



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Comment les patients atteints d'épisode dépressif caractérisé vivent-ils la participation d'internes en SASPAS à leur suivi : une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés

Présentée et soutenue publiquement le 17/10/2024 à 16h

Au Pôle Formation

Par Monsieur Solène SOUCAT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseure :

Madame le Docteur TILLY-DUFOUR Anita

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Table des matières

Introduction	5
Matériel et Méthode	7
1. Type d'étude	7
2. Population et recrutement.....	7
3. Recueil des données – Matériel.....	8
4. Analyse des données	8
5. Ethique et réglementation.....	8
Résultats	9
1. Description de la population	9
2. Les attentes et besoins du patient :	10
a. Un besoin de naïveté.....	10
b. Une attente de compétences	12
c. Faire confiance	14
d. Décider pour sa santé.....	16
3. La rencontre nécessaire avec l'interne	20
a. Appréhender	20
b. Comprendre	22
c. Consulter libre.....	23
d. Un accompagnement satisfaisant.....	23
4. L'interne, acteur d'un réseau de soin.....	24
a. L'interne, un médecin comme un autre ?	24
b. S'entraider :	26
c. Être suivi par un professionnel de santé référent au sein d'une équipe.....	28
Discussion	32
1. Résultat principal :	32
2. Forces et limites :	34
a. Les limites de cette étude :	34
b. Les forces de cette étude.....	34
3. Comparaison avec la littérature :.....	35
a. La littérature internationale :	35
b. La littérature française :	36
4. Perspectives :	39

Bibliographie :	41
Annexes	45
1. Type d'étude	45
2. Guide d'entretien initial	46
3. Guide d'entretien final	47
4. <i>Verbatim</i> d'entretien	49
5. Récépissé de conformité CNIL	50

Liste des abréviations

OMS : Organisation mondiale de la santé

EDC : épisode dépressif caractérisé

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

MSU : Maître de stage universitaire

DPO : Délégué de protection des données

MT : Médecin traitant

Introduction

Les troubles dépressifs sont une des premières causes d'incapacité dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec environ 280 millions de personnes atteintes en 2017.(1-3) En France la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) dans les 12 derniers mois est aux alentours de 10%. Les femmes sont deux fois plus atteintes que les hommes.(4-6) Dans les Hauts-de-France, l'étude CoviPrev retrouve des prévalences régionales supérieures à la moyenne nationale depuis le début de l'épidémie de Covid-19.(7)

Le médecin généraliste est l'interlocuteur principal des patients en premiers recours, y compris lorsqu'ils consultent pour une problématique de santé mentale.(8,9) Dans l'étude ECOGEN, la proportion de consultation se rapportant à un motif de trouble dépressif était de 2,7%.(10) Elle est similaire lorsqu'un interne en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) consulte selon un travail de thèse datant de 2005.(11)

Le SASPAS est un stage de formation d'étudiant en médecine générale en 9^e année. Créé en 2003, ce stage est nécessaire pour valider sa formation de médecine générale suite à la réforme du 3^e cycle des études médicales de 2017. L'étudiant est amené à recevoir seul des patients au cabinet de son maître de stage universitaire (MSU). Un temps de rétroaction est organisé chaque jour. Il permet la sécurisation des patients et les échanges entre l'interne et le MSU à visée pédagogique. En 2023, la durée de l'internat de médecine générale est augmentée avec l'instauration d'une quatrième année professionnalisante où l'interne va consulter en autonomie complète sous supervision indirecte d'un maître de stage. (12,13)

Peu de données robustes existent sur les consultations entre les internes en SASPAS et les patients dans la littérature. Les données appuyant les assertions suivantes proviennent de travaux de thèse.

Malgré des connaissances théoriques satisfaisantes les internes appréhendent les consultations de patients atteints d'EDC.(14) Ils retirent tout de même un sentiment de satisfaction de ces accompagnements, perçus comme chronophages et complexes. (15)

Les patients sont satisfaits de consulter les internes en SASPAS indépendamment de leur motif de consultation.(16-19) Malgré cela, ils peuvent appréhender les consultations pour des motifs psychologiques ou pour des situations complexes chroniques.(18) La durée de

stage limitée à 6 mois de l'interne pourrait empêcher de créer une relation de confiance avec le patient atteint d'EDC.(19).

Le patient consultant pour EDC et l'interne le recevant en consultation peuvent se retrouver en difficulté lors de cette rencontre. L'objectif de cette thèse était donc d'explorer le vécu des patients atteints d'EDC ayant consulté des internes de médecine générale en SASPAS

Matériel et Méthode (20–24)

1. Type d'étude

Une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée.

2. Population et recrutement

L'étude s'est intéressée aux patients adultes atteints d'épisode dépressif caractérisé reçus par un interne en SASPAS en consultation de médecine générale pour la découverte ou le suivi de leur pathologie au cours des 6 derniers mois.

Ont été exclus de cette population les patients ayant consulté l'investigateur principal lors de ses stages en médecine générale.

L'échantillonnage a suivi le principe de l'échantillonnage raisonné théorique. Les participants ont été recrutés au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

Le recrutement a été conduit par l'intermédiaire de leurs professionnels de santé. Ces derniers devaient parler de l'étude aux patients éligibles en leur remettant une explication orale, une lettre d'information écrite (Cf annexes) ainsi que les coordonnées du chercheur à contacter.

Les maîtres de stage universitaires ont été contactés de plusieurs manières. Tout d'abord, un mail leur a été envoyé par l'intermédiaire du département de médecine générale.

Suite à l'absence de retour des médecins généralistes, les internes en SASPAS ont été contactés via un groupe Facebook® de promotion. Après discussion entre les étudiants, les patients et les maîtres de stage, certains participants ont contacté l'investigateur principal pour réalisation d'un entretien.

Devant les difficultés de recrutement, les derniers participants ont été recrutés par bouche à oreille avec les MSU connus de l'investigateur principal.

Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à suffisance des données.

3. Recueil des données – Matériel

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés ayant eu lieu entre février 2022 et avril 2024 soit en présentiel, soit par téléphone. Le participant choisissait le lieu d'entretien afin de favoriser la liberté d'expression.

Un guide d'entretien constitué selon les thématiques retrouvées lors de la recherche documentaire a été utilisé. Ce guide a été modifié à plusieurs reprises au fur et à mesure de l'analyse des entretiens au cours de l'étude. (Cf annexes)

4. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone puis ont été retranscrits *verbatim* et anonymisés sur le logiciel de traitement de texte Word®. La retranscription a été ensuite envoyée au patient pour correction.

L'analyse des données a été réalisée indépendamment par l'investigateur principal (SS) et par un confrère (AJ) via le logiciel Qualcoder®. Par la suite, une confrontation de l'étiquetage et la discussion des propriétés a permis une triangulation de l'analyse.

L'analyse intégrative ainsi que la construction du schéma explicatif ont été réalisées par SS à l'aide du logiciel Excel® et du logiciel Visio®.

Un journal de bord a été tenu tout au long de la réalisation de l'étude.

5. Ethique et réglementation

Toutes les retranscriptions des entretiens ont été anonymisées.

Les patients ont été informés oralement ainsi que par un document écrit de leurs droits vis-à-vis de cette étude. Ces éléments ont été répétés avant de démarrer chaque entretien afin d'obtenir un consentement oral éclairé des participants.

Le protocole de cette étude est hors loi Jardé. Une déclaration de conformité a tout de même été réalisée auprès du délégué à la protection des données de l'Université de Lille et un avis favorable a été prononcé. Ce protocole est référencé au registre DPO au numéro 2021-161.

Résultats

1. Description de la population : (tableau 1)

Douze patients ont été contactés pour réaliser les entretiens. Un participant a été exclu car anciennement suivi par l'investigateur. Un seul participant a souhaité réaliser des modifications sur la forme de la retranscription ce qui n'a pas eu d'impact sur le sens de l'entretien.

Les participants proviennent de 7 cabinets de médecine générale différents. Les participants avaient entre 25 et 57 ans. 7 femmes et 4 hommes ont été interrogés.

La durée moyenne des entretiens était de 37 minutes.

Numéro d'entretien	Sexe	Âge	Format d'entretien	Type de cabinet médical	Durée d'entretien
E1	F	58 ans	Au domicile	Urbain	52 minutes
E2	F	28 ans	Au domicile	Urbain	29 minutes
E3	H	30 ans	Téléphonique	Urbain	24 minutes
E4	F	Non connu	Au domicile	Urbain	26 minutes
E5	F	57 ans	Au cabinet du MT	Urbain	57 minutes
E6	F	48 ans	Au domicile	Urbain	24 minutes
E7	F	45 ans	Au cabinet du MT	Urbain	59 minutes
E8	H	45 ans	Au cabinet du MT	Urbain	28 minutes
E9	F	34 ans	Au domicile	Semi-rural	24 minutes
E10	H	25 ans	Au domicile	Semi-rural	48 minutes
E11	H	45 ans	Au cabinet du MT	Urbain	31 minutes

2. Les attentes et besoins du patient :

a. Un besoin de naïveté

i. *Un cas simple*

Les patients ne voyaient pas leur situation comme complexe et ne ressentait pas le besoin de devoir consulter leur médecin traitant, plus expérimenté qu'un médecin en formation tel que l'interne.

