

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
A. Soins primaires ambulatoires non programmés : une demande croissante.....	3
B. Consultation : des difficultés pour recueillir les informations médicales.....	3
C. Auto-questionnaires : une piste d'optimisation.....	4
D. Question de recherche.....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	6
A. Matériel.....	6
A. 1. Type d'étude.....	6
A. 2. Objectifs.....	6
A. 3. Critères d'inclusion.....	6
A. 4. Le Questionnaire de Pré Consultation (QPC).....	7
B. Méthode.....	7
B. 1. Recueil de données.....	7
B. 1. a) Pré-test.....	7
B. 1. b) Test.....	8
B. 1. c) Le formulaire de satisfaction.....	9
B. 2. Critère de jugement principal.....	11
B. 3. Analyse statistique.....	11
B. 4. Éthique.....	12
RÉSULTATS.....	13
A. Population.....	13
B. Objectif principal.....	15
C. Objectifs secondaires.....	16
C. 1. Praticité.....	16
C. 2. Participation des patients.....	17
C. 3. Application future.....	18
D. Autres résultats.....	19
D. 1. Score de satisfaction et profils des médecins.....	19
D. 2. Résultats principaux du pré-test à la filière ambulatoire des urgences.....	20
DISCUSSION.....	22
A. Principaux résultats et leurs implications majeures.....	22
A. 1. Objectif principal.....	22
A. 2. Objectifs secondaires.....	25
A. 3. Autres résultats.....	27
B. Forces et faiblesses de l'étude.....	29
B. 1. Contexte.....	29
B. 2. Population étudiée.....	31
B. 3. Questionnaires.....	32
B. 4. Essai à la filière ambulatoire des urgences.....	34
B. 5. Expérience dans les centres de permanence médicale.....	35
B. 6. Recueil des données et analyse statistique.....	36
C. Perspectives.....	38
C. 1. Pratique quotidienne et application future.....	38
C. 2. Mise en place du QPC à la filière ambulatoire d'un service d'urgences.....	38
C. 3. Télémédecine / Assistants médicaux.....	39

CONCLUSION.....	40
ANNEXES.....	41
LISTE DES ABREVIATIONS.....	43
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
RÉSUMÉ.....	49

INTRODUCTION

A. Soins primaires ambulatoires non programmés : une demande croissante

Face à l'évolution démographique actuelle avec une population en constante augmentation et vieillissante, la demande en soins primaires ambulatoires non programmés accroît. A contrario, le nombre de médecins généralistes stagne, leur effectif étant resté globalement stable depuis 2012 (1). Ce déséquilibre entraîne logiquement des difficultés pour pallier la prise en charge de cette demande.

Les cabinets de médecine générale sont souvent saturés, et il est de plus en plus difficile pour les patients de consulter en urgence. Malgré la permanence de soins ambulatoires organisée par les Agences Régionales de Santé (ARS) et encadrée par la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) (2), les patients éprouvent des difficultés pour trouver un médecin en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets. Tout ceci entraîne des consultations dans les services d'urgences pour des motifs inappropriés.

Dans ce contexte, des structures de permanence médicale se développent. Ces centres médicaux sont ouverts 7 jours sur 7, dimanches et jours fériés compris, généralement de 9h à 22h, sans rendez-vous.

Face à l'émergence de ces structures, le médecin généraliste est amené à consulter régulièrement de nouveaux patients, ce qui est très différent de l'exercice traditionnel en cabinet.

B. Consultation : des difficultés pour recueillir les informations médicales

Ce type de fonctionnement impose au praticien des contraintes durant sa consultation, notamment lors de l'interrogatoire. Dans la majorité des cas, comme il s'agit d'une première rencontre, le patient n'est pas connu du médecin et ne dispose donc pas de dossier médical consultable. La durée moyenne des consultations en médecine générale en France est de 18 minutes (3). Les informations recueillies concernant les antécédents, les

allergies, le traitement habituel ou encore le mode de vie sont souvent insuffisantes, et le temps consacré à la réalisation du dossier est important.

En réponse à cela, le Gouvernement a relancé la mise en place du tumultueux dossier médical partagé (DMP) fin 2018. Il représente aussi un outil pour améliorer le recueil des informations médicales. Toutefois, il a été constaté en pratique que cela prenait trop de temps pour aller chercher les éléments pertinents au cours d'une consultation. Les auto-questionnaires auraient ici leur place.

C. Auto-questionnaires : une piste d'optimisation

Un auto-questionnaire rempli par le patient dans la salle d'attente (4,5), visant à recueillir les informations médicales pertinentes, pourrait aider le praticien à optimiser sa consultation. L'utilisation de cet outil en amont de la première consultation semble être une voie intéressante afin de faire gagner du temps médical aux médecins généralistes dont les tâches s'accumulent (6). Le recours à cette pratique semblerait être bénéfique à la fois pour le médecin et pour le patient (6) (7).

Le temps d'attente des patients pourrait être mis à profit en remplissant un auto-questionnaire. Les patients participeraient ainsi à leur prise en charge.

Ce type de questionnaire auto administré avant une consultation est couramment utilisé dans d'autres spécialités médicales (anesthésie, obstétrique, psychiatrie, odontologie, etc.) à des fins variées (dépistage, prévention, aide au diagnostic).

Cet outil semble présenter de nombreux avantages dont :

- un recueil d'informations plus exhaustif, avec près de 100 % des informations contre 66 % recueillies au mieux à l'aide d'un interrogatoire classique (8) ;
- une qualité d'informations recueillies reproductible, indépendante de l'état de fatigue du médecin ;
- une harmonisation des pratiques grâce à une trame pré- établie ;
- un gain de temps avec plus d'informations dans un laps de temps réduit (6) ;
- peu de ressources humaines nécessaires ;
- un faible coût.

Bien que son utilisation peut supposer un impact sur la relation médecin patient, des études n'ont pas identifié de conséquences négatives (8) (9).

Des auto-questionnaires existent en médecine générale mais ne sont pas validés officiellement par la profession. Ils sont généralement développés par les médecins eux-mêmes qui en ressentent le besoin dans leur pratique quotidienne ou font l'objet de thèses d'exercice.

Ces outils ont fait l'objet de plusieurs travaux en médecine générale, notamment en France, où ils ont été étudiés au sein des cabinets (8) (10) (11) (12) . Un travail de thèse à Bordeaux en 2014 a testé un auto-questionnaire adressé aux nouveaux patients d'un cabinet de médecine générale. Les médecins l'ont estimé intéressant pour la tenue du dossier médical, le recueil d'informations, la structuration de la consultation, l'éducation et la responsabilisation des patients. Aucune modification de la relation médecin-patient ni d'allongement de la durée de consultation n'ont été constatés. Le ressenti des patients était considéré comme bon (8). Une autre thèse en 2017 a montré que ce type d'auto-questionnaire à remplir dans la salle d'attente était réalisable dans un service d'urgence hospitalière. Les informations recueillies dans le questionnaire rempli par le patient étaient plus complètes que celles inscrites par le médecin dans le dossier médical (11).

En revanche, aucune étude sur l'évaluation de l'optimisation de la consultation en s'aidant d'un auto-questionnaire, en structure de soins primaires ambulatoires non programmés, n'a été trouvée (5).

D. Question de recherche

Les médecins généralistes exerçant dans des centres de permanence médicale, ressentiraient-ils une optimisation de leur consultation en s'aidant d'un auto-questionnaire rempli par le patient dans la salle d'attente ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Matériel

A. 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative multicentrique prospective par questionnaire.

Elle porte sur l'optimisation de la consultation de médecins généralistes exerçant dans des centres de permanence médicale grâce à l'utilisation d'un auto-questionnaire rempli par le patient dans la salle d'attente.

Nous avons réalisé un pré-test à la filière de soins ambulatoires (dite filière courte) du service d'accueil des urgences (SAU) du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP), site d'Aix-en-Provence afin d'essayer et d'améliorer l'auto-questionnaire, et de s'assurer de la compréhension et la participation des patients.

Puis le test a eu lieu du lundi 28 août 2019 au dimanche 4 septembre 2019 dans 11 centres de permanence médicale situées dans les Bouches-du-Rhône.

A. 2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le ressenti d'un groupe de médecins généralistes exerçant dans des centres de permanence médicale sur l'optimisation de leur consultation en s'aidant d'un auto-questionnaire rempli par le patient dans la salle d'attente destiné à recueillir les informations pertinentes d'un interrogatoire standard.

Les objectifs secondaires étaient:

- d'évaluer l'outil en terme de praticité ;
- de définir le taux de participation des patients ;
- d'interroger sur son application future.

A. 3. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les médecins qualifiés en médecine générale, travaillant dans des structures de permanence médicale, ouvertes 7 jours sur 7, dimanches et jours fériés compris, de 9h à 22h, situées dans les Bouches-du-Rhône.

A. 4. Le Questionnaire de Pré Consultation (QPC)

Il a été construit à l'aide du logiciel Microsoft Word®. (Annexe 1)

Il contenait :

- le titre avec présentation du projet de thèse ;
- les consignes de remplissage pour le patient ;
- les données anthropométriques ;
- les allergies ;
- les traitements de fonds ;
- le motif de consultation ;
- les précisions sur le motif de consultation ;
- la compréhension du questionnaire par le patient .

Entièrement anonyme, les données personnelles n'ont pas été collectées.

B. Méthode

B. 1. Recueil de données

B. 1. a) Pré-test

Les médecins ont été rencontrés dans le service du SAU CHIAP Aix-en-Provence, quelques jours avant l'expérience pour la présentation de l'étude. Nous leur avons fourni un exemplaire du QPC élaboré et leur avons demandé leur accord sur la participation.

Le planning et le numéro de téléphone de chaque praticien ou interne de médecine générale travaillant durant la période choisie de deux semaines ont été récupérés.

Pour chaque journée travaillée avec le QPC :

- le médecin et l'interne travaillant le lendemain étaient avertis la veille par SMS ;
- l'agent d'accueil et les infirmiers d'accueil étaient avertis par téléphone le matin même ;
- le lendemain, un SMS contenant le lien du formulaire de satisfaction était envoyé aux médecins ayant travaillé la veille.

Le jour de l'expérience :

- le QPC était distribué par l'agent d'accueil des urgences ;

- les patients, questionnaire en main, le remplissaient dans la salle d'attente. Les stylos et portes-blocs étaient mis à leur disposition. Leur participation n'était pas obligatoire ;
- quand le patient était appelé pour sa consultation, il le remettait en main propre au médecin ;
- le médecin, patient en face et questionnaire en mains, utilisait ou non le QPC à sa consultation ;
- à la fin de la consultation, le QPC était collecté dans une corbeille dédiée.

B. 1. b) Test

Nous avons recensé les centres médicaux de type permanence 7/7j 9-22h situés dans les Bouches-du-Rhône.

Un premier contact téléphonique a été pris avec leurs secrétariats afin de présenter le projet et de récupérer les plannings des médecins travaillant durant la période concernée. Un mail a été envoyé au secrétariat de chacune des structures contenant :

- la présentation du projet ;
- un exemplaire du QPC ;
- la demande de participation .

Puis un rendez-vous physique a été organisé avec chaque médecin voulant participer pour présenter une nouvelle fois le projet et obtenir l'accord sur sa participation. Ainsi, l'expérience a pu être mise en place :

A chaque veille de journée travaillée avec le QPC :

- le matériel nécessaire à l'expérience (QPC, affiches, stylos, portes-blocs) était installé ; dans les centres médicaux participant le lendemain ;
- les médecins étaient avertis par SMS .

Le jour de l'expérience :

- soit le centre médical disposait d'une secrétaire physique qui distribuait le QPC à chaque patient se présentant pour consulter ;
- soit le centre médical n'en disposait pas et des affiches bien visibles (sur la porte

d'entrée, sur chaque mur de la salle d'attente, et juste au-dessus de la bannette contenant les QPC) incitant le patient à prendre le QPC, étaient installées. Les QPC se trouvaient dans une bannette, posée sur une chaise en plein milieu de la salle d'attente. Les stylos et portes blocs étaient à disposition dans la bannette.

