

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

RACAUD-ALLAINMAT Magali
née le 13/06/81 à Saint Germain en Laye (78)

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2016

L'interne en stage ambulatoire de niveau 1
Influence sur la consultation et sur la relation médecin-patient
Point de vue des patients sur les relations triangulaires médecin-patient-interne

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur DIOT Patrice
Membres du jury : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre
Madame le Docteur RENOUX-JACQUET Cécile

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

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
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe.....	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan.....	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie

	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
	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
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-vénéréologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François.....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale
	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric.....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent.....	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice.....	Cardiologie
----	---------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie.....	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

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.

Remerciements

A Madame le Docteur Cécile RENOUX

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir suivie et conseillée tout au long de ce travail.
Soyez assurée de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Patrice DIOT

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury, pour votre confiance et votre gentillesse qui ont permis l'aboutissement de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère et profonde reconnaissance.

A Madame la Professeure Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Vous avez accepté de siéger parmi les membres du jury.

Soyez assurée de ma reconnaissance, et de mes respectueuses considérations.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Aux Maîtres de Stage des Universités ayant permis l'élaboration de cette thèse

Pour leur accueil chaleureux et leur intérêt dans la formation des internes en médecine générale.

A mes parents, ma famille, mes amis, et tous ceux qui d'une façon ou d'une autre m'ont soutenue pendant toutes ces années.

A Laurent.

Pour ton amour et ton soutien.

A Alexandre, Klélia et Elinor.

RESUME

Introduction : Depuis 1997 les internes de médecine générale effectuent un stage ambulatoire de niveau 1 auprès d'un médecin généraliste praticien agréé maître de stage des universités (MSU).

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'explorer les sentiments des patients sur le fait de passer d'une relation médecin-patient à une relation triangulaire médecin-patient-interne, et quelles conséquences cela avait sur la consultation et la relation médecin-patient.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de seize patients familiarisés avec le stage de niveau 1, dans quatre cabinets de MSU des Bouches-du-Rhône, entre août et septembre 2012. Après retranscription intégrale une analyse thématique de contenu a été réalisée.

Résultats : Le sentiment général était positif. L'influence de l'interne sur la consultation et les relations médecin-patient dépendait de plusieurs facteurs. Tout d'abord des personnalités de l'interne, du patient et du MSU, et de leurs conceptions du rôle de chacun. Ensuite du nombre de rencontres avec un même interne, du motif de consultation, des échanges médicaux entre le MSU et l'interne et de la présentation de l'interne.

Conclusion : Les patients étaient favorables à la présence des internes en cabinet, car cette formation semblait indispensable pour pallier au manque de médecins généralistes. Les internes se faisaient naturellement une place dans les relations triangulaires en se montrant intéressés et en s'impliquant activement, mais manquaient de compétences relationnelles.

Mots-clés : médecine générale, internes, stage de niveau 1, relation médecin-malade, patients

TITLE

General practice training : patients' feelings about the doctor-patient-resident relationship, the implications to the regular doctor-patient relationship and the consultation.

ABSTRACT

Background : Since 1997, every resident in general practice has to do a training in the office of one to three general practitioner (GP).

Aims : The aim of the study was to explore the patients' feelings about the doctor-patient-resident's relationship and what implications this entails to the regular doctor-patient relationship and to the consultation.

Methods : A qualitative study conducted through semi-structured interviews with sixteen patients among four practices located in Bouches-du-Rhône between august and september 2012. The patients were already familiar with trainees. After a complete written retranscription, an interpretative verbatim analysis has been carried out.

Results : The general patients' feeling was positive. The student's influence depended on several factors. First the personalities of student, GP and patient and their conceptions about each others roles. Then were highlighted the number of consultations with the same trainee and the reason for those, the medical discussions between GP and student, and finally the student's introduction.

Conclusion : Patients were favorable to the presence of a student during their consultation because they felt this internship was essential to reduce the lack of GPs, by providing a valuable experience for the students. When they were involved, students naturally got into the triangle doctor-patient-intern's relationship. Trainees communications skills were to improve though.

Keywords : general practice, medical students, training, doctor-patient relationship, patients

TABLE DES MATIÈRES

INDEX DES TABLEAUX ET CARTES HEURISTIQUES.....	13
INTRODUCTION.....	14
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	15
RESULTATS.....	17
1. Caractéristiques de la population et des entretiens.....	17
2. La consultation : ressenti du patient, impact de l'interne.....	20
3. Les relations médecin-patient habituelles.....	23
3.1. Qualifications de la relation médecin-patient.....	23
3.2. Facteurs entrant en jeu dans la qualité de la relation.....	23
4. Impact sur la relation médecin-patient.....	25
4.1. Une relation inchangée.....	25
4.2. Une relation modifiée.....	26
5. Ressenti sur la relation patient-interne.....	28
6. Le binôme médecin-interne : ressenti du patient.....	30
7. Ressenti sur la relation triangulaire patient-médecin-interne.....	31
7.1. Sur le plan de l'intimité.....	31
7.2. Relations de confiance.....	32
7.3. Ressenti sur les relations triangulaires en général.....	34
7.4. Apports des expériences passées.....	34
8. Les compétences de l'interne.....	37
8.1. Compétences médicales.....	37
8.2. Compétences relationnelles.....	37
8.3. Compétences de médecine générale.....	38
9. Opinions des patients sur le stage ambulatoire de niveau 1.....	39
9.1. Apports du stage pour l'interne.....	39
9.2. Conséquences de la présence d'un interne pour le médecin.....	40

9.3. Ressenti des patients sur l'existence du stage.....	41
10. Synthèse des éléments ayant une influence sur les relations triangulaires patient-médecin-interne.....	44
DISCUSSION.....	46
1. Intérêts et limites de la méthode.....	46
2. A propos des résultats.....	48
2.1. Le temps.....	49
2.2. L'interne.....	50
2.3. Le patient.....	51
2.4. Le motif de consultation.....	52
2.5. L'attitude du MSU en présence de l'interne.....	52
2.6. Les échanges médicaux entre l'interne et le MSU.....	53
2.7. La présentation de l'interne en début de consultation.....	53
3. Perspectives.....	54
CONCLUSION.....	55
ANNEXE 1 - Guide d'entretien et questionnaire de caractérisation de l'échantillonnage.....	56
ANNEXE 2 - Glossaire.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	61

INDEX DES TABLEAUX ET CARTES HEURISTIQUES

Tableau 1 : Ages, sexes, professions et catégories socioprofessionnelles de l'échantillonnage.....	18
Tableau 2 : Ancienneté chez le MSU, nombre d'internes rencontrés, fréquence des consultations et motif de consultation.....	19
Tableau 3 : Durée des interviews en fonction de leur lieu de réalisation.....	19
Carte 1 : Impact de la présence de l'interne sur cette consultation.....	22
Carte 2 : Conséquences de la présence d'un interne sur la relation médecin-patient. .	27
Carte 3 : Facteurs permettant ou non l'établissement d'une relation avec l'interne.....	29
Tableau 4 : Relations d'intimité pendant la consultation.....	32
Tableau 5 : Relations de confiance.....	33
Carte 4 : Apports du stage de niveau 1 pour l'interne.....	40
Carte 5 : Conséquences de la présence d'un interne en stage pour le MSU.....	41
Carte 6 : Ressenti des patients sur le stage de niveau 1.....	43
Carte 7 : Facteurs ayant une influence positive ou négative sur les relations triangulaires patient-MSU-interne.....	45

INTRODUCTION

La maquette de formation pratique du Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale comporte un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé maître de stage des universités (MSU)(1). C'est le stage de niveau I, mis en place en 1997. Il comporte une phase d'observation initiale, une phase active, au cours de laquelle l'interne exécute des actes en présence du MSU (supervision directe), et une phase plus autonome au cours de laquelle il réalise seul les consultations, le MSU intervenant si besoin (supervision indirecte).

Pendant les phases d'observation et de supervision directe, l'interne prend part à une consultation dans laquelle le patient et le médecin entretiennent une relation privilégiée, construite sur la durée, mettant en jeu des systèmes complexes psycho-affectifs, faits d'attitudes, de non-dits, et d'attentes. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade (2), cette relation, d'un modèle « paternaliste », tend à évoluer vers un modèle « d'autonomie », dans lequel le patient a un pouvoir de décision et devient partenaire de son médecin pour la prise en charge de sa santé.

Que se passe-t-il lorsqu'un interne assiste à la consultation ?

Les études ont montré que l'interne était globalement bien accepté, par 83 à 98% des patients (3). Sa présence était d'autant mieux acceptée que les patients avaient été bien informés de sa présence, que le motif de consultation était simple et qu'ils avaient rencontré l'interne lors de précédentes consultations (3-5). Les patients pensaient que le stage était nécessaire (6) et étaient heureux de participer à la formation d'un jeune médecin (3,5,7,8).

Les études explorant les sentiments des patients sur la présence de l'interne et son impact sur la consultation et sur la relation médecin-patient étaient en majorité quantitatives. La consultation était inchangée pour 62 à 82% des patients (9-12), notamment au niveau de la qualité de la prise en charge. Les principales modifications retrouvées étaient une consultation plus longue, plus approfondie, l'apport d'un deuxième avis et l'observation ou la participation aux échanges médicaux entre le MSU et l'interne (3,5,8,12-15). En fonction des études, de 53 à 92% des patients n'éprouvaient pas de gêne à la présence de l'interne (8-11,16). La relation médecin-patient n'avait pas été perturbée pour 72 à 96% (10,13,14) d'entre eux.

Si les changements apportés à la consultation commencent à être connus, les raisons pour lesquelles la relation médecin-patient est - ou n'est pas - modifiée par la présence de l'interne restaient à explorer. Comment le patient ressent-il le fait de passer d'une relation médecin-patient, à une relation triangulaire médecin-patient-interne ? Quels sont les facteurs qui entravent ou facilitent cette relation triangulaire ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette enquête qualitative était basée sur des entretiens individuels semi-structurés entre le chercheur et les patients volontaires.

Un courrier a été envoyé par le chercheur en juillet 2012 aux MSU des Bouches-du-Rhône. Il expliquait le sujet de la thèse et sollicitait leur permission pour réaliser des entretiens auprès de leurs patients et dans leur cabinet. Quatre médecins généralistes des Bouches-du-Rhône recevant un interne en stage de niveau 1 ont accepté de participer à l'étude. Le critère d'inclusion pour les MSU était de recevoir un interne en stage de niveau 1 depuis au moins deux ans. Les entretiens ont été réalisés sur une demi-journée dans chaque cabinet, à des dates convenues avec les médecins.

Les patients ont été recrutés à la fin de leur consultation, soit par le médecin, soit par le chercheur dans la salle d'attente. Les patients n'étaient pas informés de l'enquête avant la consultation, afin de recueillir leurs impressions spontanées. Il leur était demandé de participer anonymement à une enquête, dans le cadre d'une thèse, et de donner leur opinion sur la consultation qu'ils venaient d'avoir.

Les critères d'inclusion pour les entretiens étaient : être un patient majeur, suivi par le médecin depuis au moins deux ans, avec un minimum de deux consultations en présence d'un interne.

Les entretiens ont eu lieu immédiatement après la consultation, dans un bureau inoccupé du cabinet médical, dans le couloir attenant à la salle d'attente, ou debout à l'extérieur du cabinet.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés numériquement sur un smartphone après accord des patients. Une feuille et un stylo étaient à disposition du patient pour l'aider à représenter ses réponses.

La trame d'entretien (annexe 1), inspirée d'études quantitatives publiées recueillant l'opinion des patients sur la présence d'un interne de niveau 1 chez leur médecin généraliste (6,9–11,13,16–19), a été élaborée après essai sur des sujets tests. Elle a été ajustée après le cinquième entretien.

Le but de la trame était d'explorer le ressenti des patients sur leur consultation et sur leur relation patient-médecin en présence d'un interne, ainsi que sur la relation triangulaire patient-médecin-interne. La trame comportait dix questions, avec des questions de relance si le sujet ne s'exprimait pas assez.

Les verbatim ont été intégralement retranscrits. Une analyse thématique de contenu (20–24) a ensuite été réalisée. La grille thématique a d'abord été élaborée de manière déductive, à partir de la trame d'entretien, puis elle a été adaptée de manière inductive plusieurs fois à partir des nouveaux

thèmes apparaissant dans les verbatim. Le codage des verbatim a été effectué en se limitant au sens strict des mots, sans interprétation de la part du chercheur, sans prise en compte des attitudes non verbales ni de ce qui a été dit hors enregistrement. Une saturation des données a été atteinte au onzième verbatim. Un glossaire (20–23) des termes utilisés dans les analyses qualitatives est disponible en annexe 2.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population et des entretiens

Quatre médecins généralistes des Bouches du Rhône, recevant un interne depuis plus de deux ans, ont participé à l'étude : une femme et trois hommes. Les quatre internes en stage à ce moment là étaient des femmes.

L'étude s'est déroulée trois mois et demi après le début du stage de niveau 1, ce qui a permis d'avoir des internes aux différentes phases du stage : deux internes étaient en phase d'observation (dont une qui avait refusé de passer à une phase plus active d'après son MSU) et faisaient des actes qui ne nécessitaient pas de contact avec les patients, deux internes étaient en phase active, de l'exécution d'actes sous supervision directe à la réalisation de toute la consultation sous supervision indirecte.

Les consultations dans ces cabinets avaient lieu sans rendez-vous au moment des entretiens.

Deux cabinets médicaux disposaient d'un bureau inoccupé pour la réalisation des entretiens.

Seize entretiens, réalisés entre août et septembre 2012, ont été retenus pour l'étude. Deux entretiens ont été écartés car les patients ne remplissaient pas tous les critères d'inclusion : un patient ne connaissait son médecin traitant que depuis un an, et un patient avait rencontré un interne pour la première fois lors de cette consultation. La population étudiée est composée d'un échantillonnage volontaire de dix femmes et six hommes, dont la moyenne d'âge était de 58 ans (Tableau 1).

Age	Sexe	Situation maritale	Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)
30	F	en couple	8. mère au foyer
30	M	en couple	6. agent de nettoyage
33	F	mariée	5. secrétaire
37	F	célibataire	4. hôtelière
43	F	mariée	6. manutentionnaire
49	M	en couple	6. cuisinier
53	M	marié	4. employé de la CPAM
54	F	mariée	8. mère au foyer
62	M	en couple	7 (ancien 5). retraité prothésiste dentaire / agent commercial
64	M	marié	7 (ancien 3). retraité assistant juridique
68	M	marié	7 (ancien 3). retraité cadre dirigeant électricien
75	F	veuve	7 (ancien 5). retraitée vendeuse
77	F	mariée	8. mère au foyer
79	F	mariée	7. retraitée vendeuse
82	F	veuve	7 (ancien 5). retraitée boulangère / ménage
86	F	veuve	8. sans profession

Tableau 1 : Ages, sexes, professions et catégories socioprofessionnelles de l'échantillonnage

Le temps de suivi des patients par leur médecin généraliste était compris entre trois et trente ans. Quinze patients avaient un suivi régulier au cabinet. Sept patients sont venus pour leur affection chronique, cinq patients pour une affection aiguë, deux patients pour des actions de prévention (certificat, vaccination, suivi de grossesse) et un patient pour une affection en cours d'exploration.

