



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Pourquoi certains patients sont-ils opposés à la réalisation de la  
consultation par l'interne en stage ambulatoire ?**

Présentée et soutenue publiquement le 09 février 2021 à 16 heures  
au Pôle Formation  
**Par Tom Helbecque**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**

**Monsieur le Docteur Marc BAYEN**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Michel CUNIN**

---

## **Avertissement**

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



## Liste des abréviations

CNGE	Collège national des enseignants de médecine générale
Saspas	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
MSU	Maitre de stage des universités
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
GEPRI	Groupes d'enseignements à la pratique réflexive entre internes
DES	Diplôme d'études spécialisées

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>Méthodes</b> .....	<b>5</b>
I. Type d'étude .....	5
II. Cadre légal .....	5
III. Population étudiée et recrutement .....	5
IV. Réalisation des entretiens, recueil des données .....	6
V. Analyse et codage des données .....	6
<b>Résultats</b> .....	<b>7</b>
I. Les participants.....	7
II. Le patient au centre du refus .....	8
A. Être acteur de sa santé .....	8
B. Difficulté du changement.....	8
C. Éviter la contrariété .....	9
III. Le MSU, acteur du refus par sa relation avec le patient .....	10
IV. Un manque de confiance en l'interne .....	11
V. Un refus dépendant des 3 acteurs.....	13
A. Un refus aux variables multiples.....	13
B. Une incompréhension globale .....	13
VI. Modélisation des résultats .....	14
<b>Discussion</b> .....	<b>15</b>
I. Principaux résultats .....	15
II. Points forts et limites de l'étude .....	16
A. Points forts de l'étude .....	16
B. Limites de l'étude .....	16
III. Comparaison avec la littérature .....	17
A. Le refus à contre-courant des comportements actuels.....	17
B. Les difficultés d'une relation triangulaire .....	18
C. Des patients-enseignants : un complément nécessaire ? .....	20
<b>Conclusion</b> .....	<b>23</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>24</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>26</b>
Annexe 1 : Grille COREQ.....	26
Annexe 2 : Guide d'entretien initial.....	28
Annexe 3 : Guide d'entretien final .....	29
Annexe 4 : Exemple d'entretien (N°5).....	30

## RESUME

**Contexte** : Le nombre de MSU a fortement augmenté ces dernières années. L'interne modifie les modalités de consultation, une relation triangulaire se crée. Des patients refusent d'être vus par l'interne en consultation voire sa présence lors de celle-ci.

**Objectif** : Explorer le vécu des patients refusant de voir l'interne en consultation, afin de comprendre les raisons de ce refus et d'y répondre de manière adaptée.

**Méthode** : Étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens individuels compréhensifs de patients ayant déjà refusé de voir l'interne en consultation. Analyse triangulée avec l'aide du logiciel QSR Nvivo® 12 Pro.

**Résultats** : Le vécu du refus était lié aux 3 acteurs de la consultation. En refusant l'interne, le patient se positionnait comme un acteur de sa santé, qui s'exprimait et faisait ses propres choix. Son refus était aussi une réponse à la difficulté du changement, qui pouvait être vu comme une contrariété qu'il voulait éviter. L'attachement du patient à son médecin traitant expliquait en partie le refus de l'interne. Le patient prenait plaisir à voir son médecin traitant, son unique interlocuteur en opposition avec l'interne qui n'était en stage que durant six mois. Le patient n'avait pas le même vécu avec l'interne, c'était un inconnu en qui il n'avait pas toute confiance. Des patients le refusaient pour se protéger, d'autres pour préserver leur intimité. Le patient ne voulait pas prendre de risque, en refusant l'interne pour les soins pour lesquels il l'estimait incompetent. Son vécu dépendait d'autres variables, et les interactions entre lui, le MSU et l'interne étaient à l'origine d'un manque de compréhension favorisant le refus.

**Conclusion** : Chaque patient avait son propre vécu et ses explications au refus. Ce refus dépendait de multiples variables s'articulant autour des trois acteurs

de la consultation. Chaque situation de refus devrait être explorée individuellement. Le MSU paraît être le mieux placé pour faire le lien entre les trois intervenants. Interroger son vécu permettrait d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

## INTRODUCTION

En 1974, une commission présidée par le conseiller Fougère propose une réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales, incluant un stage de 6 mois du résident chez le praticien (1). En 1997, le stage ambulatoire de médecine générale est institué et rendu obligatoire en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale, sous l'impulsion du collège national des enseignants de médecine générale (CNGE). Le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas) est institué de manière facultative en 2003 puis devient obligatoire après la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales en avril 2017.

L'objectif de ces stages est d'assurer une formation pratique, centrée sur la médecine générale. Le stage ambulatoire de niveau 1 a pour but la mise en autonomie progressive de l'interne, il comporte trois phases : observation, supervision directe puis indirecte par le maître de stage des universités (MSU) (2). L'objectif du Saspas est l'exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée avec sa propre file active de patients, lui permettant en particulier de suivre des patients atteints de maladie chronique.

Pour répondre à la création de ces stages, le nombre de MSU a fortement augmenté, notamment ces dernières années, avec 9 096 MSU de 3<sup>e</sup> cycle en 2019 (+14,6% en un an) (3). L'objectif du CNGE est 12 000 MSU dans les 2 à 3 prochaines années. De plus en plus de patients sont donc amenés à être vus en consultation avec un interne, accompagné ou non du médecin.

L'intervention de l'interne dans une relation médecin-malade jusque-là binaire n'est pas sans conséquence. G.Bloy parle d'une « *relation triangulaire délicate* », « *le fonctionnement en triangle risquant de se faire au détriment d'un des pôles* » (4). Il est alors compréhensible que certains patients puissent être déstabilisés et refusent la présence de l'interne.

Cette situation se présente rarement en consultation, la majorité des patients étant favorable à la présence de l'interne (5). Dans les cas de refus, certaines situations pourraient être bénéfiques à la formation de l'interne, avec des



problématiques qu'il ne reverra peut-être pas au cours de son cursus. Les causes du refus ont été explorées par plusieurs études, qui ont montré que les caractéristiques de l'interne et du patient tels l'âge (6) ou le sexe (7) avaient souvent une importance.

Le refus d'un patient peut avoir des conséquences sur l'interne et sa formation, mais aussi sur le MSU et le patient. Si les causes sont connues, il reste à les comprendre pour s'adapter et modifier les pratiques afin de les améliorer. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des patients refusant de voir l'interne en consultation, afin de comprendre les raisons de ce refus et d'y répondre de manière adaptée.

## **METHODES**

### **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée, des données issues d'entretiens individuels compréhensifs.

### **II. Cadre légal**

L'étude a fait l'objet d'une déclaration n°201970 en date du 01/06/2019 et a été portée au registre du délégué à la protection des données de l'université de Lille. Le comité de protection des personnes n'a pas été consulté.

### **III. Population étudiée et recrutement**

La population étudiée était des patients ayant déjà refusé d'être vus en consultation par l'interne. Les critères d'exclusion étaient les troubles cognitifs ou de communication, et les mineurs. Le recrutement des patients a été fait par l'intermédiaire de leur médecin traitant. Un premier contact téléphonique avait été réalisé afin de présenter l'étude. Si le patient était d'accord pour participer à l'étude, alors il autorisait son médecin à transmettre ses coordonnées à l'investigateur. Des fiches d'information étaient laissées à disposition des patients dans plusieurs salles d'attente de cabinets de médecine générale. Aucun patient n'a été recruté par cette méthode. Un échantillonnage théorique a été réalisé, orientant la recherche de nouveaux participants en fonction des résultats des analyses précédentes.

## **IV. Réalisation des entretiens, recueil des données**

Un consentement écrit a été obtenu, avant chaque entretien, pour l'enregistrement audio et sa retranscription. Chaque entretien était de type compréhensif selon les principes de J.C Kaufmann (8). L'entretien se déroulait au domicile des informateurs ou au cabinet du médecin traitant. Suite à l'épidémie de la Covid-19, les entretiens suivants se sont déroulés sous forme de vidéoconférence en utilisant l'application Whatsapp®.

La saturation théorique des données a été atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles catégories conceptuelles.

## **V. Analyse et codage des données**

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Word® et analysés à l'aide de QSR Nvivo® 12 Pro.

L'analyse a été réalisée selon les principes de C. Lejeune (9). Le codage ouvert composé des étiquettes thématiques, expérientielles, propriétés et catégories conceptuelles a été triangulé par une interne de médecine générale (A.C.). À ce codage ouvert, un codage axial suivi d'un codage sélectif ont permis la réalisation d'un modèle intégratif des résultats. Le guide d'entretien était actualisé avant la réalisation de l'entretien suivant. L'ensemble de ces étapes a été consigné dans un journal de bord, sous forme de comptes-rendus de terrain, de codages, théoriques, opérationnels et analytiques.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) (10).

