



HAL
open science

Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients

Antoine Lemerrier

► To cite this version:

Antoine Lemerrier. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00872742

HAL Id: dumas-00872742

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00872742>

Submitted on 14 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2013

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

LEMERCIER Antoine

NÉ LE 30 Mars 1985 à Sainte-Adresse (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 SEPTEMBRE 2013

Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Eric GUILLEM

MEMBRES DU JURY : Professeur Loïc MARPEAU

Professeur Pierre DECHELOTTE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -, DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie

M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques

Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, Professeur de Médecine Générale,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect et de ma reconnaissance
envers votre investissement pour la formation des internes de médecine générale.

Monsieur le Professeur Loïc MARPEAU, Professeur de Gynécologie-Obstétrique,
Grâce à la qualité de votre formation, mon semestre dans votre service m'a permis
d'approfondir mes connaissances.
Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma très respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE, Professeur de Nutrition,
Vous me faites l'honneur de juger mon travail en participant à ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus
profond respect.

Monsieur le Docteur Eric GUILLEM, Médecin Généraliste et Maître de Stage,
Avoir été en stage dans ton cabinet pendant un semestre a été un réel moment de partage, d'écoute et d'apprentissage. Cela m'a permis d'aimer encore plus ce métier de médecin généraliste.

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir été présent pendant ces longs mois.

Travailler aujourd'hui à tes côtés est une vraie satisfaction.

À ma compagne chérie, Ariane, je dédie ce travail.
Que ce dernier puisse être l'expression de tout mon amour, et qu'à travers lui tu puisses y voir ma plus grande admiration.
Merci d'avoir été à mes côtés ces derniers mois, et de m'avoir supporté.

À ma Maman, Annie, et mon Papa, Alain.
Vous m'avez depuis toujours fait partager votre passion pour la médecine, notamment la médecine générale, et si aujourd'hui j'en suis là, c'est beaucoup grâce à vous.
Merci de m'avoir soutenu toutes ces années, merci pour ce que vous êtes.
Je vous aime.

À Adrien, mon frère adoré,
Tu as été depuis toujours un guide qui m'a permis d'avancer dans la vie.
J'ai beaucoup appris grâce à toi, et grâce à ton caractère de battant. Merci pour tout.
Je t'aime si fort.

À Papi Pierrot et Mamie Monique,
Vous me rendez la vie encore plus belle grâce à votre présence, votre gentillesse et votre amour.

À Christine, ma tante,
Merci d'être toi, merci d'être là. Je t'aime fort.

À Mamie Irène,
Tu n'es pas présente aujourd'hui auprès de nous mais je sais que cela t'aurai fait plaisir, et t'aurai rendue fière.
Merci pour tout.

À Papi Fernand,
Je sais que de Là-Haut tu veilles sur moi, et que tu es avec nous par la pensée aujourd'hui.

À Olivier, Myriam, Isis et Théo,
Merci pour votre accueil et votre gentillesse.

À Raphael et Emilie,
Notre amitié est réelle et sincère.
Qu'elle dure toujours.

À Sébastien,
Nous partageons toujours des moments agréables.
Merci d'être là mon ami.

À Stéphane, Anne, Valentin, Charlotte et Pierre,
Vous retrouver à chaque fois est un grand bonheur. Merci pour votre accueil toujours
si chaleureux.

À Laurence, partie beaucoup trop tôt.
De Là-Haut, tu es avec nous aujourd'hui.

Merci au Dr Mineo qui m'a accueilli avec bienveillance au sein de son cabinet pour
mon semestre ambulatoire.

Je m'inspire tous les jours de votre rigueur et de votre sens clinique.

Merci au Dr Gourvil et au Dr Longueville pour la qualité de leur formation.

Merci à Yohann et à Charlotte pour leur aide dans le recueil des données.

Merci aux différents maitres de stages qui ont participé à cette étude.