Ensuite, la même méthode que pour la phase pré-test a été retenue, à savoir :

- les patients, questionnaire en mains, le remplissaient dans la salle d'attente. Leur participation n'était pas obligatoire ;
 - quand le patient était appelé pour sa consultation, il le remettait en main propre au médecin ;
 - le médecin, questionnaire en mains, utilisait ou non le QPC à sa consultation ;
- Sauf à la différence de la phase pré test, le QPC n'était pas collecté à la fin de la consultation .

Le lendemain, un SMS contenant un formulaire de satisfaction était envoyé aux médecins ayant travaillé avec le QPC la veille. Une relance a été faite le dimanche de la semaine au cours de laquelle l'expérience a eu lieu.

B. 1. c) Le formulaire de satisfaction

Il s'agissait d'un questionnaire construit à l'aide du logiciel Google Forms®. Entièrement anonyme, les données personnelles n'ont pas été collectées.

Il contenait 33 questions divisées en 4 parties. Le temps estimé de réponse pour la totalité du formulaire a été annoncé de 2 à 3 minutes.

Partie 1) Données générales praticiens :

1. Age ?
2. Genre ?
3. Êtes-vous interne, remplaçant, ou titulaire ?
4. Type d'exercice majeur : centre médical permanence, service d'urgences, cabinet de médecine générale.

Partie 2) QPC pratique :

1. Avez-vous pu utiliser le QPC en pratique ? Oui / Non Si non, pourquoi ?
2. Comment avez-vous trouvé l'utilisation du QPC en pratique ? Facile / Compliqué ?
3. Que pensez-vous de la longueur du QPC ? Adapté / Trop long / Trop court ?
4. L'utilisation du QPC vous a-t-elle fait perdre du temps ? Si oui, pourquoi ?
5. Sur l'ensemble des patients consultés, combien ont répondu au QPC ? Entre 0 et 5 % / 5 et 25 % / 25 et 50 % / 50 et 75 % / 75 et 100 % ?
6. Pourquoi les patients n'ont pas répondu ? Patient a refusé de répondre / Patient n'a pas compris le questionnaire / Patient dans l'impossibilité de répondre / Agent d'accueil n'a pas distribué le questionnaire ?

Partie 3) L'utilisation du QPC vous a permis de :

1. Gagner du temps ?
2. Mieux utiliser le temps de consultation ?
3. Mieux structurer votre consultation ?
4. Identifier les problématiques plus facilement ?
5. Mieux recueillir les informations médicales concernant les motifs de consultation ?
6. Mieux recueillir les informations médicales concernant les antécédents ?
7. Mieux recueillir les informations médicales concernant les allergies ?
8. Mieux recueillir les informations médicales concernant le traitement habituel ?
9. Mieux remplir le dossier médical informatique ?
10. Ressentir une plus grande implication du patient dans sa prise en charge ?
11. Limiter d'éventuels oublis ?
12. Ressentir une diminution de stress ?
13. Ressentir une optimisation de la consultation ?
14. Ne pas ressentir une dégradation de la relation médecin patient ?

Toutes les réponses attendues de la partie 3 ont été graduées par une échelle de Likert :

- 0 : Absolument pas
- 1: Non certainement pas / Pas du tout d'accord
- 2: Non probablement pas / Plutôt pas d'accord
- 3: Peut-être / Plutôt d'accord
- 4: Oui certainement / Tout à fait d'accord
- 5: Absolument certain

Partie 4) Application future

1. Utiliseriez-vous le QPC dans votre future pratique quotidienne ? Oui, peut-être, Non ?
2. Pensez-vous que le fait de remplir un QPC sur une tablette dans la salle d'attente directement envoyé dans le dossier médical informatisé serait pertinent ? Oui, peut-être, Non ?
3. Quelles modifications / suggestions souhaiteriez-vous apporter au QPC ?

B. 2. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de l'étude était un score de satisfaction visant à quantifier le ressenti des médecins sur l'optimisation de la consultation grâce au QPC.

Ce score a été établi sur la base du recueil des 14 réponses graduées sur l'échelle de Likert des questions de la partie 3 « L'utilisation du QPC vous a permis de » du formulaire de satisfaction.

Un score de satisfaction globale et un score de satisfaction spécifique par item, notés sur 5, ont été établis :

- Chaque item a individuellement été noté sur 5 ;
- Soit N_{max} = note maximale de l'item , Q = nombres d'items, M = nombre de médecins
- Le score de satisfaction spécifique par item est noté sur 170 ($N_{max} \times M = 5 \times 34$), puis ramené à un score moyen sur 5 ;
- Le score de satisfaction global est noté sur 2380 ($N_{max} \times M \times Q = 5 \times 34 \times 14$), puis ramené à un score moyen sur 70 ($N_{max} \times Q = 14 \times 5$) puis sur 5.

La réponse aux objectifs secondaires a été obtenue à l'aide des réponses aux questions des autres parties du formulaire de satisfaction : « Données générales praticien », « QPC pratique » et « Application future ».

B. 3. Analyse statistique

Les données ont été extraites du logiciel Google Forms[®], transférées vers Microsoft Excel[®], puis analysées grâce au logiciel XLSTAT[®].

Les données quantitatives ont été exprimées en moyennes et écart-types pour les données de distribution normale, en médianes et espaces interquartiles pour les autres. Les

données qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage.

Afin de rechercher les liens entre les scores de satisfaction et les profils des médecins : nous avons utilisé un test de Student de comparaison des moyennes pour les variables qualitatives (genre, milieu, statut et facilité d'utilisation) et un test de corrélation pour les variables quantitatives (âge, années d'expérience, nombre de praticiens dans la structure).

B. 4. Éthique

Les données collectées sont restées anonymes. Nous avons interrogé le comité d'éthique du CHIAP site d'Aix-en-Provence sur la nécessité de déclaration de notre étude auprès de la Commission des Usagers et de la Commission de Protection des Personnes et nous avons reçu une réponse négative. L'étude s'est ainsi trouvée hors champ de la loi Jardé.

RÉSULTATS

A. Population

Sur les 77 médecins généralistes cibles travaillant dans ces structures (17 centres), nous avons inclus 38 participants (11 centres), soit 49,4 %.

Tableau 1 : Les 17 centres médicaux de type permanence 7/7j 9-22h recensés dans les Bouches-du-Rhône

Nom	Ville	Nombre médecins total	Participation à l'étude	Nombre médecins participants
Centre médical 7/7	Marignane	4	acceptée	2
Centre médical 7/7	Fos-sur-Mer	6	acceptée	4
Centre médical 7/7	Salon-de-Provence	4	acceptée	3
Centre médical 7/7	Château-Gombert	5	acceptée	4
Centre médical 7/7	Destrousse	5	acceptée	4
Centre médical 7/7	Trets	4	acceptée	4
Centre médical 7/7	La Ciotat	5	acceptée	5
Centre médical 7/7	Vitrolles	3	sans réponse	0
Centre Côte Bleue	Carry-le-Rouet	5	acceptée	3
G Medic	Gardanne	4	refusée	0
Centre des écoles	Luynes	6	acceptée	5
La Palunette	Châteauneuf-les-Martigues	4	non contactée	0
Pole Med	Peyrolles	5	sans réponse	0
Permanence d'Aix	Aix-en-Provence	5	sans réponse	0
Ultramed	Le Tholonet	4	acceptée	3
Ultramed	Marseille 8	2	sans réponse	0
Santé Valentine	Marseille 11	6	acceptée	1
17 centres		77	11	38

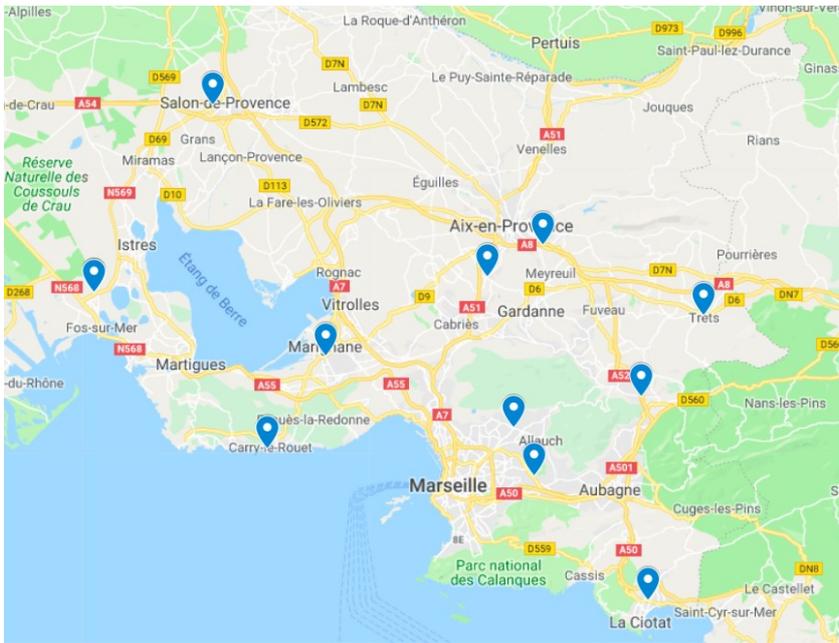


Figure 1 : Carte représentant les 11 centres médicaux participant à l'étude

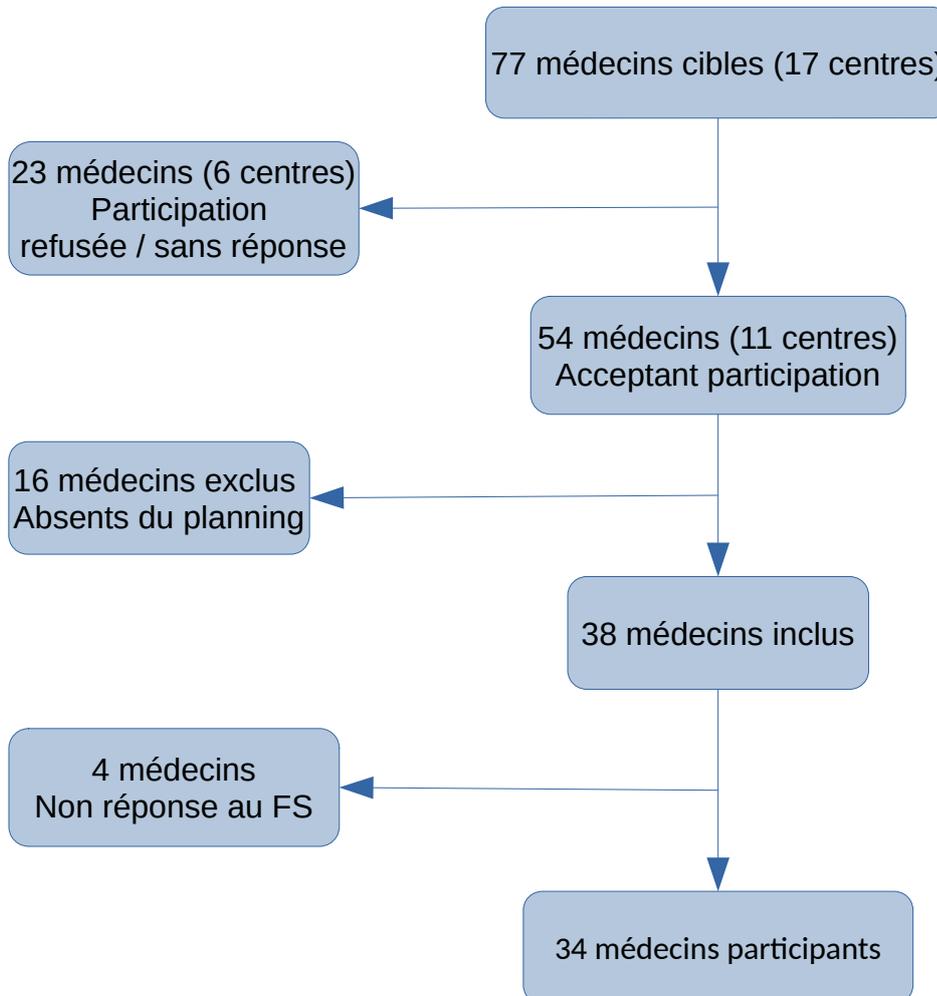


Figure 2 : Diagramme des flux représentant la participation des médecins à l'étude

Tableau 2 : Profils des médecins participants

Variabes	Nombre de médecins = 34
Age	Moyenne = 37,2 ans
Femmes	23 (68 %)
Hommes	11 (32 %)
Titulaires	29 (85 %)
Remplaçants	15 (15 %)
Nombre d'années depuis la fin de l'internat	8,4 années
Nombre d'années dans la structure actuelle	3,6 années
Nombre de praticiens exerçant dans la structure	5,7 médecins

B. Objectif principal

Les médecins généralistes ont ressenti une optimisation de la consultation grâce à l'utilisation du QPC avec un score de satisfaction globale de 1575/2380 soit un score moyen de 46,3/70 correspondant à 3,3/5.

