

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

MASSAT ARSICOT Christlène

Née le 1^{er} mai 1983 à Toulouse

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2011

**L'INTERNE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE : OPINION ET
CRITERES DE JUGEMENT DES PATIENTS**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur DIOT Patrice

**Membres du jury : Monsieur le Professeur BRUNEREAU Laurent
Monsieur le Professeur MENU Paul
Madame la Professeure LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Madame le Docteur RENOUX Cécile**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie

LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
LEBRANCHU Yvon	Immunologie
LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication

Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais
---	-----------------------	---------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur DIOT Patrice,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur BRUNEREAU Laurent,

Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur MENU Paul,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse en tant que Professeur et reviewer. Merci d'avoir fait le voyage jusqu'à Tours. Votre présence est un grand honneur pour moi.

A Madame la Professeure LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie,

Pour m'avoir suivi tout au long de mon cursus de médecine générale. Pour le temps passé et l'énergie que vous dépensez au service des étudiants. Recevez l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur RENOUX Cécile,

Pour le soutien que tu m'as apporté tout au long de ce travail qui n'aurait pu être réalisé sans toi. Pour tes précieux conseils, ta disponibilité, ton professionnalisme, ta patience et le temps que tu m'as consacré. Cela a été une réelle joie de travailler avec toi. Reçois mon amitié et mes remerciements les plus sincères.

Un grand merci,

A mon mari, pour ta présence chaque jour à mes côtés. Pour ton soutien et l'immense amour que tu m'apportes. Pour ce que tu es.

A ma mère, pour ton précieux soutien tout au long de mes études, sans quoi j'aurais probablement échoué. Pour ton écoute et le temps passé avec moi dans les moments difficiles. Pour ton amour.

A mon père, pour m'avoir donné le goût de l'effort et de repousser ses limites. Pour tes conseils et ta sagesse. Pour l'importance que tu accordes à ce que je fais.

A mes sœurs et frère, Lauryane, Séverine et Florent, pour avoir été silencieux quand je travaillais à la maison. Pour avoir pleuré de joie avec moi les jours de résultats de concours. Pour avoir toujours cru en mes capacités et être fier de moi.

A Cédric, pour ton anglais toujours si parfait.

A Julien, pour ton aide à un meilleur français.

A mes amis et ma famille pour votre soutien et vos encouragements.

Aux maîtres de stage qui ont accepté que j'interroge leurs patients et qui forment des internes à la pratique de la médecine générale en cabinet.

Aux patients interrogés qui acceptent la présence d'un interne au cours de la consultation, sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

RESUME

Contexte : Depuis 1997, les internes de médecine générale doivent réaliser un semestre dans le cabinet d'un médecin généraliste agréé présent pendant la consultation. L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations et attentes des patients afin de décrire leurs critères de jugement des internes lors de ce stage.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients issus de 4 cabinets de la région Centre de novembre 2010 à janvier 2011. L'échantillon était raisonné en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle et du niveau socio-économique des patients. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : La grande majorité des patients ignorait qui était l'interne et quelles étaient ses capacités. L'interne était, selon eux, accueillant, agréable et apportait un 2nd avis mais manquait d'expérience et d'assurance. Les patients ont jugé l'interne sur de nombreux critères. Il devait être compétent en ayant des connaissances suffisantes, être professionnel aussi bien sur le plan de sa pratique que sur son apparence, avoir des qualités d'écoute et de compréhension. La consultation devait ressembler à celle dont ils avaient l'habitude.

Conclusion : L'existence d'un stage ambulatoire a été très appréciée des patients. Il leur a semblé indispensable à la formation d'un interne de médecine générale. Ils ont une représentation très vague de l'interne. Leur opinion est plutôt positive. L'interne doit répondre aux critères de jugement des patients afin d'obtenir leur confiance.

Mots-clés : Interne/résident, médecine générale, stage de niveau 1, patient, vécu.

SUMMARY

Background : Since 1997, general practice residents have to work for a semester in the office of a general practitioner who is present during the consultations. The goal of this work is to explore the expectations and representations of patients so as to describe on which criteria they judge residents during their internship.

Method : A quality study conducted through semi-directed interviews with 14 patients among 4 practices of the Region Centre from November 2010 to January 2011. The sample was balanced on criteria such as the age, sex, professional activity and social background of the patients. A complete written retranscription and an interpretative verbatim analysis were performed.

Results : A large majority of the patients ignored who the resident was and what were his abilities. The resident was, according to them, welcoming and pleasant, and gave a second opinion, but lacked experience and confidence. The patients judged the resident on numerous criteria. He had to be skilled and have sufficient knowledge, be professional both in terms of practice and in terms of appearance, be a good listener and understand the patient's problems. The consultation had to look like what they were used to.