Et enfin une pensée particulière à toute l'équipe du service de Gynécologie-
Obstétrique du CHU de ROUEN, à celle du SAMU 76A et à mes collègues de
l'ARUM.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	22
II. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE	23
III. DEFINITIONS	25
1) Définition de l'interne en médecine générale	25
2) Définition du maître de stage universitaire	27
3) Définition du stage praticien de premier niveau et évolutions majeures	30
4) Définitions du patient	35
a. Origine étymologique	35
b. Définition du dictionnaire Larousse ©	35
c. Définition médicale	35
IV. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE A LA FACULTE DE MEDECINE DE ROUEN	36
1) Formation pratique : stages hospitaliers et extrahospitaliers	36
2) Formation théorique : enseignements à la Faculté	38
3) Validation des connaissances	38
V. DEMOGRAPHIE ET DEMOGRAPHIE MEDICALE	40
1) En France	40
2) En Haute-Normandie	41
VI. MATERIELS ET METHODES	43
1) Population étudiée et description des centres d'étude	43
a. Population étudiée	43
b. Les différents centres d'étude	43
- Centre A	44
- Centre B	45
- Centre C	46
- Centre D	47
- Centre E	48
- Centre F	48
- Centre G	49

2) Méthode de réalisation et de déroulement de l'étude	50
a. Méthode de réalisation	50
b. Déroulement de l'étude	51
3) Les formulaires	52
a. Introduction avec note explicative	53
b. Données sociodémographiques	53
c. Motif de consultation, niveau d'information du patient et choix	53
d. Réactions du patient et conséquences	54
4) Exploitation des données	55
 VII. RESULTATS	 56
 1) Sexe de la population étudiée (Question 1)	 56
a. Statistiques sur échantillon total	56
b. Statistiques par centre	57
2) Age de la population étudiée (Question 2)	58
a. Statistiques sur échantillon total	58
b. Statistiques par centre	59
3) Motifs principaux de consultation (Question 3)	60
4) Antériorités de consultation avec le médecin stagiaire (Question 4)	62
a. Statistiques sur échantillon total	62
b. Statistiques par centre	62
5) Information du patient sur la présence de l'interne et moyens d'information (Questions 5 et 6)	63
a. Statistiques sur échantillon total	63
b. Statistiques par centre	63
6) Choix de la présence d'un tiers pendant la consultation (Question 7)	65
a. Statistiques sur échantillon total	65
b. Statistiques par centre	65
7) Première réaction lors de la présentation du médecin stagiaire (Question 8)	66
8) Importance du sexe du médecin stagiaire chez les personnes gênées ou inquiètes ou ayant refusé catégoriquement sa présence (Question 9)	67
a. Statistiques sur échantillon total	67
b. Statistiques par centre	68
9) Présence du stagiaire et frein au dialogue médical (Question 10)	69
10) Confiance envers le stagiaire (Question 11)	69
11) Confiance envers le médecin traitant (Question 12)	70
12) Commentaires complémentaires exprimés par les patients (Question 13)	71
a. Commentaires des patients ayant ressenti un sentiment initial considéré comme « positif » ou « neutre » : intérêt et curiosité, indifférence	71
b. Commentaires des patients ayant ressenti un sentiment initial considéré comme « négatif » : gêne, pudeur et malaise, surprise et inquiétude, refus catégorique de la présence	77

VIII. DISCUSSION	79
1) Accueil de notre étude auprès des patientèles	79
2) Significativité des résultats observés et extrapolations	80
a. Question 1	80
b. Question 2	81
3) Motifs principaux de consultation	81
4) Antériorités de consultation avec le médecin stagiaire	84
5) Information du patient et moyens d'information	84
6) Choix de la présence d'un tiers pendant la consultation	85
7) Première réaction lors de la présentation	86
8) Présence du tiers et frein au dialogue médical	90
9) Confiance envers le stagiaire et le médecin traitant	90
a. Confiance envers le stagiaire	90
b. Confiance envers le médecin traitant	91
10) Commentaires complémentaires exprimés par les patients	92
IX. CONCLUSION	94
X. ANNEXES	96
<u>Annexe 1</u> : Questionnaire distribué avec note explicative	96
<u>Annexe 2</u> : Exemple d'un RIAP anonymisé (Janvier à Décembre 2011)	99
<u>Annexe 3</u> : ICPC2 de la WONCA traduite en français	100
<u>Annexe 4</u> : Affiche d'information pour les patients, distribuée aux maîtres de stage par le DUMG de la Faculté de Médecine de ROUEN	102
XI. ABREVIATIONS	103
XII. BIBLIOGRAPHIE	104