## RESULTATS

### I. Les participants

**Tableau 1 : les caractéristiques des participants**

E	Genre	Âge	Milieu	Orientation sexuelle	Travail	Nationalité	Expérience avec un interne au moment du refus	Religion	Place du MSU
E1	F	> 60 ans	Rurbain	Hétérosexuelle	Retraitée	Française	> 1 consultation	Catholique	MT
E2	M	31 à 60 ans	Urbain	Homosexuel	Travailleur	Français	> 1 consultation	Agnostique	MT
E3	F	> 60 ans	Urbain	Hétérosexuelle	Retraitée	Française	1 <sup>ère</sup> fois	Catholique	MT
E4	F	> 60 ans	Rural	Hétérosexuelle	Retraitée	Française	Aucune	Catholique	MT
E5	F	18 à 30 ans	Urbain	Hétérosexuelle	Travailleuse	Française	> 1 consultation	Agnostique	MT
E6	F	31 à 60 ans	Urbain	Hétérosexuelle	Travailleuse	Française	Aucune	Catholique	A
E7	F	31 à 60 ans	Urbain	Hétérosexuelle	Travailleuse	Française	> 1 consultation	Agnostique	MT
E8	F	31 à 60 ans	Urbain	Hétérosexuelle	Sans emploi	Française	> 1 consultation	Catholique	MT
E9	F	31 à 60 ans	Urbain	Hétérosexuelle	Travailleuse	Française	Pas de refus	Agnostique	MT
E10	M	> 60 ans	Urbain	Hétérosexuel	Retraité	Français	Pas de refus	Catholique	MT

*E : entretien ; F : féminin ; M : masculin ; MT : médecin traitant ; A : médecin autre que le médecin traitant.*

Les 10 participants étaient suivis par quatre médecins généralistes.

Les trois premiers entretiens se sont déroulés au domicile des patients entre Septembre 2019 et Mars 2020. Les sept entretiens suivants se sont déroulés via

Whatsapp® à cause de la pandémie de la Covid-19 entre Mars et Mai 2020. Ils ont duré 19 à 35 minutes, pour une moyenne de 25 minutes. La suffisance des données a été atteinte au septième entretien. Les deux derniers entretiens ont été réalisés avec des patients n'ayant jamais refusé de voir l'interne.

## II. Le patient au centre du refus

### A. Être acteur de sa santé

Le refus, que le patient peut décider, est un moyen pour lui d'être acteur de sa santé. Le choix de pouvoir décider de la présence ou non de l'interne, marque la différence avec le vécu à l'hôpital. *« Alors oui il y a une différence non pas de la personne mais dans la façon dont c'est amené. A l'hôpital on va dire que c'est un peu plus subi, que dans un cabinet de généraliste, où madame X n'a jamais rien imposé alors qu'à l'hôpital bon voilà on vous l'impose ».* (E4)

Ce choix est en général assumé car il fait partie du contrat entre le patient et son médecin de famille. *« A posteriori je me dis que je referais pareil parce qu'elle a vraiment su trouver les mots pour me rassurer, ... elle a trouvé la façon ... de bien m'expliquer les choses de la façon dont... D'une façon très simple et voilà je me dis que je repasserais par elle enfin... Si je devais le refaire je prendrais la même décision. ».* (E5)

### B. Difficulté du changement

Consulter son médecin traitant est une habitude, il est donc difficile pour le patient de changer de praticien. Il refuse l'interne de manière automatique, non réfléchie, en évitant le changement. *« Et puis je connais le docteur X, j'ai toujours fait comme ça j'ai pas cherché plus à comprendre. ».* (E4)

Le refus est aussi lié à la personnalité du patient et son rapport au changement. *« Bah oui, parce que le naturel, on peut essayer de le travailler mais il est toujours là quand même ».* (E2).

Ce changement peut lui paraître impossible s'il n'est pas compatible avec l'interne. « *Je ne sais pas, vous savez quand l'affectif entre guillemets, même si c'est votre médecin, c'est un peu chimique, ça passe ou ça ne passe pas quoi.* ». (E8)

### C. Éviter la contrariété

Consulter avec l'interne, c'est devoir faire face, au moins la première fois, à un inconnu et accepter d'être un inconnu pour le médecin. Le patient doit s'adapter à un nouvel intervenant et changer ses habitudes. « *Mais c'est vrai que le changement a été difficile. Ça n'a pas été évident parce que c'est sûr qu'après vous êtes face à quelqu'un, même s'il est médecin, que vous ne connaissez pas. Il ne vous connaît pas non plus. Donc il faut tout réexpliquer, il faut un peu de temps pour qu'il apprenne à vous connaître.* ». (E8)

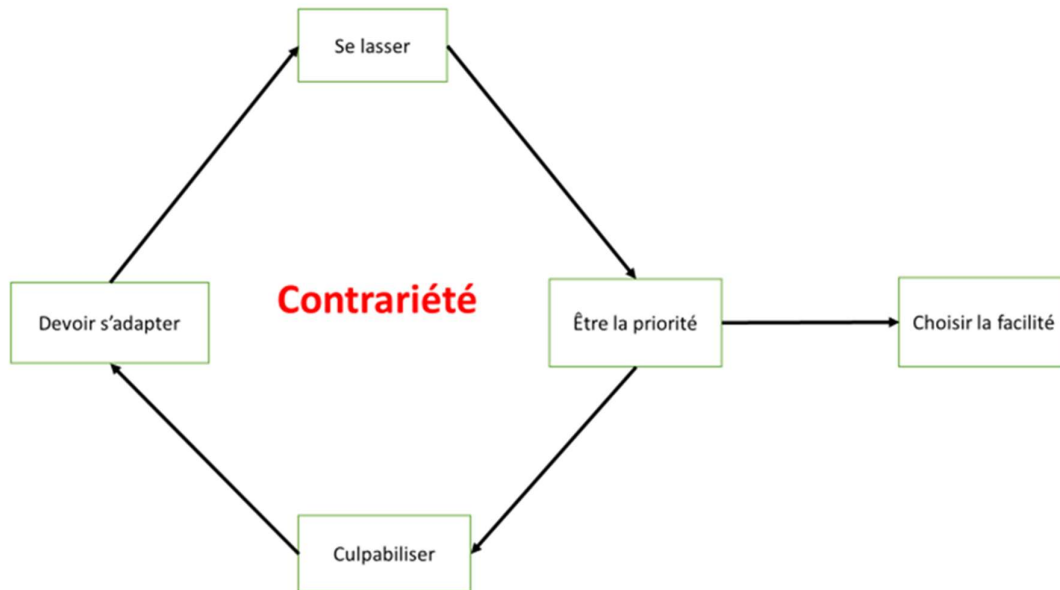
Le patient finit par se lasser de ces changements répétés. « *Ce qu'il s'est passé c'est que j'ai dû venir plus souvent voir le médecin et donc je me suis retrouvé en deux mois avec trois internes différents je crois. Mais en fait le troisième malheureusement ça a été votre collègue c'était le trop.* ». (E2)

Il va vouloir être la priorité de son médecin, quitte à écarter la formation de l'interne. « *Et finalement il y a ce côté rassurant du fait que c'est mon médecin depuis plus de 10 ans qui a pris le pas sur le fait que je me dise ce sera l'occasion aussi pour un interne de voir mais... En fait j'étais vraiment inquiète et c'est ça qui a pris le pas sur ma décision.* ». (E5)

Refuser l'interne est parfois culpabilisant et peut devenir une contrariété au même titre qu'accepter l'interne. Cette culpabilité entraîne un vécu difficile du refus. « *Bah c'est-à-dire euh quand j'ai refusé, bon ça m'a fait mal au cœur parce que je dis bon, c'est quand même quelqu'un de compétent.* ». (E3)

Le patient peut éviter cette contrariété en anticipant le refus, en choisissant la facilité de ne rien changer. « *Donc je sais que par exemple le mercredi soir madame*

*X n'est jamais là. Donc moi j'essaye toujours de prendre mes rendez-vous en fonction de quand je sais qu'elle est là. ». (E7)*



### III. Le MSU, acteur du refus par sa relation avec le patient

Le médecin traitant est irremplaçable car il a un vécu unique avec le patient, et parfois même avec son entourage. *« Ah d'accord bah madame X elle me connaît beaucoup mieux. Elle connaît mes antécédents, elle connaît notre histoire, elle connaît pas mal la famille, les problèmes qu'il peut y avoir et tout ça donc c'est plus... c'est par rapport à ça, le fait qu'elle connaisse les antécédents. ». (E7)*

Le médecin est parfois un proche, voire un ami. *« Qu'avec monsieur X on est quand même assez euh... plus intimes faut être honnête hein. Bon bah il est quand même au courant de beaucoup de choses, et moi je connais sa famille, j'ai été au mariage de sa fille, tout ça, donc on est quand même un peu plus intime ». (E4)*

Le vécu et la connaissance du patient sont des aspects importants qui expliquent pourquoi l'interne ne peut remplacer le médecin traitant dans l'esprit du patient. *« Euh je pense que ça me rassurait que ce soit elle parce qu'elle me*