Tableau 3 : Données quantitatives descriptives du score de satisfaction global portant sur l'optimisation de la consultation (calcul de la moyenne)

Statistiques	Score (/70)
Nombre de médecins	34
Minimum	16,000
Maximum	69,000
1er Quartile	37,000
Médiane	44,500
3ème Quartile	60,750
Moyenne	46,324 (= 3,3 / 5)
Variance (n-1)	203,256
Ecart-type (n-1)	14,257
Borne inf. moyenne (95 %)	41,349
Borne sup. Moyenne (95 %)	51,298
Borne inf. variance (95 %)	132,231
Borne sup. variance (95 %)	352,158

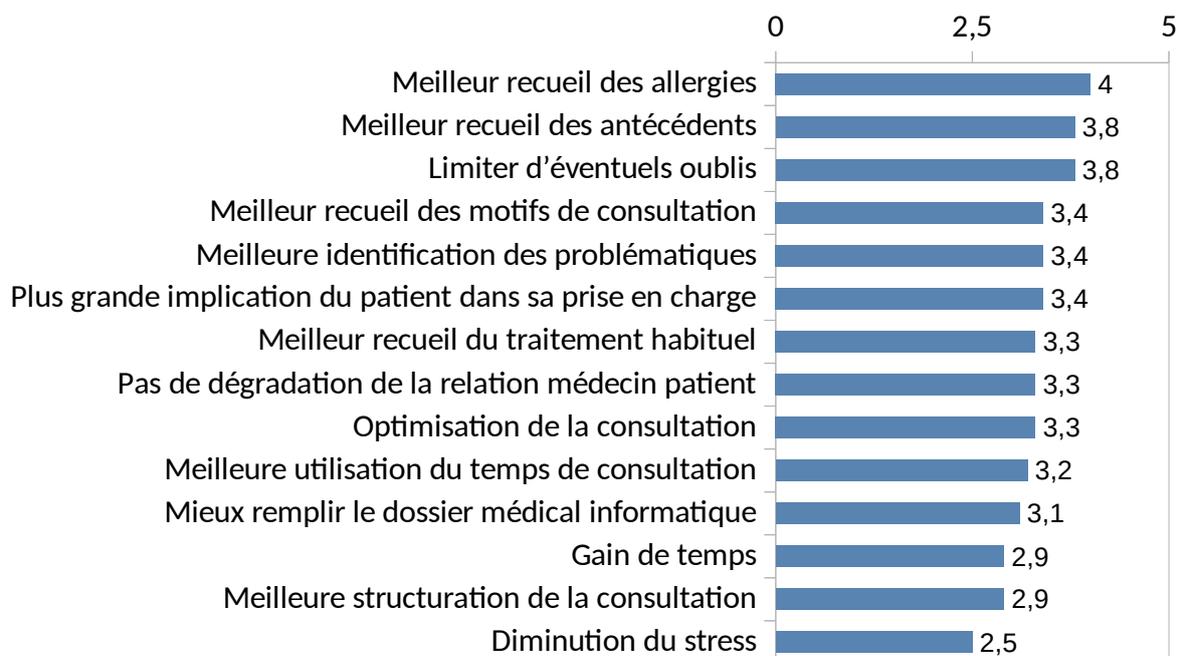


Figure 3 : Score de satisfaction spécifique par item noté sur 5 (calcul des moyennes)

C. Objectifs secondaires

C. 1. Praticité

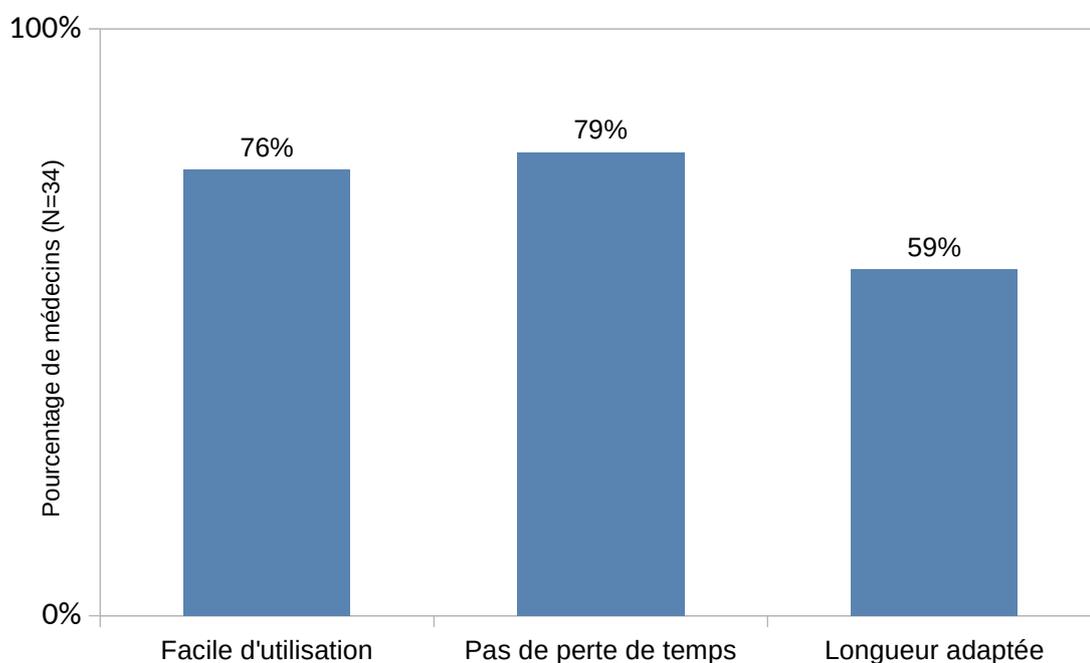


Figure 4 : Pourcentage des médecins en fonction des critères de praticité du QPC

C. 2. Participation des patients

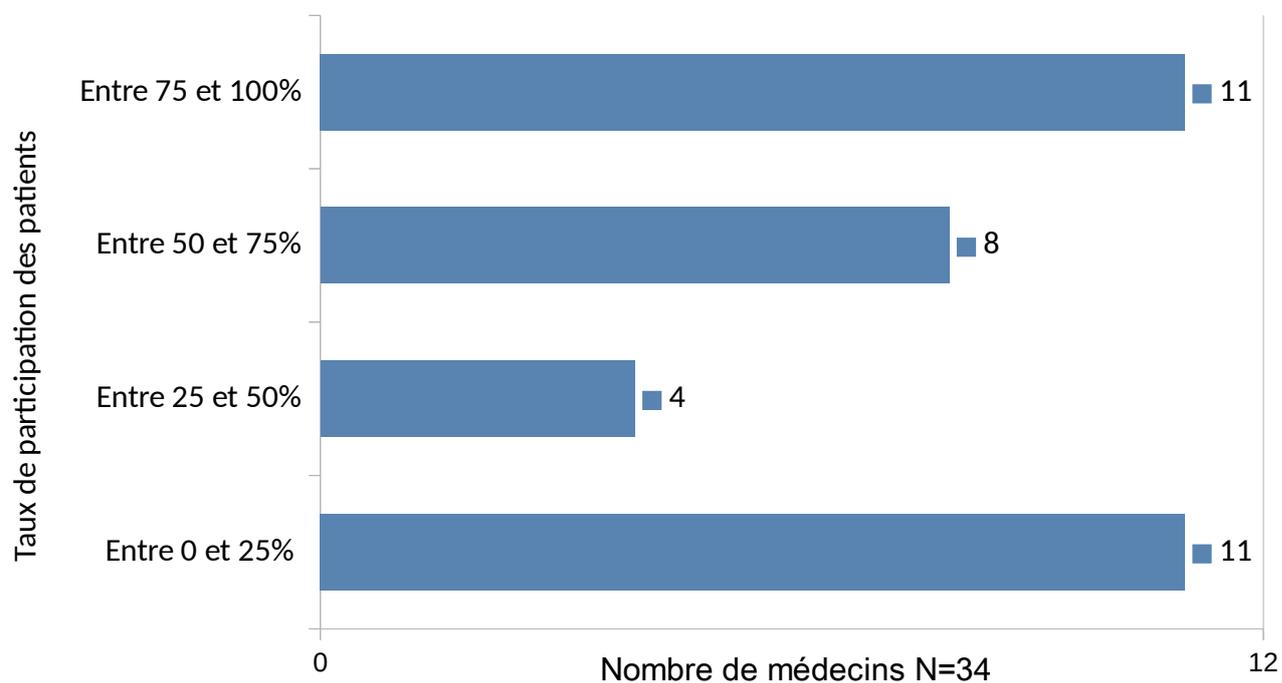


Figure 5 : Pourcentage des médecins par taux de patients ayant répondu au QPC au cours d'une journée

Les causes expliquant la non-participation qui ont été évoquées par les médecins :

- les patients n'avaient pas vu le questionnaire dans la salle d'attente (85 %) ;
- le refus de participation (15 %).

Pour chaque journée travaillée avec le QPC, les praticiens ont consulté en moyenne 42,6 patients.

C. 3. Application future

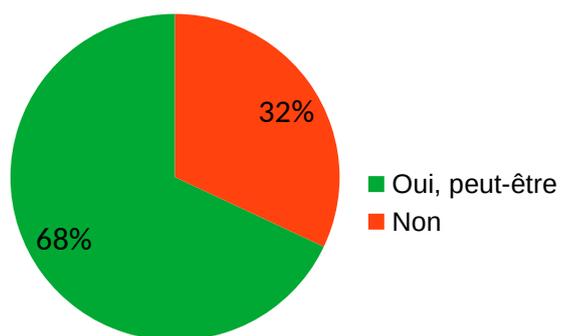


Figure 6 : Pourcentage des médecins ayant la volonté d'utiliser le QPC dans leur pratique future

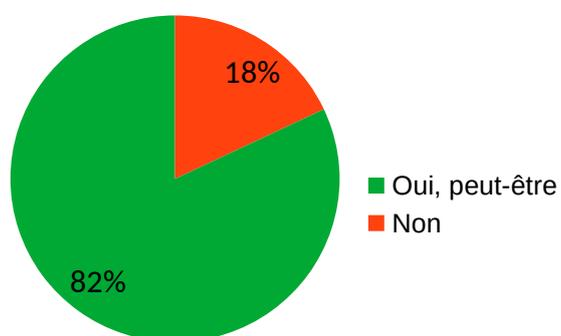


Figure 7 : Pourcentage des médecins ayant trouvé l'idée d'un QPC à remplir sur tablette pertinente

D. Autres résultats

D. 1. Score de satisfaction et profils des médecins

Tableau 4 : Comparaison des scores de satisfaction globale moyens /70 avec les variables qualitatives (test student de comparaison des moyennes)

Variables	N=34	Score moyen /70	p
<u>Genre</u>			
Femme	23	47,0	0,696
Homme	11	44,9	
<u>Milieu</u>			
Urbain	26	49,3	0,023
Semi-rural	8	36,5	
<u>Statut</u>			
Titulaire	29	49,6	0,497
Remplaçant	5	50,4	
<u>Utilisation</u>			
Facile	26	50,5	0,001
Complicé	8	32,6	

Les scores de satisfaction étaient plus élevés de manière significative chez les médecins exerçant en zone urbaine (49,3 vs 36.5 p=0,023) et chez les praticiens estimant le QPC facile d'utilisation (50,5 vs 32,6 p=0,001) .