« Bon c'est vrai que là, pour une dépression il y a pas besoin d'avoir une longue expérience. C'est pas comme si j'y allais avec un problème complexe » (E3)

ii. *La place des proches*

Les proches étaient une ressource sollicitée en amont du monde médical et avaient pu aider à la première consultation du patient.

« C'est-à-dire que mes parents étaient venus un peu à la rescousse [...] ont débarqué un matin [...]. Ma mère m'a dit tu prends rendez-vous chez le médecin (E11) »

Bien que certains patients se soient sentis aidés par leurs proches, plusieurs participants ne se sentaient pas soutenu à l'annonce de leur problématique à leur famille

« J'ai une éducation très travail, travail, travail. Et du coup on prenait ça comme... Comme un coup de mou en fait. Bon il a un petit coup de mou pendant une semaine et ça va passer. Il va être en arrêt une semaine et ça ira mieux (E10). »

La famille pouvait également avoir un impact négatif sur le patient ou la situation familiale pouvait rajouter une pression supplémentaire au patient.

« Ça n'a pas été facile d'entendre que potentiellement la famille jouait un rôle, un rôle pas forcément... Euh presque un peu nocif en fait parfois. » (E10) »

iii. *Une recherche de naïveté :*

De cette situation particulière découlait une certaine vulnérabilité des patients qui souhaitaient pouvoir s'exprimer librement devant des professionnels de santé objectifs et à leur écoute. :

« J'ai eu le bonheur de tomber sur quelqu'un comme je vous dis, de complètement objectif. Pour moi c'était comme si c'était un nouveau médecin et comme si je me racontais et là j'ai été entendue » (E1)

Certains patients ne retrouvaient pas ces qualités chez leur médecin traitant ou chez des médecins consultés par le passé :

« Parce qu'en fait, j'ai déjà eu avant d'avoir le Dr MT, j'avais eu un autre médecin et en fait il voulait juste que ce soit rapide. [...] Il prenait pas le temps d'écouter... D'écouter ses patients en fait » (E6)

L'interne rencontré permettait cette écoute libre et objective tout en associant un regard neuf dans un dossier parfois complexe.

« En vrai j'avais besoin... J'avais besoin d'une oreille. » (E3)

« Face à quelqu'un de professionnel et pas des amis ou de la famille parce qu'ils ont un peu tout le temps... enfin, tendance à être empathiques avec vous et à pas être objectifs. J'avais besoin d'un avis objectif je pense. (E9) »

Le regard neuf de l'interne permettait une nouvelle vision du dossier médical du patient. Il permettait ainsi de rompre les habitudes créées avec son médecin traitant. Les patients vivaient positivement cette situation.

« Le fait qu'il y ait des internes, ça permet aussi de renouveler le fait, ça permet de se renouveler indirectement (E7) »

b. Une attente de compétences

L'attente principale des patients était d'être soigné.

« Bah vous savez, de l'interne c'est comme vous allez chez le médecin, c'est surtout de faire ce que fait le médecin, pas plus quoi. [...] C'est d'être soigné. (E5) »

Pour cela, les patients avaient besoin de consulter des médecins expérimentés avec des valeurs humaines.

i. *L'expérience professionnelle*

L'expérience professionnelle était détenue par le médecin traitant, plus âgé que l'interne.

En considérant leur situation médicale comme simple, les patients ne pensaient pas avoir besoin de l'expérience du médecin traitant bien qu'une certaine appréhension pouvait être ressentie à l'idée de consulter une personne inexpérimentée.

« Le fait de tomber sur quelqu'un de jeune qui soit moins expérimenté, je me posais des questions. Mais euh... Bon c'est vrai que là, pour une dépression il y a pas besoin d'avoir une longue expérience. [...] Pour moi le fait qu'il soit là pour ce problème là et le fait qu'il soit débutant, ça me gênait pas. (E3) »

Certains patients reconnaissaient tout de même cette expérience comme nécessaire si la situation médicale s'aggravait.

« Bah si c'est un problème vraiment important, je préférerais avoir l'avis de quelqu'un de plus expérimenté. [...] Si c'est l'interne qui intervient sur ce sujet-là je voudrais qu'il en parle avec le médecin traitant et puis que ce soit validé d'un commun accord entre eux. Pas l'interne tout seul. (E3) »

Dans certains cas, la jeunesse de l'interne était vue comme un de ses atouts principaux grâce à la proximité de sa formation théorique.

« Je pense aussi que comme les internes ils ont le nez dans leurs bouquins, dans leur... ils sont à la pointe quoi. (E1) »

« Ça bouge beaucoup dans la médecine certainement, les nouvelles tout ça. Ça va être même d'un côté rassurant. De se dire, s'ils savent les dernières nouveautés. (E4) »

Un changement de mentalité sociétale était mis en avant pour expliquer le fait de préférer consulter un médecin jeune.

« Bah j pense c'est un phénomène de... je dirai un phénomène de société. [...] C'est vraiment quelque chose qui, j'ai l'impression, se met un peu plus dans les mœurs des médecins peut-être, des jeunes médecins qui veulent un peu changer la donne. (E2) »

ii. Les valeurs humaines

Ces valeurs regroupaient l'empathie, la bienveillance, l'écoute, la disponibilité. Elles étaient résumées par les patients par le concept d'humanité.

« C'est bienveillant, cette humanité, ouais c'est... Voilà, j'en parle beaucoup de ça parce pour moi, c'est ce que ça soigne finalement, les craintes, les peurs, l'anxiété, la dépression, le dépassement de soi, le... la négligence de soi etc... (E7) »

Ce basculement vers une écoute active a pu être remarqué par les patients lors de la mention du motif de consultation.

« On voit très bien le changement de comportement, que ce n'est pas que pour un rhume quoi. On voit que y'a une vraie euh... Il y a une euh.... Comment dire ? Il y a un changement de comportement médecin et une autre type d'écoute et on voit que y'a une double attention qui est proposée (E2) »

Ces valeurs humaines étaient primordiales pour les patients et étaient plus importantes que l'expérience pratique dans le contexte de syndrome anxio-dépressif.

« Là ce qui est d'avantage important là, c'est les qualités humaines. [...] C'est ces qualités, par exemple d'être compréhensif, d'être à l'écoute, d'être altruiste. Tout ça. (E3) »

c. Faire confiance

Faire confiance dans le professionnel de santé consulté était nécessaire pour les patients afin de pouvoir se confier sur leur situation et être pris en charge.

i. *La confiance en son MT*

La plupart des patients avait confiance en leur MT du fait des prises en charge antérieures et de la relation tissée avec de dernier depuis plusieurs années.

« Elle connaissait mon mari, elle nous a suivi. Il y a une vraie histoire avec elle, depuis longtemps. Même avec mes enfants. [...] C'est même familial quelque part un petit peu. [...] Donc elle a toujours été là dans les étapes même compliquées de ma vie, les étapes de bonheur aussi. (E9) »

Les patients les plus jeunes, ceux ayant déménagé récemment et ceux ne consultant pas souvent n'avait pas tissé de lien particulier avec leur MT. Pour ces patients, la confiance envers le médecin traitant était spontanée ou se créait au travers de l'interne consulté.

« Madame MT, c'est mon médecin de famille parce que j'y suis allé peut-être deux fois en dix ans. [...] Parce que j'ai pas vu beaucoup Mme MT, c'est pas comme si du jour au lendemain, j'étais complètement avec quelqu'un d'autre. (E10) »

Pour une patiente, l'ancienne amitié entre elle et son médecin et le manque d'écoute récente de ce dernier ternissaient la relation de soin jusqu'à arriver à des sentiments de colère et de haine.

« Si vous aimez mieux, le médecin traitant ne me prenait pas au sérieux. Voilà. Alors que je m'en allais dans le trou. [...] Il m'aurait laissé aller jusqu'au bout, m'aurait laissé crever. (E1) »

ii. La confiance en l'interne

La confiance envers l'interne était spontanée ou se créait à travers la confiance envers le MT.

« Je suppose que s'ils sont laissés tout seul, c'est qu'ils sont capables ! (E4) »

« Et puis honnêtement, c'est un médecin en qui j'ai confiance, donc je ne vois pas pourquoi je douterai des internes qu'il met, pour suivre ses consultations. (E6) »

Parfois la confiance s'était créée au fur et à mesure des consultations lorsque l'accompagnement était satisfaisant pour les patients.

« En fait c'est avec le temps où j'ai pris confiance.... Dans les internes en fait (E8) »

iii. La confiance en la médecine

La confiance en la médecine était décrite soit comme naturelle, soit comme perdue et à reconquérir.

« Naturellement j'ai plutôt confiance dans les gens qui travaillent dans la médecine (E10) »

« Même moi... même moi je faisais plus confiance en la médecine. [...] Donc c'est regagner la confiance... Refaire confiance à la médecine (E1) »

Cette confiance était retrouvée grâce aux consultations avec l'interne et par le lâcher prise sur la situation médicale, notamment pour une patiente travaillant dans le soin.