La moitié des patients interviewés a eu au moins cinq consultations en présence d'un interne, et sept patients en ont eu entre trois et quatre. Un patient n'avait rencontré que deux internes (tableau 2).

Ancienneté chez le médecin traitant (années)	Nombre de consultations en présence d'un interne	Fréquence des consultations	Motif de consultation
3	3	trimestrielle	prévention
3½	3	mensuelle	non renseigné
4	3	trimestrielle	affection aigüe
4	3	trimestrielle	affection chronique
5 ou plus	3	trimestrielle	affection aigüe
6-7	2	bimestrielle	affection en cours d'exploration
7	5-6	bimestrielle	affection chronique
7	>5	mensuelle	affection chronique
8	4	trimestrielle	affection chronique
10	>5	bimestrielle	affection aigüe
15	2-3	bimestrielle	affection aigüe
15 ou plus	5	mensuelle	affection aigüe
18	>5	trimestrielle	affection chronique
20	>5	trimestrielle	prévention
25 environ	>5	occasionnelle	affection chronique
30	>5	mensuelle	affection chronique

Tableau 2 : Ancienneté chez le MSU, nombre d'internes rencontrés, fréquence des consultations et motif de consultation

Les entretiens se sont déroulés dans un bureau, dans un couloir, ou à l'extérieur. Deux médecins généralistes ont demandé eux-mêmes à leurs patients, en fin de consultation, de rencontrer le chercheur dans un bureau attendant. Trois refus ont été recensés et deux patients sont partis avant l'entretien par manque de temps. Deux patients dans un des cabinets, et six patients sur les neuf sollicités par le chercheur dans un autre cabinet ont refusé de participer à l'enquête, par manque de temps.

Un cabinet médical étant trop petit pour réaliser les entretiens à l'intérieur, les interviews ont eu lieu dehors, le chercheur et les patients étant debout.

Les enregistrements des entretiens ont duré entre 6 et 24 minutes.

Durée	Bureau	Couloir	Extérieur	Total
< 10 min	0	2	2	4
[10-19] min	4	2	1	7
[20-24] min	4	1	0	5
Total	8	5	3	16

Tableau 3 : Durée des interviews en fonction de leur lieu de réalisation

2. La consultation : ressenti du patient, impact de l'interne

La majorité des patients sortait de la consultation en présence d'un interne en stage de niveau 1 avec des sentiments positifs : « *ça s'est bien passé* », « *très bien* », « *très agréable* », « *impeccable* », « *super* », « *je suis contente* ». Ils n'avaient pas éprouvé de « *gêne* » particulière, la présence de l'interne ne les avaient « *pas dérangés* ».

Pour certains la consultation avait été « *normale* », « *sans rien de spécial* ».

Une personne trouvait que la présence de l'interne était désagréable : « *ce n'est pas très agréable, je n'aime pas beaucoup avoir quelqu'un, une tierce personne au milieu* ».

Pour une patiente la consultation n'avait pas été satisfaisante, elle s'était sentie « *presque délaissée* », « *pas vraiment auscultée* ».

Le statut de l'interne était incertain : elle était « *un autre médecin* », « *un jeune médecin* », ou une « *deuxième personne* », « *une jeune femme* », une « *dame* », ou encore une « *élève* », une « *stagiaire* ».

Pour la majorité des patients, la présence de l'interne n'avait eu « *aucune* » conséquence sur la consultation. Les raisons avancées ont été :

- le motif de consultation. Les patients étaient venus ce jour-là pour une demande qui leur paraissait banale (« *pas... quelque chose de très grave* »), anodine (« *pas un truc secret* »), bénigne (« *quelque chose d'assez spécial... pas mon renouvellement* »).
- l'habitude et le nombre de rencontres avec l'interne. Les patients étaient habitués à la présence d'un interne, « *c'est un scénario pas nouveau* », « *j'ai eu quelques expériences avec d'autres personnes avec mon médecin* ». Les patients consultant régulièrement au cabinet avaient rencontré plusieurs fois l'interne (« *c'est la troisième fois que je la vois* », « *je vois la jeune fille chez le docteur tous les mois* »), ce qui avait permis aux patients de ne plus ressentir certaines « *réticences* » du « *début* », et à l'interne d'avoir « *beaucoup plus confiance en elle* » et de « *se mettre plus en avant* ».
- la surveillance et la validation par le MSU des actes effectués par l'interne. Lorsque l'interne faisait tout ou partie de la consultation, les patients vérifiaient que leur médecin avait « *regardé faire et c'est tout bon* », « *il la suit bien* », parce qu'elle « *est interne* ».
- l'effacement de l'interne. L'interne n'était « *pas intervenue du tout* », elle était « *restée en retrait* », elle avait « *regardé, écouté* ». L'interne avait « *fait les ordonnances sous la dictée du médecin* » et n'avait pas été « *tellement utile* ».
- la réaction du patient. Les patients étaient « *bienveillants* » envers l'interne et ne souhaitaient pas « *se plaindre* ». Une patiente avait pris le parti de parler « *comme si je parlais au médecin... que ce soit l'un ou l'autre* ».

- la personnalité de l'interne. L'interne était « *très bien* », « *à l'écoute* », « *calme* », mais était quelquefois « *un peu effacée, en retrait par rapport au médecin* ».
- la cohésion dans le discours tenu. La consultation avait été « *la même* » que sans l'interne car « *des fois ils sont pas du même avis, là ils étaient du même avis* ».
- la qualité de l'intervention de l'interne. La patiente avait comparé les actes effectués par l'interne avec ceux pratiqués par le médecin : « *c'est elle qui s'en est occupée, elle [fille de la patiente] s'est déjà fait enlever des points par notre médecin justement, donc c'était pareil* ».
- la présentation de l'interne par le MSU. « *Le médecin l'a présentée comme ayant déjà assisté à la consultation* ».

Au cours des entretiens, quatre patients qui avaient déclaré que l'interne n'avait eu aucun impact sur la consultation, ont finalement trouvé que la consultation avait été modifiée par les échanges médicaux entre le MSU et l'interne et par la durée de la consultation.

Les échanges médicaux entre l'interne et le MSU permettaient au patient de « *suivre en même temps* » et d'obtenir des explications « *plus détaillées* », ce qui était « *bien* ». Au contraire, un patient avait éprouvé « *une petite frustration* », car les « *discussions* » « *sur ce que j'avais* » et « *au moment de l'ordonnance* » ne lui « *apportaient rien* » et étaient « *du temps perdu pour évoquer certains autres problèmes* ».

Pour deux patients la consultation avait été « *plus rapide* » car l'interne « *a fait les papiers pendant que le docteur m'a ausculté* ».

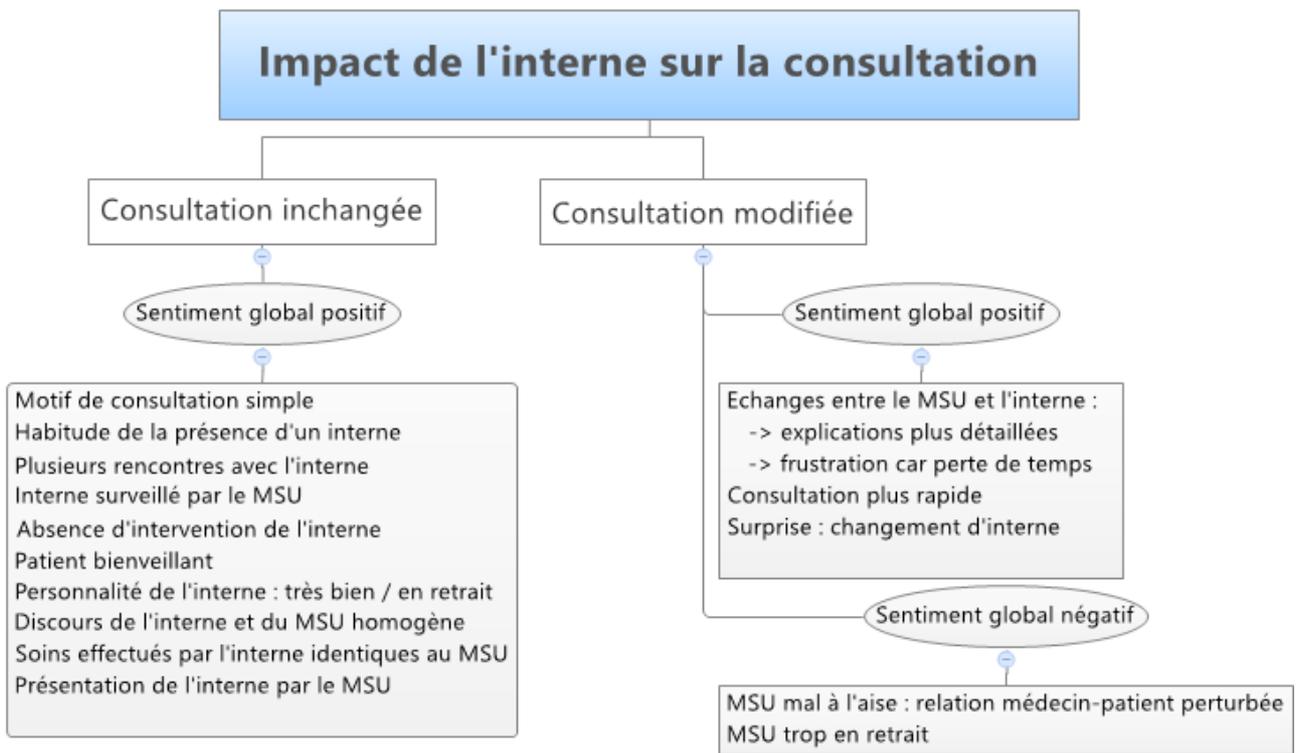
Certains patients trouvaient d'emblée que la présence de l'interne avait « *modifié quand même un petit peu la consultation* ».

Pour un patient c'était parce qu'il avait été « *surpris* » de voir une nouvelle interne : « *au mois de janvier c'était un homme, là je reviens c'est une femme* ».

La consultation avait été désagréable pour un patient qui avait ressenti une perturbation de sa relation avec son médecin, ce dernier n'étant « *pas très à l'aise avec cette interne-là précisément* ».

Une patiente se sentait « *moins bien suivie* » car bien qu'elle ait été « *bien reçue par la jeune femme* », qui était « *gentille, ... à l'écoute* » et l'avait « *ausculté* », le médecin se trouvait « *en arrière* », « *en retrait* » donc ce n'était « *pas lui qui m'ausculte en fin de compte* ». Le médecin « *nous connaît beaucoup mieux* », alors que l'interne ne connaissait « *pas tellement notre dossier, elle voit juste marqués des trucs* ». La patiente trouvait que le MSU n'avait « *pas fait vraiment son travail* ».

La Carte 1 présente les sentiments des patients sur la consultation et les conséquences de la présence de l'interne sur celle-ci.



Carte 1 : Impact de la présence de l'interne sur cette consultation

3. Les relations médecin-patient habituelles

3.1. Qualifications de la relation médecin-patient

Les rapports entre les patients et leur médecin traitant étaient « bien », « *impeccables* », « *super* », « *libres* ». La relation habituelle était qualifiée de « *relation de confiance* », de « *lien* », de relation « *patient-médecin* », « *normale* », « *ni plus ni moins qu'avec un autre* », ou au contraire le MSU était « *très proche de moi* ». Les patients en étaient satisfaits : « *je suis très contente* », « *je me trouve bien* ».

Il était « *difficile* » de parler de la relation médecin-patient habituelle, car il s'agissait de « *trucs intimes* ».

3.2. Facteurs entrant en jeu dans la qualité de la relation

Les « *compétences médicales* » et le professionnalisme du MSU avaient permis d'instaurer ou de conserver ces bonnes relations. Le médecin était « *à l'écoute* », savait « *rassurer* » et « *conseiller* », faisait de « *bons diagnostics* » et donnait de « *bons traitements* ». Il était « *très professionnel* », « *rigoureux* » et assurait « *un suivi total* » des patients. Il pouvait avoir un rôle paternaliste : « *je fais confiance au médecin, c'est lui qui sait mieux que moi* ». Le MSU était considéré comme « *un bon docteur* », « *un très bon médecin* ».

L'ancienneté de la relation a été évoquée par plus de la moitié des patients. La confiance s'était établie « *avec les consultations, au fil des années* ». Le MSU suivait certains patients depuis leur enfance (« *je le connais depuis que je suis petit, ma mère m'a toujours amené à le voir lui* ») ou depuis plusieurs dizaines d'années. Le médecin connaissait bien les patients : « *le docteur me connaît bien, il sait qui je suis* », « *il connaît votre corps, la maladie* », « *il a notre historique* ». Pour certains patients réticents à voir un médecin, il était donc « *moins difficile de venir ici* ». Un patient a précisé : « *y a pas longtemps [...] ça fait trois ans que je le vois* ».

La discussion occupait une place importante dans la relation. Les rapports étaient « *relativement faciles, décontractés* », grâce à « *un feeling, quelque chose comme ça* », ce qui permettait aux patients de « *poser des questions sans gêne* », de « *parler de nos problèmes* », et de se sentir confiant : « *on n'a pas peur d'aller vers lui, de lui confier des choses* », « *je parle de tout, je n'ai pas de secret pour mon médecin* ».

Les échanges pouvaient sortir du champ médical : « *il m'a donné une recette de Tequila* ». Un patient a ajouté : « *je peste contre lui un peu en arrivant dans son bureau [...] difficulté à avoir*

un rendez-vous [...] comme s'il avait trop de clientèle ».

Le médecin « *mettait à l'aise* » de par sa personnalité : il était « *accueillant* », « *avenant* », « *souriant* », « *gentil* », faisant preuve « *d'ouverture d'esprit* ». Pour certains patients c'était le « *niveau relationnel surtout* », « *le relationnel avec ma petite* » qui leur avait fait garder ce médecin.

Le médecin avait une « *petite pointe d'humour* » : « *je dirais pas que c'est un grand déconneur, mais quelque chose quand même un peu dans ce genre là* ». C'était « *vraiment quelqu'un de formidable* ».

La relation médecin-patient dépendait de l'humeur du médecin : « *des fois un peu sérieux, des fois [...] cool, des fois un peu pincé, des fois [...] normal* ».

Les patients étaient « *fidèles* » à leur médecin traitant « *une fois qu'il y a un lien* » : « *on n'en change pas à tout bout de champ* », « *on vient, on reste* », « *je suis bien tombé, je suis pas allé ailleurs* », « *je le changerais pas [...], j'espère la continuer [la relation] encore longtemps* ».

4. Impact sur la relation médecin-patient

4.1. Une relation inchangée

Pour la plupart des patients la présence de l'interne n'avait pas modifié leur relation avec leur médecin traitant : « *toujours le même relationnel avec mon médecin* », « *je n'ai pas ressenti de choses différentes de d'habitude* », « *rien n'a changé* ». Quatre causes ont été énoncées.