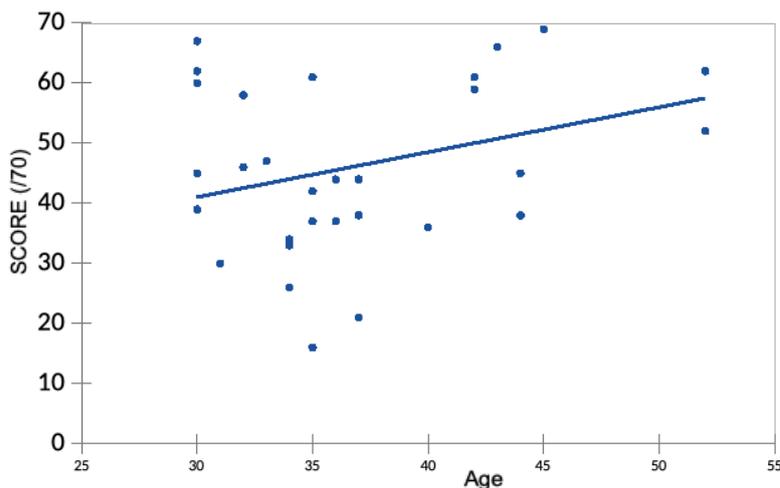


Figure 8: Corrélation du score de satisfaction globale moyen /70 en fonction de l'âge des médecins (test de corrélation)

Plus l'âge des médecins augmente, plus le score de satisfaction globale augmente (p=0,047).

Tableau 5 : Score de satisfaction et volonté d'utilisation du QPC dans la pratique future

Utilisation future	Effectifs	Score moyen /70
Oui	11	60,0
Peut-être	11	46,6
Non	12	33,5
Total	34	46,3

Tableau 6 : Comparaison des médecins ne souhaitant pas / souhaitant utiliser le QPC dans la pratique future (test Student de comparaison des moyennes)

Variabes	Non	Oui - Peut-être	p
Age	35.167	38.364	0.178
Années d'exercice	6.417	9.455	0.186
Années dans la structure	3.667	3.545	0.900
Nb praticiens	5.667	5.773	0.910
Genre - % de femmes	75.0 %	63.6 %	0.498
Milieu - % semi rural	41.7 %	13.6 %	0.066
Utilisation - % compliqué	50.0 %	9.1 %	0.007
Statut - % remplaçant	8.3 %	18.2 %	0.438

Les praticiens qui ne souhaitent pas réutiliser le questionnaire dans leur pratique future l'ont trouvé compliqué (50.0 % vs 9.1 % p=0,007).

D. 2. Résultats principaux du pré-test à la filière ambulatoire des urgences

Tableau 7 : Profils des médecins du pré-test

Variabes	Effectif N=10
Genre	Femme =5 Homme=5
Age	Moyenne 30 ans
Titre	Titulaire=5 Interne=5

10 médecins ont participé à cette phase durant 2 semaines.

Ils ont ressenti une optimisation de la consultation grâce à l'utilisation du QPC avec un score de satisfaction globale moyen de 56,9/70 soit 4,06/5.

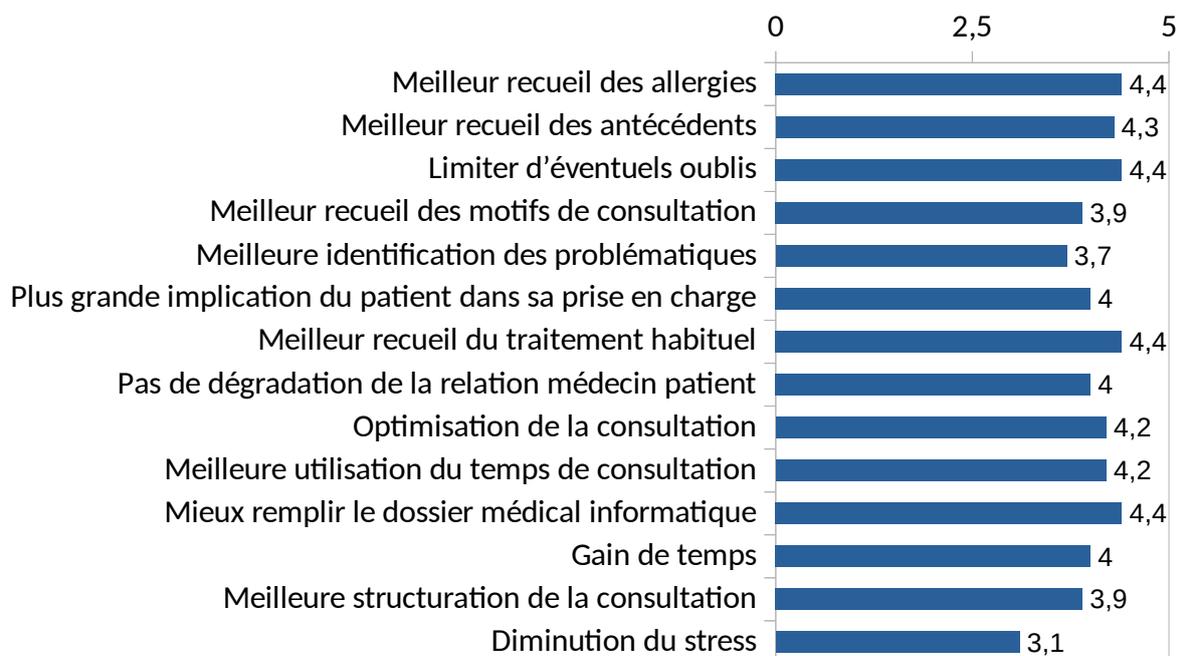


Figure 9 : Score de satisfaction spécifique par item lors du pré-test

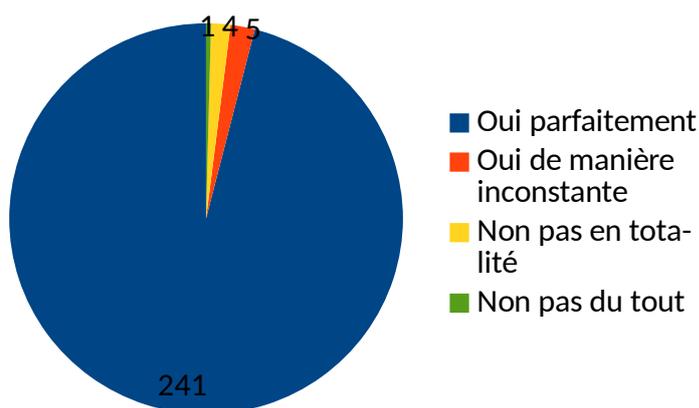


Figure 10 : Evaluation de la compréhension du QPC par 270 patients lors du pré-test

Tableau 8 : Comparaison des scores de satisfaction globaux entre les centres médicaux et la filière ambulatoire des urgences (test student comparaison des moyennes)

Variable	Effectifs	Moyenne	p
Centre médicaux	34	46,3	0,031
Filière ambulatoire	10	56,9	

DISCUSSION

A. Principaux résultats et leurs implications majeures

A. 1. Objectif principal

Comme attendu, le Questionnaire de Pré-Consultation (QPC) a été ressenti comme optimisant la consultation avec un score de satisfaction globale moyen de 3,3/5. 79,4 % des médecins (27/34) ont donné un score de satisfaction globale supérieur à 2,5/5.

Une optimisation pour mieux recueillir les allergies (4/5), les antécédents (3,8/5) et limiter d'éventuels oublis (3,8/5) a particulièrement été ressentie. Les antécédents et les allergies sont des éléments fondamentaux d'un interrogatoire de consultation de médecine générale. En pratique, lors d'un interrogatoire oral, il est remarqué que le patient répond souvent qu'il n'a pas d'antécédent ni d'allergie, alors qu'en persistant l'interrogatoire, on s'aperçoit qu'il a omis de signaler des éléments pertinents, ou qu'il n'a pas compris la question. Par manque de temps pour faire répéter ou creuser ces informations, des éléments fondamentaux peuvent être oubliés. Or, avec le QPC, les questions sur les antécédents et les allergies sont nombreuses et vont apporter, avec plusieurs précisions annotées, ces informations médicales essentielles.

Un meilleur recueil des motifs de consultation a également été ressenti (3,4/5). Cela vient sûrement des questions imposant de hiérarchiser le ou les motifs de consultation en fonction de l'importance ressentie par le patient. On peut ainsi raccourcir l'histoire de la maladie racontée par le patient, pour en dégager seulement les éléments importants et aller directement à l'essentiel. Il en découle une meilleure identification des problématiques (3,4/5), probablement aussi corrélée avec la hiérarchisation des informations.

Une plus grande implication du patient dans sa prise en charge a été ressentie (3,4/5). Dans la salle d'attente, le patient a le temps de remplir calmement son QPC. Ce temps d'attente, au lieu d'être passé inutilement, avec toute l'anxiété et l'agacement qu'il peut générer, est mis à profit avec une participation du patient à sa prise en charge. Cette participation active doit être ressentie comme positive par le patient. Le fait de participer à sa prise en charge semblerait apporter une plus grande implication du patient. On peut imaginer qu'il va donc réfléchir à ses problèmes, en les organisant avec la structure du QPC. On suppose que le patient ayant répondu au QPC avait eu le temps de se préparer à

l'interrogatoire du médecin et était donc davantage en mesure de délivrer les informations qui lui étaient demandées. L'idée selon laquelle les patients seraient mieux préparés à répondre aux questions du médecin après avoir rempli un auto-questionnaire avait été suggérée par une étude américaine datant de 2013 (13). D'autres études ont suggéré que les auto-questionnaires permettaient aux médecins de mieux connaître leurs patients grâce à une meilleure confiance de leur part et l'apport d'informations supplémentaires au médecin par rapport à ce que le patient aurait spontanément confié en consultation. Il était aussi fait état d'une capacité de l'auto-questionnaire à faire réfléchir le patient sur lui-même (6).

Constat intéressant, le score concernant le gain de temps (2,9/5) a été moins élevé que le score concernant la meilleure utilisation du temps de consultation (3,2/5). Le recueil des informations via l'interrogatoire oral est primordial et ne se substitue pas au QPC. Pour autant, dans certains cas, il semble opportun de seulement s'imprégner de quelques informations transcrites par le patient si on estime qu'elles n'ont pas besoin d'être précisées. Par conséquent, on peut utiliser ce temps à poser une autre question plus judicieuse, ou réaliser un soin plus orienté. Ainsi, on ne gagne pas forcément de temps, la durée de la consultation n'est pas raccourcie, mais du temps médical est dégagé. Ce temps médical serait utile et pertinent, et constitue une réelle optimisation de la consultation.

Les incitations à trouver des documents avant la consultation et les tenir prêts (ordonnance de traitement habituel, examens biologiques et radiologiques), nécessitant parfois des appels téléphoniques à des tierces personnes, ont paru utiles. Elles ont permis de prévoir en amont ces tâches chronophages, et limiter ainsi ce temps utilisé qui n'est pas médicalement pertinent.