Conclusion : The existence of an ambulatory internship was very much appreciated by the patients. It seemed to them a normal requirement of a general practice resident's training. They have a very vague idea of what a resident does. Their opinion is rather positive. The resident must comply with the judgement criteria of the patients in order to gain their confidence.

Key-words : Students medical, general practice, training, patient, experience.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... Page 10

MATERIEL ET METHODE..... Page 10

RESULTATS..... Page 11

DISCUSSION..... Page 14

CONCLUSION..... Page 16

BIBLIOGRAPHIE..... Page 17

ANNEXES :

- Annexe 1 : Trame d'entretien..... Page 18

- Annexe 2 : Description de la population étudiée..... Page 19

INTRODUCTION

En France, pour valider le DES de médecine générale, l'interne doit suivre une maquette précise^[1]. Elle comporte six semestres, dont deux obligatoires dans les services de médecine d'adulte et d'urgence de centres hospitaliers agréés et un semestre de pédiatrie et/ou gynécologie. Un stage doit être réalisé au CHU. Depuis 1997, un semestre est effectué au sein d'un cabinet d'un médecin généraliste agréé^[2] ou enseignant clinicien ambulatoire (ECA), présent pendant la consultation. C'est le stage de niveau 1. L'interne peut, s'il le souhaite, effectuer un stage de niveau 2 ou stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) où il est seul avec le patient pendant la consultation.

Toutes les recherches quantitatives, menées sur la perception par les patients de la présence de l'interne au sein d'un cabinet de médecine générale, présentent les mêmes conclusions. L'interne est très bien accepté par la majorité des patients^[3-5], surtout par les personnes âgées^[4,6]. Les patients sont favorables à la mise en place de ce stage^[7,8]. Ils estiment qu'il est indispensable de former les jeunes médecins dans un cabinet de médecine générale^[3,4,7,8]. Ils souhaitent ne pas voir systématiquement l'interne pour chaque consultation^[4,7] mais de temps en temps et en présence de l'ECA. La plupart des patients pensent que pour certains motifs^[3,4,7,8] (gynécologiques, urologiques ou psychiatriques), la présence de l'interne est gênante.

Mais comment les patients se représentent-ils l'interne ? Que pensent-ils de sa tenue vestimentaire, de ses caractéristiques physiques, de son caractère ou encore de son comportement ? Sur quels critères acceptent-ils mieux un interne plutôt qu'un autre ? Qu'attend un patient d'un interne pour lui accorder sa confiance ?

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations et attentes des patients afin de décrire leurs critères de jugement des internes, en stage de médecine générale de niveau 1, lors de la consultation au cabinet, en présence de l'ECA. L'objectif secondaire était, à partir de l'analyse de ces données, d'apporter des pistes de communication et d'attitude que les internes pourraient adopter face aux patients.

MATERIEL ET METHODE

Enquête qualitative par entretiens semi-structurés auprès de patients.

Les patients ont été recrutés par le chercheur dans la salle d'attente de 4 cabinets d'ECA (2 hommes et 2 femmes) de la région Centre. Un seul a été recruté par son médecin généraliste lors d'une consultation.

Les différents critères de sélection des patients étaient :

- Etre majeur
- Avoir pour médecin généraliste un ECA accueillant de manière régulière depuis au moins 2 ans et demi, un interne en stage de niveau 1
- Consulter régulièrement au cabinet, de manière à avoir été mis en présence d'un interne à plusieurs reprises

L'échantillon était raisonné en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle et du niveau socio-économique des patients de façon à obtenir un panel diversifié.

Les entretiens ont été réalisés aux cabinets des ECA, dans une salle annexe, jusqu'à saturation des données. Après accord des patients, ils ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique.

La trame d'entretien (annexe 1) a été élaborée à partir des différentes études quantitatives^[3-5,7,8] ayant exploré l'opinion des patients sur l'interne en stage de niveau 1. Elle

comportait 10 questions principales et des questions de relance si le patient ne couvrait pas les points importants. Elle explorait les représentations sur l'interne, l'opinion, les attentes et les critères de jugement des patients face à l'interne en stage de niveau 1. La trame a été adaptée une fois en cours d'étude.

Les verbatim ont été intégralement retranscrits. Les données non verbales n'ont pas été recueillies, ni analysées. Une analyse thématique de contenu a ensuite été réalisée.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par une interne dans le cadre d'un travail de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Le codage des verbatim et l'interprétation ont été supervisés par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

Aucune triangulation des données, ni de validation ultérieure par les interviewés n'était prévue dans le cadre de ce travail exploratoire.