I. INTRODUCTION

L'internat de médecine générale correspond au troisième cycle universitaire des études médicales pour les étudiants admis à l'Examen National Classant (ENC) et ayant choisi de se spécialiser en médecine générale.

Il s'agit d'une véritable formation professionnelle active permettant l'acquisition de compétences, notamment cliniques, thérapeutiques, éthiques et déontologiques, relationnelles, grâce à un enseignement pratique couplé à un enseignement théorique dispensé par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la Faculté.

Il permet, une fois validé, d'obtenir le diplôme de Docteur en Médecine, spécialisé en médecine générale, cette dernière étant reconnue comme spécialité depuis 2004, date de la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale.

Dans ce cursus, le stage ambulatoire de premier niveau, obligatoire, réalisé auprès d'un médecin généraliste enseignant, est le lieu idéal d'acquisition des compétences, notamment relationnelles, utiles au futur exercice des internes de médecine générale.

Il est nécessaire que la formation des futurs médecins généralistes soit adaptée à la pratique quotidienne du médecin traitant afin de s'approprier toutes les particularités de l'exercice ambulatoire de la médecine générale de proximité, découvrir ses diversités, émulations mais aussi contraintes, et notamment approfondir les spécificités de la relation médecin traitant-patient, véritable socle de la consultation.

Ainsi, le maître de stage accueille un médecin stagiaire au cœur de sa consultation, modifiant une relation duelle de confiance préexistante, qui devient dès lors tripartite entre le médecin traitant, son interne et le patient.

Il s'agit d'un véritable moment d'échange, de partage, de transmission des connaissances et des savoirs important pour tous.

La présence de ce tiers est-elle acceptée par le patient, cette nouvelle relation à trois interfère t'elle sur l'échange avec ce dernier, est-ce l'occasion de non-dits, si oui lesquels et dans quelle mesure, sont autant de paramètres intéressants à étudier, afin de connaître l'impact sur le patient et les répercussions sur le dialogue avec son médecin traitant, de la présence d'un médecin en formation.

Si l'on évalue peu, ou mal, le ressenti de l'autre, son vécu, on ne peut créer une véritable relation de confiance, pourtant nécessaire à une prise en charge globale de qualité du patient.

II. CONTEXTE et PROBLEMATIQUE

En France et à l'étranger, de nombreux travaux (thèses, articles pour revues spécialisées sur l'enseignement en médecine générale notamment) étudient le ressenti du maître de stage concernant la présence d'un interne en formation pendant la consultation.

Les questions alors abordées sont, entre autres :

- Sont-ils à l'aise avec l'enseignement, avec le partage des connaissances ?
- Comment vivent-ils cette intrusion, bien que choisie, dans leur exercice professionnel ?
- Quel est l'impact sur l'attitude du médecin traitant envers son patient ?

D'autres travaux, notamment à l'étranger ^{1 à 19}, étudient le ressenti du patient, l'impact qu'a la présence d'un médecin stagiaire en formation sur le déroulement de la consultation, le vécu par le consultant de ce changement inhabituel dans la relation de confiance établie avec son médecin ...

Toutefois il existe assez peu de travaux récents sur ce thème, au regard de l'importance de ce sujet, notamment en France ^{20 à 27} et surtout en Haute-Normandie, alors que le stage praticien est pourtant en place depuis déjà de nombreuses années, et le patient théoriquement plus habitué à cette présence.