« Là jamais je me suis posé, j'ai dit je lâche prise. Je ne suis plus infirmière. Je suis une patiente (E1) »

d. Décider pour sa santé

i. *La place du médicament*

Certains patients étaient réticents à l'idée de prendre des médicaments.

« Si c'est pour me donner quelque chose qui va me rendre encore plus malade que ce que je n'ai, ça ne m'intéresse pas. Moi je préfère avoir un médicament qui va me guérir (E5) »

Par ailleurs, certains patients étaient en demande d'un traitement médicamenteux qui n'était pas prescrit par le médecin consulté.

« Si je voulais m'endormir pour récupérer la nuit où j'étais en repos. J'avais pas de médocs, il me donnait pas de somnifères. (E1) »

Grâce aux explications de l'interne, une patiente était passée outre cette demande et comprenait l'intérêt d'une prise en charge différente à celle envisagée.

« Parce que moi je voulais y aller, avoir des médocs et retourner bosser quoi. Et il m'a dit ça va pas marcher comme ça (rire). Donc bah je me suis laissée faire et j'ai lâché prise du coup comme il était bienveillant. Je lui ai fait confiance (E2) »

Le médicament était vu comme une aide pour pouvoir travailler sur soi-même afin d'améliorer son état de santé mental

« Parce que je sentais que c'était un peu le rôle de catalyseur. (E11) »

L'information était primordiale dans la tolérance des médicaments ainsi que pour le sevrage de traitement anxiolytique.

« Bah en fait il avait été très clair sur le fait que... Ça pouvait ne pas aller du tout. J'ai attendu deux semaines comme on m'avait conseillé et comme ça n'allait pas, on a changé. (E10) »

Une patiente exprimait une réelle défiance envers les médicaments. Elle préférait les thérapeutiques non médicamenteuses et avait besoin d'arguments solides pour accepter les solutions pharmacologiques.

« Des solutions, sans pour autant passer par des médicaments quoi. (E5) »

« Il y a eu un constat par le Dr MT et par moi-même que je ne pouvais pas vivre sans ce comprimé pour la tension. (E5) »

ii. Le choix du professionnel de santé

Une patiente était habituellement suivie par son MT et avait consulté l'interne de manière ponctuelle pour une solution de disponibilité.

« C'est le Dr MT qui fait les suivis tout le temps [...] Quand le Dr MT n'est pas disponible, je vais voir l'interne (E6) »

Certains patients préféraient consulter l'interne pour ses valeurs humaines et pour éviter de reprendre l'histoire anxieuse depuis le début

« Là ce qui est d'avantage important là, c'est les qualités humaines. Là du coup, l'interne il est vraiment, il est vraiment compréhensif. Du coup je continuerai avec lui. (E3) »

Certains patients consultaient l'interne et le MT indifféremment grâce au suivi psychothérapeutique réalisé en parallèle.

« La secrétaire a dit bah ce jour-là c'est le Dr MT si vous voulez. Je lui ai dit oh bah vous savez, pour moi c'est pareil. (E7) »

En cas de mauvaises expériences avec un professionnel de santé, bien que les patients aient pu trouver des réponses à leurs demandes, ils préféreraient revoir les médecins avec lesquels un lien de confiance existait.

« Quand ça passe moins, bah après c'est pas grave, on est là pour une pathologie, donc euh c'est pas grave si on noue pas de lien quoi. [...] J'en ai reparlé à la secrétaire en disant est-ce que la prochaine fois est-ce que vous pouvez faire attention à ce que ce soit bien avec le Dr MT ? (E9) »

À la fin du semestre du premier interne consulté, les patients se trouvaient face à un choix pour la suite de leur suivi. Les patients en début de suivi de pathologie dépressive envisageaient d'être suivis par un nouvel interne ou décidaient de reprendre rendez-vous avec leur MT au courant indirectement de leur histoire.

« Il faudrait que je fasse une première consultation avec lui d'abord pour voir un petit peu. Et si ça se passe bien, oui. Si je sens que relationnellement, humainement, ça passe pas, bah je me réorienterai vers le médecin directement. (E2) »

Ceux habitués à la présence d'étudiants n'avaient pas de réticence à revoir des nouveaux internes régulièrement.

« De toute façon, après c'est sûr qu'après on voit des personnes internes, on se doute bien que leur formation, faut bien que ça évolue. Donc non ça me pose pas de soucis quoi. Après si c'est mon médecin traitant qui reprend le relai, ça me pose pas de soucis non plus. Je sais qu'elle est au courant. (E4) »

Un patient avait continué à être suivi par l'interne qui effectuait des remplacements au sein du même cabinet de médecine générale où plusieurs médecins travaillaient.

« Il m'a proposé la dernière fois qu'on s'est vu de continuer à venir le voir quand il fait des remplacements des autres personnes du cabinet. (E10) »

Les patients qui ne s'étaient pas encore posés la question de la suite de leur suivi pouvaient se sentir perdus face à l'absence du professionnel en qui la confiance s'était créée. Cette appréhension avait pu être anticipée par l'interne, soulageant le patient.

« La crainte que ce soit un nouvel interne, effectivement.... On a dit qu'on se revoyait dans 2 mois puisque j'suis suivie chez la psychiatre et j'ai mon traitement. Et en fait elle me dit mais dans 2 mois je m'en vais. Elle dit ce sera le premier jour du prochain interne. Elle me dit bah c'est rien, comment elle est super. Elle dit c'est rien on se revoit dans 1 mois et dans 1 mois je remets 2 mois. Comme ça, ça fait 3 mois. Elle me laisse le temps. Et elle a compris que pour moi c'était anxiogène à chaque fois de voir quelqu'un de nouveau ou de me reraconter. (E1) »

iii. Anticipation, information et décision : nouveau modèle soignant-soigné

Que ce soit dans l'organisation du suivi, des problématiques administratives ou de la prise en charge purement médicale, l'information du patient paraissait primordiale.

Les patients semblaient satisfaits des informations qu'ils recevaient par les internes.

« Il a vraiment pris des images très simples et pas du tout alarmantes. Enfin c'est pas... C'était simple et très bien expliqué. (E2) »

Le choix du professionnel de santé au cours du suivi et notamment lors du changement d'interne pouvait être anticipé. Grâce à une information en amont sur la fin du stage au bout de 6 mois et sur les différentes possibilités pour continuer le suivi médical, le patient pouvait décider de la prise en charge la plus adaptée pour lui.

Cette forme de décision partagée a été expliquée par une patiente par un changement de modèle de soin dans la société.

« Je dirais un phénomène de société. Peut-être que maintenant on est... Il n'y a plus cette relation.... Je dirais pas dominant-dominé, mais c'est plus le patient sachant et le... Enfin le soignant sachant et le patient soigné quoi. C'est euh... Enfin je le vois avec mes amies (internes), elles essaient de prendre du temps pour échanger, pour expliquer. J'ai même, enfin une des deux qui est en médecine a fait un stage en unité psychologique et psychiatrique pour

vraiment essayer d'avoir une dimension beaucoup plus humaine à amener à son travail. Pour être une meilleure médecin par la suite quoi (E2) »

Ce besoin de soin et de naïveté amenait le patient atteint d'EDC à se tourner vers l'interne en SASPAS. Leur rencontre apparaissait nécessaire tant pour l'interne que pour le patient.

3. La rencontre nécessaire avec l'interne

a. Appréhender

Les patients ressentait de l'appréhension à l'idée de devoir consulter un nouveau praticien. Cette appréhension s'expliquait par la pathologie dépressive en elle-même, par la peur de ne pas être entendu ainsi que par des expériences médicales passées négatives.

« Dans ma tête, ça a fait « pfft » comme ça et je pense que j'aurais dû aller le voir plus tôt. Mais ça faisait peur je pense de me dire je vais pas bien, comment l'exprimer, comment le montrer, c'est pas physique c'est dans la tête. J'ai pas envie d'être prise pour une personne qui veut abuser du système et qui veut pas... Qui veut pas bosser quoi (E2) »

Cette appréhension provenait souvent de la peur de ne pas être cru au sujet des symptômes ressentis. La plupart des patients avaient des symptômes en lien avec leur emploi et rencontraient l'interne pour sa disponibilité. La peur de se voir refuser un arrêt de travail et de devoir retourner dans l'environnement en partie responsable de la pathologie majorait l'appréhension des patients.

« C'est surtout que j'avais peur qu'il me renvoie tout de suite en classe sans comprendre ce que j'avais. Sans... Sans être compréhensif en fait. (E3) »

Cette appréhension pouvait revenir avant chaque consultation même lorsque le praticien consulté était connu par le patient.

- « Vous l'appréhendiez cette consultation ?
- Ah oui ! Toutes. [...] Quand je vais voir la psychiatre. Si j'ai rendez-vous à 15h l'après-midi, et bah à midi j'ai mon manteau et j'attends sur une chaise. Et... ça tourne, ça tourne ça tourne. (E1) »

Par la suite, rencontrer un nouveau praticien amenait le patient à devoir reprendre son histoire passée ce qui augmentait l'appréhension des patients avant ces consultations.