RESULTAT

Caractéristique de la population et des entretiens

La population étudiée était constituée de 10 femmes et 4 hommes, âgés de 29 à 82 ans, appartenant à différentes catégories socioprofessionnelles (annexe 2). Le nombre d'internes rencontrés au cabinet par les patients variait de un à plus de six. Seule une personne a refusé de participer. Les entretiens ont duré de 15 à 30 minutes et ont eu lieu du 12 novembre 2010 au 17 janvier 2011. Ils ont été transcrits au fur et à mesure afin de ne perdre aucune donnée. Une première analyse avec codage a été effectuée au 8^e entretien et a entraîné une modification de la trame d'entretien. La saturation des données a été obtenue au 12^e entretien.

Les représentations sur l'interne

Sa fonction

La grande majorité des patients ont qualifié l'interne de « médecin » qui « travaille dans les hôpitaux ». Cependant, la fonction de l'interne était incertaine. C'était « un futur médecin », « un jeune médecin », un médecin généraliste qui n'avait pas de spécialité et qui pouvait remplacer. C'était aussi un étudiant « en stage » qui faisait « des formations ». Il était, pour la plupart des patients, en 5^e année.

Ses capacités

Les capacités de l'interne, rapportées par les patients, ont été nombreuses et variées. Il examinait, établissait un diagnostic et prescrivait un traitement : « il mène une consultation ». Parfois, il faisait la consultation seul, sans l'aide de l'ECA : « ça fait plusieurs fois que je vois ça, le docteur, il est dans son fauteuil, il les laisse faire ». Il réalisait un suivi, réglait les problèmes courants et pratiquait quelques gestes techniques : « c'était (...) Pour faire mon frottis, elle en avait déjà fait plein plein ». L'interne avait « de l'expérience » et des « connaissances ». Les patients ont cependant souligné le manque de pratique d'un interne : « il n'a pas la facilité du médecin traitant », « je lui avais demandé de faire une ordonnance pour des attelles (...) Bon, c'est vrai qu'elle ne savait pas ! ». D'après les patients, l'interne n'était pas capable de prendre en charge seul des maladies graves, compliquées ou des pathologies psychiatriques. Cela était pourtant variable d'un interne à l'autre : « y'en a qui sont plus... Plus hardis quoi... Peut être qu'ils sont plus avancés dans leurs études ».

L'opinion des patients

Le stage de niveau 1

Le stage de niveau 1 a été très apprécié des patients : « je crois que c'est récent le fait que vous fassiez des stages chez les médecins, je trouve que c'est vraiment très bien ». Il leur est même apparu « absolument indispensable ». Selon les patients, ce stage a permis à l'interne d'acquérir « une expérience », d'élargir ses connaissances, de se « perfectionner » et de « pratiquer » la médecine : « ben oui, on n'apprend pas dans les livres (...) Il a les connaissances (...) Théoriques sur (...) La plupart des symptômes et des maladies (...) Après il faut la pratique ». L'interne a découvert la médecine générale, il a vu « les gens dans leur diversité ». Il a été « confronté à tous les cas de figures », à « une grande partie des pathologies », « aux problèmes du terrain », « à la réalité des choses ». Les patients ont pensé que c'était « le meilleur moyen (...) D'être en contact avec des patients », en opposition au milieu hospitalier : « à l'hôpital, vous êtes dans tel service, vous voyez que des personnes qui ont des problèmes de poumons (...) Alors que là vous avez vraiment tout ». L'interne a pu « mieux anticiper, mieux voir l'avenir (...) Mieux appréhender » son futur métier.

Les patients ont été rassurés de voir un étudiant en médecine « apprendre le métier » en cabinet : « moi je trouve ça vraiment bien, et pour nous aussi parce qu'après c'est comme quelqu'un qui fait la conduite accompagnée (...) Quand il prend le volant il est plus sûr que quand il vient d'avoir son permis ».

L'interne a été accepté par la majorité des patients lors des consultations. Ils lui adressaient des encouragements : « Surtout bonne chance (...) Tenez bon ! (Rire) On a besoin de vous ! ». Mais sa place n'a pas été évidente car il ne marquait pas forcément les patients et sa présence pouvait parfois déranger : « ça me dérange... oui, j'apprécie pas ». Les patients souhaitaient avoir davantage de renseignements sur l'interne. La présence du médecin généraliste était importante aux yeux des patients. Il était là pour aider, « surveiller », « seconder », « réparer », apprendre à l'étudiant. Il établissait un lien de confiance entre l'interne et le patient : « à partir du moment où j'ai accepté que ce soit un interne, bon, ben, je pense que le médecin lui fait confiance déjà ».