4.1.1. L'attitude du patient

Les patients avaient « *exposé* » leurs problèmes, « *parlé simplement* » de leur « *maladie* ». L'interne ne les avait « *pas gênés* ». Ils se sentaient « *comme d'habitude* », « *bien* », et avaient parlé « *de la même façon que s'il [le médecin] était seul* » : « *j'ai toujours dit ce que j'avais à dire* », « *on a abordé le sujet un peu personnel* ».

Quelquefois le patient « *installait* » les échanges avec l'interne, car « *ça détend l'atmosphère et ça rend complice l'interne* », « *pour ce côté un petit peu à côté, de familiarité, de sympathie* ».

D'autres patients avaient préféré ignorer l'interne et avaient « *essayé de la mettre en retrait* » : « *j'ai à communiquer avec mon médecin, je vais aller surtout vers le médecin que vers l'interne* », « *on était venu voir surtout le médecin, donc la compétence du médecin et pas la compétence de l'interne* ».

Dans certains cas la présence de l'interne ne dérangeait pas puisque habituellement « *je ne raconte pas ma vie, pas du tout* ».

4.1.2. L'habitude de la présence d'un interne

Les patients étaient habitués à la présence d'un interne : « *il a toujours quelqu'un, un autre médecin* », « *je l'ai toujours connu comme ça* », « *ça fait longtemps qu'il fonctionne comme ça, c'est pas nouveau* », « *j'aime bien, c'est super* », « *à chaque fois ça s'est bien passé [...] j'ai jamais eu de souci avec les personnes qui l'accompagnaient* ».

Certains patients avaient vu la même interne plusieurs fois : « *ça fait quelque fois qu'on la voit maintenant* », « *ça fait trois fois que je la vois, on prend l'habitude* ». « *L'appréhension* » du début était donc passée : « *maintenant ça va* ».

4.1.3. L'attitude du MSU

Les patients étaient réceptifs à l'attitude du médecin. Il était resté naturel, décontracté (« *du*

moment qu'il est à l'aise, ça vous met à l'aise aussi »), avait parlé « comme il le fait d'habitude », et avait gardé « son sens de l'humour ».

4.1.4. L'effacement de l'interne

L'interne était quelquefois « *en retrait* » : « *on n'a parlé que tous les deux* », « *elle ne m'a pas parlé* ».

4.2. Une relation modifiée

Certains patients, n'ayant pas en première réponse trouvé de modification de la relation médecin-patient, ont soumis quelques éléments qui pouvaient faciliter ou entraver cette relation. D'autres patients avaient noté d'emblée des changements dans leurs rapports habituels avec leur médecin. Au total, sept patients sur les seize interrogés éprouvaient des modifications : quatre patients pensaient que les relations avec leur médecin avaient été améliorées et trois patients pensaient qu'elles avaient été détériorées.

Les échanges médicaux entre le MSU et l'interne pouvaient être profitables au patient qui « *écoutait* », « *suivait* », « *participait* », et avait accès à « *des explications que nous on n'oserait pas demander au médecin, ou lui en pratiquant tous les jours, va peut-être pas penser à nous le dire* ».

Au contraire, le temps pendant lequel le MSU donnait des explications à l'interne avait été perçu comme un manque d'attention envers le patient : « *j'ai attendu, car il lui parlait, il a pas écouté ce que je disais* ».

La présence de l'interne pouvait « *fausser un petit peu les rapports* » lorsque « *dans ce cas là précisément* » le médecin n'était « *pas comme d'habitude* », « *un petit peu engoncé* » : « *quand on est que tous les deux, on a des rapports plus chaleureux* ». Mais « *c'est pas dramatique* », « *ça va parce que je le connais bien* » donc « *ça ne me fera pas changer* ».

Le médecin, « *comme il y a quelqu'un* », répétait des conseils devenus « *inutiles* » pour faire « *comprendre* » à l'interne qu'il fallait en donner.

Lorsque le MSU s'effaçait pour « *laisser faire* » l'interne, il semblait « *moins à notre écoute* », « *pas aussi attentif* ».

L'ambiance de la consultation devenait « *sympa* » grâce à une remarque amusante : « *je dis : on a ri* » et « *le docteur se met à rire aussi* ».

Une patiente venant régulièrement pour « *une dépression* », appréciait une présence féminine lors de ses entretiens avec son médecin : « *quelque part c'est bien aussi qu'il y ait une femme* ».

Un résumé des conséquences de la présence de l'interne sur la relation patient-médecin est proposé sur la Carte 2.



Carte 2 : Conséquences de la présence d'un interne sur la relation médecin-patient

5. Ressenti sur la relation patient-interne

La relation entre le patient et l'interne (carte 3) était « bien », « très bien », « bonne », « sympa », « impeccable » et même avec une certaine « complicité » : « on parle », « on discute », « on a ri ».

Les patients ont apprécié la « personnalité » de l'interne et son implication dans la consultation. Elle était accueillante (« elle reçoit bien »), « pas intimidée », « agréable », « gentille ». C'est elle qui avait fait « l'examen », « la consultation », qui s'était « occupée de tout pratiquement ». L'interne « parlait » et « expliquait bien ».

Souvent l'interne n'était pas une inconnue : « je l'ai déjà vue l'autre fois ». Établir un lien avec l'interne « n'a pas dérangé » même si « c'est la première fois que je la vois », car les patients étaient habitués à voir un interne.

Les patients étaient « assez ouverts ». Ils ont « discuté » « normalement » avec l'interne, « comme avec un médecin, peut-être pas comme si c'était le docteur », « comme si elle avait toujours été là », et ont « fait part de [leur] souci ». Ils se sont intéressés à l'interne : « je lui ai demandé [...] depuis combien de temps elle était là, comment ça se passait, si elle était bien, si elle se sentait à l'aise ». Certains patients ne souhaitaient pas être réduits à une pathologie : « j'ai blagué par rapport au médecin, comme ça elle verra autre chose de moi ».

Un patient malvoyant a senti une relation s'établir avec l'interne au moment de l'examen clinique car elle était « très proche, donc je vois les traits », c'était « comme une deuxième phase de discussion ».

Certains patients ont rapporté n'avoir « pas eu de relation », « pas avec l'interne » : « y a pas de contact ». « Un lien [...] quelque chose s'est créé, pendant la durée de la consultation [...] sans plus », il y a eu « des moments » où l'interne « m'a échappé » ; « je m'en souviens pas ».

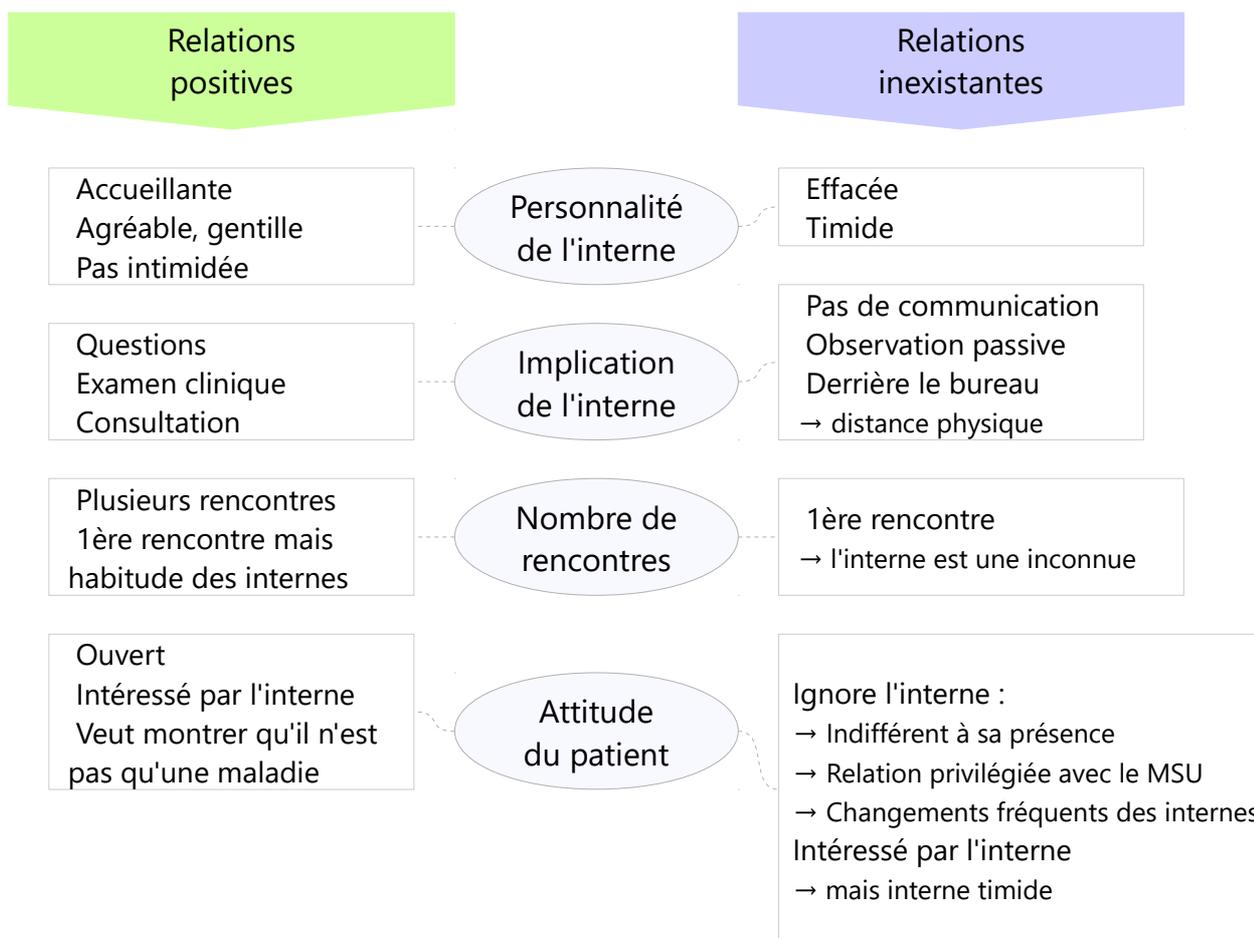
L'interne était « restée en retrait » pendant la consultation : « il n'y a pas eu effectivement d'auscultation de sa part ». Elle n'avait « pas parlé », « rien demandé », « rien dit de plus, bonjour, au revoir ». Mais les patients l'ont observée : « elle a observé », « elle a écouté », « elle a pris des notes », « elle a fait les papiers » « sous la dictée du médecin ». « Si c'était l'interne à la place du médecin, et que le médecin surveille, oui, il y aurait eu plus de relation ».

Certains patients se sont intéressés à cette personne : « je lui ai demandé combien de temps ça faisait qu'elle était là » « parce que » « l'interne je ne la connais pas », elle semblait « très effacée » « un peu timide ». Mais l'interne a répondu « un peu derrière sa main et que je n'ai rien compris, c'est quand même le toubib qui m'a répondu ».

Les patients ne souhaitaient pas toujours établir une relation avec l'interne, notamment lorsqu'ils voyaient régulièrement des internes différents : « je vais pas parler avec tout le monde ». Des patients ont essayé « de la mettre en retrait », ce qui leur semblait « normal » : « je ne suis pas inaccessible » mais « je ne vais pas aller vers un interne alors que j'ai mon médecin juste à côté de

moi ». Ils n'ont « *pas spécialement* » souhaité une relation car « *au départ elle nous connaît pas* », donc il n'était « *pas logique qu'elle intervienne* ». La « *présence de l'interne* » ne les « *gênait pas* ».

L'endroit où était placée l'interne a joué dans cette absence de relation. Pendant l'examen « *elle était au bureau, sur l'ordinateur* », « *il y en a qui sont plus près* », « *moi, je ne l'ai pas vue* ».



Carte 3 : Facteurs permettant ou non l'établissement d'une relation avec l'interne

6. Le binôme médecin-interne : ressenti du patient

La relation entre le médecin et l'interne, que ce fut « *aujourd'hui* » ou à « *chaque fois* », était « *bonne* », « *normale* ». Ils avaient l'air de « *bien s'entendre* », avec même « *une certaine complicité* ».

Les échanges verbaux occupaient une grande place dans cette relation : « *ils échangent pas mal quand même* », « *ils se parlaient et c'est normal* », ils « *en discutent* », ils ont « *confronté leurs points de vue* ». C'était nécessaire (« *il faut* ») pour « *certaines choses* », « *par rapport à ce que j'avais* ».

Les patients, spectateurs de ces discussions, ne se sentaient « *pas mis de côté* », « *au contraire* », et mesuraient les progrès de l'interne : « *on sent vraiment qu'elle a pris de l'assurance* ».

Quelquefois les discussions étaient inaudibles (« *j'ai pas entendu* ») car le médecin et l'interne se parlaient « *à voix basse* », « *derrière l'ordinateur* ». Les patients ne savaient pas quel était le sujet des échanges : « *quoi exactement je sais pas* ».

Le MSU avait un « *rôle pas directif mais de consigne, de côté relationnel* », « *on voit qu'il est là pour chapeauter [...], superviser* ». Il « *montrait* », « *posait des questions* », « *expliquait* », et « *vérifiait* ». Le MSU « *laissait faire* » l'interne, « *c'est normal* », « *pour qu'elle fasse son boulot* » et car elle était là « *pour apprendre* ».

Le médecin et l'interne, « *à deux* », étaient « *complémentaires* » car « *elle donne son avis, puis il donne le sien* ».

Quelques patients ont dit n'avoir « *rien* » ressenti entre le médecin et l'interne « *aujourd'hui* » : « *avec celle-là spécialement, je sais pas comment il est* ». L'interne concernée était restée passive et silencieuse pendant la consultation. Ces patients ont perçu une distance entre le médecin et l'interne : « *il n'est pas très à l'aise non plus avec elle* ».

7. Ressenti sur la relation triangulaire patient-médecin-interne

7.1. Sur le plan de l'intimité

Sept patients se sont sentis plus proches de leur médecin que de l'interne sur le plan de l'intimité (tableau 4). La consultation avait été menée par le MSU, l'interne étant « *inexistante* », « *comme si elle n'était pas là* ».

Plusieurs de ces patients n'avaient pas créé de lien avec l'interne, mais ne se sentaient « *pas du tout* » gênés par sa présence. Une personne pensait que « *après tout, c'est pas parce que la personne n'intervient pas qu'il n'y a pas du tout d'intimité avec elle* ».

Certains patients avaient « *plus tendance à parler avec [leur] médecin* », mais cela ne les « *dérangeait pas de parler avec un interne* ».

La relation intime patient-médecin a été modifiée pour un patient qui s'est senti « *un peu moins proche de [son] médecin que d'habitude* » car le médecin n'était « *pas comme d'habitude, plus sur la réserve* ».

Les relations intimes étaient équilibrées pour six patients : « *tout le monde au même niveau* », « *pareil* », « *il y avait trois personnes* ». Les patients se sentaient aussi proches de l'interne que du MSU : « *des deux pareil* », « *c'est les deux de toute façon* ».