*connaissait, parce qu'elle connaît mon dossier, elle suivait ma grossesse depuis le début et comme elle avait tous les éléments en main, que n'avait pas forcément en main un interne... Que l'interne aurait pu avoir en lisant mon dossier mais j'avais... J'étais plus rassurée que ce soit elle qui me prenne en charge parce qu'elle avait fait tout le suivi de ma grossesse et au-delà du côté médical en fait. ».* (E5)

En comparaison, le patient ne s'attache pas aux internes qui sont trop vite remplacés. « *Je les connais pas. (rires) Je les connais pas, j'en ai vu plusieurs avec le docteur X, mais je ne saurais plus les reconnaître. Peut-être je vous ai vu, non jamais ? Je ne sais pas... ».* (E1)

Il n'y a pas d'affect entre le patient et l'interne, contrairement au médecin traitant avec qui le patient peut prendre plaisir à consulter. « *Ce n'est pas la même relation. Madame X a vu par exemple mes enfants naître, donc elle va me demander comment vont mes enfants, me dire comment vont les siens, vous voyez cette... Voilà. Donc forcément le comportement que je vais avoir s'en ressent. Ça ne va pas être distant, mais euh voilà ça va être une patiente et un praticien quoi. Point. ».* (E9)

Ne pas voir le médecin traitant car il est remplacé par l'interne engendre alors une déception, celle de pas avoir le plaisir de consulter son médecin. « *Quand on a affaire à quelqu'un d'autre, que ce soit un interne ou un autre médecin d'ailleurs, il n'y a pas un manque de confiance hein, ce n'est pas ce que je dis. Je pars du principe que tout le monde est compétant. Mais peut-être une sorte de déception, je ne sais pas le dire autrement. ».* (E9)

#### **IV. Un manque de confiance en l'interne**

Le patient n'a pas le même vécu avec l'interne qu'avec son médecin traitant. L'interne est un inconnu, en qui le patient n'a pas toute confiance. Refuser l'interne est une façon pour lui de protéger son intimité. « *Bon effectivement là par rapport à ma ménopause, tout ça, là je voulais parler avec elle parce que je suis en pré ménopause et tout ça et donc je voulais voir un peu avec elle pour qu'on en discute et que je vois si je devais faire une prise de sang, voir si je devais voir plus*



*facilement ma gynécologue, tout ça. Bref c'était... C'est plus... C'est un petit peu compliqué parce que vous ne me gênez pas en fait, mais j'aime bien parler de tout ça seulement avec elle ».* (E7)

Le patient protège sa vie privée, mais aussi son intimité physique. C'est notamment le cas pour les consultations de gynécologie. « *Et donc euh... il y avait l'interne, bah j'aimais pas. Déjà là c'est déjà une consultation qui est autre qu'une consultation normale, euh là franchement j'aimais pas.* ». (E1)

Ce souci de se protéger et de préserver son intimité peut traduire un manque de confiance en l'interne, par rapport au médecin traitant. Le patient va alors choisir de consulter avec le médecin traitant pour ne pas prendre de risque pour sa santé. « *Mais quand ça monte dans des choses un petit peu plus compliquées, dont on ne sait pas trop, on cherche un peu l'origine du mal, pourquoi on a ça, c'est vrai qu'on a tendance à avoir envie de voir son médecin parce qu'il vous connaît.* ». (E8)

Une supervision directe par le MSU permet de diminuer ce risque, et va permettre l'acceptation de l'interne. « *Que l'interne fasse les examens, tout ce qui est nécessaire mais qu'il y ait une supervision. Façon dès que ça touche les enfants c'est toujours...* ». (E5)

Malgré les réticences à voir l'interne seul et le souhait d'une supervision par le MSU, la plupart des patients considèrent l'interne apte à bien les soigner dans le cadre d'une médecine centrée sur la maladie et non sur le relationnel. « *Il y aurait quelque chose euh... Allez je me réveille avec 39 de fièvre je suis pas là, le docteur X n'est pas là je vois l'interne sans problème.* ». (E1)

L'acceptation des internes est aussi dépendante de la gravité de la maladie. L'interne est cantonné aux soins jugés simples, traduisant un manque de confiance de la part du patient. « *En soi ça ne me dérange pas quand il n'y a pas de, fin quand c'est une consultation assez simple il n'y a pas de souci* ». (E7)

## V. Un refus dépendant des 3 acteurs

### A. Un refus aux variables multiples

Chaque refus est différent car il dépend de multiples variables, en lien avec le patient, l'interne et le MSU. Des événements extérieurs peuvent ponctuellement entraîner un refus chez des patients qui acceptent habituellement l'interne. « *Je pense que là ça a été le paramètre de plusieurs éléments, c'était vraiment dans ce côté contact, le côté je n'avais jamais autant vu de médecin, le côté fatigue du boulot aussi. Enfin il y a eu plusieurs choses qui se sont entremêlées qui font que ce jour-là je n'étais pas du tout réceptif à ce qu'une nouvelle personne me demande une auscultation.* ». (E2)

Le motif de consultation peut aussi avoir une influence sur le refus. « *Le risque, c'est le fait d'avoir... Dans le cadre de la grossesse c'est un peu particulier parce que j'ai mon bébé* ». (E7)

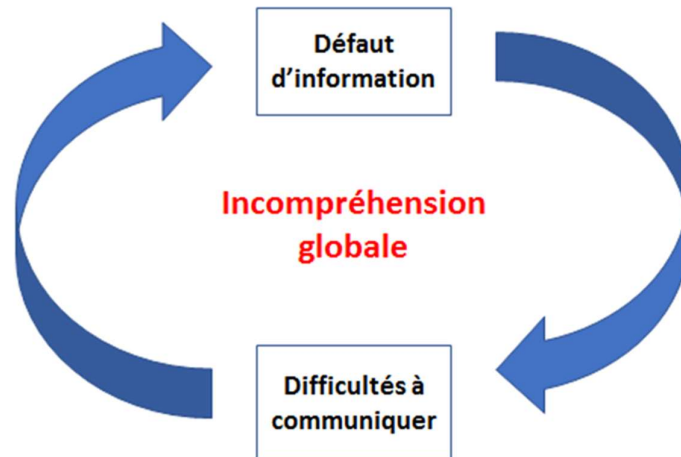
Les caractéristiques de l'interne influent aussi le choix et le vécu du patient. « *Et c'est une fille en plus donc voilà. Ça a été, ça a été tout de suite.* ». (E2)

### B. Une incompréhension globale

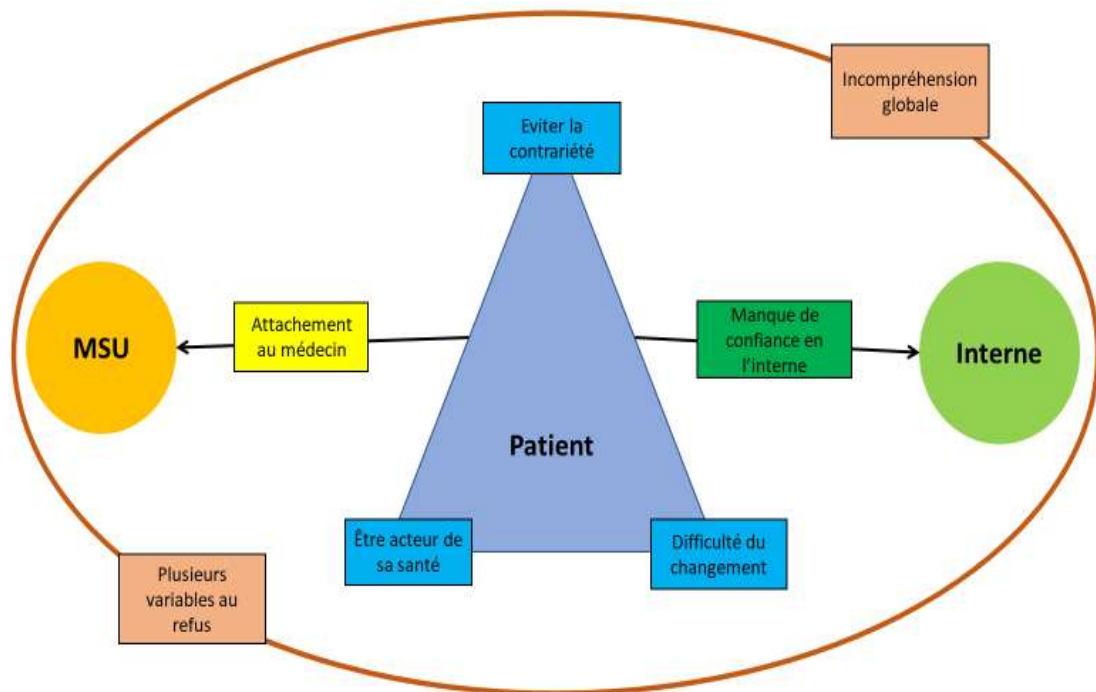
L'incompréhension entre le patient, l'interne et le MSU est liée à un défaut d'information. « *Non. On ne m'a pas expliqué. [...] Non, parce que je suis tombée souvent sur le docteur X et après euh... Il m'a présenté, bon bah hein euh... Monsieur, le docteur, je ne sais pas comment il a formulé ça, euh... Il est interne, bon bah c'est tout, voilà.* ». (E1)