Le déroulement de la consultation

Le sentiment des patients sur les consultations faites par l'interne a été globalement « positif ». Les patients ne ressentaient « pas de différence entre un interne et un médecin ». Parfois, il pouvait « apporter un mieux » car « toute façon différente peut apporter quelque chose ». L'accueil était très souvent « chaleureux », mais parfois rapide et brutal par manque de temps. Les patients ont jugé l'interrogatoire de l'interne sur le nombre et « la qualité des questions » qui leur ont été posées. L'examen clinique étant tantôt plus lent et plus précis que leur médecin, tantôt plus rapide et incomplet : « à chaque fois que je viens pour mon renouvellement de contraceptif, le Dr B. me fait l'examen de la poitrine, là, elle me l'a pas fait, j'étais un peu surprise ». La rédaction de l'ordonnance a été perçue comme un moment difficile pour l'interne : « on sent chez un interne (...) Un peu plus sur la défensive pour savoir euh... Quoi vous donner, si y'a quelque chose à changer ». Cependant, la grande majorité des patients ont fait « entièrement confiance » à l'interne. Certains patients y apportaient tout de même quelques nuances. Il était difficile de faire confiance à quelqu'un que l'on ne connaissait pas : « la confiance ça s'établit sur la durée (...) Ca s'établit pas sur un seul contact » et qui montrait un manque d'assurance.

Les traits de caractères et le comportement de l'interne

Les patients ont qualifié l'interne d'attentionné, « serviable », « gentil », « agréable », « honnête », parfois « arrogant », souvent « timide » et « effacé ». Ils étaient plus à l'aise avec un interne bavard, mais la timidité d'un interne était comprise et ne les gênait pas. Les patients ont précisé que certains internes étaient « à l'écoute », ils « rassuraient », « mettaient à l'aise » « expliquaient » même souvent plus qu'un autre médecin. Mais d'autres n'étaient

« pas du tout communicatif », « ne parlaient pas assez », étaient « hésitants » et « mal à l'aise ».

Les caractéristiques physiques et la tenue vestimentaire de l'interne

Un homme interne avec « des cheveux longs », « ébouriffés », et « mal rasé » n'aurait pas bien été accepté. Un interne extravagant aurait « surpris », choqué et dérangé certains patients : « c'est limite ça hein quand même ! (...) Dans ce milieu là ! ». Mais la majorité acceptait l'excentricité en précisant que ça n'influaient en rien sur ses compétences. Sa carrure n'avait pas d'importance sauf pour l'obésité : « ben obèse je me dirais (...) S'il est médecin, il doit quand même bien savoir gérer son cas ! » et la beauté : « qu'il soit (...) Agréable à regarder quand même ! ». La plupart des patients n'accordaient pas d'importance au fait d'avoir une consultation faite par un interne homme ou femme, excepté pour les examens gynécologiques.

La tenue vestimentaire de l'interne devait être « propre », « soignée », « correcte » et s'apparenter à celle d'un docteur pour se faire respecter et montrer une marque de considération au patient : « je pense qu'ils doivent respecter aussi le patient hein ! En ayant une tenue correcte ! ». Un interne homme devait être habillé, idéalement, en « chemise et pantalon ». Le costume n'était pas nécessaire. Le jean et le tee-shirt étaient globalement acceptés à l'inverse du short qui était catégoriquement refusé. Une interne femme pouvait être vêtue d'un pantalon. La jupe était autorisée et parfois même préférée tant qu'elle n'était pas courte.

Les attentes des patients face à l'interne

Les connaissances et compétences

Une grande partie des patients a, spontanément, exprimé ses attentes envers les connaissances et les compétences de l'interne : « qu'il sache bien (...) Qu'il soit pas toujours en train de prendre le Vidal pour chercher un médicament », « il doit tout savoir faire ! ». L'interne devait être « sûr de lui », confiant, « efficace », « précis », « pointu », rigoureux, ne pas faire d'erreurs. Cependant, il devait connaître ses limites et « savoir passer le relais » quand ses compétences étaient dépassées.