Ce sentiment d'intimité était apparu grâce à l'implication de l'interne dans la consultation (« *elle a fait c'qu'y avait à faire* ») ou par une certaine complicité avec le patient (« *on a ri* »), « *même si le docteur je le connais depuis plus longtemps* ».

Quelques patients se sont sentis plus proches de l'interne que de leur médecin sur le plan de l'intimité « *pendant la consultation vers la table d'examen* », car ils avaient été « *examinés par l'interne qui m'auscultait* », pendant que « *le médecin était au bureau* ».

Les internes ont activement participé à neuf consultations. Ce sont lors de ces dernières que les relations triangulaires intimes ont été équilibrées ou que les patients se sont sentis plus proches de l'interne que du médecin.

Catégories identifiées	Ressenti du patient		
	Plus proche du MSU	Relations équilibrées	Plus proche de l'interne
Implication de l'interne	interne "inexistante"	interne impliquée et participant	examen clinique ➔ proximité physique
Relations patient-interne	pas de relations avec l'interne	bonnes complicité	
Attitude du patient	s'adresse préférentiellement au MSU		
Attitude du MSU	"sur la réserve" : relation patient-médecin plus distante que d'habitude		pas d'examen clinique ➔ distance physique

Tableau 4 : Relations d'intimité pendant la consultation

7.2. Relations de confiance

Le degré de confiance que les patients pouvaient placer dans l'interne par rapport à leur médecin (Tableau 5) dépendait de deux thèmes principaux : le statut de l'interne (stagiaire, accompagnée du MSU) et le facteur temps.

Un peu plus de la moitié des patients avaient « *plus confiance* » dans leur médecin que dans l'interne.

Le statut d'étudiant de l'interne diminuait la confiance accordée, le fait que l'interne fût accompagnée du médecin justifiait ce sentiment : « *elle est interne* », « *elle est là pour apprendre* », « *c'est sûr qu'il lui faut sa chance* », « *je préfère le vrai docteur* », « *c'est le médecin pour le moment* ».

Le facteur temps expliquait l'entière confiance accordée au médecin : « *ma confiance à la base est à mon médecin, pas à l'interne* » « *parce que je le connais* », « *le médecin me suit depuis plusieurs années, il est plus au courant* ». Le nombre de rencontres justifiait la moindre confiance accordée à l'interne : « *c'est pas que je lui fais pas du tout confiance* » mais « *elle me voit pour la première fois* », « *elle ne nous connaît pas vraiment* ».

Pour certains patients la question de la confiance accordée à l'interne ne se posait pas car « *je vais voir mon médecin pour un truc particulier [...], sa présence [de l'interne] me dérange pas, je n'en ai rien à faire* », ou car l'interne n'avait « *pas participé* ».

Les autres patients avaient une confiance égale ou presque en l'interne et en leur médecin : « je lui fais une entière confiance dans l'interne [...] dans les deux », « pareil », « je l'aime bien l'interne ».

Le statut d'étudiant de l'interne n'était pas un frein à la confiance qu'ils ressentaient, car la consultation avait lieu en présence du médecin traitant : « c'est vrai que ça reste un interne accompagné, [...] c'est qu'elle a besoin d'apprendre », « je lui fais quand même pas confiance à 100 % comme mon médecin », « on ne connaît pas la personne, on ne sait pas vraiment de quoi elle est capable ». Si l'interne était présente dans un cabinet de médecine générale, c'est que son niveau le permettait (« s'ils sont là c'est que ils sont aptes »). Les patients se sentaient investis dans leur rôle : « c'est notre rôle de la laisser faire si on veut qu'elle apprenne », « la personne est là pour exercer son métier, il faut lui faire confiance sinon c'est pas la peine ». Les patients faisaient confiance au médecin pour qu'il ne laissât faire les internes que s'ils étaient prêts : « s'il la fait faire [...] c'est qu'il sait qu'elle est apte, et il est là pour rectifier les erreurs qu'elle peut faire », « si on a confiance dans le médecin, on doit avoir aussi confiance pour ça ».

Au moment des entretiens les internes étaient en stage de niveau 1 depuis au moins trois mois et demi, ce qui avait permis à certains patients de les rencontrer « quelques fois ».

La confiance accordée à l'interne dépendait du motif de consultation : « c'était juste pour enlever des points ».

L'unité du discours tenu par l'interne et le MSU (« ils ne se sont pas contredits ») et l'assurance de l'interne (« elle m'a répondu en fonction de sa science, sans détours ») jouaient en faveur de l'interne.

Catégories	Confiance plutôt dans le MSU	Egale confiance entre l'interne et le MSU
Interne stagiaire	"elle est interne"	"elle est apte"
Interne accompagnée	c'est qu'elle est "là pour apprendre"	"le médecin peut rectifier ses erreurs"
Temps	relation médecin-patient ancienne : confiance installée interne vue pour la 1ère fois	plusieurs rencontres avec l'interne
Participation de l'interne	pas de participation	assurée, même avis que le MSU
Attitude du MSU		laisse faire l'interne → confiance dans ses capacités
Attitude du patient	indifférent envers l'interne	laisse faire l'interne : → participation formation des médecins → transfert de confiance du MSU à l'interne
Motif de consultation		simple

Tableau 5 : Relations de confiance

7.3. Ressenti sur les relations triangulaires en général

La moitié des patients ont trouvé que les relations triangulaires, en général, étaient « *équilibrées* », « *sympa* », « *bien* ».

Les patients étaient sensibles à la présentation de l'interne par le MSU (« *il n'y a pas de surprise* »), à la participation active de l'interne pendant les différentes phases de la consultation, et à ses compétences médicales (« *ils sont du même avis* »). L'équilibre se faisait car le médecin et l'interne apparaissaient comme un binôme.

Avec le temps et le nombre de rencontres qu'elle avait eu avec un même patient, l'interne « *prenait plus d'initiatives, [...] elle prenait plus confiance en elle* ».

Presque tous ces patients avaient créé un lien intime avec l'interne pendant la consultation, et la moitié plaçait une même confiance dans le MSU et dans l'interne.

Les consultations pendant lesquelles l'interne était en retrait ont été ressenties par les patients comme déséquilibrées : « *cette relation à trois [...] elle ne participe pas* », « *l'interne était tellement absente, j'avais une relation avec mon médecin, avec elle pas du tout* », il y avait « *un manque de présence, au niveau relationnel avec le patient* ». Les patients faisaient l'effort de parler « *aux deux* », « *mais plus le docteur* » « *c'est sûr* ». L'ancienneté de la relation avec le MSU était aussi un facteur expliquant les liens relationnels plus forts avec ce dernier qu'avec l'interne : « *je la connais beaucoup plus que l'interne* », « *j'ai pas vu de différence, mais j'ai quand même préféré le docteur* ».

Une patiente a ressenti l'ordinateur comme une barrière : « *c'était plus l'interne avec le docteur à l'ordi* ».

7.4. Apports des expériences passées

Les interviewés ont fait référence à leurs expériences passées avec d'autres internes pour apporter plus de précisions aux facteurs qui pouvaient faciliter ou entraver les relations triangulaires.

7.4.1 Le nombre de rencontres

Les relations triangulaires avaient tendance à être plus équilibrées lorsqu'un patient avait rencontré un même interne à plusieurs reprises. « *La première fois* » certains patients se sentaient « *un peu gênés* », et l'interne était « *plus en retrait, plus discret* ». Après « *plusieurs rencontres* », une « *relation* » pouvait s'établir, et les patients acceptaient mieux que l'interne « *intervienne* ».

7.4.2 L'interne

La place que prenait un interne dans la relation triangulaire dépendait de « *sa personnalité* », de « *sa nature profonde* », de « *la personne en elle-même* » et s'il était « *au début des études ou en fin de cycle* ».

Un interne « *souriant* », « *gentil* », « *sympathique* », « *doux* », « *calme* », qui participait à la consultation en étant « *à l'écoute* », en posant « *des questions* », et en faisant « *l'examen* » de façon « *minutieuse* », s'intégrait naturellement dans la relation triangulaire. Les patients en gardaient un souvenir positif.

Un interne « *discret* », « *effacé* », « *timide* », « *pas très expansif* » et ne participant « *pas du tout* », dans « *l'idée de pas faire de bruit, de pas gêner* », se retrouvait « *totalelement à part* », « *dans l'ombre* ». Les patients respectaient cette distance (« *si ça a été sa décision à elle, certainement qu'elle avait des raisons, j'ai rien à redire* ») car l'interne était « *là pour apprendre* », et espéraient qu'il avait « *trouvé ce qui l'intéressait au fur et à mesure de la consultation* ». Cette situation n'était pas toujours agréable pour les patients, qui avaient « *vu des internes plus loquaces, qui participaient plus quand même* », et qui avaient « *plus rigolé avec d'autres* ».

7.4.3 Le patient

Certains patients étaient « *de nature assez sociable* », « *ouverts à la discussion* », « *directs* », et ne souhaitaient pas mettre « *la personne mal à l'aise* ».

D'autres patients n'oubliaient pas le statut « *d'élève* » de l'interne et essayaient de le mettre en retrait ou lui donnaient des directives (« *je lui ai dit qu'il fallait me faire la tension* »).

7.4.4 Le motif de consultation

L'interne était mieux accepté quand ce n'était « *pas une consultation très importante* ». Quand la consultation était rapide (« *aujourd'hui : hop !* », « *pas plus de consultation que ça* ») et que l'interne ne participait pas, les patients n'avaient « *pas eu le temps* » de faire attention à l'interne.

S'il s'agissait d'un « *problème plus sérieux* », « *d'une maladie plus importante* » certains patients ne se disaient « *pas gênés* », d'autres, n'ayant pas été dans cette situation, ne « *pouvaient pas dire* » quelle aurait été leur réaction. Certains patients avaient eu leur première consultation avec le MSU en présence de l'interne, ils avaient dû « *exposer leurs problèmes* » et n'avaient pas été « *bloqués* », même si cela n'était « *pas évident* ».

La présence de l'interne était gênante pour des problèmes « *particuliers* », « *personnels* », « *pas très marrants* » (« *sexuels* », « *gynéco* », « *intimes* ») : ils « *concernaient mon médecin et*

moi », et les patients demandaient « à l'interne de sortir » ou n'en « parlaient pas » et attendaient une consultation seuls avec leur médecin.

7.4.5 Le MSU

L'attitude du MSU dépendait de l'interne : « *je l'ai vu plus à l'aise avec d'autres [internes]* ».

Le médecin avait « *un rôle à jouer* », c'était lui qui « *gérait* » la place de l'interne : soit il le faisait « *participer normalement* », soit il le mettait « *dans un coin* » et l'interne ne « *participait pas* ».

7.4.6 La présentation de l'interne

Les patients appréciaient que le MSU leur « *présente* » l'interne et « *explique pourquoi la personne [était] là* », notamment lorsqu'ils voyaient un nouvel interne. Ils n'étaient « *pas surpris* », « *pas choqués* ».

Lorsque le MSU n'avait pas fait les présentations et que l'interne ne s'était pas présentée, les patients étaient « *pas surpris mais presque* » et se demandaient si la personne présente était une « *nouvelle* » « *stagiaire* » (« *visiblement c'est une interne ?* ») et ressentaient les changements (« *d'habitude il présente un peu plus que ça* »).

8. Les compétences de l'interne

8.1. Compétences médicales

Cinq patients pensaient que l'interne avait des compétences « *identiques* », « *c'est pareil* » que le MSU car « *elle m'a bien expliqué* », « *elle a consulté* ». L'interne et le médecin « *se sont consultés tous les deux, ont changé le traitement tous les deux* », et le médecin « *n'a pas eu besoin de reprendre derrière elle* ». L'interne avait « *un tout petit peu moins de professionnalisme, il faut le dire, on le sait, puisqu'elle est jeune* », mais elle était « *très très bien* ».

Certains patients ne pouvaient « *pas avoir un avis* » ni « *dire quelle compétence* » avait l'interne car celle-ci n'étant « *pas intervenue* » (« *ni elle visite, ni elle vous prend la tension, ni rien* »), ils ne connaissaient « *pas son travail* ». Des patients n'étaient « *pas venu pour la compétence de l'interne* » et considéraient que ce n'était « *pas notre problème* ». Ils observaient cependant que l'interne avait « *bien rédigé* » les ordonnances, « *ça veut dire qu'elle a compris* ».

De par son statut, l'interne n'avait pas les mêmes compétences que le MSU : « *je pense que le médecin est meilleur : il est médecin* ».

Lorsque le médecin avait « *dit qu'elle était spécialiste* », le patient le « *croyait* » et pensait que l'interne était plus qualifiée que le MSU pour cette consultation.

8.2. Compétences relationnelles

Au niveau des compétences relationnelles l'interne avait « *du travail* », « *un peu de progrès à faire* » car c'était « *pour ça qu'elle [était] là* ». Elle était « *polie* », ne parlait « *pas beaucoup* ». Même si l'interne avait « *les compétences* », cela ne faisait pas assez longtemps que les patients la connaissaient (« *je ne l'ai vue que quelques fois* ») par rapport à leur médecin (« *ça fait plus de temps, ça fait plus d'années que je le connais* »).

Certains patients ne pouvaient « *pas dire* » ni « *avoir un avis* » sur les compétences relationnelles de l'interne car celle-ci n'avait « *rien dit à part faire les feuilles [...], on a le contact de la présence* », elle n'avait « *pas trop parlé* », « *il n'y avait pas de relation, pas de contact* ». Les patients ne la connaissaient pas, ne savaient pas « *si elle est nouvelle, ancienne* », notamment lorsqu'ils la voyaient « *pour la première fois* ». Ils en déduisaient que le médecin était beaucoup plus compétent que l'interne sur le plan relationnel. Un patient, ne voulant « *pas lui faire de tort* », « *lui laissait le bénéfice du doute* » et « *espérait* » que l'interne avait les mêmes compétences que le MSU : « *je pense que c'est quelqu'un de normal* », « *qu'elle aura au minimum des relations* ».

standards », « le jour où elle va être médecin elle sera bien obligée de participer, sinon elle va faire sa valise rapidement, elle aura jamais aucun client ».

Deux patients trouvaient que l'interne « *était à sa place* », qu'elle n'avait « *absolument rien à apprendre* », même s'ils préféraient « *le docteur car ça fait beaucoup plus longtemps* ».

8.3. Compétences de médecine générale

Pour les compétences de médecine générale, l'interne était « *faite pour être médecin généraliste* » mais avait « *encore des progrès à faire* », « *encore un peu* ».

Elle avait « *légèrement moins* » de compétences que le MSU car il avait « *la vision du malade* », il connaissait « *le dossier complet du patient* » qu'il suivait depuis « *plus longtemps* », « *des années* ». L'interne n'avait vu les patients « *que deux, trois fois, pas plus* » et n'avait vu « *que la facette de l'examen d'aujourd'hui, donc il y en [avait] beaucoup qu'elle [n'avait] pas vues* », elle ne connaissait « *qu'un peu le dossier* » et ne connaissait « *pas la cliente, le patient* ».

