ainsi que notre expérience de stagiaire, nous ont fait poser l'hypothèse que la présence du stagiaire modifie peu la relation médecin-malade.

3. Outils et Méthode :

a. questionnaire

- Enquête anonyme par questionnaire (annexe IV)
- Le questionnaire comporte :
 - o des réponses fermées
 - o une possibilité de commentaire.

Le questionnaire, volontairement simple, tient sur le verso d'une feuille A4. Une enveloppe timbrée comportant l'adresse de réponse est fournie. Ce procédé est destiné à optimiser le taux de réponse.

- Il est demandé au patient de renvoyer anonymement le questionnaire par la poste et de ne pas le remplir au cabinet.

Lors d'une consultation pour un enfant, le questionnaire est remis à l'adulte accompagnant.

Une page expliquant la présence du stagiaire est remise au patient avec le questionnaire.

- Le stagiaire est assis à côté du médecin, sur un siège identique, face au patient. La position des trois sièges forme un triangle équilatéral, ne donnant donc pas au médecin une prépondérance particulière.
- Le stagiaire est invité à participer à l'interrogatoire, à poser directement des questions. Le maître de stage demande souvent l'avis du stagiaire, rarement sur le mode scolaire (que faut-il évoquer ? as-tu trouvé ?) mais plutôt sur le mode consultatif (quel est ton avis ? vois-tu d'autres questions à poser ?). Le stagiaire et le maître de stage se tutoient.

Le stagiaire n'examine le patient que très rarement, à l'occasion de la découverte d'un signe clinique intéressant et après que le médecin ait demandé l'accord du patient. Il se place à droite du divan d'examen (perpendiculaire au mur) alors que le médecin est à gauche du patient. Le stagiaire étant une femme, certains gestes pratiqués chez des patients masculins (TR, examen génital) se font parfois, à la demande du patient, hors de la vue du stagiaire.

- Le questionnaire a été distribué 15 jours après le début du stage.

Ceci afin que la phase d'adaptation du stagiaire ne modifie pas l'appréciation du patient. Il n'a pas été distribué de questionnaire à l'occasion de la phase active du stage, pendant laquelle le stagiaire consulte seul en l'absence du médecin.

b. Déroulement de l'étude :

- 215 questionnaires (formulaire + page explicative + enveloppe) ont été distribués en fin de consultation.

Ceci avait lieu au fur et à mesure que des patients, n'ayant jamais rencontré le stagiaire, étaient vus en rendez-vous.

Il n'a pas été tenu compte de l'ordre de réception des questionnaires remplis.

c. Financement : aucun tiers n'est intervenu dans le financement de l'étude.

4. Résultats :

A. Taux de réponse et caractéristiques de la population.

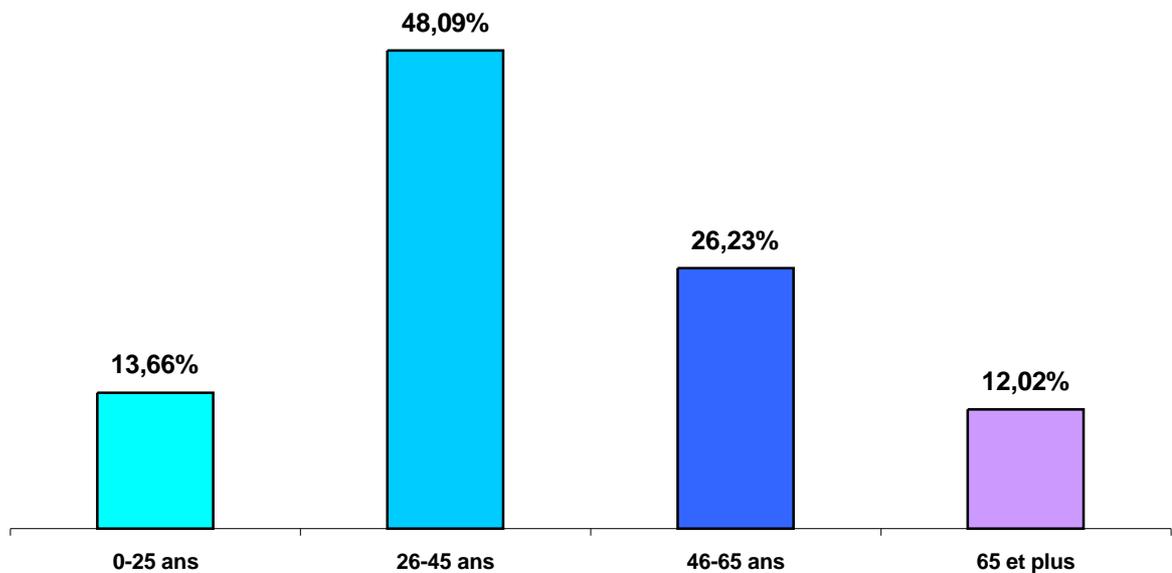
Le nombre de réponses renvoyées au cabinet a été de 190 sur 215 questionnaires distribués soit 88.4%.