Notre travail se rapproche dans une certaine mesure de ces articles ou de ces thèses, mais nous avons souhaité les compléter avec de nouvelles problématiques et essayer de croiser les réponses à ces dernières afin d'en ressortir des profils de patients particuliers et significatifs pour notre étude.

Il nous a semblé intéressant d'essayer d'étudier, dans notre région Haut-Normande, comment la présence de l'interne de médecine générale en stage est vécue par le patient, en se mettant véritablement de son côté afin de recueillir ses impressions, positives et négatives, son ressenti, l'acceptation qu'il a de la présence de ce tiers et du stage praticien de premier niveau.

À partir d'une étude descriptive multicentrique basée sur un questionnaire et réalisée auprès de patients consultant leurs médecins généralistes maîtres de stage installés dans différents cabinets de Haute-Normandie, nous allons essayer d'analyser les conséquences de la présence d'un médecin stagiaire pendant la consultation pour pouvoir répondre à quelques questions :

- Comment le patient vit-il la consultation lorsque l'interne y participe ? Est-il à l'aise, est-il favorable à la présence d'un étudiant pendant la consultation ? Que pense-t-il exactement de cette présence ?
- Le déroulement de la consultation est-il biaisé ? Si oui, dans quelle mesure ? Le comportement du patient est-il modifié, des sujets sont-ils volontairement non abordés ? Si oui lesquels et pourquoi ?
- Quelles sont les éventuelles conséquences de la présence du stagiaire sur l'attitude du patient, ses non-dits ?
- Comment le patient vit-il la transmission des connaissances entre les médecins, accepte-t-il que la consultation soit en partie menée par un tiers ? A-t-il confiance envers le stagiaire ? Sa confiance envers son médecin traitant se voit-elle modifiée ?

Nous espérons par ce travail pouvoir apporter des pistes de réflexion qui permettront peut-être d'améliorer cette nouvelle relation médecin traitant-interne-patient, en étant à l'écoute du ressenti de ce dernier, pour que la consultation se déroule dans les meilleures conditions et dans le respect de tous.

Ainsi, ce travail pourrait permettre d'insister encore plus auprès des médecins généralistes maîtres de stage de l'importance de certains messages, qu'ils connaissent déjà mais qui parfois peuvent être sous-estimés, afin d'adapter leurs comportements aux attentes de leurs patientèles : délivrer au patient une information de qualité quant à la présence de ce tiers, lui laisser pleinement le choix de cette présence en recherchant systématiquement son accord etc.

Dans un même temps, nous espérons que cette étude permette, dans une certaine mesure, de sensibiliser les jeunes médecins stagiaires n'ayant pas encore effectué leur stage praticien de premier niveau à l'aspect non palpable, non théorique, qui n'est pas enseigné dans les cours magistraux ou appris par cœur, mais plutôt transmis directement sur le terrain par nos maîtres de stage, de l'écoute de l'autre, afin de mieux appréhender et comprendre certaines réactions de nos patients, et ainsi développer dans ses meilleurs aspects cette si importante relation médecin patient.

III. DEFINITIONS

1) Définition de l'interne en médecine générale

L'interne en médecine générale est un étudiant inscrit en troisième cycle des études médicales dans l'université de validation du DES de médecine générale, ayant satisfait aux épreuves de l'examen national classant organisé au terme de la sixième année d'externat et ayant choisi la spécialité de médecine générale lors de la procédure de choix (amphithéâtre de garnison, choix sur Internet) organisée à l'issue de ces épreuves nationales.

Il s'agit donc d'un praticien en formation spécialisée de médecine générale.

Il bénéficie d'un enseignement théorique et pratique, et son statut est régi par un cadre juridique et administratif.

Selon le Code de la Santé Publique (Article R6153-2) ²⁸,

« Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation.

Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine comprenant :

- neuf demi-journées d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ;

- et deux demi-journées par semaine consacrées à sa formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre

L'interne participe au service de gardes et astreintes.

Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde. (...)

L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières, ambulatoires ou universitaires. (...)