L'interne n'était « *pas compétente encore à l'heure d'aujourd'hui, parce qu'elle [était] là pour apprendre, sa compétence viendra dans les années à venir* ». « *Il faut de tout pour être médecin généraliste* », l'interne devait apprendre « *la patience* », « *la subtilité* ». « *Elle est bien* », « *mais il faut qu'elle débute* » : « *ça va être un très bon médecin par la suite* ».

Il était « *difficile d'évaluer* », c'était « *une question piège* » car le patient n'était pas venu « *pour quelque chose de général* », et « *suivant les questions qu'on va poser c'est plus notre médecin qui va nous répondre* ». Les compétences médicales que l'interne avait pu montrer sur une consultation ne prouvaient pas qu'elle avait les compétences de médecine générale.

Quelques patients ne pouvaient « *pas dire les compétences* » que l'interne avait, ou lui en accordaient très peu, car soit l'interne était « *restée en retrait* », soit elle n'avait « *pas ausculté vraiment* » même si elle était « *gentille* » et avait « *fait participer le médecin* ».

9. Opinions des patients sur le stage ambulatoire de niveau 1

9.1. Apports du stage pour l'interne

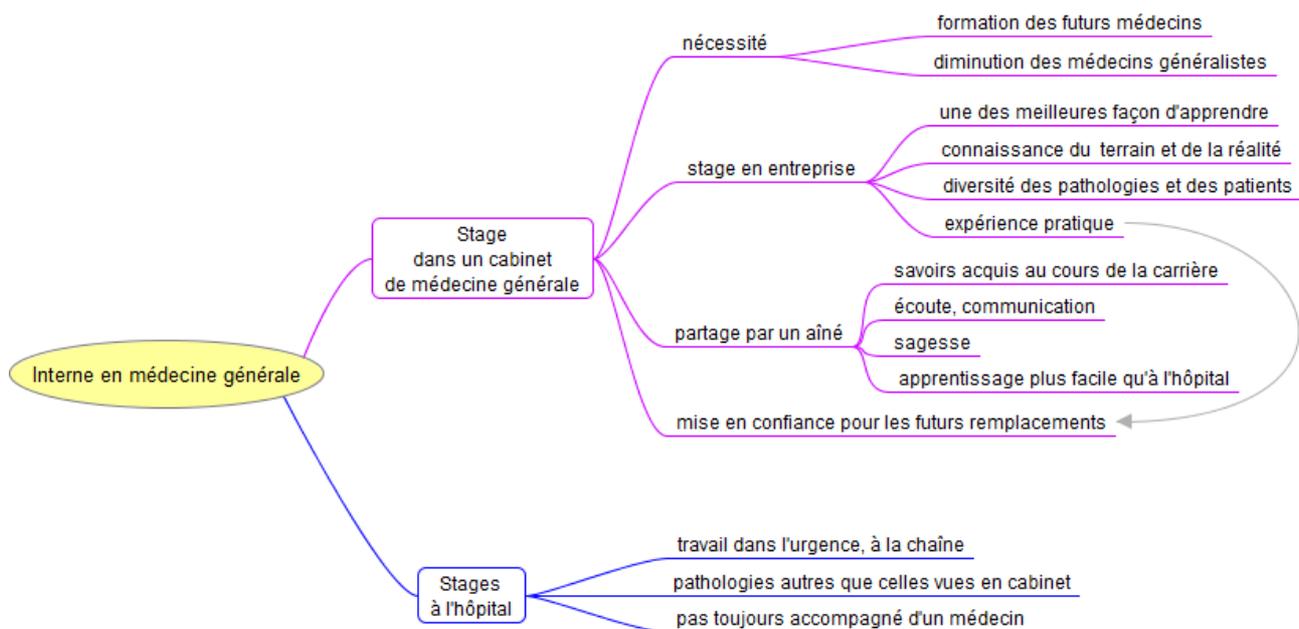
Le stage était « utile », « bien » « pour l'avenir des jeunes médecins », « surtout pour l'interne », « pour lui d'abord » (Carte 4). Il était perçu comme une « nécessité », un « besoin », pour « faire ses études, travailler » et pour « qu'ils tracent leur vie ». La baisse du nombre de médecins généralistes a été évoquée : « si l'apprentissage se fait pas, il n'y en aura plus », il n'y avait « pas assez de gens qui ont la connaissance de la médecine générale ».

Ce « stage en entreprise » leur donnait « une petite expérience » et était « certainement une des meilleures façon d'apprendre pour eux » leur « métier ». Les internes étaient « mis en situation », ils prenaient connaissance du « terrain » et de « la réalité », « qui est pas comme la théorie » : « on dit que la pratique est le mieux ». L'interne était « là pour apprendre », « comme dans tous les métiers », « au contact du médecin ». Le stage permettait « d'entendre », « d'écouter », de « voir » « tout au long de la journée » « différents cas, différents patients, différents degrés de maladie ou de pas-maladie ». La médecine générale c'était « beaucoup le relationnel, la communication, le soin ».

« A l'hôpital » les internes étaient « au contact des patients aussi » mais c'était « la cohue », « à la chaîne », avec des « maladies autres à gérer », « plus dans l'urgence ». Les patients n'étaient pas toujours satisfaits car les internes n'étaient « pas avec le docteur ». En cabinet les internes apprenaient « moins qu'à l'hôpital » mais « plus facilement », « vraiment bien », car c'était « plus familial », « en vase clos ».

Le stage n'était pas seulement une « source d'apprentissage », mais aussi un « partage » entre le MSU et l'interne, un « échange », « une relation qui pourrait en apprendre beaucoup l'un de l'autre ». « Les médecins comme ça [pouvaient] apprendre beaucoup à des médecins débutants » car ils avaient « ce degré de médecine que eux n'ont pas encore à l'âge où ils sont » : « la patience », « l'écoute », la « sagesse », « les connaissances surtout ».

Le stage permettait aux internes d'avoir « confiance en eux », c'était « beaucoup mieux de passer comme ça que de tomber directement [...] dans la nature ». Un patient a comparé le premier remplacement d'un jeune médecin au premier poste d'un instituteur. « Enfin c'est comme les professeurs, les maîtres d'école : il sortent de l'école, on les jette dans une classe, bon... Démerdez-vous avec 25 petits [...] Et bon, les internes qui deviennent médecins, et quand on leur dit, bon, tu vas faire un remplacement, la fleur au fusil, c'est pareil. Le stress de se tromper, le stress de... ».



Carte 4 : Apports du stage de niveau 1 pour l'interne

9.2. Conséquences de la présence d'un interne pour le médecin

La moitié des patients interrogés pensait que la présence de l'interne apportait « *un plus* », « *une aide* » au MSU, et lui était « *profitable* ». Cela dépendait « *du caractère, du tempérament* », de ce qu'ils avaient « *à échanger tous les deux* » (Carte 5).

Après quelques années d'exercice « *répétitif* », sans être « *aiguillonné* », le médecin s'installait dans une « *routine* », une « *habitude* », entraînant « *une baisse de concentration et de qualité* » : « *on oublie quelque chose au bout d'un moment* ». « *Du point de vue purement médical* », il devenait « *peut-être moins attentif aux dernières choses qui sortaient, même s'il pouvait en acquérir d'autres au fil des ans* ».

Les « *jeunes médecins* », « *qui apprennent en permanence les dernières techniques* », pouvaient « *donner des conseils* », « *partager* », « *transmettre leurs connaissances* » et « *peut-être apprendre des choses* » au MSU, lui apporter un « *regard nouveau sur la médecine* ». Ce dernier était « *obligé* » de « *rester dans le coup* », « *de se remettre en place* » pour « *pouvoir suivre également ce que les jeunes amenaient* ».

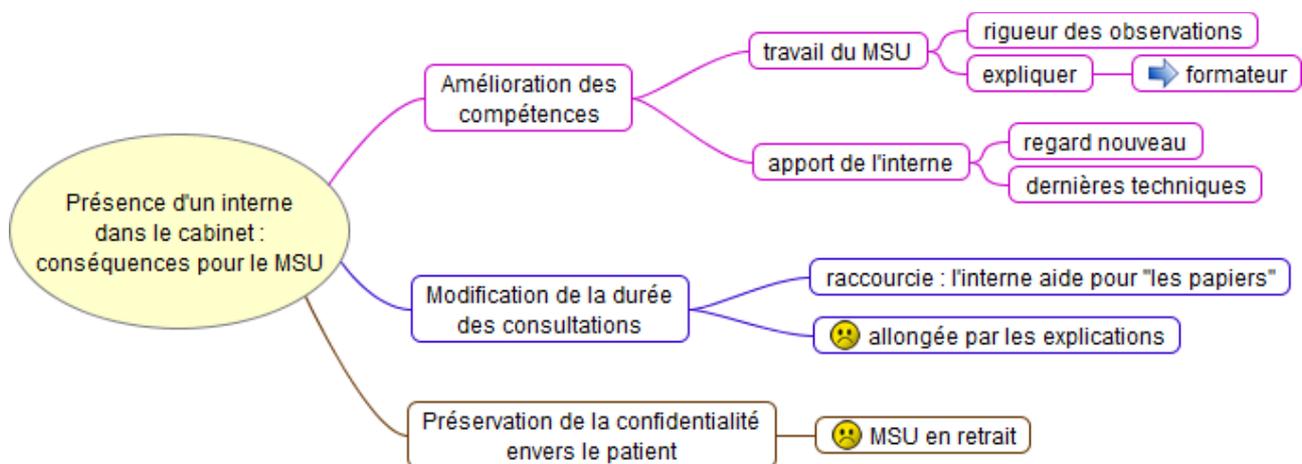
Le médecin devait avoir « *une certaine rigueur* » face à l'interne, « *indépendamment de ses compétences* ». Il était « *obligé de faire un état des lieux* » sur ce qu'il avait vu, en faisant « *attention à ce qu'il racontait* » et ne devait « *pas passer à côté des choses* ». « *Expliquer* » et « *se*

remettre en question » était « toujours formateur », « intéressant ».

Le MSU avait « du mérite » et était « à la limite, même, presque plus compétent ».

Le bénéfice était quelquefois plus immédiat pour le médecin : ça « lui permet d'avancer dans son travail » car l'interne avait fait « les feuilles » et « dans l'ordinateur ».

Recevoir un interne pouvait être « un handicap » pour le MSU. D'une part cela « ralentissait un peu ses consultations » car « ils se concertent quand même ». D'autre part « pour protéger son patient » le médecin se mettait « plus en retrait ».



Carte 5 : Conséquences de la présence d'un interne en stage pour le MSU

9.3. Ressenti des patients sur l'existence du stage

9.3.1 Acceptation de l'interne

Le stage de niveau 1 était « bien », « très bien », il n'avait « rien d'extraordinaire », était « tout à fait normal » et paraissait être « une bonne méthode ». Ce stage, « nécessaire », était « rare » et aurait dû « se faire plus souvent » : « heureusement qu'il y [avait] des docteurs qui acceptaient des internes » car ce n'était « pas tous qui en prenaient ». La formation des futurs médecins généralistes en cabinet de médecine générale était « plus logique », c'était « un bien » « pour tout le monde ». « Tout le monde [était] gagnant à la fin ».

Les patients étaient habitués à voir un interne et ne se sentaient « *pas obligés de l'accepter* » : « *on se sent un peu gêné au début et puis après non* ». La présence de l'interne « *ne gênait pas* », « *ne dérangeait pas du tout* », « *au contraire* », ou leur était « *égale* », mais pour certains patients cela dépendait de « *qui, quoi, quand* ».

Les patients transféraient leur confiance de leur médecin à l'interne : « *Si le médecin laisse faire l'interne c'est qu'il juge qu'elle est capable* », « *si on a confiance dans le médecin on doit avoir aussi confiance pour ça* ».

Les patients « *quoi qu'il arrive* » ne refuseraient « *pas un interne* », car ils acceptaient le stage « *comme une nécessité* » et faisaient « *l'effort de le faire* », voire étaient « *d'avance favorables* », « *presque volontaires* ». Ils pensaient à leur rôle dans la formation de l'interne : « *si on l'exclut des consultations importantes il verra que la routine* », l'interne ne devait « *pas être là pour rien* ».

Le MSU recevait des encouragements : « *qu'il continue le docteur ! Qu'il dise à ses confrères que c'est bien !* ».

Quelques pistes pour l'amélioration du stage ont été suggérées par les patients. « *L'idéal pour le lien* » aurait été que « *le médecin ait plus de temps pour présenter le patient qui va rentrer* ». Les quatre médecins qui ont accepté de participer à l'étude recevaient leurs patients sans rendez-vous au moment des entretiens.

L'interne devait « *intervenir* », « *parler, pas seulement écouter* », « *rentrer dans cette communication* » parce « *qu'il y a la psychologie, des choses que le médecin il recherche, tout, maintenant ou qui vont apparaître* ».

9.3.2 Bénéfices pour les patients

Presque la moitié des patients pensaient que le stage en cabinet de médecine générale était bénéfique pour eux-mêmes.

Les discussions entre l'interne et le MSU « *apportaient un plus* » aux patients. Ils « *écoutaient* » les explications données par le MSU et bénéficiaient d'un « *deuxième avis* ». L'interne et le MSU « *se complétaient* », ils étaient « *pratiquement toujours du même avis* ».

Le stage « *rassurait* » les patients et leur donnait « *confiance* » dans « *le futur médecin* ».

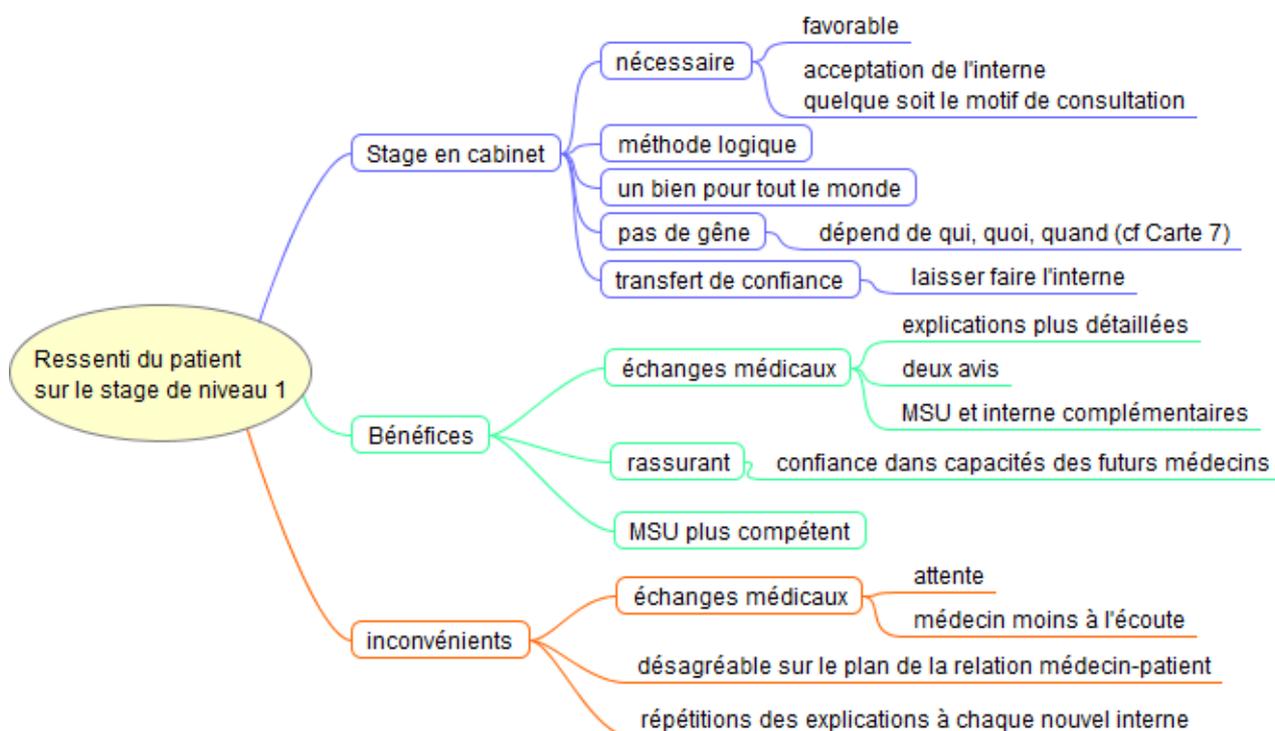
Le stage était une « *bonne chose* », car s'il n'avait « *pas d'influence directe sur la façon dont [le médecin] me soigne, pas de modification sur le plan médical pur* », le patient retrouvait un « *bénéfice indirect* » « *dans la mesure où le médecin est obligé d'être plus compétent* ».