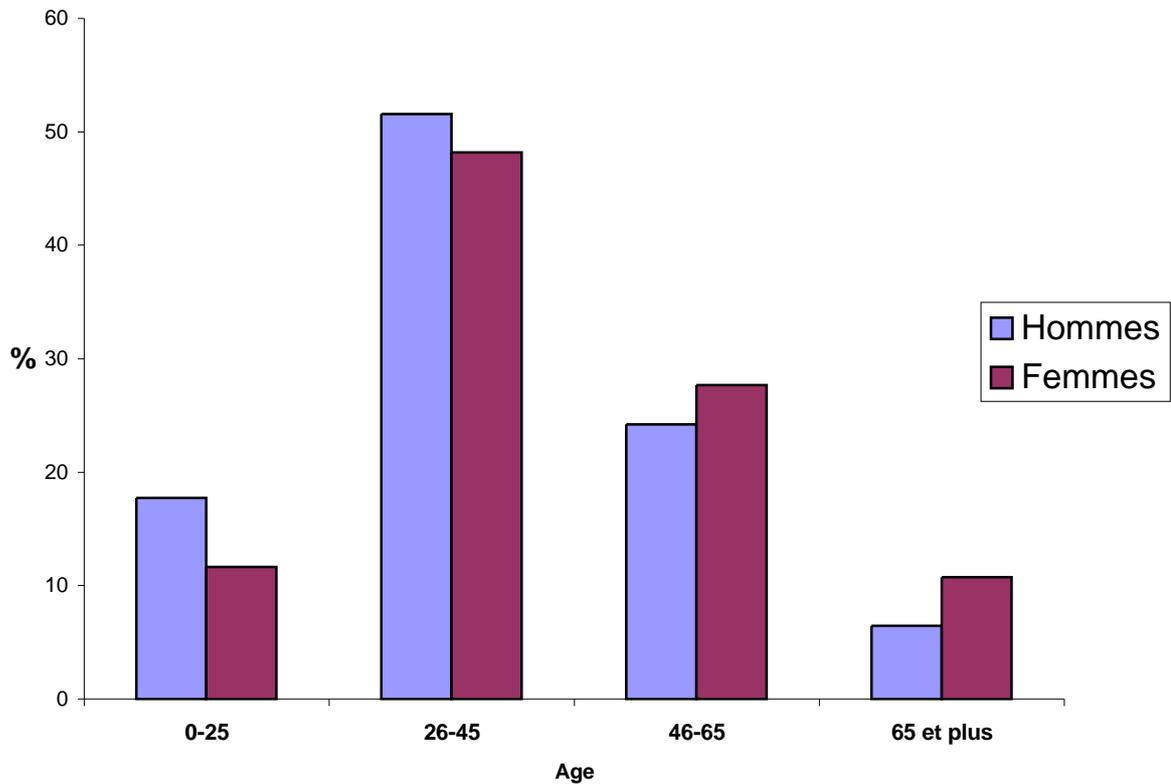
- Sexe

Le ratio hommes/ femmes a été de 62/112, soit 64.37% de femmes dans notre échantillon (2 avec enfant)*

*donnée manquante pour l'échantillon 16/190.

- Âge





La répartition par classe d'âge est similaire entre les deux sexes.
Le tranche d'âge majoritairement présente est la tranche 26-45 ans.

La distribution dans les tranches d'âge est-elle représentative de la clientèle ?

Tranches d'âge	Relevé individuel d'activité de janvier à septembre 1999	Notre étude
Moins de 16 ans	12%	13.66% (moins de 25 ans)
De 16 à 59 ans	73%	73% (de 26 à 65 ans)
De 60 à 69 ans	5%	12% (65 ans et plus)
70 ans et plus	7%	idem

Il s'avère que la population interrogée est strictement représentative de la clientèle du cabinet.

**donnée manquante pour l'échantillon 7/190.

B. Première question :

« Quel mot décrit le mieux le sentiment immédiat que vous avez ressenti lorsque je vous ai présenté le médecin stagiaire en début de consultation » ?

Alors que la question suggérait de ne répondre que par un seul item, les patients ont régulièrement coché plusieurs cases.

1. Les réponses favorables :

De manière arbitraire, nous avons choisi de classer dans les réponses favorables à la présence du stagiaire, les personnes ayant répondu « surprise », car nous pensons que ce terme ne laisse pas envisager un sentiment négatif vis-à-vis de la présence du stagiaire.

Liste des mots suggérés : surprise, intérêt, curiosité.

	% Total (190)	% Hommes (62)	% Femmes (112)	% Non renseigné (16)
Surprise	41.5 (79)	33.87 (21)	45.54 (51)	43.75 (7)
Intérêt	36.32 (69)	25.81 (16)	45.54 (51)	12.5 (2)
Curiosité	31.05 (59)	33.87 (21)	31.25 (35)	18.75 (3)
Aide*	1.05 (2)	1.61 (1)	0.9 (1)	0 (0)
Sympathie*	0.53 (1)	1.61 (1)	0 (0)	0 (0)
Approbation*	0.53 (1)	0 (0)	0.9 (1)	0 (0)

*Items ajoutés par les patients.

50% des patients tous sexes confondus ont une opinion plutôt favorable concernant la présence du stagiaire.

2. L'indifférence :

Liste des mots suggérés : indifférence.

	% Total (190)	% Hommes (62)	% Femmes (112)	% Non renseigné (16)
Indifférence	13.16 (25)	17.64 (11)	9.82 (11)	18.75 (3)
Neutre/Normal *	1.05 (2)	1.61 (1)	0.9 (1)	0 (0)
N'a pas répondu	1.05 (2)	1.61 (1)	0 (0)	6.25 (1)

* Items ajoutés par les patients.

13% des patients se disent avoir été indifférents à la présence du stagiaire lorsqu'ils se sont retrouvés face à lui.

3. Les réponses défavorables :

Liste des mots suggérés : gêne, inquiétude, panique.