Nous pensions que le QPC faciliterait plus le recueil du traitement habituel (3,3/5) et le remplissage du dossier médical informatique (3,1/5). Une étude anglaise de 2011 a montré que l'utilisation d'un questionnaire systématisé permettait un recueil de 100 % des informations de santé nécessaires, contre seulement 66 % avec un interrogatoire oral classique (7). Un travail d'exercice de thèse récent a relevé que les informations inscrites sur l'auto-questionnaire rempli par les patients dans la salle d'attente étaient plus complètes que celles inscrites dans le dossier médical informatisé par le médecin (11). Il est possible que certaines informations écrites par le patient sur le QPC n'aient pas été jugées utiles d'être transcrites dans le dossier médical informatisé car elles ne sont pas médicalement

intéressantes. Dans l'étude américaine (13), 10 % des patients omettaient de mentionner des éléments de leur traitement habituel à l'interrogatoire oral par rapport à un auto-questionnaire.

Une autre étude américaine de 2013 a montré qu'une liste limitée de traitements, avec possibilité d'entourer les médicaments pris habituellement, permettait de diminuer les omissions de médicaments (14). Cette technique, utilisée dans notre QPC pour les traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires, pourrait être utile dans les dossiers de traumatologie notamment, qui représentent des motifs fréquents de consultation en soins primaires ambulatoires non programmés.

Dans notre étude, il n'a pas été montré que l'utilisation du questionnaire diminuait le stress du médecin (2,5/5). Le stress est tellement subjectif qu'il est difficile d'évaluer cette question. On peut imaginer que pour certains médecins, le fait que le QPC limite les oublis pourrait soulager l'anxiété générée par ces possibles omissions, avec tout l'aspect médico-légal qui en découle.

Globalement, la relation médecin patient n'a pas été ressentie dégradée (3,3/5), mais certains médecins l'ont tout de même trouvée impactée. A l'heure où l'on passe la moitié de l'interrogatoire les yeux rivés sur l'écran d'ordinateur, on peut se demander si le QPC n'est pas un écran de plus. L'expérience n'ayant duré qu'une journée pour chaque médecin, il est possible que la méconnaissance de la structure même du QPC ait entraîné une gêne. Le médecin, non habitué à la grille de lecture du QPC, a pu mettre du temps à lire les questions inscrites, au détriment d'un échange avec le patient. Mais nous avons remarqué qu'après quelques heures travaillées avec le QPC, les questions étaient intégrées et seules les réponses étaient lues très rapidement. La question de l'impact des auto-questionnaires sur la relation médecin patient a été abordée dans une étude américaine qui notait une satisfaction manifeste des praticiens avec 87 % de l'équipe médicale se prononçant en faveur de l'auto-questionnaire (9). Un travail de thèse en 2016 à Bordeaux a étudié un auto-questionnaire adressé aux nouveaux patients d'un cabinet de médecine générale. Il n'y a pas eu de modification ressentie concernant la relation médecin patient (8).

Nous avons remarqué la tendance des scores à être soit bons soit mauvais. Peu de scores moyens ont été retrouvés. Lorsque les médecins donnaient de bonnes notes, ils avaient tendance à le faire sur tous les items, et inversement avec les médecins qui ont donné de mauvaises notes. Cela laisse supposer que le QPC pourrait optimiser la

consultation pour certains et pas pour d'autres. Il serait intéressant de chercher les profils des médecins ayant apprécié ou non le QPC. Cela souligne son caractère non universel qui pourrait être un frein à sa mise en place dans une structure comportant beaucoup de profils de médecins différents.

A. 2. Objectifs secondaires

- Aspect pratique du QPC

Nous avons montré que le QPC a été utilisable en pratique quasiment à l'unanimité (97,1 %). Seulement 1 médecin ne l'a pas utilisé car il a estimé d'emblée qu'il allait perdre du temps par changement de ses habitudes de travail.

Il a été jugé facile d'utilisation (76,5 %), ce qui souligne son caractère accessible et intuitif.

Son utilisation en pratique n'a pas fait perdre de temps (79,4 %). La perte de temps était pourtant une inquiétude majeure pour beaucoup de praticiens lors de la présentation du projet. Ils craignaient une déstabilisation du fonctionnement du cabinet et avaient peur du changement des habitudes de travail.

Beaucoup de participants l'ont trouvé trop long (41,2 %). Cela souligne la difficulté de l'interrogatoire quant au temps qui lui est imparti. Le QPC contient le minimum de questions qu'un médecin généraliste devrait poser lors de sa consultation. Il est certes exhaustif, mais reste minimaliste.

- Taux de participation des patients

Pour chaque journée travaillée avec le QPC, les praticiens ont consulté en moyenne 42,6 patients, ce qui représente des journées chargées, avec une salle d'attente plutôt remplie.

Le taux de participation des patients au QPC a été disparate selon les médecins : la majorité des médecins (56 %) ont obtenu entre 50 et 100 % de participation, ce qui semble correct. Mais nous nous sommes interrogés sur le nombre important de médecins (32 %) qui n'ont obtenu qu'entre 0 et 25 % de participation en leur posant directement la question. La raison majoritairement évoquée est que les patients n'ont pas vu le questionnaire dans la salle d'attente (85 %). Nous pourrions ainsi imaginer qu'avec une signalétique de meilleure qualité, le taux de participation des patients augmenterait. Nous avons également remarqué

que la disposition de la salle d'attente et les panneaux d'affichage jouaient sûrement un rôle important sur la participation. Elle était probablement favorisée si le panneau annonçant le QPC était placé sous la télévision, ou sur la borne à étiquette de passage quand il y en avait une. De plus, le fait de voir un patient prendre ou remplir un QPC incitait certainement les patients en attente à en faire de même. Si le praticien incitait oralement à remplir le QPC, quasiment tous les patients en attente le faisaient. Le refus de remplir la QPC a été une cause minoritaire de non-participation des patients (15 %). Cela témoigne une fois de plus l'implication des patients dans leur prise en charge.

- Application future

La majorité des médecins (67,6 %) seraient prêts à utiliser le QPC dans leur pratique quotidienne. Il faut rappeler qu'ils ne l'ont utilisé qu'une seule journée, donc ils seraient probablement plus favorables à l'adopter s'ils étaient habitués à travailler avec. Le changement de fonctionnement du cabinet et des habitudes de travail sont également des freins importants à l'éventuelle future utilisation du QPC.

L'idée d'un QPC à remplir dans la salle d'attente sur une autre interface, de type tablette ou smartphone, directement envoyé dans le dossier médical informatisé, a été majoritairement approuvée par 82,4 % des médecins. Déjà évoqué dans une étude américaine de 2012, ce système de recueil des données médicales serait le plus performant, d'autant plus si une tierce personne aide à remplir le questionnaire (15). L'idée apparaît logique dans le sens où l'on pourrait voir la fiche QPC remplie par le patient avant qu'il ne rentre dans la salle de consultation. Dès lors, quand le patient entrerait, on peut considérer que les médecins seraient encore plus à même d'aller à l'essentiel. La tierce personne pourrait être intéressante dans le cas de patients ayant des difficultés à remplir l'auto-questionnaire pour raison physiques, mentales ou linguistiques.

A. 3. Autres résultats

Nous avons souhaité faire apparaître les résultats suivants car ils nous sont apparus intéressants pour chercher des liens entre le ressenti d'optimisation et le profil des médecins. Nous avons également comparé le ressenti entre les centres de permanence médicale et la filière ambulatoire des urgences.

- Lien entre score de satisfaction et profils des médecins

L'âge et le nombre d'années d'expérience ont été corrélés avec le score de satisfaction. D'après notre test de corrélation, plus les praticiens sont âgés et ont de l'expérience, plus ils ont estimé le QPC utile ($p=0,047$). Certainement que ces médecins, avec plus d'années d'expérience, ont apprécié cette économie de questions routinières pouvant entraîner chez certain une lassitude.

Les scores de satisfaction globale étaient plus élevés de manière significative chez les médecins exerçant en zone urbaine (49,3 vs 36.5 $p=0,023$). Cela peut être expliqué par la tendance remarquée dans les cabinets semi ruraux participants à avoir une patientèle régulière. Comme les patients étaient déjà connus des structures, des informations médicales les concernant étaient déjà rentrées dans les bases de données. On peut effectivement comprendre que le QPC leur a été moins utile. En zone urbaine, la majorité des patients consultaient pour la première fois.

Le score a aussi été plus élevé de manière significative chez les praticiens qui ont estimé le QPC facile d'utilisation (50.5 vs 32,6 $p=0,001$). En effet, lorsque le QPC a été ressenti comme facile d'utilisation, il en découle logiquement des meilleures notes.

- Lien entre score de satisfaction et utilisation future du QPC dans la pratique quotidienne

Les praticiens qui étaient prêts à utiliser le QPC dans leur pratique future ont donné logiquement les meilleurs scores.

- Analyse des profils des médecins ne souhaitant pas utiliser le QPC dans leur pratique future

Nous avons voulu dégager une ou plusieurs caractéristiques qui font que les

praticiens ne l'ont pas apprécié. Les praticiens qui ne souhaitent pas réutiliser le questionnaire l'ont majoritairement trouvé compliqué (50.0 % vs 9.1 % $p=0,007$). En effet, quand le médecin a trouvé l'utilisation compliquée, il n'a probablement pas l'envie de progresser avec cet outil et préfère l'abandonner directement. En revanche, les autres résultats concernant l'âge, le genre, le milieu d'exercice et le titre n'expliquent pas la non volonté de réutiliser le QPC. Il faudrait poursuivre l'étude avec un effectif plus important pour pouvoir conclure.

- Comparaison des scores de satisfaction globale obtenus entre les centres médicaux et la filière ambulatoire des urgences

Nous avons constaté que les scores donnés par les médecins de la filière ambulatoire des urgences étaient plus élevés (56,9/70) que dans les centres médicaux (46,3/70) et que , malgré les petits effectifs, cette différence était significative ($p=0,031$). On voit que les scores spécifiques étaient plus élevés sur tous les items. Ceci montre l'intérêt du QPC pour la pratique en structure de service d'urgence où la quasi-totalité des patients ne sont pas connus du médecin. Par contre, nous nous sommes limité à un seul service avec seulement 10 participants. Une étude dans plusieurs services avec un effectif plus important permettrait de mieux évaluer l'optimisation de cet outil dans ce contexte.

B. Forces et faiblesses de l'étude

B. 1. Contexte

Face à ce nouvel exercice de la médecine générale dans ces structures de soins ambulatoires non programmées accueillant beaucoup de nouveaux patients, notre auto-questionnaire se présente comme un outil pratique et utile, pouvant améliorer le recueil des informations médicales. Nous avons créé le QPC et l'avons testé dans ces structures. Ce travail est original et cherche à améliorer les pratiques.

Des auto-questionnaires existent en médecine générale mais ne sont pas validés officiellement par la profession. Ils sont généralement développés par les médecins eux-mêmes qui en ressentent le besoin dans leur pratique quotidienne ou font l'objet de thèses d'exercice. Par exemple, une thèse expérimentait un auto-questionnaire dans des cabinets de médecine générale pour les nouveaux patients (8). Les médecins l'ont tous trouvé intéressant pour la tenue du dossier médical et la qualité du recueil des informations, sans modification ressentie de la relation médecin patient ni d'allongement de la durée de consultation. Le ressenti des patients était considéré comme bon. Toutefois seulement la moitié des médecins comptaient continuer à l'utiliser. Beaucoup le trouvaient trop long. C'est un élément que nous retrouvons aussi dans notre travail.