« Le fait de devoir avoir à faire à quelqu'un d'autre, bah c'est l'appréhension de se dire bah [...] Il se peut qu'il ne connaisse pas les antécédents familiaux et autre. Et c'est toute cette partie-là, d'appréhension de mes connaissances, entre guillemets, de l'historique personnel et familial (E7) »

Cette appréhension pouvait être limitée par plusieurs facteurs. La connaissance des locaux ou de l'interne consulté permettait de rassurer le patient. La connaissance du dossier et l'aide de l'informatique permettaient au patient de ne pas reprendre son histoire depuis le début.

« Le fait qu'il y ait une prise de note sur... sur l'ordinateur, mon dossier en fait. Il y avait un interne en fait qui avait lu mon dossier avant que j'arrive. C'est-à-dire qu'il avait pris connaissance de ce qui était écrit dans mon dossier. [...] bah ils soient dans l'empathie aussi de dire ok, voilà, on va pas refaire tout le diagnostic, on va pas refaire... Il est déjà bien établi, prenez le temps, c'était rassurant en fait. (E8) »

L'appréhension pouvait être imaginée par le patient du côté de l'interne. Certains patients s'interrogeaient sur les capacités et le vécu de l'interne devant la gestion d'un patient atteint d'anxiété aiguë.

« Quand on arrive nous en panique dans un bureau avec un interne qui peut-être débute son stage, bon j'imagine qu'il y a une certaine expérience derrière mais ça doit pas être marrant... (E8) »

Après la consultation, les patients étaient rassurés grâce au soutien et à l'écoute des internes.

« Je me sentais très angoissé etc... Par rapport au fait que j'allais pas bien. Et par rapport à la consultation bah j'avais hâte d'y aller quoi en fait. Pour pouvoir vider un petit peu mon sac. Raconter ce que j'avais à dire. [...] Je me suis senti rassuré parce qu'il m'a bien écouté. Il m'a rassuré. Et puis j'ai senti que j'avais un soutien de sa part. (E3) »

b. Comprendre

La première étape en amont de la première consultation était une étape de réalisation du mal-être et souvent de l'urgence d'être pris en charge. Cette étape permettait un déclic dans la situation et amenait à se rapprocher d'un professionnel de santé.

« Ouais de réaliser que... Le soin y était... était de première urgence, ouais. Et j'étais dans le déni, ouais. (E7) »

Consulter permettait au patient de comprendre ses symptômes et d'admettre la maladie ce qui amenait les patients à prendre de la distance avec leur situation et de lâcher prise.

« Et il m'a dit ça va pas marcher comme ça (rire). Donc bah je me suis laissée faire et j'ai lâché prise du coup comme il était bienveillant. Je lui ai fait confiance. Et euh... Et puis ça m'a fait du bien de me sentir écoutée, entendue et prise au sérieux (E2) »

La compréhension de la pathologie passait par le suivi psychothérapeutique réalisé en parallèle du suivi médical. Elle nécessitait du temps pour permettre d'aller mieux. Elle permettait également de prendre en considération certains comportements responsables du mal-être ressenti.

« Avec le temps ça a été mieux. Au début c'était stressant, il fallait que je comprenne que moi je devais prendre le temps. (E8) »

« Donc c'est cool, j'ai pu beaucoup prendre de recul sur ça et je sais que maintenant mon prochain travail ou quoi que ce soit, je pourrai mettre plus de distance ou mieux organiser ces parties-là. (E10) »

L'écoute de l'interne était primordiale et permettait au patient de comprendre l'importance de son ressenti et de son avis dans la décision de soin.

« Au bout d'un moment, j'ai compris que ça ne dépendait pas forcément que d'eux. Que ça dépendait aussi de moi. (E8) »

c. Consulter libère

Les patients appréhendant la consultation avec un médecin au sujet de leur pathologie dépressive ont pu être soulagés grâce aux valeurs humaines des praticiens rencontrés.

L'écoute permettait aux patients de se libérer d'une situation pour laquelle ils ne s'étaient pas ou peu ouverts. Il se sentaient aidés par l'interne, ce qui leur permettait d'aller mieux au fur et à mesure du suivi avec les différents professionnels.

« Je me sens soulagée, euh bien prise au sérieux, écoutée et ça fait du bien moralement en fait. Ouais ça me faisait du bien d'avoir parlé, d'avoir échangé, ne serait-ce que 10-15 minutes (E2) »

« Quand mon cas a été pris en main par les internes, tout était documenté, il y avait beaucoup de choses qui étaient écrites, je le voyais bien. Ça et puis en plus il y a le lien avec le psychologue, psychiatre qui s'est établi avec le médecin. Nan ça a été... Avec le temps ça a été mieux. (E8) »

d. Un accompagnement satisfaisant

Les patients étaient satisfaits de leurs consultations avec les internes en SASPAS au sujet de leur EDC.

Les valeurs humaines des internes leur permettaient de s'exprimer librement et d'être écoutés. Leurs attentes de compétences étaient comblées aussi bien au niveau théorique que pratique.

« J'ai l'impression que j'attends cette consultation-là et que c'est comme si qu'après cette consultation-là, il y avait plus rien. Et je réattends. Une fois que j'ai regagné confiance avec

cette personne. (Soupir de soulagement) J'sors de là, j'fume une cigarette, j'suis contente. Euh... J'sais pas comment dire. J'ai été entendue. J'suis soulagée. (E1) »

Quelques patients avaient rencontré des internes dont ils n'étaient pas satisfaits. Ils les avaient consultés pour des motifs autres que leur EDC ou pour leurs enfants. Ils ne les avaient pas revus par la suite et avaient consulté un autre médecin.

« Et il a pas voulu lui faire euh... le certificat d'aptitude au sport. Un jour de pentecôte ou je sais pas quoi, il devait présenter ça le.... C'était tout devenu à l'air. Donc j'étais vraiment pas contente sur lui. J'dis lui... (siffle) je veux plus le voir. (E1) »

Cette rencontre avec l'interne permettait de créer un lien important entre le patient atteint d'EDC et l'interne en SASPAS. Ce dernier, faisant alors partie intégrante de la relation de soin avec le patient, se retrouvait acteur d'un réseau de soin.

4. L'interne, acteur d'un réseau de soin

a. L'interne, un médecin comme un autre ?

Le statut d'étudiant de l'interne était connu par certains patients connaissant le milieu médical ou des proches qui y travaillaient. Les autres l'avaient appris par l'intermédiaire de leur MT.

« Il nous a prévenu avec mes sœurs, que même si lui, il n'était pas là, il y avait des internes qui feraient les consultations et qu'on pouvait avoir totale confiance. (E6) »

Ce statut de médecin en formation ne freinait pas les patients à consulter les internes. Ils se sentaient en sécurité en les consultant et étaient rassurés par la présence implicite de leur MT.

« Il a juste pas le diplôme encore. Bah pour moi, s'il est là, s'il exerce dans un cabinet, c'est qu'il a des capacités quoi. (E6) »

« Mais en tout cas, ou je sais qu'elle (le médecin traitant) est là derrière de toute façon. (E9) »

Les patients considéraient que les internes étaient des médecins comme les autres. Ils avaient les mêmes attentes envers les internes qu'envers leur MT. Ils se sentaient écoutés et trouvaient réponse à leurs demandes quelle que soit la problématique rencontrée.

« Bah il a agi comme un médecin traitant classique quoi je veux dire (E4) »

Une patiente trouvait que les différents internes avaient en commun une certaine attitude et une façon d'accompagner les patients.

« C'est assez étonnant parce qu'en fait ils ont quasi tous la même personnalité on dirait. Enfin ils ont quelque chose, un... un fil conducteur (E7) »

La cohérence entre leur prise en charge et celle du MSU permettait de conforter leur position de médecin compétent.

« C'est pour ça que j'ai jamais demandé à revoir Dr MT puisque ce qu'elles faisaient était un peu en cohérence avec ce qu'il me faisait, les questions qu'il me posait et tout ça. (E5) »

Il arrivait aux internes de faire des erreurs ou de ne pas pouvoir apporter de réponse aux patients. Ces derniers l'acceptaient et l'expliquaient par le fait que les internes pouvaient faire des erreurs, comme tout médecin. Aucun patient n'a remis en cause les capacités des internes du fait de leur inexpérience.

« Il peut commettre des erreurs parce que même quand on a de l'expérience, on commet des erreurs (E5) »

Les patients ne connaissant pas ou peu leur MT et les patients ne souhaitant plus le consulter se tournaient vers l'interne et pouvaient le considérer comme un nouveau médecin traitant. Certains patients auraient souhaité être suivis par la suite par l'interne avec lequel un lien de confiance s'était créé.

« (En parlant du lien avec l'interne) C'est une vraie relation de médecin traitant à patient (E10) »

b. S'entraider :

i. *Entre l'interne et le MT*

Selon les patients, l'interne apportait à son MT de la disponibilité, lui permettant de se libérer du temps pour s'occuper de cas plus grave.

« Je ne voyais pas quel était l'intérêt de voir le Dr MT alors qu'il pouvait voir d'autres personnes avec plus d'autres pathologies que les miennes. (E5) »

Récemment formé à la théorie médicale, l'interne permettait également une mise à jour des discussions des connaissances du MT.