L'interne reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions. »

« *L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.* » (Article R6153-3 du Code de la Santé Publique) ²⁹

L'internat de médecine générale est d'une durée de trois ans, soit six semestres. L'interne en stage praticien dit de premier niveau, à l'Université de Rouen, est donc un étudiant en TCEM (Troisième cycle des études médicales) 2 ou TCEM 3 (cf. infra).

2) Définition du maître de stage universitaire

Le maître de stage universitaire (MSU) est un médecin généraliste de formation, en activité, participant activement à la formation théorique et pratique des internes de médecine générale en les accueillant dans son cabinet pour une durée d'un semestre.

Son statut est régi par un cadre législatif précis (Arrêté du 04 février 2011 complété par l'arrêté du 27 Juin 2011) ^{32 ; 33}

Avant de recevoir l'agrément pour la maîtrise de stage ambulatoire, le postulant doit avoir exercé son activité professionnelle de médecin généraliste depuis au moins trois ans.

En effet, l'Article 3, alinéa X, de l'arrêté du 04 février 2011 ³² précise :

« En outre, pour le praticien-maître de stage, une preuve de son exercice professionnel depuis au moins trois ans et un avis motivé du conseil départemental de l'ordre des médecins. »

Son exercice professionnel principal devra être en lien avec la médecine générale.

Il s'engage à participer régulièrement à la mise à jour de ses connaissances médicales en participant à des séances de formation médicale continue.

Il est nommé par le Directeur Général de l'ARS (Agence Régionale de Santé) comme précisé dans l'Article 1 de l'arrêté du 04 février 2011 ³² :

« La commission de subdivision, réunie en vue de l'agrément, propose au directeur général de l'agence régionale de santé les agréments ou renouvellements d'agrément des lieux de stage et des praticiens-maîtres de stage (...) Le directeur général de l'agence régionale de santé agréé les lieux de stage et les praticiens-maîtres de stage. »

Cet agrément est renouvelé tous les cinq ans (Articles 5 et 7 de l'arrêté du 04 février 2011 ³²) :

« Article 5 : La commission de subdivision propose au directeur général de l'agence régionale de santé de donner :

- soit un agrément sans réserve pour une période de cinq ans ;*
- soit un agrément conditionnel d'un an maximum assorti de recommandations ;*
- soit un refus d'agrément motivé, accompagné de recommandations dans l'hypothèse d'une nouvelle demande d'agrément. »*

« Article 7 : L'agrément est systématiquement réexaminé :

- au terme d'une période de cinq ans ;*
- lors d'un changement du responsable médical du lieu de stage agréé ;*
- sur demande motivée des représentants des internes ou des résidents des organisations représentatives dans la subdivision ;*
- sur demande des coordonnateurs locaux de chacun des diplômés d'études spécialisées concernés ou du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou du président du comité de coordination des études médicales ou du directeur général de l'agence régionale de santé. »*

Il bénéficie par ailleurs, avant l'accueil de son premier stagiaire, d'une formation initiale théorique organisée par le DUMG de sa faculté de rattachement.

Une fois nommé maître de stage universitaire, il est regroupé en binôme ou trinôme avec un (ou deux) collègues généralistes enseignants (pour le stage praticien de premier niveau), et nécessairement en trinôme pour le stage en autonomie SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

Il est tenu d'informer ses patients au préalable de la présence d'un tiers pendant la consultation, notamment à l'aide d'une affiche présente en salle d'attente (Annexe 4).

Sa rémunération est forfaitaire pour le semestre, et les indemnités de maîtrise de stage sont fixées par arrêté législatif et versées par la Faculté, comme le précise l'article 4 de l'arrêté du 27 Juin 2011 ³³ :

« Le praticien agréé maître de stage extrahospitalier perçoit des honoraires pédagogiques.

Ces honoraires pédagogiques sont financés par le budget du ministère chargé de la santé.

Ils sont versés au praticien agréé maître de stage extrahospitalier par l'unité de formation et de recherche médicale et remboursés à celle-ci par l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle l'interne est affecté pour son internat.