	% Total (190)	% Hommes (62)	% Femmes (112)	% Non renseigné (16)
Gêne	8.42 (16)	8.06 (5)	8.04 (9)	12.5 (2)
Inquiétude	1.6 (3)	1.61 (1)	1.79 (2)	0 (0)
Panique	1 (2)	1.61 (1)	0.89 (1)	0 (0)
risque intrusion*	0.5 (1)	0 (0)	0 (0)	6.25 (1)

*Items ajoutés par les patients

8% des patients disent avoir été gênés en première réaction par la présence du stagiaire.

C. Deuxième question :

« Après réflexion, cochez les propositions qui vous paraissent correspondre à votre point de vue »

1. « Je suis heureux de participer à l'amélioration de la formation des futurs généralistes » :
- cette phrase est retenue à **78%**. (148/190)

Sentiment retrouvé dans les deux sexes avec près de 77.5% des hommes et 80% des femmes.

2. La gêne ressentie par le patient : (N.S : Non Significatif).

La présence d'un médecin stagiaire :	Total % (190)	H % (62)	F % (112)	N.R. % (16)
Ne me gêne pas du tout	59 (112*)	68 (42)	53.5 (60)	62.5 (10)
Ne me gêne pas	0 (0)	0	0	0
Ne me gêne pas trop	0.5 (1)	N.S.	N.S.	N.S.
Consultation à deux très gênante	1.6 (3)	N.S.	N.S.	N.S.
Empêche de vous dire certaines choses	5.3 (10)	N.S.	N.S.	N.S.
Désire vous voir seul lors de notre prochain rendez-vous	1.6 (3)	N.S.	N.S.	N.S.

* 112= Patients ayant répondu « finalement, la présence d'un médecin stagiaire ne me gêne pas du tout » (98) et les patients ayant répondu « la présence d'un médecin stagiaire ne me gêne pas du tout » (14)

D. Commentaires libres :

Voici quelques commentaires libres notés par les patients, ils nous paraissent informatifs et méritent à ce titre, un chapitre à part.

Le stage chez le praticien :

- une bonne initiative : 14 patients (13 femmes et un homme)
- formateur d'un point de vue relationnel : 9 patients dont 7 femmes.
- sa pertinence dépend de la situation médicale initiale : 9 patients
- permet un partage du savoir : 7 patients.
- nécessite une phase active plus importante : 7 patients.
- ne présente aucun inconvénient : 6 patients.

Le stage chez le praticien :	Fréquence du commentaire
Une bonne initiative	↑ ↑ ↑ ↑
Formateur d'un point de vue relationnel	↑ ↑ ↑
Sa pertinence dépend de la situation médicale initiale	↑ ↑ ↑
Permet un partage du savoir	↑ ↑
Nécessite une phase active plus importante	↑ ↑
Ne présente aucun inconvénient	↑ ↑
Bénéfice partagé par le patient et le stagiaire	↑
Nécessite une explication préalable	↑
Devrait être systématique	↑
Permet une écoute supplémentaire	↑
A changé en moins bon la relation médecin-malade	↓
Le sexe du stagiaire peut entraîner des problèmes	↓
Présence du stagiaire doit être signalée avant la consultation	↓
Bénéfice pour le stagiaire mais pas pour le patient.	↓

5. Commentaires et critiques :

Notre étude a été effectuée sur un lieu de stage qui n'avait jamais reçu de stagiaire, nous sommes donc en présence de patients qui ne sont pas habitués à la présence d'un étudiant durant leur consultation. De plus, cette enquête s'est déroulée en début de stage, afin de limiter au maximum le « bouche à oreille » qui aurait pu inciter certains patients à ne pas consulter, ou à consulter en dehors des horaires du stagiaire.

Hormis pour la question « Finalement, la présence d'un médecin stagiaire ne me gêne pas du tout », nous ne comparerons pas les résultats entre hommes et femmes en raison de la taille trop réduite de l'échantillon ce qui rendrait tout résultat non significatif.

Nous allons maintenant tenter de répondre à notre hypothèse de départ, à savoir est-ce que la relation médecin-malade a été modifiée par la présence du résident ?

A. Analyse des résultats.

1. Nous décrivons tout d'abord les items **en faveur d'une amélioration de la relation médecin-malade** (ou tout du moins une stabilité de celle-ci) associée à la présence du stagiaire.

• **59.5% (113/190) des malades ne sont pas ou peu gênés par la présence du stagiaire.**

Les 12 patients n'ayant pas répondu au questionnaire car ils ont refusés de rencontrer la stagiaire ne sont pas inclus dans l'analyse des résultats. Ceci, peut nous faire penser que l'opinion des patients décrite dans notre étude est possiblement celle des consultants les plus favorables à la présence du stagiaire.

Opinions des patients	Commentaires
Les femmes sont plus sensibles à la présence du stagiaire.	55% des femmes (61/112) ont avoué être peu ou pas gênées contre 68% des hommes (42/62).
La stagiaire est perçu comme un faire valoir du médecin	33% des patients vont avoir plus confiance en leur médecin traitant de par son statut de maître de stage.
Le stagiaire est une sécurité supplémentaire	12.6% des patients expriment cette opinion.

Le dialogue est plus intéressant

6% des patients expriment cette opinion

2. Les éléments faisant évoquer une **détérioration de la relation médecin-malade.**

- **Pour 8.5% (16/190) des patients il y a un risque de rupture de la relation médecin-malade.**

En effet ces malades ressentent une gêne en présence du stagiaire pouvant les obliger à quitter la consultation sans avoir parlé de tous leurs soucis de santé.

Alors que le praticien avait systématiquement indiqué la possibilité d'une consultation en tête-à-tête, 6.8% des malades rappellent dans leurs commentaires que l'information des patients doit être systématique en ce qui concerne la justification de la présence du stagiaire.