9.3.3 Inconvénients de la présence de l'interne

La présence d'un interne n'était quelquefois « *pas très agréable* », car pendant que le MSU « *expliquait à l'interne* », les patients « *attendaient* » et avaient l'impression de n'avoir « *pas l'attention complète du médecin* ». C'était « *désagréable sur le plan de la relation* ». Un patient

expliquait que « *répéter que j'ai une maladie...* », « *expliquer ce que c'est* », à chaque nouvel interne était difficile pour lui car il n'avait « *toujours pas fait le deuil de [sa] vue* ».

La carte 6 résume les sentiments des patients sur le stage ambulatoire de niveau 1.



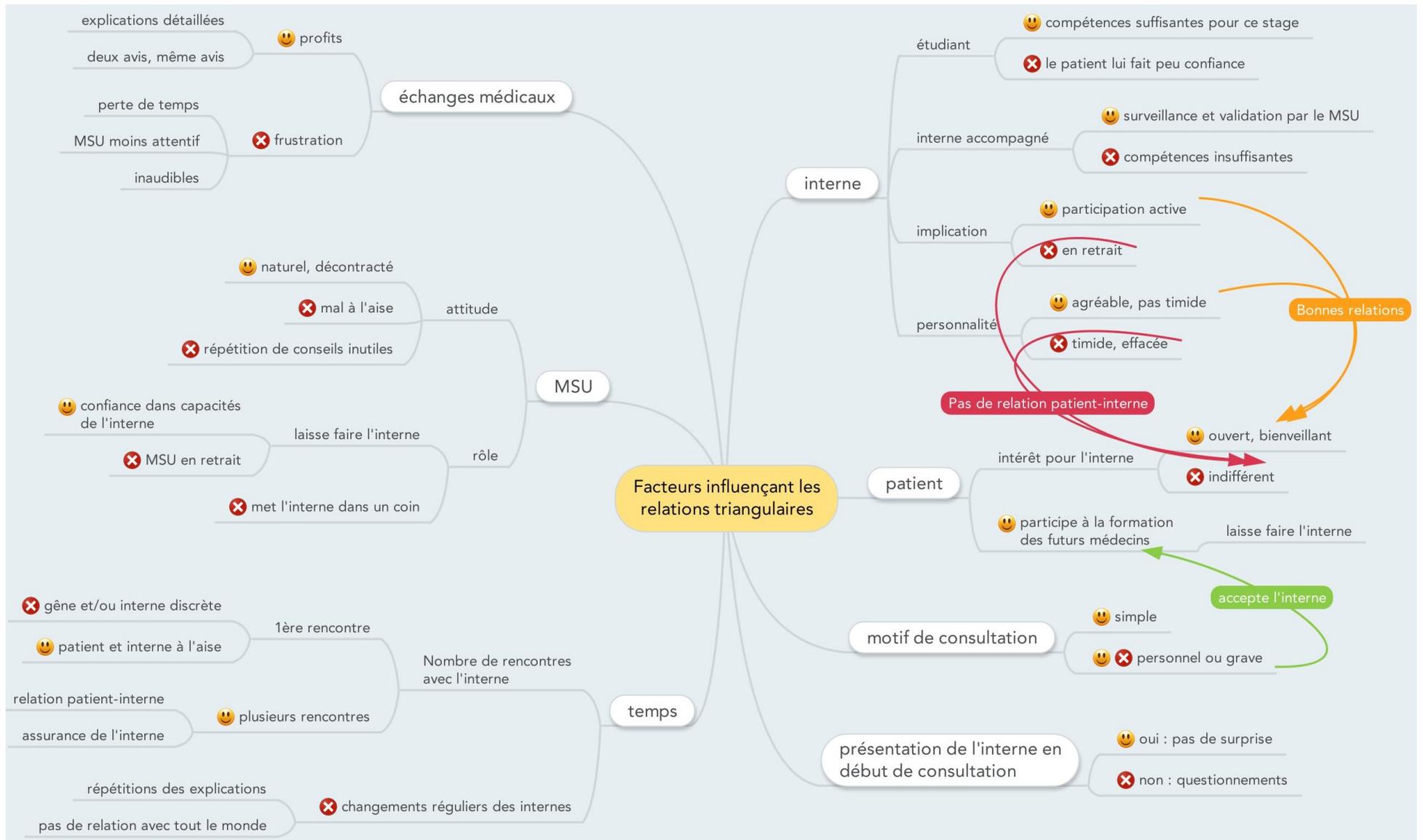
Carte 6 : Ressenti des patients sur le stage de niveau 1

10. Synthèse des éléments ayant une influence sur les relations triangulaires patient-médecin-interne

Au total, la place que prenait l'interne dans la consultation et dans la relation triangulaire dépendait, par fréquence décroissante :

- du nombre de consultations avec un même interne
- de la personnalité et de l'investissement de l'interne dans la consultation
- de l'attitude du patient et de sa conviction à contribuer à la formation des futurs médecins généralistes
- des relations entre le patient et l'interne
- du motif de consultation
- du MSU
- des échanges médicaux entre le MSU et l'interne
- de la présentation de l'interne par le MSU

La carte 7 présente une synthèse de ces facteurs.



Carte 7 : Facteurs ayant une influence positive ou négative sur les relations triangulaires patient-MSU-interne

DISCUSSION

L'objectif de l'étude était d'explorer le ressenti des patients sur leur consultation et sur leur relation patient-médecin en présence d'un interne en stage de niveau 1, ainsi que sur la relation triangulaire patient-médecin généraliste-interne.

1. Intérêts et limites de la méthode

Une méthode qualitative semblait appropriée pour explorer et dégager de nouvelles hypothèses par rapport aux travaux quantitatifs déjà réalisés sur le ressenti des patients sur le stage de niveau 1. Cette méthode permettait de recueillir des données subjectives à partir de récits sur le vécu et le ressenti des patients interrogés et d'en faire une analyse.

Les courriers expliquant le but de la recherche et sollicitant les MSU ont été envoyés en juillet, période pendant laquelle plusieurs MSU ou internes étaient probablement en vacances et qui pourrait expliquer le peu de réponses (quatre). Certains MSU, relancés par téléphone, ont refusé de participer à l'étude en raison d'une charge de travail élevée. Au final, quatre MSU ont accepté que leurs patients soient sollicités pour participer à l'étude. Le département des Bouches-du-Rhône a été choisi par le chercheur pour des raisons d'organisation personnelle.

Au moment de l'étude, deux internes étaient en phase d'observation ou faisaient des actes sans contact avec les patients, deux autres internes étaient en phase active et effectuaient des actes sous supervision directe et des consultations sous supervision indirecte. Cela a permis de recueillir les impressions des patients sur les différentes phases du stage de niveau 1.

Le recrutement des patients était fait soit par le chercheur, soit par le MSU. Les patients recrutés par le MSU ont été peu nombreux à refuser, ce qui a permis d'obtenir un échantillonnage diversifié et caractéristique de la patientèle des médecins généralistes (25) concernant les tranches d'âge, la répartition hommes/femmes, et le motif de consultation. Quinze patients sur seize étaient suivis régulièrement au cabinet (76% au niveau national). Les patients recrutés par le chercheur étaient peut-être ceux qui pensaient avoir quelque chose d'important à dire, tandis que les patients recrutés par le MSU n'osaient peut-être pas refuser.

La majorité des patients ayant refusé de participer à l'étude invoquait un manque de temps. Dans un des cabinets en particulier, le nombre de refus a été important : les patients avaient patienté plus de deux heures dans une salle d'attente comble. Les demi-journées sur lesquelles l'interviewer était présent correspondaient à des périodes de la semaine pendant lesquelles les MSU consultaient sans rendez-vous et espéraient être moins surchargés de travail. 44% des consultations de médecine générale libérale ont lieu sur rendez-vous en France (25), il aurait été intéressant d'inclure dans cette étude des patients étant venus sur rendez-vous pour étudier l'influence du mode de recours aux soins primaires sur le ressenti de la présence de l'interne.

Le choix d'entretiens individuels plutôt que de focus groups répondait à des critères pratiques : les entretiens avaient lieu sur place, immédiatement en sortant de la consultation, afin de recueillir les premières impressions et éviter un biais de mémorisation. Les patients étaient recrutés en fin de consultation et non au début pour ne pas créer un effet Hawthorne (définition en annexe 2).

Les entretiens étaient semi-dirigés : un guide d'entretien permettait au chercheur de couvrir tous les thèmes tout en laissant les personnes interrogées s'exprimer librement. Les questions de relances prévues pour les patients peu loquaces ou qui ne comprenaient pas les questions ont été quelque fois insuffisantes, et les questions posées par le chercheur ont pu induire un biais de suggestion.

Les entretiens ont duré entre 6 minutes, ce qui est très court, et 24 minutes. Plusieurs causes ont été identifiées.

Seuls les échanges relatifs au guide d'entretien ont été enregistrés, les propos des patients avant et après cet enregistrement ont été pris en note mais non exploités. Un enregistrement intégral des échanges aurait été nécessaire.

Face aux patients peu loquaces, le chercheur, dans son inexpérience, n'a pas toujours su relancer le sujet au bon moment.

Deux des cabinets des MSU ayant accepté de participer à cette étude disposaient d'une salle attenante dans laquelle les entretiens ont pu se dérouler dans une ambiance confidentielle. Les entretiens ayant eu lieu dehors et dans le couloir ne garantissaient pas la confidentialité des propos échangés et n'étaient pas propices à une réflexion approfondie : quatre de ces entretiens ont duré moins de 10 minutes.

Les patients ont quelquefois fait part de leur appréhension à ce que leurs propos soient répétés à l'interne, qu'ils ne souhaitent pas pénaliser, bien qu'ils aient été informés de la confidentialité et de l'anonymat de l'entretien. Certains patients ont pu garder certaines réflexions négatives pour eux.

Seize entretiens ont été réalisés, ce qui correspond au nombre d'entretiens attendu en recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. Une saturation des données a été obtenue au onzième entretien. Les entretiens suivants, déjà programmés chez un quatrième médecin généraliste, n'ont pas fait ressortir d'idées nouvelles et ont permis d'approfondir certains thèmes qui ne l'avaient pas été assez lors des premiers entretiens, induisant un biais de maturation du chercheur. Il n'était pas prévu que les verbatim soient relus par les patients pour confirmer leurs propos. Les codages des verbatim ont été effectués par le chercheur, avec un contrôle par le directeur de thèse. Aucune triangulation supplémentaire des données n'était prévue, ce qui peut amener un biais d'interprétation de la part du chercheur et diminuer la fiabilité de l'analyse de contenu.

2. A propos des résultats

L'étude portait sur des patients familiarisés avec le stage de niveau 1 ayant accepté l'interne pendant la consultation, ce qui expliquait le sentiment général d'appréciation et de bien-être en présence de l'interne. Le stage ambulatoire paraissait un excellent moyen de formation des futurs médecins généralistes, ce que retrouvait l'étude de Massat-Arsicot (26). Il apportait une expérience sur le terrain (7,15,17), notamment sur le plan relationnel, que les internes n'appréhendaient pas lors des stages hospitaliers. Ce savoir-faire dans l'approche des patients est l'un des premiers objectifs du stage ambulatoire, puisque de là en découlent les autres compétences de médecine générale (27). Plus qu'un apprentissage, le stage était une occasion de partage et d'échange : les internes apportaient un regard neuf (5,7) et connaissaient les dernières techniques (15), tandis que le MSU expérimenté transmettait sa sagesse et ses connaissances pratiques (15). Ce ne sont donc pas des connaissances scientifiques que devaient acquérir les internes, mais une démarche intellectuelle aboutissant à des soins centrés sur la personne (7) spécifiques de la médecine générale. Le MSU, observé par l'interne, se devait d'être rigoureux et d'actualiser ses connaissances, ce qui en faisait un médecin généraliste plus compétent. Ainsi, 51 et 58 % des patients avaient une plus grande confiance dans leur médecin depuis qu'il était MSU pour Bur en 2002 (6) et Lemerrier en 2013 (17). Le stage était rassurant à la fois pour les internes (11,26), qui commenceraient les remplacements avec un bagage, et pour les patients, qui pourraient avoir confiance dans les compétences des jeunes médecins. Bien que les Bouches-du-Rhône aient une densité de médecins généralistes supérieure à la densité nationale (28), les patients ont évoqué la baisse du nombre de ces médecins : le stage ambulatoire était nécessaire (6,26) pour former des médecins généralistes et lutter contre la désertification médicale, il devait se développer dans d'autres cabinets. Au 1^{er} janvier 2016, le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et le SNEMG (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale) recensaient 7238 MSU accueillant des étudiants en troisième cycle des études médicales (29), un chiffre en constante augmentation depuis sept ans traduisant les efforts de recrutement et de formation que fournissent le CNGE, les collèges régionaux et les Départements de Médecine Générale (DMG).