Ce manque d'information crée des difficultés à communiquer et pour le patient à exprimer son refus, qui ne sera pas toujours compris. « *Euh après c'est vrai que j'ai peut-être eu une réaction un peu fermée, un peu hermétique, ça j'admets, j'admets que j'ai pu réagir de façon très hermétique. [...] Voilà là je n'ai pas expliqué le pourquoi du refus. Je ne pense pas l'avoir expliqué clairement.* ». (E2)

Ce problème de communication va alors à son tour entrainer un manque d'information de l'interne et du MSU. « Bah j'ai refusé... je l'ai pris quand même, je lui ai pas dit hein. Non non je lui ai pas dit hein. [...] J'étais pas à l'aise, c'est tout. Mais sinon je lui ai pas dit à lui, non non. ». (E3)



## VI. Modélisation des résultats



## DISCUSSION

### I. Principaux résultats

Le vécu du refus est lié aux 3 acteurs présents en consultation : le patient, l'interne et le MSU. Le patient est l'intervenant principal du refus. Le refus est pour lui une façon de s'exprimer et de faire des choix assumés pour sa santé dont il devient un acteur décisionnaire. Le refus peut devenir une norme et va être difficile à éviter, par son ancrage dans les habitudes et la personnalité du patient. Ne pas refuser l'interne est difficile à changer car l'arrivée de l'interne peut être perçue comme une contrariété, obligeant le patient à s'adapter. Lassé du changement, le patient peut alors désirer être la priorité de son médecin et refuser l'interne. Il peut choisir d'anticiper son refus en évitant de consulter avec l'interne pour éviter la difficulté de dire non, ce qui est parfois vécu comme culpabilisant.

Par son vécu professionnel et relationnel avec le patient, le MSU est parfois considéré comme irremplaçable. L'interne n'a pas cette place privilégiée ce qui le réduit à son rôle de soignant contrairement au médecin qui est vu comme une personne. Le patient vit avec moins de plaisir une consultation avec l'interne, ce qui peut motiver sa préférence pour le MSU.

L'interne n'a pas encore gagné la confiance du patient, qui peut le refuser pour se protéger d'éventuelles erreurs ou préserver son intimité. Le patient préfère ne pas prendre de risque, bien qu'il fasse confiance à l'interne pour les soins considérés comme simples.

Le refus est dépendant de multiples variables et peut être la conséquence de circonstances défavorables, le refus devient alors une exception. L'incompréhension

entre les 3 acteurs de la consultation peut favoriser le refus du patient, qui va vouloir retrouver ses repères.

## **II. Points forts et limites de l'étude**

### **A. Points forts de l'étude**

Il s'agit de la première étude qualitative française réalisée sur le sujet avec cette méthode.

Deux des patients interrogés n'avaient jamais refusé l'interne. Les entretiens réalisés avec eux ont permis d'élargir la vision du sujet de recherche et de nourrir l'analyse des autres entretiens.

29 critères sur les 32 de la COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) ont été respectés.

### **B. Limites de l'étude**

La diversité de l'échantillon a été limitée par la difficulté du recrutement. Certaines caractéristiques du patient, identifiées comme potentiellement influentes sur le refus lors de la revue de la littérature, n'ont pas été explorées. C'est par exemple le cas de la nationalité des patients qui était toujours française, de la non représentation de patient-étudiant ou d'une religion autre que la religion chrétienne.

La majorité des entretiens ont été réalisés via Whatsapp®, d'abord sous forme d'appels puis en appel-vidéo, suite à l'épidémie de Covid 19. Cela a pu entraîner une perte d'informations lors des entretiens, notamment au niveau de la gestuelle des patients.

Les 23ème et 28ème critères de la COREQ n'ont pas été respectés et il n'est pas possible de répondre au 13ème critère, compte-tenu des modalités de recrutement.

### III. Comparaison avec la littérature

#### A. Le refus à contre-courant des comportements actuels

L'objectif de ce travail était de s'intéresser à une situation peu explorée dans la littérature, et que l'on trouve peu dans les résultats des études s'intéressant à la formation ambulatoire des internes de médecine générale. En effet, plusieurs études montrent un avis positif sur la présence de l'interne au cabinet. Une étude quantitative autrichienne de 2013 (11) s'est intéressée à la perception qu'ont les MSU et leurs patients de la formation des internes au cabinet. Cinquante-neuf MSU ont répondu à un sondage en ligne, et les patients de 28 cabinets ont répondu à des questionnaires. 508 ont répondu à un questionnaire avant leur consultation avec l'interne (groupe WR), et 346 après (groupe AC). Les MSU exprimaient à 95% un avis positif sur la présence de l'interne, avec pour 99% un goût pour l'enseignement et pour 90% un meilleur retour sur leur travail quotidien. Les réponses montraient que 94,5% des patients du groupe WR et 96,5% du groupe AC considéraient que la présence de l'interne n'interférait pas dans leur relation avec le MSU. De même, 95,1% du groupe WR et 90,8% du groupe AC considéraient l'enseignement au cabinet utile pour l'interne. Les résultats montraient toutefois que 12% des patients du groupe WR et 7,2% des patients du groupe AC préféraient ou auraient préféré que l'interne ne soit pas présent. Aussi, 13,4% des patients du groupe WR et 4,9% des patient du groupe AC préféraient ou auraient préféré être examinés seuls avec le médecin. Ces patients sont minoritaires et sont ceux qui vont refuser l'interne.

Thierry Deffromont rapportait une opinion majoritairement positive des patients concernant la consultation par un interne en Saspas dans une étude quantitative réalisée en 2017 (12) en Haute-Normandie. Parmi les 465 patients interrogés ayant déjà consulté un interne en Saspas, 97% étaient satisfaits. Le travail d'Antoine Lemercier (13), une étude quantitative datant de 2013, montrait que 98,06% des 361 patients interrogés avaient confiance dans la prise en charge par l'interne en stage N1 et 98,34% pensaient que la présence de l'interne n'était pas un frein au dialogue avec le MSU. D'autres études confortent l'idée d'une opinion majoritairement positive de la formation ambulatoire des internes de médecine générale. Une étude réalisée en 1998 et publiée dans *The American Journal of the Medical Sciences* (14) évaluait

la satisfaction des internes concernant leur formation. Elle comparait la formation des internes au contact de patients hospitalisés par rapport à d'autres au contact de patients en soins ambulatoires. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'acquisition des connaissances mais les internes en ambulatoire étaient plus satisfaits de leur formation. Ces études montrent que les 3 acteurs de la consultation, le patient, le MSU et l'interne étaient majoritairement satisfaits de la présence de l'interne au cabinet. Le refus d'un patient apparaît comme une exception, demandant à chacun de s'adapter.

## **B. Les difficultés d'une relation triangulaire**

Géraldine Bloy décrivait dans une enquête sociologique (4) réalisée entre 2002 et 2004 la difficulté pour les 3 acteurs de s'adapter à une relation triangulaire et la grande variabilité des conditions de stage ambulatoire. L'enquête était réalisée selon une méthode qualitative en région parisienne et en province, auprès des stagiaires et des maîtres de stage. Il en ressort que « *Le stage chez le praticien n'est pas le dispositif de socialisation homogène pour lequel il se donne.* ». L'hétérogénéité entre les terrains de stage est importante et favorisée par un accordement délicat entre les facultés : « *Les différences significatives s'observent non seulement d'une faculté à l'autre mais aussi au sein d'une même faculté où les conditions aménagées par les responsables des départements de médecine générale font l'objet de variations d'interprétation considérables d'un maître de stage à l'autre.* ». La diversité des situations en stage ambulatoire est due à la diversité des MSU et de leur vision de la maîtrise de stage. Géraldine Bloy explique à ce propos : « *On se limitera ici à signaler la difficulté des départements à assurer un standard de qualité dans le recrutement des maîtres de stage : qualité de la pratique médicale au sens le plus étroit du terme, mais aussi qualités éthiques et qualités relationnelles pour réussir à faire évoluer de manière suffisamment harmonieuse le triangle stagiaire – maître de stage – patient.* ». La diversité est aussi celle des internes, qui ont chacun leur personnalité, un parcours et des objectifs de stage différents. L'étude montrait que : « *Parmi eux, beaucoup ont évolué dans des services hospitaliers où le travail des omnipraticiens était fréquemment déconsidéré et conçoivent un projet professionnel qui contourne la médecine générale.* ». Cette hétérogénéité des parcours des internes peut alors être une contrainte rendant l'adaptation du MSU à son interne délicate, et se répercuter sur le vécu des 3 acteurs de la consultation.