En ce qui concerne le désir des patients que le stagiaire soit plus actif, il faut noter que lors de cette étude, nous étions en tout début de stage et par conséquent le stagiaire était obligatoirement en phase passive ou semi-active.

B. Nos résultats et la littérature.

Nous allons maintenant comparer les résultats de notre étude à ceux de la revue de littérature.

Rq. Nous écarterons la première question concernant le ressenti du patient en début de consultation, car aucune publication étudiée n'a effectué cette recherche.

En ce qui concerne :

• **La gêne du patient :**

Dans la revue de littérature, c'est de 75% (étude de Chiarini¹⁶) à 94.4% (étude Essayagh²⁹) des patients qui ne seront pas du tout gênés.

Dans notre étude c'est environ 60% des patients qui ne seront pas du tout gênés par la présence du stagiaire, soit un peu moins que dans la littérature.

La cause en est peut-être que les patients rencontraient pour la toute première fois un stagiaire, ce qui n'était pas le cas dans les études sus citées, car comme nous l'avons montré, avoir déjà été confronté à une consultation en présence d'un stagiaire est un facteur favorisant son acceptation. (Exemple : 90% des patients de l'étude de Chiarini¹⁶ avaient déjà rencontré un stagiaire).

Alors que la taille de l'échantillon de notre étude est assez réduite, nous mettons cependant en évidence que les femmes sont plus gênées que les hommes par la présence du stagiaire. (55% contre 68%). Ceci confirme bien ce qui avait été retrouvé dans notre revue bibliographique lors de l'étude des facteurs favorisant l'acceptation du stagiaire en dehors du motif de consultation.

Dans notre étude en présence du stagiaire, **5.3%** des patients ressentent une gêne pouvant les obliger à quitter la consultation sans avoir parlé de tous leurs soucis de santé à leur médecin traitant.

Dans la revue de littérature, c'est de **4.4% à 8.4%** qui ne diront pas tout. (Etudes Morrison¹¹ et O'Flynn²²).

• **La confiance en son médecin devenu maître de stage :**

La seule étude traitant de la variation de la confiance du malade envers son médecin traitant devenu maître de stage est celle de Rivière²⁹.

Dans son étude, Rivière retrouve **36%** de personnes ayant plus confiance (« il doit être bon, s'il fait de la formation reconnue par la fac », « C'est une fonction supplémentaire, un plus », « Il a envie de s'améliorer, d'être à la pointe, il est moderne, alerte », « C'est signe d'une grande compétence, il sait bien son métier »)

Dans notre étude en présence du stagiaire, « Le fait que mon médecin soit maître de stage augmente la confiance que j'ai en lui » pour **33%** des patients.

• **L'image du stage chez le praticien :**

Dans notre étude, 78% des patients sont heureux de participer à l'amélioration de la formation des futurs généralistes.

Nous pouvons rapprocher cette notion de l'idée générale que se font les patients du stage chez le praticien telle qu'elle paraît à travers la revue de littérature. En effet, dans celle dernière, le stage est ressenti comme étant une bonne idée pour plus de 60% des malades.

Le stage chez le praticien		Notre étude (%)	Etude 1 (%)	Etude 2 (%)	Etude 3 (%)	Etude 4 (%)
1. Une gêne pour le patient	Pas de gêne	60	Chiarini 75	Rivière 83	Yekhlef 91.9	Essayagh 94.4
	N'a pas tout dit	5.3	Breso 2	Morisson 4.4	Yekhlef 7.4	O'Flynn 8.4
2. Une valorisation du maître de stage		33	Rivière 36	-	-	-
3. Une bonne initiative pédagogique		78	Essayagh 66	Yekhlef 67	Da Rocha 91	Rivière 94.2

VI. CONCLUSION.

Nous constatons que les résultats retrouvés dans notre étude sont similaires à ceux observés dans la littérature internationale.

Nous confirmons ainsi notre impression subjective à savoir que la présence du stagiaire entraîne peu, et en tout cas moins que l'on pourrait le penser, de modification de la relation médecin-malade.

Les commentaires libres des participants à notre enquête, bien que peu nombreux, nous paraissent extrêmement représentatifs de l'éprouvé global du patient. A ce titre ils serviront de conclusion à notre étude.

Il ressort en effet de ces commentaires que le stage chez le praticien est considéré par les patients comme une **bonne initiative** présentant un **objectif pédagogique reconnu**. D'une manière globale, près d'un tiers des patients considère que la présence du stagiaire est synonyme de confiance accrue auprès du médecin consulté. Cela peut, dans une certaine mesure, constituer un bénéfice pour celui-ci.

Un autre consensus se fait jour au sein de cette opinion globalement favorable : le motif de consultation constitue un facteur de pondération constant. Dès que ce dernier touche à la vie intime, il existe une réticence à la présence du stagiaire. Ceci nous semble d'une autre nature que les 5 à 10% de patients qui se disent gênés d'emblée par la présence du stagiaire.

Nous pouvons donc conclure que dans la majorité des cas **la relation médecin-malade est modifiée plus qu'elle n'est vraiment altérée pour une grande majorité de patient.**

Nous pensons qu'il existera toujours une frange d'environ **10% de patients qui considéreront la présence du stagiaire comme susceptible d'induire une rupture de la relation médecin-malade. Et ceci quelle que soit l'attitude du stagiaire.**

Compte-tenu de la législation qui fait obligation d'un stage en médecine générale pour le futur praticien, il paraît donc important de prendre en compte cette considération afin de conjuguer confraternité, formation et respect du malade.