L'interne prenait part à une consultation dans laquelle deux des protagonistes, le patient et le médecin, avaient une relation privilégiée construite sur plusieurs années. Les patients éprouvaient un sentiment de fidélité (30) et de confiance pour leur médecin généraliste, qu'ils avaient choisi librement (31). Le médecin était choisi avant tout pour ses qualités professionnelles et relationnelles (32), assurant un suivi global qui correspondait à la définition européenne de la médecine générale de la WONCA (33). Si, spontanément, les patients trouvaient leur relation avec leur médecin intacte en présence de l'interne, ce que l'on retrouve dans plusieurs études (5,10,13-15), la réflexion en cours d'entretien les amenait à reconnaître que l'interne avait eu une influence sur cette relation dans la moitié des cas. L'interne n'avait pas d'impact majeur sur le ressenti de la consultation : celle-ci restait agréable, normale. Dans la littérature, la consultation avait répondu aux attentes de la

majorité des patients (19) : la qualité de la prise en charge restait identique pour 62 à 88 % d'entre eux, et était améliorée pour plus de 15 % d'entre eux en fonction des études (9–12). Une consultation agréable et inchangée n'était pas synonyme de relations triangulaires équilibrées : elles n'étaient équilibrées que pour la moitié des patients. Les patients avaient confiance en l'interne, même s'ils n'avaient pas autant confiance qu'en leur médecin. 98 % des patients avaient confiance dans le stagiaire dans l'étude de Lemercier (17), sans que les raisons en soient explorées. Les sentiments sur la consultation et les relations patient-médecin-interne dépendaient de sept thèmes, par ordre d'importance :

- le temps : nombre de rencontres avec les internes ou avec un même interne
- l'interne : sa personnalité et son implication dans la consultation
- le patient : sa personnalité et son intérêt pour l'interne
- le motif de consultation
- le MSU : son attitude en présence de l'interne
- les échanges médicaux entre le MSU et l'interne : intérêts ou non pour le patient
- la présentation de l'interne

2.1. Le temps

L'habitude de la présence des internes (la moitié des patients avaient vu au moins cinq internes, un patient n'avait jamais vu le MSU seul) était la principale raison de l'absence de gêne et de l'appréciation de la présence de l'interne. Dans la revue de la littérature de 1996 à 2010 de Mol (3), le nombre de contacts avec les internes était un des principaux facteurs d'acceptation de l'interne, avec la simplicité du motif de consultation. L'absence de difficulté rencontrée face aux internes successifs permettait à ces sentiments de bien-être de perdurer. La présence de l'interne n'avait alors pas d'impact sur la consultation ni sur la relation médecin-malade, les changements retrouvés dans d'autres études tels que la durée de consultation, la consultation plus approfondie ou une meilleure éducation (3,14) étant probablement devenus normaux.

Les contacts répétés avec les internes avait deux conséquences possibles sur la relation patient-interne. D'une part le premier contact avec un nouvel interne était facilité, les patients, à l'aise, ayant probablement acquis un certain savoir-faire dans l'approche des internes. D'autre part cela pouvait au contraire empêcher une relation entre les patients et l'interne, certains patients souhaitant préserver leur vie privée ou étant las de réexpliquer leur cas à chaque nouvel interne (5). Dans cette étude les MSU recevaient les patients sans rendez-vous. Ils montraient et expliquaient donc les dossiers des patients aux internes pendant la consultation.

Lors de la première rencontre entre le patient et l'interne, une timidité et une appréhension de part et d'autre pouvaient être un obstacle à la création d'une relation. Une bonne relation avec le patient et une consultation bien menée de la part de l'interne n'empêchaient pas le patient d'avoir du mal à lui faire confiance, celle-ci ne connaissant pas le patient dans sa globalité comme le MSU (11,26). La consultation en paraissait modifiée.

Sept patients sur les seize interviewés avaient rencontré l'interne à au moins deux reprises. Les relations en étaient plus aisées, plus équilibrées, et les patients acceptaient mieux les interventions de l'interne qui s'enhardissait et en qui ils commençaient à avoir confiance. La consultation ne semblait pas subir de changements liés à la présence de l'interne.

Les compétences de médecine générale étaient plus difficiles à évaluer : les compétences médicales que l'interne avait montré sur une consultation n'étaient pas la preuve qu'elle avait les compétences requises en médecine générale. Pour avoir ces compétences il fallait connaître le dossier complet et l'histoire du patient, ce qui nécessitait plusieurs années (5,11).

2.2. L'interne

Le statut des internes restait mal défini malgré les nombreuses rencontres et les affiches présentes dans la salle d'attente : l'interne était qualifiée aussi bien de stagiaire, de médecin débutant que de médecin, en stage pratique ou en fin d'études, ce que retrouvaient Sass (5) et Massat-Arsicot (26) dans leurs thèses sur les représentations des internes par les patients. Le statut des internes n'était jamais acquis et devait être réexpliqué lors de la présentation en début de consultation.

Les relations triangulaires dépendaient de la personnalité et de la participation de l'interne. La consultation était inchangée et les relations triangulaires équilibrées quand l'interne était accueillante, agréable, douce, montrait son intérêt en nouant des relations avec le patient et en s'impliquant activement. Un examen clinique minutieux, moment intime, et des explications claires données avec assurance permettaient au patient d'apprécier les compétences de l'interne (26) et de lui accorder son entière confiance. Une interne timide, en retrait, ne perturbait ni la consultation ni les relations patient-médecin, les patients oubliant quelquefois sa présence. Elle paraissait inexistante, inutile. Les relations triangulaires étaient déséquilibrées au détriment de l'interne, notamment quand les patients qui tentaient de lier conversation avec elle n'obtenaient que peu de réponses de sa part. Ils comprenaient et respectaient cette attitude, mais préféraient les internes plus disertes et actives, sentiments retrouvés dans plusieurs études (5,7,15,26).

L'interne en stage était une « interne accompagnée ». Ce compagnonnage était considéré comme une preuve que l'interne n'avait pas les compétences requises et était là pour apprendre : les patients ne lui faisait donc pas confiance comme à leur médecin. Pour d'autres patients au contraire la présence du MSU pour surveiller et valider les actes de l'interne justifiait l'entière confiance qu'ils ressentaient pour celle-ci. La consultation ne semblait alors pas différente de d'habitude, notamment lorsque l'interne agissait de la même façon que le MSU (26).

Si l'interne montrait les mêmes compétences médicales que le MSU pendant la consultation, au niveau de l'examen clinique, des gestes techniques et des explications, elle manquait de

professionnalisme en raison de son jeune âge, de son statut de stagiaire et par là même de son manque d'expérience (5,15). L'interne pouvait être plus compétente que le MSU dans un domaine particulier, ce que le MSU signalait aux patients qui se sentaient alors mieux pris en charge.

Au niveau des compétences relationnelles en revanche, l'interne avait encore du travail, d'une part parce que les patients la connaissaient moins bien que leur médecin, d'autre part parce que c'était l'une des principales compétences à développer lors de son stage. Les relations médecin-malade actuelles, en médecine générale, sont un partenariat entre le médecin et le patient, contrairement aux relations souvent plus autoritaires que les internes avaient pu voir à l'hôpital. Une relation médecin-malade de qualité, aboutissant à une prise en charge globale du patient, dépendait du vécu relationnel et affectif entre le médecin et son patient (32) : des relations humaines franches sans jugement de valeur en considérant le patient comme une personne, et prenant en compte ses dimensions psychologiques, familiales et socioculturelles. Les patients espéraient donc que les deux internes qui étaient restées en retrait pendant la consultation avaient quelques compétences relationnelles pour assurer leur avenir professionnel.

2.3. Le patient

Les patients étaient ouverts, intéressés par l'interne (17) et éprouvaient un sentiment de bienveillance pour elle. Certains prenaient l'initiative de lui parler pour la mettre à l'aise, instaurer une ambiance conviviale et montrer qu'ils étaient en dehors de leur pathologie. Cette convivialité et ses relations équilibrées permettaient à la consultation de se dérouler comme d'habitude, sans interférence sur la relation patient-médecin habituelle : les patients avaient parlé de tout, de la même façon que s'ils étaient seuls avec leur médecin. L'absence d'entrave à la libre expression était retrouvée dans de nombreuses études : ainsi 98 % des patients avaient tout dit dans les études de Bresó (10), Lemerrier (17) et Kammer (19). Les patients peu loquaces habituellement ne ressentaient pas l'interne comme une intruse dans leur relation avec le MSU. Certains patients soulignaient qu'ils avaient parlé à l'interne comme à un médecin, mais pas comme à leur médecin, montrant par là combien la relation qu'ils avaient avec leur médecin généraliste était unique et dépassait le champ technique et biomédical (30,32). D'autres patients n'oubliaient pas le statut d'élève de l'interne et lui donnaient des directives lorsqu'elle n'agissait pas exactement comme le MSU. La relation privilégiée entre le patient et le MSU mettait quelquefois l'interne un peu à l'écart malgré les efforts du patient pour parler aux deux : il se tournait plus naturellement vers son médecin.

D'autres patients étaient indifférents à la présence de l'interne, car ils venaient pour voir leur médecin, ou considéraient que son rôle était l'observation : ils acceptaient l'interne mais l'ignoraient et étaient peu enclins à accepter une intervention de sa part, d'autant plus si celle-ci restait à l'écart. Ces mêmes patients ont reconnu avoir eu de bonnes relations et des consultations agréables avec d'autres internes plus sympathiques et actifs. Les sentiments des patients et des internes étaient donc en miroir : patient indifférent face à une interne qui semble indifférente par son silence, patient intéressé face à une interne qui montre son intérêt.

La confiance que les patients ressentaient pour l'interne dépendait de deux choses : la conviction que le MSU ne laissait faire l'interne que s'il l'estimait compétente, et le sentiment qu'ils devaient laisser faire l'interne pour que le stage soit formateur. Contribuer à la formation des internes était apprécié par la majorité de patients dans plusieurs études (3,5,8) et était un facteur d'acceptation des internes.

2.4. Le motif de consultation

Lors d'un motif de consultation simple l'interne, bien acceptée, n'avait pas d'influence sur le ressenti de la consultation. Les patients ne ressentaient aucune gêne (3,4), et avaient confiance dans les compétences de l'interne.

Pour des motifs plus importants (maladie grave) ou plus personnels (sexuels, intimes, gynécologiques, psychologiques), retrouvés dans toutes les études, la présence de l'interne n'était pas évidente. Les patients convaincus de la valeur pédagogique de leur cas acceptaient l'interne : le stage ambulatoire devait permettre à l'interne d'avoir l'expérience de pathologies diverses et variées. Les patients, surtout les hommes, qui se sentaient gênés avaient refusé l'interne lors de précédentes consultations, mais certains parmi eux se sentaient prêts à accepter l'interne lors d'une prochaine consultation pour aider à sa formation. Les patientes ayant un homme pour médecin appréciaient au contraire une présence féminine pour des motifs psychologiques et gynécologiques (il aurait été intéressant que l'un des internes en stage soit un homme pour recueillir les différentes réactions dans ces cas particuliers). Pour les examens gynécologiques, les patientes acceptaient mieux l'interne dans l'intimité du cabinet, par opposition à l'hôpital, où elles s'étaient senties exposées et vulnérables face aux nombreux étudiants.

2.5. L'attitude du MSU en présence de l'interne

Le MSU prenait la décision d'intégrer ou non l'interne à la consultation, en la faisant participer ou en la laissant en retrait. Son attitude en présence de l'interne instaurait l'ambiance de la consultation et était perçue de différentes façons en fonction des patients.

Un MSU à l'aise, décontracté, ayant de bonnes relations apparentes avec l'interne, permettait à la consultation de se dérouler dans une ambiance habituelle sans impact sur la relation médecin-patient. Dans les études quantitatives, plus de 85 % des MSU ne changeaient pas de comportement en présence de l'interne (6,16). Le MSU devenait moins formel face à une relation patient-interne complice et joviale, la consultation devenant plus conviviale. L'effacement du MSU au profit de l'interne était ressenti comme une marque de confiance envers les capacités de l'interne et permettait aux relations entre les trois interlocuteurs d'être équilibrées : le MSU établissait

implicitement un lien de confiance entre le patient et l'interne (11,26). Certains MSU déléguaient les tâches administratives et les ordonnances à l'interne pendant qu'ils faisaient l'examen clinique : ce gain de temps dans la consultation était apprécié par les patients (5).

La consultation a quelquefois été désagréable et la relation patient-médecin habituelle, détériorée. La tension palpable entre le MSU et l'interne rendait le MSU plus distant envers le patient (7,17). Les internes de médecine générale étaient tenus de faire le stage de niveau 1, mais tous n'avaient pas choisi librement cette filière. Le MSU devait donc composer avec certains internes peu intéressés par sa pratique, dont les projets contournaient la médecine générale (7). L'effacement du MSU pour laisser faire l'interne était mal perçu par quelques patients, privés de leur interlocuteur privilégié, sentiment retrouvé par Sass (5). La répétition de conseils hygiéno-diététiques d'une pathologie chronique devant chaque nouvel interne, même si elle était comprise, était inutile et pesante. Dans d'autres études au contraire, la présence de l'interne permettait aux patients de bénéficier d'une meilleure éducation à leur pathologie (3), mais sans précision sur l'accès à cette éducation : meilleure éducation par le MSU, explications plus complètes apportées par l'interne, ou apports des discussions entre l'interne et le MSU ?

2.6. Les échanges médicaux entre l'interne et le MSU

Nécessaires pour l'apprentissage, ces échanges étaient perçus de deux façons.

- Les patients écoutaient, participaient aux échanges, et avaient accès à de nouvelles informations sur leur pathologie. Cet avantage certain améliorait le ressenti sur la consultation et la relation patient-médecin (5,8,14). Ces discussions étaient l'occasion pour le patient d'avoir deux avis (3,13,15). Des avis concordants étaient rassurants, le patient était plus enclin à faire confiance à l'interne et à trouver les relations équilibrées et la consultation inchangée.
- Au contraire, les discussions inaudibles, trop médicales ou inintéressantes entre le MSU et l'interne provoquaient un sentiment de temps perdu et d'exclusion, le MSU semblant moins attentif et disponible (5,7).

2.7. La présentation de l'interne en début de consultation

L'interne s'intégrait plus facilement dans la consultation quand une présentation claire, associée à des explications sur sa présence étaient données, que ce soit par le MSU ou par elle-même, même si les patients avaient l'habitude de voir des internes. L'importance de cette présentation sur l'acceptation de l'interne et le bon déroulement de la consultation était retrouvée dans de nombreux travaux (3,8,15). Une absence de présentation était inhabituelle et provoquait un sentiment de surprise, d'intrusion et modifiait le ressenti de la consultation.

3. Perspectives

La relation patient-médecin était unique et peu influencée par la présence de l'interne. Les relations triangulaires patient-médecin-interne dépendaient des envies et du rôle que chacun se donnait. Une étude prenant en compte les récits des internes, des MSU et des patients pour une consultation donnée permettrait de comparer les ressentis de chacun.

Si les patients reconnaissaient les compétences biomédicales des internes, les compétences relationnelles restaient à travailler. Le DUMG de Tours a mis en place depuis quelques années des groupes Balint pour les internes. Recueillir le ressenti des patients ayant été au contact d'internes ayant eu cette formation serait intéressant pour voir si ce manque de compétences relationnelles se fait autant sentir.