La consultation

Pour les patients, la consultation idéale était la suivante. Tout d'abord, ils espéraient que l'interne agisse « comme d'habitude » et « qu'il ressemble » à leur médecin généraliste : « que ce soit un peu le reflet de mon médecin, oui, parce que je l'apprécie beaucoup ». L'interne devait faire « un bon interrogatoire » en posant des questions, les « bonnes questions » et connaître « le suivi médical » du patient. Au « bon interrogatoire » succédait le « bon examen médical » en effectuant un examen clinique complet. Pour tous les patients, la prise de la tension a été évoquée. Pour certains, elle était à prendre en premier et leurs semblait incontournable : « ah ! Ben ça, c'est primordial ça ! ». Si l'interne l'oubliait, il était rappelé à l'ordre. Pour d'autres, la prise de la tension n'était pas indispensable. Elle dépendait de « la pathologie pour laquelle on vient ». L'interne devait aussi « écouter le cœur », « les poumons » et contrôler « le poids ». Ces critères constituaient la « consultation simple ». Le reste de l'examen clinique, dépendait « de la situation » et « de la raison pour laquelle on vient ». L'interne devait « aboutir sur un diagnostic », « le bon diagnostic » ou « faire l'effort de le chercher » s'il n'était pas évident. La consultation se terminait sur les « bons conseils » et les « les bonnes prescriptions médicales ». Le traitement devait être adapté et efficace : « faut que je sois bien soignée ! ».

La communication

La majorité des patients a insisté sur l'importance de communiquer et d'établir une relation avec l'interne, en tant qu'individu : « si l'interne s'implique davantage, une relation peut s'établir, même si elle est brève... ». L'accueil, était un moment important pour instaurer un climat de confiance. L'interne devait être agréable, saluer, se présenter et « expliquer sa position d'interne » « en disant, par exemple, je suis interne en 7^e année ». L'écoute a été citée par tous les patients. L'interne devait « prendre le temps d'écouter » et « de parler avec le malade ». Il devait « expliquer » au patient, mais aussi aux accompagnateurs, les symptômes, l'examen clinique, le diagnostic et le traitement tout en répondant aux questions posées : « Moi j'aime bien le médecin avec qui je peux parler, avec qui je peux demander des questions ». Les informations données devaient être claires, appropriées et loyales : « qu'on se mette à la portée du patient suivant son niveau », « ce que moi j'aime (...) C'est qu'on me dise tout (...) Si ça va pas, ça va pas, qu'on me le cache pas quoi ! ». L'aspect non verbal a aussi été mis en avant par les patients. L'interne devait être « poli », « aimable », respectueux, « sociable », « agréable », « souriant », « sympathique », « dynamique », « à l'aise », « motivé pour son travail » et dévoué au patient.

Ce que les patients ne supportaient pas chez un interne

Il était intolérable qu'un interne ne soit pas attentionné envers un patient. Ils ne supportaient pas qu'un interne soit irrespectueux, « trop familier », « impoli », « incorrect », « grossier », « désagréable », « fermé » et vulgaire. Plusieurs patients ont souligné être gênés par un manque d'hygiène. Ils attendaient que l'interne soit « propre » et « qu'il se lave bien les mains ». Ils ne supportaient pas qu'un interne fume : « l'odeur de tabac, je vous dis, voilà, ça je supporterai pas ! ».

Les critères de jugement

Ce travail a mis en évidence de nombreux critères de jugement des patients envers l'interne. Il devait être **professionnel** de par son apparence et son exercice. **Son apparence** devait être « correcte », « soignée », « propre », à l'image de celle d'un docteur. **Son comportement** était observé. Il devait être « à l'aise », « accueillant », « gentil », « agréable », « souriant », attentionné. Les **compétences** et les **connaissances** de l'interne étaient jugées lors du déroulement de la consultation. **L'interrogatoire devait être minutieux, l'examen clinique complet et rigoureux, le traitement efficace et adapté au patient.** L'importance des **qualités relationnelles** a été soulignée par tous les patients. L'interne devait « écouter » et « expliquer » de manière à être compris par tous.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations et attentes des patients afin de décrire leurs critères de jugement envers les internes. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés était adaptée à cet objectif et y a répondu. Les entretiens individuels ont été préférés au *focus group* car le ressenti et l'expérience rapportés par un patient auraient pu influencer les réponses des autres participants. Les résultats obtenus ont été riches et homogènes malgré la disparité de l'âge et de la catégorie socioprofessionnelle observée chez les patients interrogés.