Mais bien au-delà de ces résultats, cette étude nous a permis de mettre en évidence la complexité de la relation médecin-malade.

Nous pourrions alors imaginer les caractéristiques d'une étude permettant de compléter notre travail :

- Un **nombre important de patients inclus** car avec 190 questionnaires exploitables nous n'avons pu valider certains résultats.
- Nous pensons qu'il est nécessaire comme dans notre travail, d'effectuer cette **étude en début de stage** et auprès de patients n'ayant jamais consulté en présence d'un étudiant, afin de limiter le phénomène d'adaptation du malade au stagiaire.
- L'étude pourrait être effectuée dans un cabinet d'un médecin généraliste exerçant en **secteur I et auprès d'une population moins aisée** que dans notre travail (Secteur II à Paris XVIIème arrondissement).
- Il serait nécessaire **de déterminer si les patients se confient totalement à leur médecin traitant avant que le résident ne débute son stage** puis de comparer ces résultats à ceux retrouvés en présence du stagiaire.
- Nous pensons qu'il serait utile de demander aux patients dont nous savons qu'une majorité est favorable à cette pratique, s'ils ont des **propositions d'aménagement de la prise de rendez-vous ou de la consultation qui leur permettraient de s'exprimer sans frustration**. (Peut-être en organisant un jour fixe dans la semaine où le stagiaire ne serait pas présent ?)
- Il serait certainement utile d'effectuer une étude, où d'une manière très stricte, il est **clairement demandé à tous les patients s'ils sont ou pas d'accord pour rencontrer le stagiaire et de comptabiliser dans les résultats les refus de la présence du résident**.
- Lors de la phase active, pourrait être **étudiée l'acceptation du stagiaire lorsqu'il s'agit de donner un diagnostic, de faire une prescription, de gérer d'éventuels examens complémentaires ou de planifier une prochaine consultation**. Ceci afin de compléter la seule étude à ce sujet (Michael J. Reichgott⁸).

Nous pensons qu'une étude regroupant l'ensemble de ces caractéristiques pourrait permettre d'affiner notre travail et d'envisager d'éventuelles réformes concernant le déroulement du stage chez le praticien. Ces réformes auraient pour objectif de limiter l'impact négatif de la présence du stagiaire sur la relation médecin-malade et ainsi de permettre la poursuite de cette démarche pédagogique que nous considérons comme essentielle et qui doit grâce à l'adhésion des malades, à l'implication des praticiens et aux travaux des stagiaires, être sans cesse améliorée.

VII. ANNEXES.

ANNEXE I

Décret n° 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales

Le PREMIER MINISTRE,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du ministre de la défense et du ministre du travail et des affaires sociales.

Vu la directive 93/16/CEE du Conseil du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, notamment ses articles 30 et 31;

Vu le code de la santé publique, l'article .L. 359-1;

Vu la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur, notamment les articles 46, 51 et 52 ;

Vu la loi no 84-52 du 26 janvier 1984 modifiée sur l'enseignement supérieur ;

Vu l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, notamment l'article 2 ;

Vu le décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie ;

Vu le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, notamment ses Titres II et V ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 22 juillet 1996 ;

Le Conseil d'état (section sociale) entendu,

Décrète :

Art 1. - Le décret du 7 Avril 1988 susvisé est modifié comme suit :

1° Dans la première phrase du premier alinéa de l'article 5, les mots : "une durée de deux ans" sont remplacés par les mots : " une durée de deux ans et demi " ; .

2° La première phrase de l'article 8 est remplacée par les deux phrases suivantes :

"Le stage auprès de praticiens généralistes agréés, dits maîtres de stage, est effectué pendant le deuxième, le troisième ou le quatrième semestre du résidanat Il peut se dérouler sur plusieurs sites de stage. " ;

3° Dans la dernière phrase de l'article 10, les mots : " le maître de stage " sont remplacés par les mots j " chaque maître de stage " ; .

4° A l'article 12, la troisième phrase est remplacée par les deux phrases suivantes :

" Les résidents doivent obligatoirement accomplir un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés. Ils peuvent en outre effectuer un autre stage extra-hospitalier de nature différente. " ;

5° Dans la première phrase de l'article 45, les mots : " à l'exception de ce qui a trait au stage chez le praticien agréé " sont supprimés ; .

6° Le premier alinéa de l'article 46 est remplacé par les dispositions suivantes :

" A partir de leur troisième semestre de fonctions, les élèves médecins sont détachés dans l'école d'application du service de santé des armées, où ils reçoivent une formation théorique, et dans les hôpitaux d'instruction des armées, où ils exercent leurs fonctions. Ils effectuent en outre un stage d'un semestre, organisé par l'école d'application, auprès de praticiens généralistes exerçant leurs

fonctions dans les services médicaux des unités du ministère de la défense, agréés par le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine dont relève l'élève médecin, sur proposition du ministre chargé des armées. Le ou les conseils des unités de formation et de recherche de médecine de la subdivision mentionnée à l'article 6 peuvent, après approbation du ou des présidents d'université, fixer à l'intention des élèves médecins des règles particulières de choix des stages. ” ;

7° A l'article 47, les mots ; “ les deux années ” sont remplacés par les mots : “ les deux années et demie ” ;

8° Au 1° de l'article 49, les mots : “ deux années ” sont remplacés par les mots : “ deux années et demie ”.

Art. 2. - Les dispositions de l'article 1" du présent décret s'appliquent aux étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997.

Les étudiants en cours de troisième cycle de médecine générale la date de publication du présent décret demeurent régis par les dispositions antérieurement en vigueur.