Le montant forfaitaire de ces honoraires pédagogiques est fixé à 600 € brut par mois de stage et par interne. Dans l'hypothèse où l'interne est accueilli chez plusieurs praticiens agréés maîtres de stage extrahospitalier, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois.

L'interne ou le résident ne peut percevoir de rémunération ni de son maître de stage ni des patients durant le stage. »

Leur statut universitaire a été officiellement reconnu par le Décret N° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant le décret du 16 Janvier 2004 modifié ³⁴, avec l'attribution du statut de Praticien Agréé Maître de Stage des Universités. Il s'agit là d'une véritable reconnaissance officielle du statut d'enseignant formateur.

Ainsi, le maître de stage ambulatoire réalise une véritable démarche volontaire d'accueil, de formation et de transmission des connaissances des étudiants en stage praticien de premier niveau ou en SASPAS.

3) Définition du stage praticien de premier niveau et évolutions majeures

Dans sa forme actuelle, le stage de premier niveau est organisé de la façon suivante :

L'interne en médecine générale est en stage sous la responsabilité de deux ou de trois médecins généralistes enseignants maîtres de stage, qui délivrent leur savoir et leurs propres expériences au stagiaire.

Il s'agit d'un véritable parrainage avec une transmission des connaissances où l'interne participe activement aux consultations et à l'activité habituelle du médecin généraliste ambulatoire, afin de se familiariser avec l'exercice libéral.

Le stage est classiquement divisé en plusieurs temps (Décret 97-495 du 16 Mai 1997) ³⁷:

Au début, une **phase passive dite d'observation**, où l'interne découvre le fonctionnement d'un cabinet, assiste aux consultations réalisées par son maître de stage. Il s'agit d'une première expérience très enrichissante permettant de découvrir les premiers rouages de la relation médecin malade, d'étudier les attitudes, attentes, sentiments, demandes du patient, et en retour les réactions du médecin.

S'ensuit une **phase semi active**, où l'interne commence à réaliser des actes, après accord du patient, et en présence du maître de stage : interrogatoire, examen clinique, propositions thérapeutiques ou d'investigations complémentaires, actes techniques au cabinet...

Puis éventuellement une **phase active** avec une autonomie plus ou moins complète, pendant laquelle le maître de stage n'est pas toujours physiquement présent pendant les consultations mais reste toujours joignable et mobilisable à tout moment en cas de questions ou de problèmes particuliers de l'étudiant.

A la fin de ces consultations réalisées en partie, ou complètement en autonomie, un débriefing permet de recueillir la validation de l'enseignant sur le raisonnement clinique, para clinique et thérapeutique du stagiaire, ainsi que sur la gestion par l'étudiant des différentes situations, éventuellement problématiques, rencontrées.

Ce stage n'a toutefois pas toujours été organisé comme décrit ci-dessus, et n'a atteint que tardivement sa forme actuelle.

Au début des années 1980, plus précisément en 1982, est publiée une loi (Loi N°82-1098 du 23 décembre 1982) ³⁵ réformant pour les étudiants en médecine les conditions d'accès aux spécialités médicales.

Ainsi l'article 46 de cette loi précise : « *Le troisième cycle des études médicales comporte quatre filières d'internat ainsi dénommées :*

- a) *La filière de médecine générale ;*
- b) *La filière de médecine spécialisée ;*
- c) *La filière de santé publique ;*
- d) *La filière de recherche médicale ».*

Pour « *la filière de médecine générale* », il est créé le résidanat, permettant aux étudiants en formation devenus des *résidents* une meilleure approche et une meilleure sensibilisation à l'exercice libéral en cabinet.

Ainsi, le troisième cycle des résidents est d'une durée initiale de deux ans. Il s'agit d'un troisième cycle professionnalisant regroupant une formation pratique hospitalière avec stages à l'hôpital, d'une durée de quatre semestres entiers, une formation théorique universitaire d'enseignement et un stage extra hospitalier de médecine ambulatoire, qui est alors d'une durée courte (vingt demi-journées).