L'hétérogénéité des terrains de stage, la diversité des MSU et du vécu des internes sont les nombreuses variables qui influencent le refus.

Bloy expliquait : « *Les relations à trois ne sont pas réputées les plus faciles, le fonctionnement en triangle risquant de se faire au détriment d'un des pôles. Cette difficulté structurelle ressort des récits recueillis.* ». Le patient et le médecin sont habitués à n'être que deux lors des consultations, habitude fondée sur un vécu commun. Le patient est aussi habitué à un environnement où l'interne n'est pas présent, « *Les cabinets médicaux français sont conçus pour l'exercice d'un médecin isolé tandis que la rencontre médecin/malade y est magnifiée comme un colloque singulier reposant sur l'éthique, le secret professionnel et la confiance* ». Bloy évoque une relation unique, comme celle décrite dans cette étude où le médecin traitant est irremplaçable pour le patient.

L'équilibre de la relation peut être rompu par la présence de l'interne et les patients peuvent en pâtir. « *Ces derniers peuvent encore être réceptifs à l'ambiance de la relation entre le maître de stage et son stagiaire : ici une certaine tension affectera la disponibilité au patient, tandis que là au contraire une complicité évidente, une communication à mots couverts, risqueront de le tenir à l'écart. Un même sentiment d'exclusion peut être ressenti lors de discussions proprement médicales entre le stagiaire et le praticien autour du « cas » présenté par un malade, si les deux médecins ne prennent pas la peine de maintenir une communication orientée vers le patient et de traduire sans délai les termes de leur échange.* ». On trouve dans ces résultats le concept d'incompréhension entre les 3 acteurs. Le patient va éviter ce sentiment d'exclusion en refusant la présence de l'interne et se placer en priorité de son médecin, comme décrit dans les résultats.

Le patient n'est pas le seul à être déstabilisé par cette triangularité. Pour le médecin, habitué à mener la consultation, ne pas intervenir peut parfois être difficile voire presque impossible. L'étude explique : « *Quant au médecin en titre, il se trouve dans une position délicate lorsqu'il est présent tout en passant la main au résident pour la consultation : présent physiquement, présent dans la tête (et souvent le regard) du patient comme dans celle du stagiaire, il doit s'efforcer, avec plus ou moins de bonheur, de jouer les absents.* ». Le médecin est dans la tête du patient par



sa relation avec, et l'interne va devoir faire avec cette relation. Il fait aussi avec les expériences passées des patients et du MSU avec les anciens internes. En effet, « *L'expérience d'interventions malencontreuses de stagiaires en cours de consultation conduit certains maîtres de stage à cadrer les modalités d'intervention du résident : il lui sera demandé, par exemple, en début de stage de ne prendre la parole que sur sollicitation du praticien, ou de n'intervenir que sous une forme interrogative et respectueuse de sa présence.* ». La relation n'est alors plus dépendante de 3 intervenants mais aussi d'intervenants passés, ce qui complexifie la compréhension des interactions et leurs conséquences, comme par exemple le refus d'un patient d'être examiné par l'interne.

### **C. Des patients-enseignants : un complément nécessaire ?**

En 2017 est publié dans la revue française des affaires sociales un article concernant un programme de patients-enseignants (PEP13) (15). Ce programme était conçu en collaboration avec des patients, un laboratoire éducation et pratiques de santé et le département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de l'université Paris 13. Il s'inscrivait dans les suites des recrutements de patients comme experts dans les commissions des agences telles l'HAS et l'ANSM ou des interventions des patients dans les ateliers d'éducation thérapeutique. Les patients sont de plus en plus sollicités dans le système de soins actuel pour faire valoir leur expérience, l'idée était de les faire participer aussi à l'enseignement des futurs médecins.

Une quinzaine de patients-enseignants ont été engagés pour intervenir dans des groupes d'enseignements à la pratique réflexive entre internes (GEPRI), qui représentaient environ 80% des heures d'enseignements du diplôme d'études spécialisées (DES). Leurs enseignements étaient réalisés systématiquement en binôme avec des médecins-enseignants. L'article explique le fonctionnement de ces GEPRI : « *Pendant les GEPRI, les patients-enseignants guident le questionnement des internes en mobilisant leur « perspective-patient », c'est à dire leurs savoirs construits à partir de leurs engagements associatifs et de leur « métier » de malade ou de proche de malade. [...] Au départ de la formation, il ne leur a pas été donné de consigne particulière, sinon d'intervenir librement dès lors que la résolution des situations leur semblait incomplète en interrogeant leur perspective-patient. Ce choix*

*pédagogique s'est adossé aux principes d'une pratique réflexive permettant l'émergence, au fil des interventions, d'une formalisation progressive de la façon d'intervenir et des contenus abordés. Leur pensée enseignante s'y est donc élaborée dans l'action, GEPRI après GEPRI, en fonction des opportunités offertes par les modalités de résolution choisies par les internes. Enfin, ils participent à l'évaluation des étudiants, vérifiant dans leurs écrits que la perspective-patient y est restituée. ».* Tous les deux mois, les patients-enseignants se réunissaient dans un comité de pilotage pour échanger sur leur pratique, déterminer leur posture éducative et élaborer les contenus pédagogiques du programme d'enseignement. L'article explique que le principe matriciel auquel s'adosse le programme PEP13 est celui selon lequel la perspective des patients complète les enseignements classiques et permet aux internes d'améliorer leur pratique de soins. La question principale de recherche portait sur les effets de la contribution de la perspective des patients-enseignants dans les apprentissages des internes. L'analyse était réalisée au moyen de questionnaires de satisfaction portant sur les GEPRI et soumis aux enseignants et aux internes.

Les résultats préliminaires invitaient à croire à la faisabilité et à l'utilité de PEP13. Concernant l'acceptabilité, elle était variable : certains internes trouvaient que *« La présence d'un patient-enseignant est une très bonne idée et apporte une réflexion différente. Il nous permet de ne pas rester fermés sur nos a priori parfois déformés par nos études. »*. D'autres internes rapportaient qu'ils n'étaient plus *« entre eux »* et qu'ils devaient *« surveiller »* leurs propos. Ils signalaient aussi une usure et un rejet de la recherche.

Il ressortait des résultats que *« la posture des patients-enseignants n'est pas simple : quand leurs propos sont trop spécialisés et précis, certains enseignants-médecins se montrent un peu déstabilisés, et quand ils s'expriment sur le mode argumentatif ou expérientiel, les internes rencontrent des difficultés à se les approprier. »*. Ces résultats rejoignent le concept d'incompréhension globale trouvé dans les résultats de cette thèse.

Les observations complétées par des entretiens d'explicitation ont permis de réaliser une grille utilisée par plusieurs chercheurs. Celle-ci a permis de décrire la

perspective-patient telle qu'elle s'exprimait dans les GEPRI. Les résultats ont été restitués aux patients-enseignants pour veiller à leur validité externe.

Les résultats préliminaires montrent donc que si l'acceptabilité du programme doit encore être travaillée, la spécificité de la perspective-patient justifie l'engagement des patients dans le DES. On peut comparer les résultats de ce programme avec la consultation de médecine générale avec un interne. Les rôles sont inversés, c'est le patient qui va modifier une relation bien établie, celle du médecin-enseignant et de son élève l'interne. La présence de patients-enseignants est globalement bien acceptée, mais certains médecins-enseignants et internes ont des difficultés « à comprendre les raisons ayant conduit à solliciter la perspective des patients ». Ils ont ici le rôle du patient qui refuse l'interne, notamment à cause d'une difficulté de compréhension entre les acteurs. La difficulté à communiquer du patient-enseignant, que ce soit avec l'interne ou le médecin-enseignant, rejoint aussi les résultats de cette thèse. L'usure des internes, « *passés d'étudiants à étudiés* », rappelle la lassitude des patients et leur volonté de redevenir la priorité de leur médecin. La comparaison de ces deux études montre donc la difficulté d'une relation triangulaire, qu'on soit soignant ou patient.

## CONCLUSION

L'objectif de cette thèse était d'explorer le vécu de ces patients pour s'y adapter et permettre à l'interne de finalement voir ces patients. En effet ces consultations peuvent être utiles à la formation de futurs médecins qui verront plus tard ces patients dans leur cabinet. Chaque refus est unique, et doit être compris pour y répondre efficacement. Le MSU semble être l'intervenant idéal pour recueillir le vécu du patient, l'expliquer à l'interne et faire le lien entre eux pour tenter d'apporter une réponse adaptée au refus.