Art. 3. - Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de la défense, le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'état à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française .

Fait à Paris, le 16 mai 1997.

Par le premier ministre ALAIN JUPPÉ.

Le ministre du travail et des affaires sociales, JACQUES BARROT .

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, François BAYROU

Le ministre de la défense, CHARLES MILLON

Le secrétaire d'état à la santé et à la sécurité sociale, HÉRVÉ GAYMARD.

ANNEXE II

Décret n° 97.495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés .

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et du ministre du travail et des affaires sociales,

Vu la directive 93/16/CEE du Conseil du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres, notamment ses articles 30 et 31;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 359-1 ;

Vu la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur, notamment les articles 46, 51 et 52 ;

Vu la loi no 84-52 du 26 janvier 1984 modifiée sur l'enseignement supérieur ;

Vu l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, notamment l'article 2 ;

Vu le décret n° 83-785 du 2 septembre 1983 modifié fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie, notamment l'article 8 ; ;

Vu le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, notamment son titre II ;

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, notamment l'article 87 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 22 juillet 1996,

Décrète :

Art. 1 - Les médecins généralistes agréés comme maître de stage peuvent exercer leur activité dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile, un service de santé scolaire, un centre de santé ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers.

Art. 2. - Le semestre de formation est accompli de façon continue. Il se déroule soit en totalité dans un cabinet libéral, soit pour partie seulement.

Dans le premier cas, le stagiaire peut consacrer au plus une journée par semaine à l'accomplissement d'un stage dans une ou deux des structures autres qu'un cabinet libéral, mentionnées à l'article 1.

Dans le second cas, la période de stage dans un cabinet libéral est obligatoirement de quatre mois. Elle est immédiatement suivie soit d'une période de deux mois de stage, soit de deux périodes d'un mois de stage accomplies dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral, mentionnées à l'article 1.

Art. 3. - Les conditions dans lesquelles le résident effectue son stage, et notamment les objectifs pédagogiques de celui-ci sont fixées dans le cadre de la convention prévue à l'article II V du décret du 7 avril 1988 susvisé, Cette convention doit être conforme à un modèle type établi par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Art. 4, - En cohérence avec les objectifs pédagogiques, le stage en cabinet libéral comporte une phase d'observation au cours de laquelle le stagiaire se familiarise avec son environnement, une phase semi-active au cours de laquelle il peut

exécuter des actes en présence du maître de stage, et une phase, active au cours de laquelle il peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin ,

Le nombre d'actes accomplis par le résident au cours du stage en cabinet libéral ne peut excéder une moyenne de trois actes par jour. La présence du stagiaire aux consultations et visites du maître de stage ainsi que l'exécution par lui d'actes médicaux sont :

subordonnées au consentement du patient et à l'accord du maître de stage. Le stagiaire ne peut exécuter que les actes médicaux dont le maître de stage a la pratique habituelle, sous sa responsabilité, que ce soit en sa présence ou en dehors de celle-ci. . Le stagiaire ne peut recevoir de rémunération, ni de son maître de stage, ni des patients, Le maître de stage perçoit les honoraires des actes médicaux accomplis par le stagiaire ainsi que des honoraires pédagogiques dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de la santé et du budget.

Art, 5, - Au sein de l'unité de formation et de recherche de médecine, le suivi des stagiaires est placé sous l'autorité du responsable du département de médecine générale ou de toute structure équivalente. Ce responsable veille au respect des objectifs pédagogiques du stage.

Art. 6. - Le stagiaire est soumis, lorsqu'il en existe un, au règlement intérieur de l'établissement ou de l'organisme d'accueil dans lequel le maître de stage exerce son activité. Ce règlement intérieur est porté à la connaissance du stagiaire dès le début du stage.

Art. 7. - Les dispositions du présent décret sont applicables à compter de l'année universitaire 1996-1997 aux étudiants qui accèdent à cette date au troisième cycle des études médicales.

Le décret n° 81-364 du 15 avril 1981 organisant le stage chez les praticiens conformément à l'article L. 359-1 du code de la santé publique et le décret n° 81-367 du 15 avril 1981 relatif à l'indemnisation des maîtres de stage sont abrogés. Toutefois, leurs dispositions restent applicables aux étudiants en cours de formation de troisième cycle de médecine générale qui ont accédé au troisième cycle des études médicales avant l'année Universitaire 1996-1997 et aux maîtres de stage qui les accueillent Art, 8. - Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre du travail et des affaires sociales et le secrétaire d'état à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République Française.

.Fait à Paris, le 16 mai 1997.

Par le Premier ministre : Alain JUPPÉ

Le ministre du travail et des affaires sociales, JACQUES BARROT,

Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, François BAYROU

Le secrétaire d'état à la santé ' et à la sécurité sociale, HERVÉ GAYMARD

ANNEXE III

Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés

Article 1er - L'article 2 du décret du 16 mai 1997 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. 2 - Le semestre de formation est accompli de façon continue. Il se déroule soit en totalité dans un ou plusieurs cabinets libéraux, soit pour partie seulement sans que le nombre de maîtres de stage puisse excéder trois. "Le stagiaire peut consacrer au plus une journée par semaine à l'accomplissement d'un stage dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral, mentionnées à l'article 1er ou dans un organisme au sein duquel les médecins généralistes participent au contrôle de soins primaires. "Lorsque le stage se déroule pour partie en cabinet libéral il comporte obligatoirement une période de quatre mois accomplie dans un ou plusieurs cabinets libéraux. Elle est précédée ou immédiatement suivie soit d'une période de deux mois de stage, soit de deux périodes d'un mois de stage accomplies dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral, mentionnées à l'article 1er.