CONCLUSION

L'analyse des récits des patients a mis en évidence la complexité des relations triangulaires patient-médecin-interne au sein de la consultation de médecine générale. L'interne, le MSU et le patient avaient leurs personnalités propres et leurs conceptions du rôle respectif de chacun dans cette consultation. L'interne s'intégrait naturellement dans la consultation en montrant son intérêt et en s'impliquant. Sa présence devait être systématiquement annoncée et expliquée, même après de nombreuses années d'accueil des internes en stage de niveau 1. Le MSU avait la tâche délicate de maintenir un équilibre entre le patient et l'interne : il établissait un lien de confiance entre l'interne et le patient en laissant l'interne pratiquer, tout en prenant garde à ce que la nécessité de former l'interne ne réduise sa disponibilité pour le patient. Les patients étaient bien disposés à l'égard des internes : la nécessité de former des médecins généralistes pour contrer la désertification médicale, la contribution à une formation médicale d'excellence, les incitaient à accepter leur présence et leur participation.

La relation médecin-malade, si particulière à la médecine générale, n'était pas ou peu modifiée par l'interne et ne constituait pas souvent un obstacle à des relations équilibrées entre les trois sujets. Les écueils de l'interne étaient sa méconnaissance du patient et son manque de compétences relationnelles. Conscientes de cela, quelques facultés de médecine proposent aux internes de médecine générale une formation à la relation médecin-malade par groupes Balint depuis quelques années.

Ce retour positif des patients est un argument pour continuer les recrutements et les formations des MSU afin d'aboutir à la nouvelle maquette de médecine générale intégrant une quatrième année de stages ambulatoires.

ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN ET QUESTIONNAIRE DE CARACTÉRISATION DE L'ÉCHANTILLONNAGE

Guide d'entretien

1. Racontez-moi la consultation que vous venez de vivre.
 1. Quelle est votre impression globale sur cette consultation ?
 2. Comment avez-vous vécu cette consultation ?
 3. Imaginons que cette consultation ait été filmée. Pouvez-vous me décrire ce film car je ne vois pas l'image, et la bande-son est coupée ? Où sont placés les personnages, que font-ils ?

2. Quel impact a eu la présence de l'interne d'après vous ?
 1. Imaginez la même consultation sans l'interne. Comment se serait-elle probablement passée ?
 2. Qu'auriez-vous ressenti si l'interne vous avait reçu seul ?
 3. Quel a été le comportement de votre médecin ? Qu'avez-vous ressenti ?

3. Comment s'est établie la relation avec l'interne ?
 - Qui s'est adressé à l'autre en premier ?

4. Que pensez-vous de la relation entre votre médecin et l'interne ?
 - Comment se comportait votre médecin avec l'interne ?

5. Décrivez votre relation habituelle avec votre médecin traitant.
 1. Qu'est-ce qui fait que c'est ce médecin que vous avez choisi et pas un autre ?
 2. Qu'est-ce qui a permis d'établir entre votre médecin et vous une relation de confiance ?

6. Qu'avez-vous pensé de votre relation avec votre médecin pendant cette consultation ?

7. Comment vous placeriez-vous dans la relation triangulaire qui s'est établie entre votre médecin, l'interne et vous-même ? (intimité, confiance, en général)
 - A quels moments vous êtes-vous senti plus proche de votre médecin ou de l'interne ? Interrogatoire, examen clinique, diagnostic, traitement, conseils, bavardage ?
 - Comment avez-vous ressenti les compétences de l'interne par rapport à votre médecin ? (curseur linéaire pour les compétences médicales, relationnelles, de médecine générale).

8. Que pensez-vous de la présence d'un interne dans un cabinet de médecine générale ?
 - Que pensez-vous de sa présence lors de toutes les consultations ?
9. Quelles impressions sur la présence de l'interne gardez-vous en sortant de cette consultation ?
10. Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce thème ?

Questionnaire pour caractériser l'échantillonnage

1. Age
2. Sexe
3. Profession
4. Situation maritale
5. Enfants
6. Ancienneté de la relation avec le médecin
7. Fréquence de consultation (trimestrielle, annuelle, occasionnelle...?)
8. Nombre d'internes rencontrés depuis le début dans le cabinet
9. Sexe du médecin
10. Sexe de l'interne

ANNEXE 2 - GLOSSAIRE

Analyse de contenu : Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative : Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Biais : Modification des résultats d'une enquête en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, de déperdition d'informations, d'interaction, etc. Les biais étant inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter de leur impact potentiel.

Biais de maturation : biais induit par tout changement intervenu pendant l'étude, au niveau des individus ou du chercheur.

Catégorie : 1. Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification (ex. : catégorie socioprofessionnelle). 2. Concept représentant un phénomène dans le cadre de l'analyse qualitative.

Catégorisation : Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus ou d'éléments déjà codifiés, sous la forme de catégories.

Codage : Il explore ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observations (Berg, 2003). Il décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse.

Données qualitatives : De natures multiples, il peut s'agir de mots, d'expressions, de textes, mais aussi de toutes traces matérielles comme des images, des icônes. Une donnée devient une donnée qualitative dès lors qu'elle exprime un rapport de sens dans le moment précis du recueil.

Échantillonnage raisonné : Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats. La méthode des quotas est une méthode d'échantillonnage raisonné.

Effet Hawthorne : Influence d'une recherche sur le comportement des participants à cette

recherche.

Enquête : Moyen privilégié d'investigation en sciences sociales comprenant des techniques d'observation, d'entretiens et de questionnaires. Ces techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, le temps, et les moyens disponibles. Traditionnellement, on distingue les techniques d'ordre quantitatif reposant sur des grands échantillons, des enquêtes d'ordre qualitatif reposant sur des groupes plus restreints.

Enregistrement : Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » pour l'analyse de l'entretien.

Entretien semi-structuré : Entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Étendue: Nombre de personnes ayant verbalisé une notion.

Fréquence: Nombre de fois où la notion a été répétée.

Grille thématique : Elle permet d'établir la liste des contenus, faits, idées et opinions présents dans le texte, mais elle doit également rendre compte des connaissances de l'analyste sur ce qu'il s'attend à trouver dans le texte. Une bonne grille thématique s'élabore ainsi progressivement de manière inductive (à partir du texte) et déductive (à partir des connaissances a priori).

Guide d'entretien [Syn. Canevas ou grille d'entretien] : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Induction [Syn. Induction analytique] : Démarche intellectuelle consistant à rechercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers. Elle procède par inférence probable, c'est-à-dire en déduisant des lois par généralisation des observations. L'induction peut trouver sa place au sein du travail scientifique, à condition de bien en mesurer les limites. La stratégie inverse, déductive, consiste à établir des conclusions spécifiques à partir d'une hypothèse générale.

Mise en relation : Phase de l'analyse des données consistant à opérer des rapprochements entre les catégories identifiées. Il peut s'agir de relations de continuité, de causalité, de concomitance, de coexistence, d'imbrication.

Saturation (des données) : Terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Thème : un thème est une expression ou une phrase qui identifie ce sur quoi porte une unité de données ou ce qu'elle signifie.

Transcription [Syn. Retranscription] : Première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silences, tics de langage, mimiques, etc.) ; d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de la recherche.

Validation (des résultats) : En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes

Verbatim [Syn. Corpus de données] : Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Article 2 Modifié par Arrêté du mai - art. 1, 2011.
2. Article L1111-2. Code de la Santé Publique janv 7, 2016.
3. Mol SSL, Peelen JH, Kuyvenhoven MM. Patients' views on student participation in general practice consultations: a comprehensive review. *Med Teach*. 2011;33(7):e397-400.
4. O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ*. 1 nov 1997;315(7116):1142.
5. Sass M. La consultation, patient, médecin, interne, en stage niveau 1 de médecine générale: Etude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes - Intégrations de l'interne dans la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.
6. Bur M. Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence du stagiaire. Répercussion de sa présence sur la relation médecin-malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin [Thèse]. [Strasbourg]: Université Louis Pasteur; 2002.
7. Bloy G. « La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien ». 2005;(1):103-25.
8. O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Does teaching during a general practice consultation affect patient care? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 1999;49(438):7-9.
9. Yekhle F. Le stage de six mois en médecine générale. Le point de vue des patients. [Bordeaux]: Bordeaux 2; 1999.
10. Bresó F. Le nouveau stage chez le praticien généraliste à partir d'une enquête auprès de 192 patients, de leur médecin, et du résidents stagiaire. [Grenoble]: Université Joseph Fournier; 1998.
11. Jaglale Letnilowski C. L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle [thèse]. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2009.
12. Cooke F, Galasko G, Ramrakha V, Richards D, Rose A, Watkins J. Medical students in general practice: how do patients feel? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. juin 1996;46(407):361-2.
13. Riviere J. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien [thèse]. [Paris 7]: Université Paris-Diderot; 1998.
14. Pichlhöfer O, Tönies H, Spiegel W, Wilhelm-Mitterräcker A, Maier M. Patient and preceptor attitudes towards teaching medical students in General Practice. *BMC Med Educ*. 2013;13:83.

15. Guidez A. Attentes des patients envers le stage en médecine générale: étude qualitative menée auprès de trois patientèles d'une zone sous dotée de Thiérache [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2015.
16. Chiarini S. Le stage de six mois chez le praticien. Premiers bilans. Enquête réalisée auprès des maîtres de stages et des résidents de Lorraine [Thèse]. Nancy 1; 1999.
17. Lemercier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute Normandie [Thèse]. Rouen; 2013.
18. Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? [Thèse]. Paris 6 Saint Antoine; 2002.
19. Kammer G. Relation médecin-malade partagée : impact de la présence du médecin-stagiaire sur la réponse aux attentes et la qualité des soins des patients au cours de la maîtrise de stage à la Faculté de médecine de Marseille [Thèse]. [Marseille]: Université d'Aix-Marseille 2; 2003.
20. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;(87):74-9.
21. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;(88):106-12.
22. Andreani J, Conchon F. Les méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives, un état de l'art en marketing. In: Actes du 4ème Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe. Paris, France; 2005.
23. CNGE. Initiation à la recherche qualitative. PDF présenté à: Formation CNGE;
24. Le Sphinx Développement. SURISTAT [Internet]. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.suristat.org/>
25. LABARTHE G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie - drees315.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: <http://onala.free.fr/drees315.pdf>
26. Massat Arsicot C. L'Interne en cabinet de médecine générale: opinion et critères de jugement des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2011.
27. DUMG de Tours. Les compétences en médecine générale et l'évaluation de leur niveau [Internet]. 2014 [cité 10 juin 2016]. Disponible sur: http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/competences_et_evaluation.pdf
28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [Internet]. [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>
29. CP CNGE/SNEMG Mai 2016 - Maître de stage des universités et stages de médecine générale : Poursuite de la progression de l'offre. [Internet]. [cité 4 juin 2016]. Disponible sur:

http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cngesnemg_mai_2016_mai_tre_de_stage_des_universi/

30. Léry A. Quelle perception les patients ont-ils de l'information transmise par leur médecin généraliste ? : analyse des déterminants potentiels pouvant intervenir dans ce cadre de la relation médecin-patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2015.
31. Droit du malade. code de la santé publique. Sect. article L1110-8, loi n° 2002-303 mars 4, 2002.
32. Dedianne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2001.
33. WONCA Europe. Definition europeenne de la Medecine Generale - medecine de famille [Internet]. 2002 [cité 4 juin 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

Thèse 2015. – 20016.

DOCTORAT en MÉDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de « Médecine Générale »

Présentée et Soutenue le 15 septembre 2016.

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : RACAUD-ALLAINMAT

Prénoms : Magali, Laurence, Patricia

Date de naissance : 13 juin 1981

Nationalité : française

Lieu de naissance : Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)

Domicile : 19 rue Gaston et Albert Granet, 19100 Brive-la-Gaillarde

Téléphone : 0698904123

Directeur de Thèse : Docteur RENOUX-JACQUET Cécile

Titre de la Thèse : L'interne en stage de niveau 1 : influence sur la consultation et sur la relation médecin-patient, intégration dans les relations triangulaires médecin-patient-interne

JURY

Président : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine - Tours

Membres : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Mme Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine Générale, MC, Faculté de Médecine – Tours

Avis du Directeur de Thèse

Signature



Avis du Directeur de l'U.F.R.
à Tours, le 21/9/16

Signature



Le Doyen,

Patrice DIOT

RESUME

Introduction : Depuis 1997 les internes de médecine générale effectuent un stage ambulatoire de niveau 1 auprès d'un médecin généraliste praticien agréé maître de stage des universités (MSU).

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'explorer les sentiments des patients sur le fait de passer d'une relation médecin-patient à une relation triangulaire médecin-patient-interne, et quelles conséquences cela avait sur la consultation et la relation médecin-patient.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de seize patients familiarisés avec le stage de niveau 1, dans quatre cabinets de MSU des Bouches-du-Rhône, entre août et septembre 2012. Après retranscription intégrale une analyse thématique de contenu a été réalisée.

Résultats : Le sentiment général était positif. L'influence de l'interne sur la consultation et les relations médecin-patient dépendait de plusieurs facteurs. Tout d'abord des personnalités de l'interne, du patient et du MSU, et de leurs conceptions du rôle de chacun. Ensuite du nombre de rencontres avec un même interne, du motif de consultation, des échanges médicaux entre le MSU et l'interne et de la présentation de l'interne.

Conclusion : Les patients étaient favorables à la présence des internes en cabinet, car cette formation semblait indispensable pour pallier au manque de médecins généralistes. Les internes se faisaient naturellement une place dans les relations triangulaires en se montrant intéressés et en s'impliquant activement, mais manquaient de compétences relationnelles.

Mots-clés : médecine générale, internes, stage de niveau 1, relation médecin-malade, patients

RACAUD Magali, épouse ALLAINMAT

66 pages – 5 tableaux – 7 cartes heuristiques

Résumé :

Introduction : Depuis 1997 les internes de médecine générale effectuent un stage ambulatoire de niveau 1 auprès d'un médecin généraliste praticien agréé maître de stage des universités (MSU).

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'explorer les sentiments des patients sur le fait de passer d'une relation médecin-patient à une relation triangulaire médecin-patient-interne, et quelles conséquences cela avait sur la consultation et la relation médecin-patient.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de seize patients familiarisés avec le stage de niveau 1, dans quatre cabinets de MSU des Bouches-du-Rhône, entre août et septembre 2012. Après retranscription intégrale une analyse thématique de contenu a été réalisée.

Résultats : Le sentiment général était positif. L'influence de l'interne sur la consultation et les relations médecin-patient dépendait de plusieurs facteurs. Tout d'abord des personnalités de l'interne, du patient et du MSU, et de leurs conceptions du rôle de chacun. Ensuite du nombre de rencontres avec un même interne, du motif de consultation, des échanges médicaux entre le MSU et l'interne et de la présentation de l'interne.

Conclusion : Les patients étaient favorables à la présence des internes en cabinet, car cette formation semblait indispensable pour pallier au manque de médecins généralistes. Les internes se faisaient naturellement une place dans les relations triangulaires en se montrant intéressés et en s'impliquant activement, mais manquaient de compétences relationnelles.

Mots clés :

- médecine générale
- internes
- stage ambulatoire de niveau 1
- relation médecin-malade
- patient

Jury :

Président : Monsieur le Professeur DIOT Patrice
Membres : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie
Monsieur le Professeur LEBEAU Jean-Pierre
Madame le Docteur RENOUX-JACQUET Cécile

Date de la soutenance : 15 septembre 2016