Pour compléter cette étude, il serait intéressant d'explorer le vécu des MSU lorsqu'un patient refuse de voir l'interne en consultation. Cela permettrait de voir comment ils s'adaptent et répondent à cette situation, et quelles sont pour eux les raisons de ce refus. Ce travail permettrait, en association avec celui-ci, d'améliorer la gestion du refus par l'interne et le MSU.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mercat FX, CNOM. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. 1999. [cité 28 sept 2020]. Disponible : [https://afpa.org/content/uploads/2017/07/cnom\\_le\\_stage\\_des\\_tudiants\\_en\\_mdecine\\_chez\\_le\\_praticien.pdf](https://afpa.org/content/uploads/2017/07/cnom_le_stage_des_tudiants_en_mdecine_chez_le_praticien.pdf)
2. Leruste S, Renard V. SNEMG, CNGE. Charte des Maitres de Stage des Universités : les éléments fondamentaux. 2012. [cité 20 janv 2019]. Disponible : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/120207\\_la\\_charte\\_des\\_MSU\\_les\\_fondamentaux\\_1.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120207_la_charte_des_MSU_les_fondamentaux_1.pdf)
3. Communiqué CNGE. Nombre de MSU permettant la 4<sup>e</sup> année du DES. [cité 12 juill 2020]. Disponible : [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/190423\\_Communique\\_\\_CNGE\\_Nombre\\_de\\_MSU\\_permettant\\_la\\_4e\\_annee\\_du\\_DES\\_vsite.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/190423_Communique__CNGE_Nombre_de_MSU_permettant_la_4e_annee_du_DES_vsite.pdf)
4. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):101-25.
5. Benson J, Quince T, Hibble A, Fanshawe T, Emery J. Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study. BMJ. 9 juill 2005;331(7508):89.
6. Aljoudi SB, Alsolami SS, Farahat FM, Alsaywid B, Abuznadah W. Patients' attitudes towards the participation of medical students in clinical examination and care in Western Saudi Arabia. J Fam Community Med. déc 2016;23(3):172-8.
7. Bentham J, Burke J, Clark J, Svoboda C, Vallance G, Yeow M. Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. Med Educ. sept 1999;33(9):686-7.
8. Kaufmann Jean-Claude. L'entretien compréhensif / Jean-Claude Kaufmann; sous la direction de François de Singly. 4<sup>e</sup> édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. 126 p. (128 tout le savoir).
9. Lejeune Christophe. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer / Christophe Lejeune. 2<sup>e</sup> édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 155 p. (Méthodes en sciences humaines).
10. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.

11. Pichlhöfer O, Tönies H, Spiegel W, Wilhelm-Mitteräcker A, Maier M. Patient and preceptor attitudes towards teaching medical students in General Practice. *BMC Med Educ* [Internet]. déc 2013 [cité 1 oct 2018];13(1). Disponible sur: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-83>
12. Deffromont T. L'interna en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie. 2 mars 2017;65.
13. Lemerancier A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients. 2013;
14. Rosebraugh CJ, Szauter K, Ainsworth MA, Solomon DJ, Speer AJ, Dipette DJ. Creating and Evaluating an Independent Ambulatory Internal Medicine Clerkship. *Am J Med Sci*. janv 1998;315(1):30-4.
15. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau C-A, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. *Rev Francaise Aff Soc*. 19 avr 2017;(1):61-78.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Helbecque Tom	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?
2. Validation du 3ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne, puis médecin remplaçant	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Consultation antérieure avec 3 patients	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Thème de la recherche	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Etudiant en médecine effectuant une étude pour sa thèse d'exercice.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Entretiens individuels compréhensifs et analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10. Echantillonnage dirigé	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les

		participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 10	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Non évaluable	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Domicile des patients	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, âge, milieu de vie, profession, orientation sexuelle, nationalité, religion, expérience avec un interne, place du MSU	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17. Entretien compréhensif avec guide d'entretien souple et réactualisé au cours de la recherche	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 25 minutes en moyenne	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. L'auteur et un chercheur indépendant pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui, modélisation du codage	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés



données		à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. NVivo 12 Pro	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## Annexe 2 : Guide d'entretien initial

### - Discussion d'ouverture :

La relation avec le médecin, les habitudes de consultation.

### - L'interne vu par le patient :

Connaissances du patient du rôle et des capacités de l'interne.

Explications données au patient sur ce qu'est un interne en médecine générale.

Comment le médecin a évoqué la présence de l'interne.

### - Le vécu de la présence de l'interne :

Comment est vécue la présence de l'interne.

Les situations ou motifs de consultation amenant le patient à refuser l'interne.

### - Le refus de l'interne :

Exemples de situations où le patient a refusé l'interne.

Raisons du refus.

Comment le patient exprime son refus.

Possibles difficultés ou gêne à exprimer le refus.

- **Des pistes pour améliorer le vécu du patient :**

Attentes vis-à-vis de l'interne.

Faciliter la présence de l'interne lors des situations où le patient refuse le plus souvent l'interne.

Améliorer le vécu du patient lors d'une consultation avec l'interne.

### **Annexe 3 : Guide d'entretien final**

- **Discussion d'ouverture :**

La relation avec le médecin, les habitudes de consultation.

Rapport avec le médecin traitant.

- **L'interne vu par le patient :**

Connaissances du patient du rôle et des capacités de l'interne.

Explications données au patient sur ce qu'est un interne en médecine générale.

Comment le médecin a évoqué la présence de l'interne.

Différence Saspas et N1.

- **Le vécu de la présence de l'interne :**

Comment est vécue la présence de l'interne.

Comparaison avec la relation avec le médecin traitant.

Les situations ou motifs de consultation amenant le patient à refuser l'interne.

Vécu positif ?

Modification du comportement -> Vécu différent avec le médecin ?

- **Le refus de l'interne :**

Exemples de situations où le patient a refusé l'interne.

Raisons du refus.

Comment le patient exprime son refus.

Possibles difficultés ou gêne à exprimer le refus.

Ce que représente le refus.

Le vécu du refus par rapport à ceux qui ne refusent pas.

Réaction de l'interne face au refus et vécu de l'interne.

Refus anticipé : vivre son refus à l'avance

Rebondir sur les paradoxes émis par l'informant.

- **Des pistes pour améliorer le vécu du patient :**

Exemples de consultations avec un vécu positif

#### **Annexe 4 : Exemple d'entretien (N°5)**

E5 : informateur n°5

M : investigateur

Docteur X : médecin traitant de l'informateur

Durée : 22 minutes

M : Pour commencer est-ce que vous pouvez me raconter comment vous en êtes venue à consulter avec le docteur X, quelles sont vos relations avec ?

E5 : Alors euh... Moi j'ai commencé à consulter avec le docteur X quand j'ai emménagé à La Madeleine en 2012, tout simplement par... Parce que c'était pratique parce qu'elle n'était pas loin de chez moi. Et l'avantage c'est qu'elle fait tout ce qui est petite gynécologie donc c'était l'occasion d'avoir et un médecin traitant, et ne pas avoir à aller chez le gynécologue à chaque fois qu'il y avait un petit souci.

M : Ok, et alors quels sont vos rapports finalement avec le docteur X ?

E5 : Bah au final moi je vais très peu souvent chez le médecin, avec la naissance de mon premier enfant elle l'a quand même suivi assez régulièrement, elle a suivi mes deux grossesses, c'est encore elle qui suit ma fille qui vient de naître donc voilà c'est

vraiment... Si j'ai un souci ou une question je l'appelle et elle est quasiment toujours disponible pour répondre et voilà. Elle est très disponible.

M : D'accord. Et quand vous êtes arrivée il y avait déjà des internes au cabinet ?

E5 : Euh... Je ne pense pas. Je ne serais pas capable de vous dire, je ne me souviens pas quand je suis arrivée. Par contre je peux vous dire qu'elle a déjà été remplacée... Bah par ses internes, et qu'en général ça ne me dérange pas. Il n'y a juste qu'une fois où j'ai préféré que ce soit elle qui me voit, mais je ne saurais pas vous dire si quand j'ai commencé à consulter il y a eu des internes.

M : D'accord, donc ça s'est présenté comment à vous finalement quand il y a eu des internes ?

E5 : Bah tout simplement je l'ai appelé pour avoir un rendez-vous et elle m'a dit que ce ne serait pas elle mais un interne ce jour-là, où moi j'avais la possibilité d'aller au cabinet parce que je ne travaillais pas et euh... Comme j'avais besoin d'y aller je me suis dit très bien ce sera un interne, c'était juste pour une ordonnance à renouveler donc... La première fois que j'ai eu affaire à un interne c'était juste une histoire de renouvellement de d'ordonnance.

M : D'accord. Et comment elle vous l'a expliqué qu'elle prenait des internes ? Elle vous l'a expliqué ? Elle vous a dit ce que c'était un interne ?

E5 : Vaguement elle m'a dit que c'était un étudiant en médecine qui faisait son internat, qui... Mais pas plus que ça.

M : Et est-ce que vous savez ce que c'est un interne ? Vous vous le représentez comment ?

E5 : Bah pour moi c'est un étudiant en médecine qui fait ses... comment dire ? C'est une façon de pratiquer pour pouvoir... Je ne sais pas comment expliquer. C'est une façon pour les étudiants en médecine de pouvoir pratiquer et de voir des cas concrets et de pouvoir avoir une expérience.