Une revue de la littérature a été réalisée en 2016 pour une thèse avec l'université d'Angers sur l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale ou de soins primaires assimilables (5). Il en est ressorti qu'ils permettaient d'aborder un grand nombre de thématiques et étaient décrits pour la plupart comme intéressants en pratique en tant que support ou outil pour le dépistage, l'aide au diagnostic, l'aide à la décision clinique, et le travail sur la modification des comportements à risque. Le bénéfice en terme de temps pour le médecin était cependant peu démontré. Ceci a également été retrouvé dans notre étude qui ne démontre pas un ressenti de gain de temps important. Parmi les procédés utilisés pour soumettre l'auto-questionnaire aux patients, ceux qui étaient au moins partiellement automatisés étaient particulièrement intéressants, par le gain de temps et les fonctions annexes permises. Le remplissage des questionnaires sur support numérique par les patients, suivi d'un transfert des données directement dans leur dossier informatisé était la méthode la plus efficace. Nos résultats ont bien montré que l'idée de cette interface informatisée a été globalement bien reçue. Des limites sur l'utilisation des auto-

questionnaires ont été décrites avec notamment des inquiétudes sur la confidentialité des résultats et sur la perturbation du fonctionnement du cabinet. Ces craintes ont été constatées lors de notre étude à la présentation du projet. Pour autant, en pratique, il n'y a pas eu de réticence sur ces sujets. Nous avons bien précisé l'anonymat et le respect de la confidentialité des données. Le protocole proposé a été constitué pour engendrer le moins de gêne possible concernant les habitudes de fonctionnement des cabinets. Dans cette revue, aucune étude n'a cependant évalué un auto-questionnaire ayant pour but d'optimiser la consultation en soins primaires ambulatoires non programmés (5).

Une autre thèse réalisée en 2017 à Bordeaux, sur la faisabilité d'un auto-questionnaire dans la salle d'attente d'un service d'urgence, a montré que 59 % des patients ont renseigné le questionnaire avec un taux de remplissage global de 77 %. Les informations médicales recueillies ont été comparées à celles figurant sur l'observation établie par le médecin urgentiste et il a été constaté que l'auto-questionnaire apportait des informations complémentaires, potentiellement utiles pour le médecin (11).

Une autre thèse en 2017 à Bordeaux sur l'élaboration d'un auto-questionnaire patient puis l'évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale a montré que les médecins inclus ont reconnu le caractère utile de l'outil. Le contenu structuré et exhaustif dans un temps habituel de consultation a été apprécié (16).

La salle d'attente est définie comme un «lieu de passage et de séjour du public, et fut de tout temps un endroit d'échange et d'information. (...) Il est donc tentant d'offrir, outre les revues classiques destinées à distraire, différentes affiches, revues et dépliants, ou autres matériels à but informatif ou publicitaire». Pour autant, il ressort de plusieurs travaux une exploitation insuffisamment efficace de cet espace et du temps qui y est passé par rapport aux attentes des médecins. Il existe d'autres façons d'exploiter la salle d'attente de manière à lui attribuer «un rôle plus utile dans la prestation de soins de santé de grande qualité et améliorer la satisfaction à propos de la consultation et son efficacité» (17). Notre QPC a montré un intérêt sur ce point.

Le DMP, mis en place par le Gouvernement, représente également un outil pour améliorer le recueil des informations médicales. Toutefois, il a été constaté en pratique que cela prenait trop de temps pour aller chercher les éléments pertinents au cours d'une consultation. Cela s'explique en partie par la lenteur de son interface. De plus, beaucoup de

patients se présentent souvent dans ces structures sans carte vitale ou n'ont pas de médecin traitant, empêchant alors l'accès au DMP.

B. 2. Population étudiée

Nous voulions cibler une population de médecins généralistes ayant une patientèle majoritairement composée de patients qu'ils ne connaissent pas. Les cabinets de médecine générale habituels ne reçoivent que minoritairement de nouveaux patients. Les filières ambulatoires de service d'urgence sont de vrais pools de patients non connus du médecin, seulement ce sont majoritairement des urgentistes qui y travaillent. Nous avons alors choisi les centres médicaux de type permanence médicale, ouverts 7 jours sur 7 de 9h à 22h, car ils remplissaient ces critères.

Nous voulions que tous les jours de la semaine, week-end et jours fériés soient représentés, et en conséquence la période d'étude comportant la dernière semaine des vacances d'été et la semaine de rentrée scolaire, nous est apparue idéale.

Nous avons limité l'étude au département des Bouches-du-Rhône pour des raisons pratiques et budgétaires. Entre la rencontre pour la présentation du projet, la mise place du matériel, et la récupération du matériel, cela a nécessité au moins trois déplacements pour chaque centre médical.

L'étude a été multicentrique avec 11 centres médicaux répartis dans le département pour limiter les biais de sélection. Sur les 77 médecins généralistes cibles (17 centres) travaillant dans ces structures, nous avons eu 38 participants (11 centres), soit 49,3 %, ce qui semble correct.

Les participants étaient jeunes avec une moyenne d'âge de 37 ans avec 65 % de médecins de moins de 40 ans et majoritairement des femmes (68 %). Ceci n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes en France. Selon l'atlas de la démographie médicale en France publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2018 (18), l'âge moyen est de 57 ans avec 17 % de moins de 40 ans, et nous comptons 47 % de femmes. Les participants étaient majoritairement titulaires (85 %). Les résultats obtenus sont valables pour cette population cible de généralistes, qui s'est avérée jeune, féminine, travaillant majoritairement dans ces centres médicaux ouverts 7j/7 de 9h à 22h, ce qui évoque un biais de sélection.

La méthode de présentation du projet a aussi pu créer un biais de sélection parce qu'elle invite au volontariat. En effet, les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont probablement été intéressés par le sujet.

Nous pouvons aisément imaginer que le QPC serait apprécié par les urgentistes, notamment à la filière ambulatoire qui voit passer beaucoup de patients relevant de la médecine générale et qui ne sont pas connus du praticien. Les résultats obtenus lors de notre pré-test en sont le reflet. Nous pouvons aussi évoquer qu'il serait utile pour un médecin généraliste en cabinet classique pour recueillir les informations médicales des nouveaux patients, comme l'a montré le travail de thèse ayant élaboré un auto-questionnaire destiné aux nouveaux patients qui voulaient choisir le praticien comme médecin traitant (8).

B. 3. Questionnaires

- Le questionnaire de pré consultation (QPC)

Nous avons conçu le QPC afin qu'il respecte les caractéristiques suivantes :

- Exhaustif, avec des questions d'un interrogatoire standard de médecine générale ;
- Concis, pour que le patient mette moins de cinq minutes à le remplir ;
- Clair, avec un design épuré, sous format A4, deux pages recto verso, à l'encre noire, à remplir au stylo bleu pour faciliter à la fois le remplissage par le patient et la lecture par le médecin ; Des cases grisés pour structurer l'interrogatoire et permettre au médecin d'un coup d'oeil de savoir dans quelle partie il se trouve ;
- Reproductible
- Adapté, avec quelques questions spécifiques qui vont répondre à des problématiques souvent rencontrées en structures de permanence de soins ambulatoires (*vaccination anti-tétanique à jour, prise de traitement fluidifiant en vue de la traumatologie*)
- Incitatif, avec des sous-questions amenant le patient à réfléchir sur son problème (*Avez-vous fait des examens radiologiques ? Avez-vous fait une prise de sang pour le problème actuel ? Avez-vous pris un traitement ?*). Ainsi que des annotations cherchant des éléments dont on sait qu'habituellement, le patient met du temps voire oublie d'en parler (*Sortez votre ordonnance habituelle, si*

vous ne l'avez pas, prenez-vous tel ou tel médicament ?) ;

- Compréhensible, avec un langage et un vocabulaire clair, précis, accessible au profane. Ainsi qu'une case visant à savoir si le patient a bien compris le questionnaire ;
- Anonyme, pour éviter les problèmes éthiques liés à la collecte des données personnelles.

L'utilisation d'auto-questionnaires a des limites. C'est notamment le cas des personnes non francophones, illettrées, dans l'impossibilité de répondre pour des raisons physiques ou mentales, ou ne maîtrisant pas les outils numériques. Les QPC adressés aux enfants sont naturellement remplis par les parents.

Il n'existe pas de texte législatif spécifique pour le contenu d'un dossier en médecine ambulatoire. Cependant, des travaux de l'HAS (Haute Autorité de Santé) et de l'ASIP Santé (Agence des Systèmes d'Information Partagé de Santé) ont défini une première version de son contenu (19) dont tous les items (à part les données personnelles d'identification) sont contenus dans notre QPC.

- Le formulaire de satisfaction

Ce questionnaire a été destiné à recueillir l'opinion des médecins sur le ressenti d'optimisation de la consultation grâce à l'utilisation du QPC. Les réponses obtenues à ce questionnaire ont servi de base de données pour atteindre nos objectifs. Il était facilement reproductible.

Le temps de réponse rapide, estimé de 2 à 3 minutes, a été annoncé au début du questionnaire pour favoriser l'adhésion et la participation.

Les 33 questions étaient divisées en 4 parties pour une structure logique et progressive. C'est la partie « L'utilisation du QPC vous a permis de » qui a permis d'évaluer l'objectif principal, grâce à une échelle de Likert graduée de 0 à 5 points. Les autres parties « Données générales », « QPC pratique » et « Application future » ont permis de définir la population étudiée, d'évaluer les objectifs secondaires et de chercher des liens statistiques, impliquaient des réponses fermées courtes. Deux questions étaient néanmoins ouvertes : « La raison principale observée de non-participation au QPC » et « Les modifications ou

suggestions à apporter au QPC ».

Nous avons pensé à ajouter l'item « Le QPC vous a-t-il permis de modifier votre prise en charge ? » qui aurait été intéressant mais nous ne l'avons pas inscrit pas crainte d'un sentiment de jugement du médecin vis-à-vis de ses pratiques.

B. 4. Essai à la filière ambulatoire des urgences

Cette phase nous a permis :

- d'évaluer la faisabilité de l'étude ;
- d'évaluer la participation et la compréhension des patients ;
- d'évaluer la participation et l'adhésion des médecins ;
- d'évaluer le temps de remplissage des questionnaires ;
- d'améliorer le design et les questions du QPC ;
- de trouver des résultats sur l'optimisation de la consultation dans cette structure pour pouvoir la comparer par la suite avec les centres médicaux.

Nous avons choisi de réaliser ce pré-test à la filière ambulatoire du SAU du CHIAP site d'Aix-en-Provence pour des raisons pratiques. Ayant fait mon stage d'urgence dans ce service, la connaissance de l'équipe et de la logistique a facilité la tâche.

Cet essai a montré que les médecins travaillant à la filière ambulatoire ont ressenti une réelle optimisation de la consultation grâce au QPC.

Nous avons inclus 10 médecins participant à l'étude. Cet échantillon de pré-test représentait 29,4 % du nombre de l'effectif du test, ce qui est acceptable.

Ils avaient une moyenne d'âge de 30 ans, comptaient autant d'hommes que de femmes, et autant de titulaires que d'internes. Nous avons donc affaire à une population jeune, équilibrée en genre et en expérience.

Les résultats du formulaire de satisfaction ont montré que le QPC avait été très apprécié des urgentistes sur quasiment tous les critères avec de très bons scores pour pratiquement tous les items et un score de satisfaction global sur les 14 items de 4,1 / 5, qui représente un ressenti d'optimisation de la consultation très favorable.

Ils étaient tous prêts, sauf un, à éventuellement l'utiliser dans leur future pratique quotidienne (90 %), montrant de nouveau l'intérêt porté par les urgentistes au QPC.

Ils ont tous réussi à utiliser le QPC et l'ont tous trouvé facile d'utilisation.

La longueur du QPC a été reconnue comme plutôt adaptée (90 %). Seul 1 médecin a perdu du temps en l'utilisant car il s'est plaint de devoir faire répéter au patient toutes les questions inscrites sur le QPC, ce qui laisse à croire qu'il a mal utilisé l'outil.