« Je pense que ça peut apporter des idées nouvelles, de casser un peu cette routine qui se fera naturellement de toute manière, c'est normal. Donc peut-être apporter une certaine forme de remise en cause. [...] Plutôt de la veille médicale (E11) »

L'aspect financier était rarement rapporté par les patients au sujet des internes. Une patiente précisait que l'interne n'avait pas l'appât du gain par rapport à son MT.

« Au bout c'est pas que l'argent qui va venir. On vous voit un quart d'heure. Bim. 25 euros. Là c'était ça hein... Avec mon médecin (E1) »

Par ailleurs, le MT permettait à l'interne de se former en accueillant des étudiants. Il leur permettait de se former en sécurité sous une forme de mentorat.

« C'est comme les personnes qui travaillent à l'usine, il leur faut de l'expérience. Donc il faut bien qu'ils apprennent dans un cabinet, derrière un groupe de médecin qui les suivent. (E6) »

« Bah l'interne, c'est... J'ai envie de dire le petit frère ou la petite sœur du Dr MT. (E7) »

ii. *Entre le patient et le MT*

Le patient apportait à son MT son aide dans la formation des étudiants en lui faisant un retour sur les internes.

- « Ok donc elle est aussi à l'écoute de votre retour...
- Ouais ouais tout à fait. Bah d'ailleurs à chaque fois elle pose la question. Ça va ? Ça se passe bien ? (au sujet des consultations avec les internes) (E9) »

Les patients respectaient leur médecin pour son engagement dans la formation des étudiants.

« Rien ne vaut l'expérience en fait. Et je trouve ça très honorable de la part du Dr MT de prendre le temps d'accompagner des futurs médecins. (E9) »

Le MT apportait à son patient une sécurité implicite ainsi que son expérience professionnelle en cas de doute de l'interne ou de situation plus difficile.

« Ce que j'apprécie aussi c'est que par exemple, [...] quand il y a une question où on est pas sûr, on donne un coup de fil au Dr MT, et puis elle tranche parce qu'elle connaît le dossier en fait, elle connaît le patient. (E9) »

iii. *Entre le patient et l'interne*

Les patients apportaient aux internes une occasion de se former à la pratique médicale. Peu s'en rendaient compte et à cette mention ils étaient contents, voire fiers d'y participer.

« J'ai jamais vu les choses comme ça en me disant ah c'est vrai que je participe aussi à leur formation. (E9) »

« Bah il y a des personnes qui se forment pour devenir médecin et puis enfin je trouve ça positif de... de faire partie, même si c'est une infime partie, de son parcours d'apprentissage. (E2) »

Certains patients se sentaient redevables auprès de l'interne qui s'impliquait dans sa prise en charge.

« Je me sens redevable de faire un petit travail sur moi car il essaie de m'aider et j'aurais l'impression de pas avancer si j'y vais sans rien en fait. (E10) »

De son côté, l'interne disponible apportait au patient une possibilité de soin. Ses connaissances théoriques et ses valeurs humaines permettaient aux patients de se sentir écoutés et de trouver une réponse à leur question.

« Au début, c'était pas un choix, c'était par rapport au fait que je m'étais mis en arrêt à la rentrée et quand j'ai réservé sur Doctolib j'ai vu que c'était un interne. [...] Et puis comme ça s'était bien passé puisqu'il était compréhensif et à l'écoute, j'ai voulu continuer avec lui. (E3) »

Les patients trouvaient que la relation avec l'interne était bénéfique pour tout le monde. Ce lien était décrit comme gagnant-gagnant.

« Moi j'y vois beaucoup d'aspects positifs. Et je pense que c'est positif aussi pour eux. (E10) »

c. Être suivi par un professionnel de santé référent au sein d'une équipe

i. *La place de l'hôpital*

Les soins hospitaliers étaient perçus négativement par rapport à la médecine de ville.

« À partir du moment où vous êtes dans un cabinet médical, c'est que c'est bon. (rires) (L'hôpital) C'est tout de suite plus engageant. Mais même en termes de relation de confiance. [...] En fait on sait quand on rentre, on sait pas trop quand est-ce qu'on sort. (E10) »

Les facteurs en cause étaient des expériences passées négatives aux urgences et le manque d'attention et d'écoute donnés au patient.

« À l'hôpital, vous avez pas le temps d'expliquer parce que la personne elle est déjà en train de regarder sa montre pour aller voir l'autre patient alors que y'a personne dans la salle d'attente. (E5) »

Les patients pensaient que les internes apprenaient le métier de médecin généraliste suite à leur formation hospitalière.

« Elle met en pratique ce qu'elle a appris pendant des années. Si je me souviens bien, vous êtes d'abord externe, interne, [...] vous avez pratiqué déjà à l'hôpital, vous avez été suivis... [...] Et puis là vous arrivez dans votre future profession en fait. (E9) »

ii. Différents professionnels au service du patient

Les patients consultaient différents professionnels de santé au cours de leur suivi pour EDC. La majorité des patients étaient accompagnés par un psychothérapeute ou étaient suivis par un psychiatre. Ce suivi permettait de travailler sur les causes de leur mal-être et d'améliorer leur état psychique.

« J'estime que dans mon cas le plus gros du travail il est fait... Il est fait par le psychiatre, psychologue (E8) »

Certains patients consultaient des praticiens de médecines alternatives. L'écoute de l'interne à ce sujet et l'absence de jugement sur ces pratiques étaient bienvenues.

« J'ai rencontré des personnes qui sont un petit peu hors de la médecine et voilà. Et dans tout ça vous voyez, j'ai quand même appris beaucoup de choses, parce qu'on peut apprendre, on peut se soigner de beaucoup de manières et j'ai jamais eu une personne interne qui m'a dit non vous devez pas voir ces gens-là, non. La seule chose qu'on me disait, si ça vous va, et si ça vous aide, pourquoi pas, faites-le. (E5) »

À ces différents professionnels s'ajoutait la présence du MT ainsi que des différents internes consultés au cours du suivi du patient.

iii. *La place du MT et de l'interne*

Le MT avait un rôle de coordination dans le suivi du patient et dans la formation de l'interne. Sa présence implicite permettait au patient de se sentir en sécurité avec l'interne. Le MT était vu comme un gestionnaire du dossier médical du patient.

« Vous voyez c'est comme un joueur de foot. Les internes, c'est comme une équipe qui sont... voilà qui ont appris voilà, à jouer sur le terrain, et ils sont connus. [...] Et derrière il y a le coach. (E7) »

La plupart des patients consultaient l'interne toute la durée de son stage. Il devenait le médecin référent du suivi de leur EDC à la place de leur MT.

« J'aime bien quand je fais un suivi, j'aime bien que ce soit toujours avec la même personne. Parce que j'ai pas à réexpliquer etc... [...] Sauf quand bah là, les dernières fois, je n'avais pas le choix parce que je crois qu'il n'est plus là. [...] Donc j'ai préféré voir avec le médecin directement. (E2) »

Une patiente consultait l'interne ponctuellement en cas d'indisponibilité de leur MT qui était son interlocuteur privilégié.

« Quand le Dr MT n'est pas disponible, je vais voir l'interne (E6) »

Certains patients voyaient l'interne comme un professionnel de santé qui les suivait temporairement et n'était pas impacté par leur départ en fin de stage.

« Je vais pas dire triste mais j'étais un petit peu, pas déçue non plus mais j'aimais bien son suivi en tout cas. [...] Donc je l'ai remerciée pour ce qu'elle avait fait. (E9) »

iv. *Les compétences du MG maîtrisées par l'interne.*

La coordination des soins, compétence primordiale du médecin généraliste, était connue des patients.

*« Moi j'assimile le généraliste à... pour faire plus simple, à une tour de contrôle vous voyez ?
Quand les avions ils atterrissent et bien la tour de contrôle c'est le généraliste. (E7) »*

Les patients ressentaient que les internes les prenaient en charge dans leur globalité sans se focaliser sur un unique motif de consultation.

*« Voilà comme dans son rôle de médecin traitant qui serait quelqu'un plutôt de somatique.
Vous voyez ? Elle a mis TSH. (E1) »*

Les patients étaient agréablement surpris de la maîtrise de cette capacité par les internes.