M : D'accord. Et cette façon de se former, quel est votre avis ? D'avoir un interne au cabinet ?

E5 : Moi personnellement je pense que dans le milieu de la médecine on ne peut pas tout apprendre dans les livres, il faut avoir un contact avec le patient, il faut voir sur le terrain, ça fait partie des métiers pour moi où la formation pratique elle est aussi importante voire plus importante que ce qu'on peut trouver dans les livres ou dans une bibliothèque.

M : D'accord, donc vous êtes plutôt en accord avec cette présence au cabinet.

E5 : Oui voilà. Je préfère avoir affaire à des internes qui plus tard seront des médecins qui auront une certaine expérience plutôt que des médecins qui sortent diplômés avec uniquement des connaissances qui sortent uniquement d'un cours ou d'un livre. Et moi ça m'a jamais dérangé, pour moi c'était normal que... voilà de se faire la main on va dire ça comme ça.

M : Ok. Et vous savez qu'il y a aussi une différence, madame X elle accueille deux types d'internes : il y a celui qui est avec elle en consultation et celui qui est tout seul. Est-ce que vous avez déjà vécu des situations avec les deux finalement ?

E5 : Euh... Bah peut-être avec vous une fois, oui je suis déjà allé à son cabinet et il n'y avait qu'un interne.

M : Et est-ce que vous avez déjà été au cabinet et il y avait elle et un interne ?

E5 : Oui, aussi.

M : Et ça s'est passé comment dans ce cas-là ?

E5 : Euh... Elle avait son interne avec elle, elle lui expliquait toutes les étapes à chaque fois pour l'ordonnance, pour les différents tests qu'elle m'a fait faire, pour le petit souci que j'avais dû avoir à ce moment-là, c'était certainement un rhume ou une

angine ou je ne sais quoi. Alors elle lui détaillait à chaque fois, elle lui montrait comment bien faire les ordonnances, ce que ça pouvait être aussi au niveau des symptômes, elle dit ça peut être ça ça ça. Et puis en fonction des autres symptômes elle réduisait, elle lui expliquait vraiment tout le processus qu'elle suivait dans mon cas.

M : D'accord, et comment vous avez vécu cette situation, cette relation à trois, finalement c'est un changement ?

E5 : Non, non. C'est... Je vous dis pour moi c'est normal que... Qu'un étudiant soit... C'est comme assister à un cours.

M : D'accord.

E5 : Si ça permettait d'aider une personne à avancer dans son cursus, voilà c'est plus comme ça que je l'ai senti, j'ai laissé faire le docteur.

M : Vous comparez ça à un cours, ça vous a semblé formateur pour vous ?

E5 : Bah déjà oui parce que je pouvais aussi voir comment elle appréhendait mes différents symptômes, sa façon de faire. Donc c'était intéressant à voir.

M : Et donc vous m'avez dit vous avez refusé une fois de voir l'interne, expliquez-moi un peu comment ça s'est passé.

E5 : Juste une fois, c'était il n'y a pas très longtemps j'étais pendant mon dernier mois de grossesse. J'ai eu un souci gynécologique pendant ma grossesse. Je ne savais pas trop ce que c'était. Au départ pendant mes grossesses je suis assez sujette aux mycoses, avec les montées d'hormones etc. Et là en fait le traitement que je prenais d'habitude d'ovule n'avait pas fonctionné, c'était assez gros etc. c'est vrai que dans le cadre de ma grossesse, comme elle connaît mon passif et que c'était très douloureux, que c'était à un mois et demi, à deux mois de mon terme j'ai préféré que ce soit elle qui me prenne parce qu'elle connaissait mon dossier, elle connaissait mon passif.

M : D'accord, donc c'était par rapport à votre histoire médicale ?

E5 : C'est ça.

M : Et comment vous l'avez exprimé alors ce refus ?

E5 : Je l'ai appelé pour lui demander un rendez-vous pour une consultation. Elle m'a dit que ce jour-là ce ne serait pas elle ce serait son interne. A chaque fois elle me demande si ça ne me dérange ou pas que ce soit l'interne et là je lui ai dit que je... Vu ce que c'était, vu que je ne savais pas ce que c'était, que j'étais inquiète par rapport à ma grossesse etc, j'ai préféré... Je lui ai dit je préfère que ce soit vous qui me preniez en charge.

M : Comment vous pouvez expliquer un peu cette préférence finalement ?

E5 : Euh je pense que ça me rassurait que ce soit elle parce qu'elle me connaissait, parce qu'elle connaît mon dossier, elle suivait ma grossesse depuis le début et comme elle avait tous les éléments en main, que n'avait pas forcément en main un interne... Que l'interne aurait pu avoir en lisant mon dossier mais j'avais... J'étais plus rassurée que ce soit elle qui me prenne en charge parce qu'elle avait fait tout le suivi de ma grossesse et au-delà du côté médical en fait.

M : Donc il y avait aussi le côté humain de connaître le médecin...

E5 : C'est ça. Elle savait ce qui pouvait m'angoisser ou pas par rapport à ma grossesse parce que justement dans le cadre de ma grossesse quand je la voyais elle me posait tout le temps des questions, elle répondait à mes questions donc elle savait un petit peu les choses qui auraient pu me faire peur donc voilà je savais qu'elle allait me rassurer et qu'elle me connaissait. Voilà c'était vraiment le côté humain pour le coup qui m'a poussé à demander à ce que ce soit elle qui me prenne en charge.

M : D'accord. Est-ce que le fait que ce soit une consultation un peu particulière, donc de gynécologie ça pouvait aussi modifier votre choix et à préférer le docteur X ?

E5 : Pas forcément parce que depuis le 3e mois de grossesse j'étais suivie à la maternité, et à chaque fois j'étais suivie par une personne différente ou par une personne qui justement avait elle-même des internes sages-femmes, des apprentis enfin je ne sais pas si on dit interne pour les sages-femmes etc. Et que dans le lot il y avait aussi des sages-femmes qui étaient des hommes, d'ailleurs c'est un sage-femme homme qui m'a accouché le jour de la naissance de ma fille. Donc ce n'était pas lié au fait que ce soit gynécologique.

M : D'accord donc pareil que ce soit un homme ça n'a pas modifié votre perception ?

E5 : Non, non.

M : D'accord. Et vous avez ressenti des difficultés, une gêne à exprimer ce refus ou ça s'est fait plutôt facilement pour vous ?

E5 : Euh ça s'est fait plutôt facilement même si c'est vrai que je me suis dit... Je me suis dit pourquoi... ça s'est passé très vite, j'ai pris ma décision très vite mais je me suis dit pourquoi, pourquoi pas ? Et finalement il y a ce côté rassurant du fait que c'est mon médecin depuis plus de 10 ans qui a pris le pas sur le fait que je me dise ce sera l'occasion aussi pour un interne de voir mais... En fait j'étais vraiment inquiète et c'est ça qui a pris le pas sur ma décision.

M : Donc à posteriori vous l'avez vécu comment cette situation ? Qu'est-ce que vous en tirez d'avoir préféré le docteur X à l'interne ?

E5 : Euh... A posteriori je me dis que je referais pareil parce qu'elle a vraiment su trouver les mots pour me rassurer, même si au final on ne sait toujours pas ce que ces lésions... Ce que c'était mais voilà elle a trouvé la façon de me rassurer, de bien m'expliquer les choses de la façon dont... D'une façon très simple et voilà je me dis que je repasserais par elle enfin... Si je devais le refaire je prendrais la même décision.



M : D'accord. Et donc vous parlez de ce côté rassurant, avec l'interne quels auraient été les risques, à choisir l'interne pour vous, et les conséquences ?

E5 : Potentiellement il n'y en aurait pas eu, parce qu'au final l'examen qu'elle m'a fait était vraiment un examen superficiel on va dire. Le risque, c'est le fait d'avoir... Dans le cadre de la grossesse c'est un peu particulier parce que j'ai mon bébé et c'est vrai qu'aller voir un étranger comme ça que je ne connais pas, voilà c'est ce côté-là, c'est le côté cette personne ne me connaît pas, j'ai besoin de quelqu'un qui me connaisse. On en revient toujours au côté rassurant mais au point de vue médical, à posteriori j'aurais eu aucune conséquence.

M : D'accord. On revient vraiment vers l'humain finalement.

E5 : Ouais.

M : Et pour vous quelle a été la réaction de l'interne face à ce refus finalement ? Est-ce que vous y avez pensé ?

E5 : Sur le coup je n'y ai pas spécialement pensé. Après je suis toujours du genre à chercher à ne pas vexer ou ne pas décevoir c'est dans ma nature. C'est pour ça que la toute première fois où elle m'a dit ce n'est pas moi ce sera l'interne bah je me suis dit ok d'accord bah ce sera un interne. Mais c'est vrai que c'est toujours le petit côté de ne pas vouloir décevoir quelqu'un, quelqu'un qui a besoin de ces expériences. C'est pour ça que la plupart du temps ça ne me dérange pas que ce soit un interne.