Le taux de participation des patients a été de plus de 50 % pour la majorité des médecins (60 %), en revanche 30 % ont eu moins de 25 % de participation. Cela a été expliqué par la non distribution du QPC par l'infirmier d'accueil et d'orientation. Nous pouvons imaginer que si la distribution du QPC était inscrite dans le protocole, la participation serait presque totale. Seules les personnes refusant le questionnaire, non francophones, illettrées, ou dans l'impossibilité de répondre pour des raisons physiques ou mentales, ne répondraient pas. Ces personnes représentent un pourcentage minime de la patientèle consultant à la filière ambulatoire des urgences.

En ce qui concerne la compréhension des patients, nous avons pu l'évaluer grâce à la case « Compréhension / Participation » des QPC remplis par les patients. 241 (89,3 %) sur les 270 patients ont inscrit avoir parfaitement compris les questions posées dans le QPC. Ce résultat a permis de constater que l'auto-questionnaire avait été très bien accepté et compris par les patients.

Cette phase nous a aussi permis d'améliorer le QPC en modifiant le design initial et les questions initialement inscrites à l'aide de la dernière question du formulaire de satisfaction « Quelles modifications / suggestions souhaiteriez-vous apporter au QPC ? » et du retour oral des médecins qui l'avaient utilisé. Nous avons détecté des questions mal conçues et mal rédigées. Nous avons identifié des oublis et des incohérences.

Cela a également permis d'évaluer le temps de remplissage d'une part du QPC par les patients qui mettaient moins de 5 minutes à le remplir dans la salle d'attente, et d'autre part du formulaire de satisfaction par les médecins qui le remplissaient en moins de 3 minutes.

B. 5. Expérience dans les centres de permanence médicale

Le projet de cet étude a été majoritairement bien reçu chez les médecins travaillant dans ces structures. Ils étaient plutôt enthousiastes à l'idée de travailler avec un outil qui pourrait optimiser leur consultation.

Les réticences concernant la relation médecin patient ou la crainte d'un changement

des habitudes du cabinet, élément redondant des limites de ces outils observé dans plusieurs études, ont été très rarement énoncées. Beaucoup de médecins ont annoncé d'emblée, sans le tester, qu'il était évident que le QPC allait optimiser leur consultation. L'expérience a eu l'effet escompté chez la majorité des médecins.

On peut déplorer la faible participation des patients dans certains centres médicaux. Lorsqu'il n'y avait pas de secrétaire pour donner le QPC, les patients ont eu des difficultés à s'apercevoir qu'il fallait remplir un questionnaire avant la consultation. Cela pourrait être dû au manque de moyens concernant la signalétique. On n'a pu disposer que quelques pancartes, et les bannettes contenant les QPC étaient posées le plus souvent sur des chaises au milieu de la salle d'attente. Le fait d'inciter les patients à le remplir en l'exprimant oralement dans la salle d'attente n'était dépendant que du bon vouloir du médecin.

B. 6. Recueil des données et analyse statistique

Le formulaire de satisfaction était envoyé par SMS le lendemain matin de la journée d'expérience avec le QPC permettant de limiter l'effort de mémoire. Le répondant pouvait alors choisir le moment le plus adéquat pour le remplir tout en ayant les idées fraîches sur l'expérience. Ce système était pratique, on était sûr que le médecin allait le lire rapidement, et l'accès au formulaire via le smartphone en un clic a probablement facilité la participation. La relance faite le dimanche de la semaine au cours de laquelle il y a eu l'expérience a permis d'augmenter la participation, car en général, les médecins ne travaillaient pas à ce moment-là, et avaient plus de temps pour remplir le formulaire de satisfaction tranquillement. En plus, cela a permis de limiter le biais de mémorisation. Ce recueil a été plutôt efficace avec 34 réponses sur 38 participants.

Toutes les réponses ont été intégrées dans le formulaire Google Form[®], simple et intuitif. Les données ont été exportées sous la forme d'un fichier Excel[®], et analysées à l'aide du logiciel d'analyse statistique XLSTAT[®], permettant de multiples analyses (test de Student de comparaison des moyennes, test de corrélation).

Le critère de jugement principal a été le score de satisfaction. Nous avons voulu créer ce score pour refléter l'optimisation de la consultation avec des données quantifiables pour plus de lisibilité et de facilité d'analyse. Les scores de satisfaction globale et spécifique par item ont été ramenés sur 5 pour avoir une meilleure lisibilité. En effet, on peut les mettre en

parallèle avec l'échelle de Likert. Pour autant, nous devons signaler ici le caractère arbitraire de ce critère de jugement principal. Le ressenti, que nous avons essayé de quantifier via ces scores, est une notion très subjective.

L'optimisation de la consultation a été définie arbitrairement grâce à l'analyse des 14 items de la partie « L'utilisation du QPC vous a permis de » du formulaire de satisfaction. Grâce aux réponses attendues graduées sur l'échelle de Likert, nous avons établi ces scores . Ceci est également critiquable au vu de la subjectivité des items.

Le nombre pair de réponses attendues a permis de polariser l'opinion pour obliger les participants à donner une opinion favorable ou non. Il n'y avait pas de place pour des avis neutres. Ainsi, quand le score par item était supérieur à 2,5 on pouvait estimer le ressenti comme positif et inversement quand le score était inférieur à 2,5. Le seuil de 2,5 a été choisi arbitrairement, ce qui est critiquable.

Ensuite, nous avons trouvé utile de réaliser des tests statistiques afin de chercher des liens entre le score de satisfaction et le profil des médecins, pour essayer de dégager une population séduite ou non par le QPC. Nous avons aussi recherché des liens entre le score de satisfaction et la volonté d'utilisation du QPC dans la pratique future, pour voir s'il y avait une cohérence entre le fait d'avoir apprécié l'expérience et de vouloir l'utiliser dans le futur de façon concrète. Nous avons trouvé également intéressant d'analyser le profil des médecins ne souhaitant pas utiliser le QPC dans le futur pour savoir si on pouvait dégager des facteurs qui ont conduit les praticiens à ne pas l'apprécier, afin de pouvoir peut-être y remédier par la suite.

Sur le plan éthique, les données sont restées anonymes jusqu'au bout et les modalités de l'étude ont été hors du champ de la loi Jardé.

C. Perspectives

C. 1. Pratique quotidienne et application future

Comme nous l'avons vu dans les résultats, les médecins ayant testés le QPC étaient majoritairement prêts à l'utiliser dans leur future pratique quotidienne.

Il serait utile dans des structures de soins ambulatoires non programmés qui ont l'habitude de recevoir des patients non connus du praticien. Les centres médicaux de type permanence ou les filières ambulatoires de service d'urgences seraient des établissements adaptés pour l'utilisation de cet outil.

Nous pouvons même supposer que sous format papier, il serait pertinent qu'une tierce personne (secrétaire, infirmier d'accueil) donne directement l'auto-questionnaire au patient dès son entrée dans la salle d'attente.

Nous pouvons imaginer que ce QPC, sous forme numérique intégré dans une tablette à disposition dans la salle d'attente, avec envoi direct dans le dossier informatisé du médecin, serait sûrement encore plus performant. La capacité à lire le QPC avant que le patient n'entre dans la salle de consultation semblerait bénéfique pour le médecin.

C. 2. Mise en place du QPC à la filière ambulatoire des urgences de l'hôpital d'Aix-en-Provence

Après le succès de l'essai à la filière ambulatoire des urgences du CHIAP site d'Aix-en-Provence, nous avons pour projet de mettre en place le QPC dans le protocole d'accueil des patients. Ainsi, chaque patient affilié à la filière ambulatoire se verra remettre par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA) un QPC sous forme papier à remplir dans la salle d'attente. Par contre, celui-ci sera nominatif. Et au lieu de le remettre en main propre au médecin, le patient devra le donner à l'IOA qui le mettra ensuite dans son dossier médical papier. Ce dossier sera ensuite récupéré par le médecin avant qu'il n'appelle le patient. Le médecin pourra donc lire le QPC avant de recevoir le patient en consultation.

On peut imaginer que cela optimisera encore plus la consultation et pourra éviter ce temps où le praticien lit le QPC en face du patient. Cet élément, rarement reproché dans notre étude, demeure quand même un frein pour certains médecins, considéré comme un éventuel facteur de dégradation de la communication médecin-patient.

L'idée du remplissage sur tablette est intéressante. Le travail de thèse qui a effectué une revue de la littérature sur les auto-questionnaires a relevé que le remplissage des questionnaires sur support numérique par les patients suivi d'un transfert des données directement dans leur dossier informatisé était la méthode la plus efficace (5). Mais on peut imaginer que cela poserait beaucoup de difficultés en terme de logistique. Les données consignées devraient être protégées, et la tablette installée de manière à respecter la confidentialité. Il faudrait que les patients sachent se servir d'une tablette. Cela mériterait d'être exploré par une nouvelle étude.

C. 3. Télémédecine / Assistants médicaux

- Télémédecine

Selon le Code de Santé Publique (art. L. 6316-1), la télémédecine est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (20). Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation est un acte reconnu par l'assurance maladie et rémunéré. Sachant cet exercice ne permet pas d'examen physique, il ne reste au médecin que l'interrogatoire pour assurer une prise en charge de qualité. Nous pourrions envisager que la mise en place d'un auto-questionnaire en amont, assurant un interrogatoire plus performant, pourrait optimiser la téléconsultation.

- Assistants médicaux

Le plan de réforme du système de soins français annoncé en 2018 envisage la création d'un nouveau métier d'assistant médical. Son rôle serait de décharger le médecin généraliste de certaines tâches. Des études anglo-saxonnes portant sur l'utilisation de questionnaires en amont d'une première consultation décrivent souvent le recours à un assistant ou secrétaire présent en salle d'attente. Ce dernier explique au patient comment remplir le questionnaire et l'assiste en cas de difficultés (21,22).

On peut penser que ces assistants médicaux pourraient aider à l'utilisation des auto-questionnaires auprès des patients (20).

CONCLUSION

Dans un contexte d'émergence de structures de permanence médicale pour répondre à une demande en soins primaires ambulatoires croissante, le médecin généraliste se retrouve confronté à consulter beaucoup de nouveaux patients. Cet exercice très différent des pratiques habituelles, impose des difficultés notamment pour recueillir les informations médicales. Plusieurs études montrent que les auto-questionnaires seraient un bon moyen pour optimiser la consultation. Pourtant, aucune étude n'a été réalisée pour évaluer cet outil en pratique dans les structures de permanence de soins. Nous avons créé un auto-questionnaire et l'avons testé dans ces centres. Ce travail est original, pertinent et cherche à améliorer les pratiques.

Nos résultats ont montré que les médecins exerçant dans ces centres ont ressenti une certaine optimisation de leur consultation en s'aidant du QPC rempli par le patient dans la salle d'attente. Il a notamment permis de limiter d'éventuels oublis avec un meilleur recueil des antécédents et des allergies. Cet outil leur a aussi dégagé du temps médical et la relation médecin patient n'a pas été impactée. Il a été considéré comme pratique d'utilisation mais la participation des patients a été disparate selon les médecins.

On ne peut négliger les limites relatives au faible effectif. Il faut également signaler le caractère arbitraire du critère de jugement principal qui a évalué un ressenti, notion très subjective.

Les auto-questionnaires étant largement utilisés dans d'autres spécialités, on peut se demander pourquoi ce n'est pas le cas en médecine générale et quels sont les freins rencontrés. Cela pourrait donner lieu à d'autres études.