Cependant, cette étude présente quelques limites. Une seule technique a été utilisée pour recueillir les données. Une triangulation par des *focus group* aurait peut-être enrichi nos résultats. Grâce à la dynamique de groupe, les patients timides et peu loquaces se seraient

peut-être exprimé davantage en complétant ou en confortant le discours des autres participants. Par ailleurs, un biais de recrutement est envisagé. Les patients interrogés ont accepté la présence de l'interne en consultation depuis plusieurs années. Les patients ne l'ayant jamais accepté ont peut-être changé de médecin traitant et n'ont pas été pris en compte. Quelques patients interrogés ont tout de même avoué qu'ils appréciaient peu la présence d'un interne. De plus, les patients savaient que le chercheur était une interne et n'ont peut-être pas osé dire tout ce qu'ils pensaient. La saturation des données, obtenue au 12^e entretien, rassure sur l'exhaustivité des données, renforcée par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires sans l'émergence de nouvelles idées.

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature sur ce que représente l'interne en médecine générale au cabinet pour les patients. Cette étude a mis en évidence qu'aucun patient ne savait qui il était vraiment. L'interne pouvait aussi bien être un étudiant de 2^e année qu'un médecin. Ses compétences et ses capacités étaient encore plus floues. A une exception près, tous les patients interrogés pensaient que l'interne travaillait exclusivement dans un hôpital alors qu'ils sortaient d'une consultation réalisée par un interne au cabinet. La mise en place récente du stage ambulatoire par rapport à une formation hospitalière ancrée depuis plus de 50 ans et souvent mise en scène dans les séries télévisées avec l'image du médecin en blouse blanche aurait-elle un impact si considérable sur la représentation que se font les patients d'un interne ?

Comme dans les études quantitatives^[3-5,7-10], les patients ont souligné l'importance qu'ils accordaient à la réalisation d'un stage ambulatoire pour former un interne de médecine générale. Les patients considéraient qu'un stage en cabinet, en l'opposant au milieu hospitalier^[3], était un excellent mode d'enseignement. Un patient a comparé le déroulement du stage à la conduite accompagnée. Le compagnonnage semblait un mode d'enseignement adapté à l'apprentissage de ce métier. Cela permettait à l'interne d'acquérir une expérience sur le terrain^[3] et cela les rassuraient^[3].

Dans toutes les études^[3-11], l'interne était très bien accepté par les patients lors d'une consultation et ils s'habituèrent à sa présence. Les patients ont perçu l'interne comme plus à l'écoute^[5], donnant davantage d'explication^[5,7,8,11] et fournissant un 2^e avis^[3,5,7,8]. Des inconvénients sont tout de même relevés : un manque de connaissance du dossier^[3] et une certaine gêne ressentie pour les examens intimes^[3-5,8]. Une étude sur l'impact du sexe de l'ECA, du patient et de l'interne sur ce ressenti serait intéressante à réaliser. L'examen clinique a été un moment décisif pour le patient. Il conditionnait le jugement du patient sur l'interne. Si le patient n'était pas satisfait par l'interrogatoire, l'examen clinique, le diagnostic et/ou le traitement, il ne lui ferait pas confiance. Comme dans d'autres études^[3,5], les patients avaient du mal à accorder leur confiance à un inconnu mais s'y essayaient car leur médecin lui faisait confiance. Le médecin habituel établissait donc implicitement un lien de confiance entre le patient et l'interne, lien nécessaire au bon fonctionnement du stage de l'interne.

Il n'est pas retrouvée dans la littérature d'autre étude explorant le jugement des patients sur les caractéristiques physiques, la tenue vestimentaire, le comportement et le caractère d'un interne. Les patients ont peu jugé le physique d'un interne, en précisant que cela n'influençait pas sur ses compétences. La majorité a pourtant souligné que sa tenue vestimentaire devait être correcte, présentable afin d'obtenir le respect des patients. Plusieurs critères de jugement ont été émis et avaient un impact sur l'acceptabilité de l'interne auprès du patient. Une étude quantitative réalisée à la faculté de Lille^[3] a montré des résultats similaires. Certains critères d'une meilleure acceptabilité par les patients ont été relevés : être sérieux, avoir des qualités d'écoute, expliquer, reconnaître ses limites et ressembler au médecin traitant habituel. L'interne est mieux perçu par les patients s'il est actif lors de la consultation plutôt que spectateur et qu'il ressemble au médecin traitant habituel^[4,5]. En France, les patients choisissent leur médecin généraliste et ont la liberté d'en changer facilement en cas de mécontentement. Les français sont donc majoritairement satisfaits de leur médecin. Les critères de jugement évoqués par les patients sont le reflet de la prise en charge dont ils ont l'habitude. Notre recueil de données est issu de 4 patientèles seulement. Il

serait intéressant de diversifier le panel d'ECA pour vérifier la persistance de ces critères de jugement, malgré des habitudes différentes des médecins.