M : Mais quand vous dites ça ne me dérange pas parce que je ne veux pas le vexer, vous vous sentez obligée d'accepter l'interne ou c'est naturel chez vous ?

E5 : C'est naturel.

M : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres situations où vous pensez que vous seriez amenée plutôt à préférer le docteur X à l'interne ?

E5 : Euh... Je pense que si un de mes enfants présente des symptômes un peu graves, quelque chose comme ça j'aurais tendance à préférer le docteur X.

M : Comment vous l'expliquez cette préférence ?

E5 : Je pense que ce serait dû à l'expérience et au fait que pareil elle connaît les enfants, elle connaît les problèmes qu'ils ont pu avoir. Mais je pense que pour le coup, là pour les enfants ce serait plus pour l'expérience qu'elle pourrait avoir par rapport à un interne. Après ce qui ne me dérangerait pas ce serait qu'elle soit avec un interne et qu'éventuellement elle laisse son interne faire à sa place mais en étant à côté.

M : Vous aimeriez une supervision finalement par le docteur X.

E5 : Voilà. Que l'interne fasse les examens, tout ce qui est nécessaire mais qu'il y ait une supervision. Façon dès que ça touche les enfants c'est toujours...

M : C'est plus inquiétant pour vous...

E5 : Voilà, c'est toujours plus inquiétant pour moi. Alors que pour moi la plupart du temps quand je vais chez le médecin c'est jamais rien de grave, c'est des maladies classiques, saisonnières, et du coup voilà. Ou même quand c'est un petit peu plus complexe, pour moi ça ne me dérangera jamais que ce soit un interne plutôt qu'elle mais dès que ça concerne un de mes enfants, c'est vrai qu'on a plus tendance à vouloir chercher quelqu'un qui a plus d'expérience que le côté étudiant en fait.

M : Oui il y a vraiment le côté besoin d'être plus rassuré...

E5 : C'est ça en fait.

M : Et pour la situation où vous avez refusé finalement, si ça avait été le docteur X avec un interne, est-ce que ça vous aurait dérangé ?

E5 : Non, non non.

M : D'accord.

E5 : Non parce que de toute façon elle aurait été là si une angoisse, quelque chose que n'aurait pas pu gérer, non pas gérer mais une angoisse à laquelle l'interne n'aurait pas pu répondre, je sais qu'elle aurait été là.

M : D'accord. Et pour vous quelles sont vos attentes vis-à-vis d'un interne ? Quelles sont... Ce qu'il doit présenter, ce que vous attendez de lui finalement ?

E5 : J'attends de lui la même chose que ce que j'attends du docteur X, qu'elle prenne en considération tous les symptômes, toutes les choses qui peuvent être présentées, même les choses les plus anodines. Et surtout qu'il explique en fait, qu'il explique tout ce que ça pourrait être, tout ce que ça peut engendrer. Je sais que le docteur X en général, quand elle nous prescrit un médicament, elle me détaille toujours les risques que ça peut entraîner de prendre ce médicament, ou quoi que ce soit. J'attendrais la même chose d'un interne que ce qu'elle peut offrir dans le cadre de ses soins.

M : Oui. Et est-ce que finalement il y aurait quelque chose à améliorer pour... Au niveau des internes au cabinet ?

E5 : Euh...

M : Euh par exemple pour éviter que... Ce que j'ai compris c'est que c'est vraiment lié à l'humain mais ce qui aurait pu finalement éviter ce refus ? Quelque chose qui aurait pu changer ça ?

E5 : Ce qui aurait évité ce refus ça aurait été qu'elle soit... Qu'elle supervise un petit peu. Après de toute façon on ne peut pas être présent au cabinet 24h/24 et 7 jours sur 7 mais après peut-être avec un contact multimédia ça aurait pu... Peut-être qu'elle puisse être là sans forcément être là puisque... Vous voyez ce que je veux dire ? Ça aurait pu être une idée, après on ne peut pas être là tout le temps et tout superviser mais ça aurait peut-être changer ma décision.

M : D'accord.

E5 : De dire l'interne va s'occuper de moi et si jamais, elle est là. Elle est là même à distance donc vous voyez c'est vraiment pas le fait que ce soit un interne ou pas qui m'ausculte c'est vraiment le côté... Voilà le côté pouvoir lui poser à elle éventuellement une question ou lui demander de rassurer une angoisse parce qu'elle me connaît depuis que j'ai mes enfants quoi.

M : C'est vraiment la communication en fait le point central.

E5 : Ouais parce que j'aurais tout à fait fait confiance à l'interne pour faire les examens qu'elle avait fait.

M : Oui, d'accord. Par exemple à l'hôpital vous avez été confrontée à des internes aussi. Il n'y a pas eu de...

E5 : Oui, non il n'y a pas eu de... C'est pareil ils étaient... Alors la plupart des internes que j'ai vu étaient toujours là présents avec la sage-femme qui me suivait. Donc il y a toujours ce côté supervision et il y a toujours eu ce côté où le médecin ou la sage-femme qui me suivait détaillait tout ce qu'elle faisait, montrait à l'interne, expliquait à l'interne. Voilà, que ce soit pour la naissance de mon aîné ou de ma fille qui est née il y a un peu moins de deux mois, j'ai toujours été confrontée à ce côté un petit peu pédagogique des médecins et des sages-femmes envers les internes.

M : D'accord. Et donc finalement en dehors des situations un peu particulières comme la gynécologie ou la pédiatrie, est-ce que vous aimeriez avoir ce côté supervision de l'interne au cabinet dans les autres situations ?

E5 : Non. Non pas spécialement parce qu'à chaque fois que je vais chez le docteur X, je vous dis c'est pas pour des choses graves. Et même si c'était le cas, je sais que... Elle m'a souvent expliqué que si jamais j'avais affaire à un interne, elle elle transmet les dossiers, il y a un suivi qui est établi entre elle et l'interne, des points d'information faits ensemble, où ils reviennent sur les patients... Vous faites un tour

des patients que vous avez pu voir à sa place. Je sais qu'il y a ce suivi du coup j'ai pas besoin de plus de supervision.

M : Donc ouais elle a quand même bien pris le temps de vous expliquer comment ça se passait au cabinet avec les internes.

E5 : Voilà.

M : Bon bah très bien, est-ce que vous avez quelque chose d'autre à dire sur le sujet ?

E5 : Bah écoutez non pas spécialement.

M : Bon bah je vous remercie beaucoup, c'était très intéressant.

E5 : Je vous en prie.

**AUTEUR : Nom : HELBECQUE**

**Prénom : Tom**

**Date de Soutenance : 09/02/2021**

**Titre de la Thèse : Pourquoi certains patients sont-ils opposés à la réalisation de la consultation par l'interne en stage ambulatoire ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : patients, refus de participer, formation académique, recherche qualitative**

**Contexte :** Le nombre de MSU a fortement augmenté ces dernières années. L'interne modifie les modalités de consultation, une relation triangulaire se crée. Des patients refusent d'être vus par l'interne en consultation voire sa présence lors de celle-ci.

**Objectif :** Explorer le vécu des patients refusant de voir l'interne en consultation, afin de comprendre les raisons de ce refus et d'y répondre de manière adaptée.

**Méthode :** Étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens individuels compréhensifs de patients ayant déjà refusé de voir l'interne en consultation. Analyse triangulée avec l'aide du logiciel QSR Nvivo® 12 Pro.

**Résultats :** Le vécu du refus était lié aux 3 acteurs de la consultation. En refusant l'interne, le patient se positionnait comme un acteur de sa santé, qui s'exprimait et faisait ses propres choix. Son refus était aussi une réponse à la difficulté du changement, qui pouvait être vu comme une contrariété qu'il voulait éviter. L'attachement du patient à son médecin traitant expliquait en partie le refus de l'interne. Le patient prenait plaisir à voir son médecin traitant, son unique interlocuteur en opposition avec l'interne qui n'était en stage que durant six mois. Le patient n'avait pas le même vécu avec l'interne, c'était un inconnu en qui il n'avait pas toute confiance. Des patients le refusaient pour se protéger, d'autres pour préserver leur intimité. Le patient ne voulait pas prendre de risque, en refusant l'interne pour les soins pour lesquels il l'estimait incompétent. Son vécu dépendait d'autres variables, et les interactions entre lui, le MSU et l'interne étaient à l'origine d'un manque de compréhension favorisant le refus.

**Conclusion :** Chaque patient avait son propre vécu et ses explications au refus. Ce refus dépendait de multiples variables s'articulant autour des trois acteurs de la consultation. Chaque situation de refus devrait être explorée individuellement. Le MSU paraît être le mieux placé pour faire le lien entre les trois intervenants. Interroger son vécu permettrait d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin**

**Assesseur : Monsieur le Docteur Marc Bayen**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Michel Cunin**