"Lorsque le stage en cabinet libéral se déroule auprès de plusieurs maîtres de stage, la durée de présence du stagiaire auprès de chacun d'eux s'effectue par mois entiers.

Art. 2 - Le deuxième alinéa de l'article 4 est complété par les mots suivants : "calculés sur l'ensemble du semestre de stage.

Art. 3 - La ministre de l'emploi et de la solidarité le ministre de l'éducation nationale de la recherche et de la technologie et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 24 décembre 1997

Décret n° 97-1214 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 modifié fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.

Art. 1er - La première phrase de l'article 8 du décret du 7 avril 1988 susvisé est rédigée comme suit :

"Le stage auprès de praticiens généralistes agréés, dits maîtres de stage, est effectué pendant le deuxième, le troisième, le quatrième ou le cinquième semestre du résidanat".

Art. 2 - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, le ministre de la défense et le secrétaire d'Etat à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 24 décembre 1997

ANNEXE IV

LE QUESTIONNAIRE ET SA LETTRE INTRODUCTIVE REMIS AUX PATIENTS
DANS LE CADRE DE NOTRE ETUDE :

Madame, Monsieur,

Vous venez de me consulter en présence d'un médecin stagiaire.

Ce texte a un double but : vous expliquer le pourquoi de la présence de ce médecin stagiaire à ma consultation et recueillir votre impression au sujet de cette modification de mon mode d'exercice.

Une nouvelle réglementation prévoit l'obligation pour les futurs généralistes d'effectuer un stage de 6 mois auprès d'un médecin généraliste libéral. Ce stage concerne des étudiants en 8^{ème} ou 9^{ème} année d'études, qui ont effectué 2 ans d'internat à l'hôpital. Il s'agit donc de médecins expérimentés en instance de thèse. Ce stage a pour but de les familiariser avec la relation particulière médecin généraliste /patient et avec certains aspects administratifs ou médicaux de leur futur métier qui ne sont pas enseignés à l'hôpital. Le bénéfice du stage pour le futur médecin paraît évident. Ce bénéfice peut paraître moins clair pour le maître de stage et pour ses patients. J'ai pourtant fait le choix de me porter candidat à la fonction de maître de stage, et le doyen de la faculté de médecine St Antoine m'a fait l'honneur d'accepter ma candidature.

Je pense en effet que la présence d'un médecin stagiaire pendant ma consultation ne peut qu'améliorer la qualité de mon travail :

- un jeune médecin, disposant d'une formation hospitalo-universitaire récente, m'apporte un savoir complémentaire de mon expérience et facilite la mise à jour de mes connaissances.
- la présence d'un deuxième médecin est un garde-fou contre les oublis ou les erreurs que je pourrais commettre.
- ceux d'entre vous qui ont enseigné savent que la transmission du savoir est le meilleur outil de perfectionnement professionnel.
- mes stagiaires constituent un réservoir de remplaçants potentiels dont j'ai pu apprécier les qualités professionnelles et qui connaissent parfaitement ma façon de travailler. Il me sera désormais beaucoup plus facile de me faire remplacer pendant mes jours ou mes heures d'absence, par un médecin en qui j'ai une totale confiance, que vous aurez éventuellement déjà rencontré en ma présence, et qui assurera la continuité des soins dans des conditions optimales.

Je n'ignore pas les difficultés que soulève la présence d'une tierce personne pendant ma consultation. Certains d'entre vous vivront peut-être mal cette modification de mon mode d'exercice, notamment lors de confidences pénibles ou intimes. Sachez que vous pouvez demander à tout moment, sans avoir à vous justifier, de rester seul(e) avec moi. Je vous le proposerai d'ailleurs spontanément si je perçois une gêne pendant la consultation. Le plus simple est de préciser que vous souhaitez me voir seul lors de la prise du rendez-vous.

Pour avoir une idée plus précise de l'impact de la présence d'un médecin stagiaire pendant ma consultation, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir répondre (anonymement) au questionnaire placé au dos de ce document, et de me le faire parvenir à l'aide de l'enveloppe jointe. Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

Nom de médecin

Ce questionnaire est anonyme, merci de ne pas indiquer votre nom.

1) Quel mot décrit le mieux le sentiment immédiat que vous avez ressenti lorsque je vous ai présenté le médecin stagiaire en début de consultation ? (Plusieurs réponses possibles).

- | | |
|------------|----------------|
| Curiosité | › Indifférence |
| › Surprise | › Inquiétude |
| › Intérêt | › Panique |
| › Gêne | › Autre mot : |

2) Après réflexion, cochez les propositions qui vous paraissent correspondre à votre point de vue :

- › Cette consultation à deux médecins est très gênante ;
- › Je vais demander à vous voir seul lors de notre prochain rendez-vous ;
- › Finalement, la présence d'un médecin stagiaire ne me gêne pas du tout ;
- › La présence du médecin stagiaire est une sécurité supplémentaire pour moi ;
- › Le fait de mon médecin soit maître de stage augmente la confiance que j'ai en lui ;
- › Je suis heureux de participer à l'amélioration de la formation des futurs généralistes ;
- › J'ai cru que vous alliez céder votre cabinet et qu'il s'agissait de votre successeur ;
- › La justification de la présence du médecin stagiaire m'a été insuffisamment expliquée ;
- › Le dialogue avec deux médecins est plus intéressant qu'avec vous seul ;
- › La présence du médecin stagiaire m'a empêché de vous dire certaines choses ;

Votre (éventuel) commentaire libre :

Votre profil :

Vous êtes un homme › une femme › vous avez accompagné un enfant.