Les attentes que les patients ont exprimées correspondent à certaines compétences^[12] qu'un médecin généraliste doit acquérir : communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage, exécuter les gestes techniques les plus fréquents, prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude, prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires. Les patients, en s'attachant à la qualité du déroulement de la consultation et aux compétences relationnelles des internes plus qu'à leur apparence émettent une opinion pertinente sur eux. L'avis des patients pourrait être utilisé lors de l'évaluation formative de l'interne au cours de son stage en médecine générale, comme cela est fait en Angleterre^[13].

CONCLUSION

De part la quantité des réponses, du nombre et de la qualité des critères de jugement émis, cette étude a montré que les patients ont une représentation très incertaine de l'interne mais en ont une opinion plutôt positive et en attendent beaucoup. Il n'existe pas de vrai conseil à donner aux étudiants pour se faire accepter si ce n'est de développer ses compétences professionnelles et avoir des qualités relationnelles proches de celles du médecin généraliste habituel.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. NOR: SASH1021712A. Journal Officiel de la République Française, 28 août 2010 : 0199.
- [2] Décret no 97-495 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. NOR: TASP9721427D. Journal Officiel, 18 mai 1997 : 7538.
- [3] Jaglale letnilowski C. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle. Th : Méd : Lille : 2009.
- [4] Bur M. Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence du stagiaire. Répercussion de sa présence sur la relation médecin-malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin. Th : Méd : Strasbourg : 2002.
- [5] Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? Th : Méd : Paris 6 Saint Antoine : 2002.
- [6] Chouchury T.R, Moosa A, Cushing A, Bestwick J. Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations. Medical Teacher 2006;28:198-203.
- [7] Hoang D. Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire trois ans après le début du stage de six mois chez le praticien . Th : Méd : Paris 7 Bichat : 2002.
- [8] Rivière J.P. Perception du stagiaire de longue durée en médecine générale par les patients. Th : Méd : Xavier Bichat : 1998.
- [9] Mongie S. Le stage chez le praticien à la Pitié-Salpêtrière : historique et enquête auprès de 34 maîtres de stage, 29 résidents et 39 patients. Th : Méd : Paris 6 Pitié-Salpêtrière : 1999.
- [10] O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Does teaching a general practice consultation affect patient care? British Journal of General Practice 1999;49:7-9.
- [11] Prislín M.D, Morrison E, Giglio M, Truong P, Radecki S. Patients' perception of medical students in a longitudinal family medicine clerkship. Family Medicine 2001;33:187-91.
- [12] World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, 2002.
- [13] Paillard C. Rapport de stage 6^e semestre du DES en médecine générale au Royaume-Uni, 2010.

ANNEXE 1

TRAME D'ENTRETIEN *En italique : les ajouts après le 8^e entretien*

- 1. C'est quoi, pour vous, un « interne » ?**
 - *Un interne en quoi ? Est-il généraliste, spécialiste ?*
 - *Où le placez-vous dans son cursus ?*
 - *Que sait-il faire d'après vous ?*
- 2. Qu'avez vous pensé globalement des internes que vous avez rencontré chez votre médecin généraliste jusqu'à maintenant ?**
 - *Et plus précisément ?*
 - *Si un a déçu : pourquoi ?*
 - *Si un a marqué favorablement le patient : pourquoi ?*
- 3. Qu'observerez-vous chez le prochain interne de votre médecin ?**
- 4. Quels sont, selon vous, les éléments essentiels que l'interne devrait respecter pour que vous puissiez lui accorder votre confiance ?**
- 5. Comment devrait-il, selon vous, se comporter avec vous ?**
- 6. Comment devrait-il , selon vous, vous examiner ?**
- 7. Comment devrait-il selon vous être physiquement ?**
 - *Préférez-vous que ce soit un homme ou une femme ?*
 - *Quelles tenues vestimentaires seraient susceptible de vous déranger ?*
 - *Etre habillé normalement ça veut dire quoi pour vous ?*
- 8. Qu'est-ce que vous ne supporteriez pas chez un interne ?**
- 9. Pour vous, comment serait l'interne idéal ?**
 - *Qu'il ressemble à votre médecin généraliste habituel ?*
- 10. Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