*« Bah ouais à des pros, des futurs pros. C'est... C'est... Nan moi j'ai toujours été
agréablement surpris (E8) »*

Discussion

1. Résultat principal :

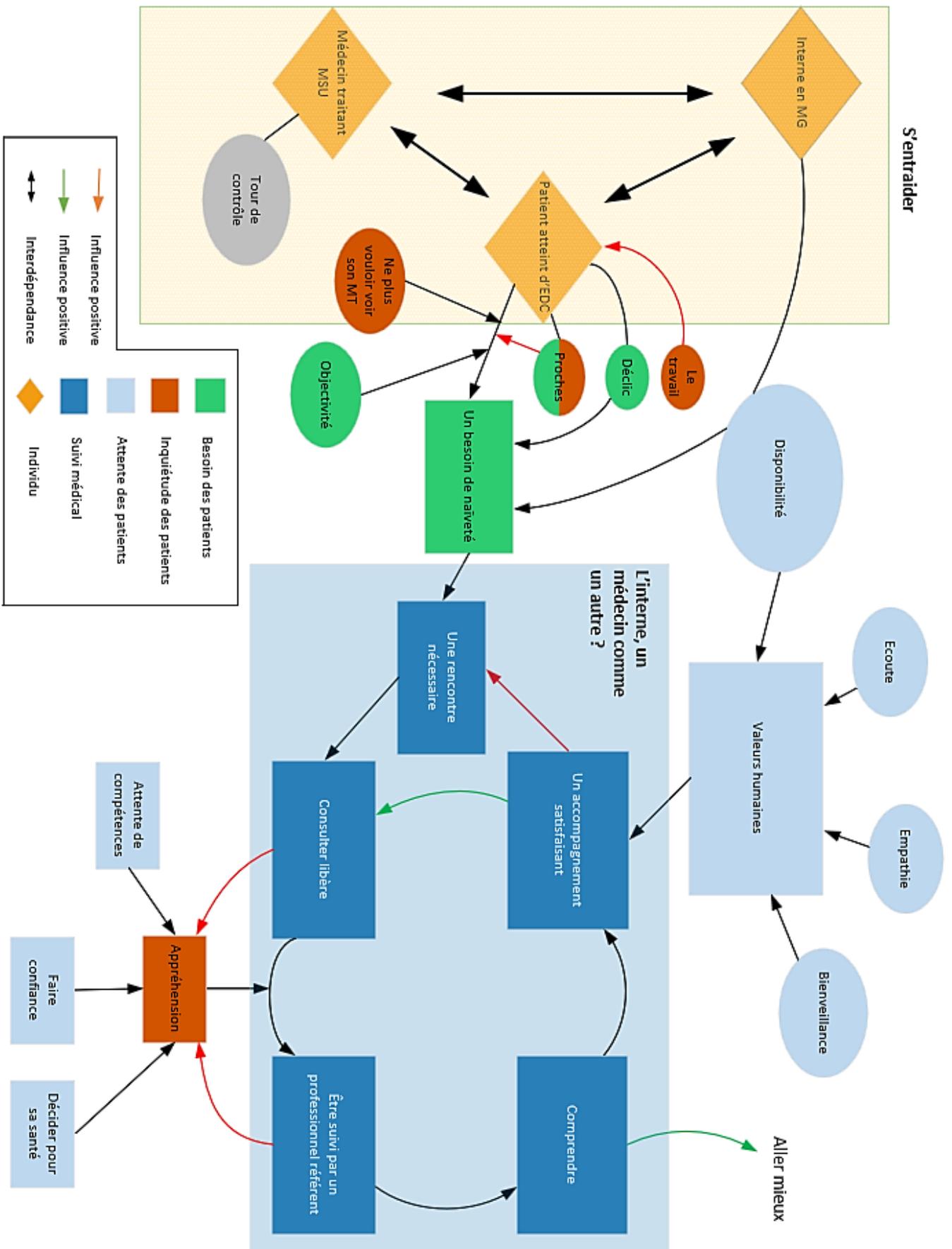
L'interne est un interlocuteur de choix pour suivre le patient atteint d'EDC. Ses valeurs humaines et sa disponibilité lui permettent de devenir le praticien référent de la pathologie du patient selon ce dernier.

Le patient consulte initialement suite à un déclic lié à des problématiques professionnelles et a besoin d'un rendez-vous rapidement. Parfois insuffisamment soutenu par son entourage, le patient a besoin d'une écoute attentive et d'objectivité afin de se confier.

Il rencontre alors l'interne, étudiant en médecine cherchant à gagner en expérience professionnelle. Ce besoin de naïveté rempli par l'interne permet une rencontre libératrice pour le patient qui appréhende les consultations médicales.

Au fur et à mesure de l'accompagnement satisfaisant de l'interne grâce à ses valeurs humaines et ses compétences médicales, le patient lui fait confiance et le considère comme un médecin à part entière voire comme un nouveau médecin traitant.

Dans cette relation de soin tripartite, le médecin traitant a un rôle de tour de contrôle permettant la formation de l'interne et la sécurisation du patient. L'interne apporte de la disponibilité au MT et au patient ainsi que du soin. Le patient accorde sa confiance au MT ainsi qu'à l'interne à qui il permet de se former. Cette relation s'articule autour de l'entraide.



2. Forces et limites :

a. Les limites de cette étude :

La plupart des limites de cette étude sont centrées sur le recrutement des participants.

Les patients ayant eu de mauvaises expériences avec l'interne peuvent ne pas avoir été recrutés. Les MSU ainsi que les internes ont pu penser plus facilement aux patients suivis par l'interne et donc ceux ayant un vécu positif de ce suivi. Cela a pu limiter le recrutement de patient insatisfait suite aux consultations avec l'interne. Ces patients n'ayant pas voulu être suivis par l'interne en sont donc pas l'objet d'étude de ce travail.

Du fait d'un recrutement difficile, cette étude a nécessité de changer le protocole de recrutement en sollicitant les internes dans un second temps afin de trouver suffisamment de patients à interroger pour atteindre une suffisance des données. Cela peut porter atteinte à la validité de l'étude.

De la même manière, certains participants ont été recrutés par bouche à oreille chez des MSU connus de l'investigateur principal. Les lieux de stage dont proviennent les participants sont donc réduits et certains profils de patients, d'internes ou de MT sont relativement similaires.

b. Les forces de cette étude

Lors de la recherche bibliographique initiale, il n'a pas été retrouvé d'étude s'intéressant précisément au vécu des patients atteints d'EDC suivis par les internes. Seuls des travaux de thèse se sont approchés de ce sujet en s'intéressant au vécu des patients ayant consulté des internes en SASPAS. Ce travail est donc renforcé par son originalité et sa pertinence.

La construction de cette étude s'est appuyée de la grille COREQ.

Un journal de bord a été tenu durant l'intégralité de la durée de l'étude. Les a priori de l'investigateur principal ont été recherchés lors de la construction de l'étude.

L'analyse des données a été réalisée suivant le principe de la triangulation grâce à un confrère médecin généraliste ayant déjà travaillé avec l'investigateur principal sur une étude qualitative. Cela a pu simplifier la démarche analytique de cette étude.

3. Comparaison avec la littérature :

Bien que l'intérêt autour de la santé mentale et des soins premiers se développe depuis plusieurs années, il existe encore à ce jour peu de littérature de haut niveau de preuve dans le champ d'étude de ce travail. Il est par contre bien mis en évidence que la médecine générale a une place primordiale dans la prise en charge des maladies mentales en soins premiers. (9,25,26)

a. La littérature internationale :

Plusieurs études menées en Chine se sont intéressées à la manière dont les patients dépressifs recherchaient de l'aide médicale. La première étude consultée s'était intéressée aux freins à la consultation initiale des patients dépressifs. Elle précisait que des actions étaient à mettre en place, notamment chez les patients jeunes, afin de limiter l'impact négatif hétéro- et auto-entretenu que peut avoir la stigmatisation de leur pathologie sur la recherche d'aide médicale.(27) Une seconde étude avait mis en évidence plusieurs étapes concourant à l'amélioration de l'état de santé des patients. Ces étapes étaient cohérentes avec celles retrouvées dans notre étude avec notamment l'importance de l'appréhension initiale et de la nécessité d'un déclic pour consulter.(28)

Une étude menée aux États-Unis s'était intéressée à la prise en charge de la santé mentale de patients par des étudiants en médecine générale et en médecine interne dans 2 hôpitaux universitaires américains. Cette étude mettait en évidence des niveaux de confiance assez bas pour prendre en charge ces patients bien que ces problématiques étaient reconnues comme fréquentes dans les consultations.(29)

Une étude a été réalisée pour évaluer l'impact d'une formation brève auprès d'étudiants en médecine générale aux États-Unis. Cette dernière montrait que les étudiants se

sentaient plus à l'aise pour gérer les comorbidités psychiatriques des patients après une formation brève bien qu'un manque d'évaluation soit à déplorer.(30) Il est à noter qu'une conférence interprofessionnelle réalisée aux États-Unis au sujet du 'care' a permis aux étudiants en médecine générale d'être plus confiants en leur capacité à gérer des problématiques de santé mentale.(31)

b. La littérature française :

Compte tenu d'une probable influence culturelle et des traditions dans les soins, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement à la recherche réalisée en France à ce sujet. Les travaux retrouvés dans la recherche bibliographique sont constitués de travaux de thèse.