Votre âge : 0 - 25 ans › ; 26 - 45 › ; 46 - 65 › ; 65 et plus ›

Encore merci pour votre collaboration

VIII. Bibliographie.

1. BALINT, M. *Le médecin, son malade et la maladie*. 2^e éd. Paris : Payot & Rivages, 1996. 418. Bibliothèque scientifique Payot.
2. SARFATI, P. Aspects de la relation médecin malade en médecine générale . 88. Th. : Méd. Marseille: 1989; n° 89AIX20312.
3. MULLER COLLE, F. La rupture de la relation médecin-malade . 127 Th. : Méd. Nancy I : 1997 ; n° 72.
4. TCHOBROUSKY G., WONG O. Le métier de médecin. 2e éd. Paris : Presses Universitaires de France, 1996. 127p. Que sais-je ?
5. GUERIN M. Le généraliste et son patient. Paris : Flammarion, 1995. 127p. Dominos.
6. WINCKLER M. La maladie de Sachs. Paris : P.O.L., 1998. 474p.
7. NUSS Philippe. Savoirs et relation thérapeutique. *Psychiatrie Française*, 1999, XXX, p.31-36.
8. REICHGOTT Michael J., D. Ph., SANDFORD SCHWARTZ J. Acceptance by private patients of resident involvement in their outpatient care. *Journal of Medical Education*, 1983, 58, p. 703-709.
9. RYAN J.G.P. Acceptance by patients of the student in general practice. *Australian Family Physician*, 1976, 5, 7, p. 3-6.
10. RICHARDSON I. M. Patients and students in general practice. *J. Roy. Coll. Gen. Pract.*, 1970, 20, p.285.
11. MORRISON Jillian M., MURRAY T.S. Preliminary Study into the Opinions of Patients about the Presence of Medical Students in the General Practice Consultation. *Health Bulletin*, 1995; 53, 6, p.343-344.
12. JONES S., OSWALD N. Medical students in general practice. *British Journal of General Practice*, 1994, 44, 381, p. 184-185.
13. JONES S., OSWALD N., DATE J., et al. Attitudes of patients to medical student participation: general practice consultations on the Cambridge Community-Based Clinic Course. *Medical Education*, 1996, 30, p. 14-17.
14. BRESO, F. *Le nouveau stage chez le praticien généraliste a partir d'une enquête auprès de 192 patients, de leur médecins, et du résident stagiaire*. 128. Th. : Méd. : Grenoble : 1998 ; n°5102.
15. BENTHAM J., BURKE J., CLARK J., et al. Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. *Medical Education*, 1999, 33, p. 686-687.
16. CHIARINI, S. *Le stage de six mois chez le praticien. Premiers bilans. Enquête réalisée auprès des maîtres de stage et des Résidents de Lorraine*. 147. Th. : Méd. : Nancy I : 1999 ; n°58.

-
17. YEKHLEF, F. Le stage de six mois en médecine générale. Le point de vue des patients. 181.Th. : Méd. : Bordeaux 2 : 1999 ; n° 59.
18. BISHOP F., MATTHEWS F.J., PROBERT C.S.J., et al. Patients' views on how to run hospital outpatient clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1991, 84, p. 522-523.
19. SIMONS R. J., IMBODEN E., MARTEL J. K. Patient attitudes toward Medical Student Participation in a General Internal Medicine Clinic. *J Gen intern Med*, 1995, 10, p. 251-254.
20. O'MALLEY Patrick G., OMORI Deborah M., LANDRY Francis J., et al. Prospective Study to Assess the Effect of Ambulatory Teaching on Patient Satisfaction. *Academic Medicine*, 1997, 72, 11, p. 1015-1017.
21. KING D., BENBOW S.J., ELIZABETH J., et al. Attitudes of elderly patients to medical students. *Medical Education*, 1992, 26, p. 360-363.
22. O'FLYNN Norma., SPENCER John., JONES Roger. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ*, 1997; 315, p.1142.
23. WRIGHT H.J. Patients' attitudes to Medical Students in General Practice. *British Medical Journal*, 1974, 1, p.372-376.
24. WILES Phil G. Patients' attitudes to Medical Students in General Practice. *British Medical Journal*, 1974, 2, 909, p.58.
25. ELPERN David. Patients' attitudes to Medical Students in General Practice. *British Medical Journal*, 1974, 2, 909, p. 330-331.
26. O'FLYNN Norma., SPENCER John., JONES Roger. Does teaching during a general practice consultation affect patient care?. *British Journal of General Practice*, 1999, 49, p. 7-9.
27. COOKE Fiona., GALASKO Gavin., RAMRAKHA Vandana., et al. Medical students in general practice: How do patients feel? *British Journal of General Practice*, 1996, 46, p.361-362.
28. DA ROCHA, J.M. *Stage chez le médecin généraliste et vécu du patient : A propos d'une enquête auprès de 75 maîtres de stage de la région Bourgogne et de leur clientèle*. 119. Th. : Méd. : DIJON : 1995 ; n° 95DIJOM026.
29. ESSAYAGH, E. *Le stage chez le praticien : enquête auprès de la population*. 89.Th. : Méd. : Dijon : 2000 : n°1.
30. RIVIERE, J.P. *Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien*. 46.Th. : Méd. : Paris 7 Bichat : 1998 ; n°44.
31. FRANK Scott H., STANGE Kurt C., LANGA Doreen., et al. Direct Observation of Community-Based Ambulatory Encounters Involving Medical Students. *JAMA*, 1997, 278, 9, p.712-716.