ANNEXE 2

DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

numéro de l'entretien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
date de l'entretien	12/11/2010	19/11/2010	19/11/2010	19/11/2010	19/11/2010	22/11/2010	22/11/2010	22/11/2010	17/01/2011	17/01/2011	17/01/2011	17/01/2011	17/01/2011	17/01/2011
mode de recrutement	choisi par le MG lors d'une consultation, puis entretien téléphonique pour fixer une date de rdv	dans la salle d'attente sans la présence du MG	dans la salle d'attente en présence du MG	dans la salle d'attente sans la présence du MG	dans la salle d'attente en présence du MG	dans la salle d'attente en présence du MG	dans la salle d'attente sans la présence du MG	dans la salle d'attente sans la présence du MG	à la sortie de la consultation en présence du MG	à la sortie de la consultation en présence du MG	à la sortie de la consultation en présence du MG	à la sortie de la consultation en présence du MG	à la sortie de la consultation en présence du MG	à la sortie de la consultation en présence du MG
lieu de l'entretien	dans le bureau du MG en son absence	dans une salle annexe du cabinet	dans une salle annexe du cabinet	dans une salle annexe du cabinet	dans une salle annexe du cabinet	dans une salle annexe du cabinet	dans une salle annexe du cabinet	dans une salle annexe du cabinet	dans le bureau d'une secrétaire absente	dans le bureau d'une secrétaire absente	dans le bureau d'une secrétaire absente	dans le bureau d'une secrétaire absente	dans le bureau d'une secrétaire absente	dans le bureau d'une secrétaire absente
sexe du médecin généraliste	homme	homme	homme	femme	homme	homme	homme	homme	femme	femme	femme	femme	femme	femme
sexe du patient	homme	femme	femme	femme	homme	homme	femme	femme	femme	femme	homme	femme	femme	homme
âge du patient	50 ans	72 ans	65 ans	35 ans	60 ans	82 ans	76 ans	62 ans	76 ans	40 ans	47 ans	69 ans	30 ans	29 ans
métier ou catégorie socio-professionnelle du patient	banquier	institutrice à la retraite	bas niveau social	secrétaire médicale	retraité directeur territorial d'une commune	retraité agriculteur et pompier volontaire	retraité cultivatrice et lingère	bas niveau social, enquêtrice à l'INSEE, en invalidité	retraîtée, secrétaire dans un garage	femme au foyer, en recherche d'emploi, 4 enfants	dans l'administration	retraîtée, employée de bureau dans une usine	travailleur dans l'éducation nationale, un enfant	professeur des écoles, 3 enfants
nombre d'internes rencontrés en cabinet/à l'hôpital	< 6 au cabinet, que des filles	> 6 au cabinet, garçons et filles	> 6 au cabinet et plusieurs à l'hôpital, garçons et filles	4 au cabinet, garçons et filles	2 au cabinet, filles	> 6 au cabinet, que des filles	> 6 au cabinet, garçons et filles	1 fille au cabinet, plusieurs à l'hôpital, garçons et filles	2 au cabinet, un garçon et une fille	1 interne au cabinet, plusieurs à l'hôpital	1 fille au cabinet, plusieurs à l'hôpital	2 au cabinet, filles	3 au cabinet	1 fille au cabinet, plusieurs à l'hôpital

MG : Médecin Généraliste
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Faculté de Médecine de TOURS

MASSAT ARSICOT Chrislène

Thèse n°

21 pages – 1 tableau

Résumé :

Contexte : Depuis 1997, les internes de médecine générale doivent réaliser un semestre dans le cabinet d'un médecin généraliste agréé présent pendant la consultation. L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations et attentes des patients afin de décrire leurs critères de jugement des internes lors de ce stage.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients issus de 4 cabinets de la région Centre de novembre 2010 à janvier 2011. L'échantillon était raisonné en fonction de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle et du niveau socio-économique des patients. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : La grande majorité des patients ignorait qui était l'interne et quelles étaient ses capacités. L'interne était, selon eux, accueillant, agréable et apportait un 2nd avis mais manquait d'expérience et d'assurance. Les patients ont jugé l'interne sur de nombreux critères. Il devait être compétent en ayant des connaissances suffisantes, être professionnel aussi bien sur le plan de sa pratique que sur son apparence, avoir des qualités d'écoute et de compréhension. La consultation devait ressembler à celle dont ils avaient l'habitude.

Conclusion : L'existence d'un stage ambulatoire a été très appréciée des patients. Il leur a semblé indispensable à la formation d'un interne de médecine générale. Ils ont une représentation très vague de l'interne. Leur opinion est plutôt positive. L'interne doit répondre aux critères de jugement des patients afin d'obtenir leur confiance.

Mots clés :

- Interne/résident
- Médecine générale
- Stage de niveau 1
- Patient
- Vécu

Jury :

Président : Monsieur le Professeur DIOT Patrice

Membres : Monsieur le Professeur BRUNEREAU Laurent

Monsieur le Professeur MENU Paul

Madame la Professeure LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Madame le Docteur RENOUX Cécile

Date de la soutenance : le jeudi 22 septembre 2011