Certaines études se sont intéressées au motif de consultation des patients et leur souhait de consulter le professionnel de leur choix. Dans ces études, les motifs urologiques, gynécologiques et psychologiques étaient des facteurs influençant le souhait du patient de ne pas être reçu par l'interne. (17,18,32) Selon le Dr Vallée, l'appréhension provenait en partie d'un manque d'information au sujet de l'interne et de sa présence au cabinet médical. Cette situation avait des conséquences négatives pour aborder la consultation sereinement. Les patients atteints de troubles en santé mentale pouvaient être inquiets à l'idée de consulter l'interne, jeune et pouvant ne pas comprendre leur problématique. (18)

Cependant, un travail de thèse plus récent a montré que les patients consultant en zone de désertification médicale n'ont pas de réticence à consulter l'interne pour des motifs psychologiques mais plutôt pour des motifs de traumatologie ou de pédiatrie. (33)

En France, les étudiants en médecine générale exprimaient une appréhension à l'idée de consulter des patients atteints d'EDC. Ils pensaient manquer d'une formation suffisante tout au long de leur cursus universitaire bien que cette dernière soit reconnue comme globalement bonne par les étudiants. (14,32,34)

Le Dr Bastin, dans son travail de thèse évaluant le vécu des internes en SASPAS vis-à-vis des difficultés relationnelles rencontrées en consultation rapportait qu'une relation de

confiance et des compétences communicationnelles sont nécessaires aux internes aux patients afin de construire une relation médecin-patient et la maintenir dans le temps. À noter que dans cette étude, les patients avec troubles thymiques souhaitaient des compétences communicationnelles plus importantes de la part de l'interne.(34)

Dr Deffromont, dans son travail de thèse nous apporte des éléments concordants dans une analyse quantitative sur les raisons de l'acceptation ou du refus du patient d'être reçu par un interne en SASPAS pour tout motif. Les patients acceptaient plus facilement d'être reçus par des internes lorsqu'ils avaient confiance en ce dernier, que leur MT n'était pas disponible. Ils sentaient un bénéfice à partager la formation des étudiants en médecine. Les facteurs associés au refus des patients de consulter l'interne étaient la confiance en leur MT, l'appréhension du changement de praticien ainsi que les mauvaises expériences passées en les consultant.(32)

Malgré l'appréhension initiale des internes SASPAS ainsi que des patients atteints d'EDC, ces derniers sont satisfaits des consultations ponctuelles et de leur suivi avec les internes SASPAS.

Ce résultat est cohérent avec la littérature s'étant intéressée aux consultations de patients avec les internes SASPAS quel que soit leur motif de consultation. Ces études quantitatives rapportent une satisfaction élevée à plus de 95%. (32,17,19,35) L'étude qualitative du Dr Vallée relevait plusieurs compétences de l'interne par les patients : compétences théoriques, professionnalisme, disponibilité et capacités communicationnelles et relationnelles. (18)

A l'instar de notre étude, la confiance semblait primordiale dans la relation patient-médecin et a fortiori patient-interne.(34) Selon le Dr Vanhaecke, la confiance accordée à l'interne était excellente (93,5% de son échantillon). 70% des patients accordaient leur confiance à l'interne au travers de leur confiance envers leur MT.(16) Selon l'étude du Dr Rozier, cette confiance en l'interne pouvait apparaître spontanément, car l'interne, compétent, consulte seul ou alors au travers de la confiance au MSU.(36) Ces notions étaient retrouvées dans le vécu des participants de notre étude.

La disponibilité de l'interne permettait dans notre étude la rencontre avec le patient en demande de soin et permettait la création d'une relation avec un praticien référent. Dans l'étude du Dr Vallée, la consultation avec l'interne apparaissait comme une solution de secours en cas d'indisponibilité du MT.(18) Dans l'étude du Dr Deffromont, environ 25% des patients rencontreraient l'interne « par dépit ».(32) Dans l'étude du Dr Bourteel, 29% des patients déclarait qu'ils reconsulteraient l'interne pour un temps de consultation plus long.(19) Cela faisait écho à l'attente d'écoute des patients de notre étude.

Les patients de notre étude décrivaient l'interne tel un médecin comme un autre. Le Dr Rozier montrait dans son travail que les patients considéraient l'interne comme un médecin au sens générique du terme, d'autant plus s'il respectait les codes de la consultation habituels du médecin généraliste.(36)

Dans notre étude, le MT avait une place centrale dans le suivi du patient et était comparé à une tour de contrôle lors d'un suivi avec un interne. Cette place centrale du MT était retrouvée dans la littérature. (18,36)

Selon le Dr Vallée, la transmission des informations entre les différents médecins pouvant suivre le patient était primordiale pour les patients. L'utilisation de l'outil informatique pour compléter le dossier médical semblait rassurant pour les patients. Ceci corrobore les données de notre étude.(18)

Le Dr Magnès, dans son étude, montrait qu'il n'existait pas de différence significative de satisfaction des patients ayant consulté soit leur MT soit un interne sur les items se rattachant aux compétences « relation, communication, approche centrée sur le patient », « continuité, suivi, coordination des soins », « éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et collective » et « professionnalisme ». Une différence était mise en évidence concernant la compétence « premier recours, urgences » et expliquée par le planning de l'interne en SASPAS. (33)

Notre étude mettait en évidence une relation tripartite entre le MT, le patient atteint d'EDC et l'interne en SASPAS. Elle retrouvait des interactions entre les différents acteurs. Dans son étude, le Dr Vallée retrouvait des résultats similaires sur les avantages et inconvénients existant entre ces acteurs.(18)

Pour finir, au cours de l'étude, il nous est apparu que la plupart des patients interrogés déclaraient leur emploi comme facteur déclenchant leur état dépressif. Nous nous sommes interrogés sur l'impact que cela pouvait avoir sur les résultats. Il est apparu que le surmenage professionnel ne fait pas partie des critères diagnostics du DSM-V, ni de la CIM-10. (37) Par conséquent, il a été décidé de poursuivre l'étude telle quelle.

4. Perspectives :

Il pourrait être intéressant de compléter les éléments de cette étude par d'éventuelles données quantitatives. Nous pourrions également bénéficier de la réalisation d'autres études qualitatives au sujet de pathologies de santé mentale différentes ou dans des domaines intimes tels que la gynécologie ou l'urologie.

Par ailleurs, il serait intéressant d'aller interroger les patients insatisfaits de leurs consultations avec l'interne ou ceux ayant interrompu leur suivi. <

Nos résultats, s'inscrivant dans la continuité d'études préalables, mettent en avant une appréhension des patients avec une marge d'amélioration quant à l'information délivrée en amont des consultations. Il pourrait être intéressant de préciser au niveau de la prise de rendez-vous qui est l'interne pour limiter l'appréhension des patients qui consultent. De même, en fin de stage il apparaît important de préciser les possibilités du patient concernant la poursuite de son suivi médical avant le départ de l'interne.

Les résultats de cette étude permettent d'apporter des éléments explicatifs de la relation patient-interne et plus généralement de la relation patient-médecin. Ces éléments, portés à connaissance des MSU ou des internes pourraient permettre de cibler certains profils de patients qui pourraient bénéficier du suivi par un interne. Ils expriment la nécessité d'anticiper la suite du suivi du patient au départ de l'interne pour limiter les conséquences négatives de la perte de son praticien référent.

Intégrée à la littérature disponible à ce sujet, cette étude permet de renforcer le bénéfice apporté par les internes en SASPAS aux patients au cabinet de leur MT tout en leur permettant de se former à leur future profession de médecin généraliste.

Bibliographie :

1. OMS. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. nov 2018;392(10159):1789-858.
3. OMS. «Dépression: parlons-en» déclare l’OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité. [Internet]. 2017 [cité 25 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
4. Gigonzac V, Délézire P, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. *Baromètre Santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2018;(32-33). :645-52.
5. Coldefy M, Gandré C. *Atlas de la santé mentale en France*. Paris: IRDES; 2020.
6. Léon C, Christine Chan Chee, Enguerrand du Roscoät, Le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75ans: Résultats du Baromètre Santé 2017. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2018;(32-33). :637-44.
7. ELDIN C, HAEGHEBAERT S, LAVALETTE C, MAUGARD C, N’DIAYE B, PONTIES V et al. Adoption des mesures de prévention et Santé mentale au cours de la pandémie de COVID-19 dans les Hauts-de-France. *Point Epidémiologie régionale Spécial CoviPrev*. 2020.
8. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l’épisode dépressif majeur en France. *L’Encéphale*. juin 2010;36:D48-58.
9. Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, De Graaf R, Alonso J, König HH, et al. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. janv 2013;48(1):137-49.

10. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014;114:148-57.
11. Deleau E, Kandel O, Maugard J-F. Activité d'une interne en médecine générale en SASPAS. *La revue du praticien*. Mars 2005. N° 684-685.
12. Lettre de la DAJ – Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 [Internet]. [cité 19 août 2024]. Disponible sur:
https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/publications/lettre-daj/2023/349/349_FP_2_LFSS2023.pdf?v=1673515786
13. Propositions ISNAR - 4e année professionnalisante [Internet]. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/2016/01/quatrieme-annee-professionnalisante.pdf>
14. Di Giorgio B. Connaissances et perceptions des internes de médecine générale de Lille concernant la prise en charge des patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé. Lille, France: Faculté de médecine Henry Warembourg; 2020.
15. LIEGE F. Perception de la prise en charge du patient dépressif par les Internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes en stage chez le praticien. Poitiers, France : Université de Poitiers. 2016;
16. VANHAECKE G. Etat des connaissances des patients sur le statut de l'interne autonome. Étude quantitative dans l'UPL 13 en décembre 2018. Lille, France: Faculté de médecin Henri Warembourg; 2019.
17. GIANNETTINI M. Satisfaction des patients après une consultation avec un interne autonome en stage ambulatoire de médecine Générale (SASPAS). Marseille, France: Faculté de médecine SORBONNE UNIVERSITÉ. 2019.
18. Vallée É. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016: étude qualitative. Rennes, France: Université de Rennes 1. 2017;