Il conviendrait également de réaliser d'autres travaux afin d'améliorer cet outil. Dans l'évolution de la médecine générale qui tend à intégrer les nouvelles technologies, une interface informatisée semble être une piste.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE PRÉ CONSULTATION

Travail de thèse en médecine générale pour optimiser la consultation dans les structures de permanence de soins

VEUILLEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE DANS LA SALLE D'ATTENTE

VOUS LE DONNEREZ ENSUITE EN MAIN PROPRE AU MÉDECIN QUAND VOUS SEREZ APPELÉ(E)

Âge :	Nom de votre médecin traitant :
Taille :	Spécialiste : Êtes-vous suivi(e) par des médecins spécialistes ? Si oui, précisez le nom et le domaine du spécialiste
Poids :	
Profession :	Pour les personnes dépendantes, précisez les aides mises en place : (infirmier, auxiliaire de vie, portage repas, famille proche, téléalarme, etc.)

ANTÉCÉDENTS

Avez-vous déjà consulté dans cette permanence ? OUI NON

Médicaux	Avez-vous des maladies chroniques ? <i>Si oui, précisez le nom de la maladie et depuis combien de temps vous êtes atteint(e)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
FDRCV	Prenez-vous un traitement pour <i>Si oui, cocher la case et préciser depuis combien de temps</i>	<input type="checkbox"/> l'hypertension artérielle ? <input type="checkbox"/> le diabète ? <input type="checkbox"/> le cholestérol ?
	Dans votre famille (parents, frères et sœurs), y a-t-il eu : <i>Si oui, cocher la case et préciser à quel âge</i>	<input type="checkbox"/> un Accident Vasculaire Cérébral ? <input type="checkbox"/> un Infarctus du myocarde ?
	Fumez-vous ? <i>Si oui, précisez depuis combien de temps et le nombre de cig/jour</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Chirurgicaux	Avez-vous déjà été opéré(e) ? <i>Si oui, précisez quelle intervention et quand</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vaccination	Êtes-vous à jour du vaccin contre le tétanos ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Grossesse-Allaitement	Êtes-vous en enceinte ? si oui, à quel terme ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
	Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ALLERGIES

Avez-vous des allergies ? <i>Si allergie médicamenteuse, veuillez préciser quels médicaments</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Avez-vous déjà présenté(e) un œdème de Quincke ou un choc anaphylactique ? <i>Si oui, précisez avec quoi</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS

TRAITEMENTS

Avez-vous un traitement habituel ? <i>Si oui, tenir l'ordonnance prête à être présentée au médecin</i> <i>Si vous n'avez pas votre ordonnance, écrire le nom des médicaments que vous prenez</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de médicaments « fluidifiant du sang » (anticoagulant ou anti agrégant plaquettaire)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contraception ? si oui, laquelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

CASE LEGALE

-Respect de l'anonymat et de la confidentialité des données

-Comité éthique

MOTIF DE CONSULTATION

Quel est le problème principal qui vous amène à consulter aujourd'hui ?

Préciser brièvement en quelques mots :

<ul style="list-style-type: none">- Le motif principal - Les autres motifs <p><i>(Par ordre d'importance si possible)</i></p>	
S'il y a eu des examens complémentaires (prise de sang, examen de radiologie), en rapport avec le problème actuel <i>préciser lesquels et les tenir prêts à être présentés au médecin</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
S'il y a eu des traitements en rapport avec le problème actuel <i>préciser le nom des médicaments et/ou des soins réalisés</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous d'autres remarques à exprimer concernant le problème actuel ?	

COMPRÉHENSION / PARTICIPATION

Avez-vous compris les questions qui vous ont été posées ?	<input type="checkbox"/> Oui parfaitement <input type="checkbox"/> Oui de manière inconstante <input type="checkbox"/> Non pas en totalité <input type="checkbox"/> Non pas du tout
Avez-vous des suggestions pour améliorer ce questionnaire ?	
Si vous n'avez pas répondu au questionnaire, expliquez pourquoi ?	

CASE LEGALE

-Respect de l'anonymat et de la confidentialité des données
-Comité éthique

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agences Régionales de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CHIAP : Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix-Pertuis

CPP : Comité de Protection des Personnes

DMP : Dossier Médical Partagé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

QPC : Questionnaire de Pré-Consultation

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

SAU : Service d'accueil des urgences

SMS : Short Message System

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : *Les 17 centres médicaux de type permanence 7/7j 9-22h recensés dans les Bouches-du-Rhône*

Tableau 2 : *Profils des médecins participants*

Tableau 3 : *Données quantitatives descriptives du score de satisfaction global portant sur l'optimisation de la consultation (calcul de la moyenne)*

Tableau 4 : *Comparaison des scores de satisfaction global moyen /70 avec les variables qualitatives (test student de comparaison des moyennes)*

Tableau 5 : *Score de satisfaction et volonté d'utilisation du QPC dans la pratique future*

Tableau 6 : *Comparaison des médecins ne souhaitant pas / souhaitant utiliser le QPC dans la pratique future (test Student de comparaison des moyennes)*

Tableau 7 : *Profils des médecins du pré-test*

Tableau 8 : *Comparaison des scores de satisfaction globaux entre les centres médicaux et la filière ambulatoire des urgences (test student comparaison des moyennes)*

Figure 1 : *Carte représentant les 11 centres médicaux participant à l'étude*

Figure 2 : *Diagramme des flux représentant la participation des médecins à l'étude*

Figure 3 : *Score de satisfaction spécifique par item noté sur 5 (calcul des moyennes)*

Figure 4 : *Pourcentage des médecins en fonction des critères de praticité du QPC*

Figure 5 : *Pourcentage des médecins par taux de patients ayant répondu au QPC au cours d'une journée*

Figure 6 : *Pourcentage des médecins ayant la volonté d'utiliser le QPC dans la pratique future*

Figure 7 : *Pourcentage des médecins ayant trouvé l'idée d'un QPC à remplir sur tablette intéressante*

Figure 8: *Corrélation du score de satisfaction globale moyen /70 en fonction de l'âge des médecins (test de corrélation)*

Figure 9 : *Score de satisfaction spécifique par item lors du pré-test*

Figure 10 : *Evaluation de la compréhension du QPC par 270 patients lors du pré-test*

BIBLIOGRAPHIE

1. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012 [Internet]. 2018.
Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/75537/1/er1061.pdf>
2. Permanence des soins [Internet]. 2019.
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/permanence-soins/permanence-soins>
3. Hélène Chaput, Martin Monziols, Lisa Fressard, Pierre Verger, Bruno Ventelou, Anna Zaytseva. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice / Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019.
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
4. Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK. L'«attente» dans la salle d'attente: De nuisance à opportunité. *Canadian Family Physician*. 1 mai 2013;59(5):e222-4.
5. Audran Florian. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale. *Revue de littérature*. Angers; 2016.
6. Grall J-C, Drahi E, Le Noc. Autoquestionnaires médicaux, une piste d'amélioration des soins? *Rev Prat Médecine Générale*. 30 sept 2008;22(806):715-6.
7. Mazer M, DeRoos F, Hollander JE, McCusker C, Peacock N, Perrone J. Medication History Taking in Emergency Department Triage Is Inaccurate and Incomplete. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(1):102-4.
8. Ducos G, Afonso M, Guiresse M, Kinouani S, Pétrègne F, Gay B. Faciliter la première consultation d'un nouveau patient en médecine générale. Première partie : conception et élaboration d'un auto-questionnaire. *Médecine*. 1 janv 2014;10(1):38-41.
9. Hershey CO, Grant BJB. Controlled Trial of a Patient-Completed History Questionnaire: Effects on Quality of Documentation and Patient and Physician Satisfaction. *Am J Med Qual*. 1 juill 2002;17(4):126-35.

10. Laclergue N. Evaluation d'une fiche standardisée de recueil de données pour la première consultation d'adulte chez le médecin généraliste. Toulouse; 2004.
11. Larpin M. Évaluation d'une fiche de recueil des informations du dossier médical remplie par les patients à leur admission dans un service d'urgence. 2017;
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01626775>
12. Pothin O. Élaboration d'un questionnaire auto-administré d'aide au recueil de données médicales chez les femmes enceintes : évaluation de la pertinence de l'outil par un échantillon de médecins généralistes réunionnais. 2014;
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01101594>
13. Goodyear-Smith F, Warren J, Bojic M, Chong A. eCHAT for Lifestyle and Mental Health Screening in Primary Care. *Ann Fam Med*. 9 janv 2013;11(5):460-6.
14. Witting MD, Hayes BD, Schenkel SM, Drucker CB, DeWane MP, Lantry JH, et al. Emergency Department Medication History Taking: Current Inefficiency and Potential for a Self-Administered Form. *The Journal of Emergency Medicine*. 1 juill 2013;45(1):105-10.
15. Davis CP. Emergency department visits: we are not prepared. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 oct 2012;30(8):1364-70.
16. Lassalle G. Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale. 2016;
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501872>
17. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinet de médecine générale : enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois. 2017;
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01588162>
18. [cnom_atlas_2018_0.pdf](#) [Internet].
Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

19. asip_sante_has_synthese_medicale.pdf [Internet]. Disponible sur:https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf
20. Bertrand D, Bontoux D, Plouin P-F, Richard F, Rouëssé J. Rapport 19-03. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 juill 2019;203(5):245-51.
21. Ahmad S, Harris T, Limb E, Kerry S, Victor C, Ekelund U, et al. Evaluation of reliability and validity of the General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) in 60–74 year old primary care patients. BMC Family Practice. 2 sept 2015;16(1):113.
22. Uijen AA, Schellevis FG, van den Bosch WJHM, Mokkink HGA, van Weel C, Schers HJ. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. Journal of Clinical Epidemiology. 1 déc 2011;64(12):1391-9.

RÉSUMÉ

Introduction : Les soins primaires ambulatoires non programmés sont en augmentation. Des structures de permanence médicale émergent dans lesquelles le médecin généraliste est amené à consulter régulièrement de nouveaux patients. La création d'outil permettant d'optimiser leur consultation apparaît utile. Les auto-questionnaires remplis par le patient dans la salle d'attente, largement utilisés dans d'autres spécialités, méritent d'être explorés.

Méthode : Une étude quantitative descriptive par questionnaire a été réalisée. Nous avons créé le Questionnaire de Pré-Consultation (QPC), destiné à recueillir les informations pertinentes d'un interrogatoire standard, que nous avons testé dans des centres de permanence médicale. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le ressenti d'un groupe de médecins généralistes exerçant dans ces centres sur l'optimisation de leur consultation en s'aidant du QPC rempli par le patient dans la salle d'attente. Les médecins inclus ont travaillé une journée avec le QPC puis un formulaire de satisfaction leur a été adressé. Le critère de jugement principal était des scores visant à quantifier le ressenti sur l'optimisation de la consultation. Un score de satisfaction globale et un score spécifique par items, notés sur 5, ont été établis sur la base d'un recueil de 14 réponses graduées sur une échelle de Likert allant de 0 (non, absolument pas d'accord) à 5 (oui, absolument d'accord).

Résultats : L'étude menée durant 2 semaines en août 2019 dans 11 centres répartis dans les Bouches-du-Rhône a inclus 34 médecins. Ils ont ressenti une optimisation de la consultation grâce à l'utilisation du QPC avec un score de satisfaction globale de 3,3/5 et des scores spécifiques par items : meilleur recueil des allergies (4/5), meilleur recueil des antécédents (3,8/5), limitation d'éventuels oublis (3,8/5), meilleure utilisation du temps (3,2/5), absence de dégradation de la relation médecin patient (3,3/5).

Conclusion : Une certaine optimisation de la consultation grâce au QPC a été ressentie par ces généralistes exerçant dans ces centres médicaux assurant des soins primaires ambulatoires non programmés. Cet outil pourrait être utile à des structures accueillant beaucoup de nouveaux patients. La mise en place de ce système va être prochainement intégrée dans le protocole de la filière ambulatoire des urgences de l'hôpital d'Aix-en-Provence, suggérant d'autres études. Une interface informatisée semble être une piste.

Mots-clés : Soins primaires ambulatoires non programmés ; Auto-questionnaire ; Salle d'attente ; Optimisation consultation ; Médecine générale.