19. Bourteel C. Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS. Une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais. Lille, France: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2015.
20. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
21. GROUMF. Initiation à la recherche qualitative en santé - GROUMF. Global Santé Média, CNGE Productions; 2021. 192 p.
22. LEJEUNE C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer - 2e édition. De Boeck supérieur; 2019. 155 p.
23. Blanchet, Alain, Gotman, Anne. L'entretien. ARMAND COLIN; 2015. 126 p.
24. Kaufman, Jean-claude. L'entretien compréhensif. ARMAND COLIN; 2016. 126 p.
25. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*. juin 2010;36:D48-58.
26. Van Weel C, Roberts R, Kidd M, Loh A. Mental health and primary care: family medicine has a role. *Ment Health Fam Med*. mars 2008;5(1):3-4.
27. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. janv 2006;40(1):51-4.
28. Zhou YH, Leung D, Lin JK, Hu LC, Lin XY, Zhang X, et al. Experiences of seeking and accessing medical care among persons with major depression: A qualitative descriptive study of persons with depression in China. *Front Psychiatry*. 10 févr 2023;14:1092711.
29. Iskandar JW, Sharma T, Alishayev I, Mingoia J, Vance JE, Ali R. Mental Health From the Perspective of Primary Care Residents: A Pilot Survey. *Prim Care Companion CNS Disord*. 28 août 2014;16(4):10.4088/PCC.14m01662.
30. Ureste PJ, Duong TL, Seritan AL, Iosif AM, Hilty DM. Improving Mental Health Training for Primary Care Residents: A Resident-Led Educational Intervention. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2 nov 2017;19(6):26646.

31. Hager K, Albee J, O'Donnell C, Jackson S, King A, MacDonald D, et al. Impact of Interprofessional Care Conferences Across Primary Care and Mental Health Organizations on Family Medicine Resident Learning. *Family Medicine*. 2021;53(4):289-94.
32. Deffromont T. L'interne en SASPAS: pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2017.
33. MAGNES V. Généraliser le contrat de médecin adjoint aux internes : Comparaison du niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par les internes en SASPAS et celle proposée par les médecins généralistes, dans une zone où l'offre de soins est insuffisante, en Charente Maritime en 2018. Poitiers, France: Université de Poitiers. 2019.
34. BASTIN S. Vécu des internes en SASPAS dans le Nord-Pas-de-Calais : les difficultés relationnelles rencontrées en consultation. Lille, France: Université Henri Warembour. 2022.
35. CUVELIER A. Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale. Paris, France: Université Paris Diderot. 2013 [Internet]. [cité 14 sept 2024]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4542_CUVELIER_these.pdf
36. Rozier I. Vécu des patients consultant l'interne en SASPAS: étude qualitative dans le département de la Somme.
37. HAS. Fiche mémo: Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. mars 2017;5.

Annexes

1. Type d'étude

Madame, Monsieur

Je réalise une étude dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale s'intéressant au vécu des consultations de patients.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous propose une rencontre lors d'un entretien présentiel dans un lieu calme de votre choix (domicile, cabinet du médecin traitant, ...). Les entretiens durent en général entre 20 et 60 minutes.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-161 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr.

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Monsieur SOUCAT Solène
Interne en Médecine Générale
solene.soucat.etu@univ-lille.fr

2. Guide d'entretien initial

« Bonjour, je m'appelle Solène, je suis en fin d'internat de médecine générale et je réalise une thèse au sujet du suivi des patients par des internes en médecine générale. Je vous remercie de participer à cette thèse et d'accepter de répondre aux questions que je peux avoir.

Vos réponses sont totalement libres et vous pouvez ne pas répondre ainsi qu'interrompre cet entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Cet entretien, si vous êtes d'accord, sera enregistré et entièrement retranscrit sous forme manuscrite par la suite. Le manuscrit vous sera envoyé pour relecture et pour d'éventuelles modifications.»

Accord oral sur enregistrement + lancement

Questions (thème selon biblio) :

> Racontez-moi votre dernière consultation avec l'interne. (*Brise-glace*)

=> *Relance : Une consultation qui vous concerne en particulier*

=> *Relance : Pourriez-vous me raconter une consultation au sujet du suivi de votre syndrome dépressif*

> Que connaissiez-vous du statut d'interne ? (*Méconnaissance statut interne + effet délétère si méconnaissance praticien que l'on consulte*).

> Parlez-moi de la toute première fois que vous avez consulté un interne pour votre syndrome dépressif ? (*Appréhensions avant consultation*)

=> *Relance : Que ressentiez-vous avant cette consultation ?*

=> *Relance : Et au décours ? (Ressenti positif au décours)*

> Que pensez-vous de la présence d'un interne au cabinet MG ? (*Bénéfice pour interne et MSU*)

> Comment envisagez-vous votre suivi après le départ de l'interne ?

3. Guide d'entretien final

« Bonjour, je m'appelle Solène, je suis en fin d'internat de médecine générale et je réalise une thèse au sujet du suivi des patients par des internes en médecine générale. Je vous remercie de participer à cette thèse et d'accepter de répondre aux questions que je peux avoir.

Vos réponses sont totalement libres et vous pouvez ne pas répondre ainsi qu'interrompre cet entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Cet entretien, si vous êtes d'accord, sera enregistré et entièrement retranscrit sous forme manuscrite par la suite. Le manuscrit vous sera envoyé pour relecture et pour d'éventuelles modifications.»

Accord oral sur enregistrement + lancement

Questions (thème selon biblio) :

> Racontez-moi votre dernière consultation avec l'interne. (*Brise-glace*)

=> *Relance : Une consultation qui vous concerne en particulier*

=> *Relance : Pourriez-vous me raconter une consultation au sujet du suivi de votre syndrome dépressif*

> Comment avez-vous été amené à consulter pour votre dépression ? (Réaliser/comprendre + la rencontre avec l'interne)

=> *A consulter l'interne en particulier ?*

> Que pensez-vous de la présence d'un interne au cabinet MG ? (*Bénéfice pour interne et MSU*)

=> *Qu'apporte, selon vous, l'interne au cabinet de votre MT ? (Disponibilité)*

=> *Comment envisagez-vous votre suivi avec le MG et les différents internes qui peuvent se succéder ?*

=> *Qu'en est-il de votre médecin traitant depuis la présence d'internes dans votre suivi ?
(relation tripartite)*

=> *Que pensez-vous de ce suivi conjoint entre plusieurs professionnels de santé ? (être suivi
par une équipe)*

> *Comment décririez-vous votre relation avec l'interne ? (Faire confiance)*

=> *Avec le MT ?*

=> *Diriez-vous que vous avez confiance en eux ? Si oui, Pourquoi ?*

=> *D'où vient cette confiance ?*

4. Verbatim d'entretien

Se référer à la clé USB jointe au manuscrit

5. Récépissé de conformité CNIL

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais : dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Evaluation qualitative du ressenti des patients par des entretiens puis analyse des données et construction d'un modèle théorique par théorisation ancrée.
Référence Registre DPO : 2021-161
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Me Solene SOUCAT

Direction Données personnelles et archives

Fait à Lille,

Le 7 Octobre 2021

42 rue Paul Duez 59000 Lille dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



AUTEUR : Nom : SOUCAT

Prénom : Solène

Date de soutenance : 17/10/2024

Titre de la thèse : Comment les patients atteints d'épisodes dépressifs caractérisés vivent-ils la participation d'internes en SASPAS à leur suivi : une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Dépression, Interne, SASPAS

Résumé :

Contexte : Les patients appréhendent les consultations médicales pour des motifs psychologiques. Les internes en SASPAS peuvent être amenés à suivre des patients atteints de dépression au cours de leur stage. Manquant de formation théorique et de pratique dans ce domaine, ils peuvent se sentir en difficulté.

Objectif : Evaluer le vécu des consultations de patients dépressifs ayant consulté des internes en SASPAS au cours de leur suivi.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec analyse inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Onze participants de 25 à 57 ans ont participé aux entretiens entre février 2022 et avril 2024.

Résultats : Les patients atteints de dépression étaient satisfaits des consultations ponctuelles ou de suivi avec les internes en SASPAS. Malgré une appréhension initiale, ils appréciaient les compétences médicales et les valeurs humaines de l'interne. Les patients avaient des attentes en termes d'écoute et d'objectivité. La disponibilité de l'interne en faisait un interlocuteur privilégié pour rencontrer les patients dépressifs ayant besoin au départ d'une consultation rapidement ainsi que pour suivre ces patients qui se sentaient soutenus. L'interne était décrit comme un médecin comme un autre avec des particularités en termes de disponibilité et de mise à jour des connaissances. Dans cette relation, le médecin traitant avait un rôle de tour de contrôle en sécurisant la formation de l'interne et les accompagnements des patients.

Conclusion : Les patients dépressifs semblent apprécier les consultations de suivi auprès d'internes en SASPAS. Ces derniers apparaissent comme des interlocuteurs de choix du fait de leurs valeurs humaines. Plus d'études semblent nécessaire afin de préciser le vécu des patients consultant des internes en médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Asseseurs : Docteur Anita TILLY-DUFOUR

Directeur de thèse : Docteur Jan BARAN