Nous pouvons à ce stade nous rendre facilement compte qu'il existe alors une sorte de clivage entre la formation universitaire des médecins spécialistes passés par le concours de l'internat, et celle des médecins généralistes.

Il semble alors nécessaire d'harmoniser la formation de tous les étudiants, afin de rapprocher spécialités médicales et médecine générale.

Un premier pas est fait en 1997 avec la valorisation du stage ambulatoire par la mise en place de différents décrets : en Mai 1997 ^{36 ; 37} (Numéro 97-494 et Numéro 97-495 du 16 Mai 1997) et en Décembre 1997 ³⁸ (Numéro 97-1213 du 24 Décembre 1997 modifiant le décret 97- 495).

Ces décrets permettent alors d'apporter un cadre législatif précis, en inscrivant dans la loi les modalités de déroulement de ce semestre ambulatoire.

Le rôle du résident est enfin défini avec précision, permettant de standardiser le déroulement de ce stage afin d'en permettre son caractère sanctionnant et validant.

Ce troisième cycle bénéficie ainsi en 1997 d'un cinquième semestre supplémentaire complet de formation ambulatoire, se déroulant exclusivement dans le cabinet d'un ou de plusieurs maîtres de stage (minimum de deux et maximum de trois).

Le nombre de stages ambulatoires est par ailleurs limité à deux pendant le cursus.

En 2002, une nouvelle réforme du troisième cycle des études médicales ³⁹ (Article 60 de la Loi Numéro 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002) anticipe et prépare l'importante réforme de 2004.

Elle permet de poursuivre l'harmonisation des formations universitaires théoriques et pratiques de tous les médecins en formation, spécialistes et généralistes, en apportant de nouvelles précisions concernant le déroulement de ce troisième cycle, notamment :

« Les internes de médecine générale exercent leurs fonctions durant un semestre dans un centre hospitalier universitaire et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés. »

Ainsi, le terme de « résident » est supprimé, et devient « interne de médecine générale ».

En 2004 ⁴⁰ (Décret N°2004-67 du 16 Janvier 2004) est de nouveau réorganisé le troisième cycle des études médicales, avec notamment la mise en place des nouvelles épreuves classantes nationales remplaçant le concours de l'internat et le résidanat, et concernant tous les étudiants en médecine de sixième année.

La même année est créé le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale ⁴¹ (Arrêté du 22 Septembre 2004).

La médecine générale est ainsi reconnue comme spécialité médicale, en France, depuis la création de ce DES de médecine générale.

En 2008, des précisions sont apportées quant aux statuts des personnels enseignants de médecine générale, par la loi ³⁰ N° 2008-112 du 08 février 2008 et le décret ³¹ N°2008-744 du 28 juillet 2008.

Ainsi sont définis les statuts des personnels enseignants (Professeurs des Universités de Médecine Générale, Professeurs Associés de Médecine Générale, Maîtres de Conférences des Universités de Médecine Générale, Maître de Conférences Associés des Universités de Médecine Générale, Chefs de Clinique des Universités de Médecine Générale, Chefs de Clinique Associés des Universités de Médecine Générale), les conditions de leur recrutement et de l'exercice de leurs fonctions :

Loi ³⁰ N° 2008-112 du 08 février 2008 :

« Art. L.952-23-1. : Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale. Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire. »

Décret ³¹ N° 2008-744 du 28 juillet 2008 :

« Les personnels enseignants de médecine générale assurent conjointement, d'une part, dans les unités de formation et de recherche de médecine ou dans les départements qui assurent les formations médicales, des fonctions d'enseignement de formation initiale et continue et des fonctions de recherche et, d'autre part, des fonctions de soins, exercées en médecine générale et ambulatoire, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires concernant l'exercice de la médecine générale. Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions, au contrôle des connaissances, aux jurys d'examen et de concours. Ils peuvent également participer à des actions de coopération internationale. Ils consacrent aux fonctions définies au présent article la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dispositions de l'article 3 du présent décret. L'exécution de ces tâches ne donne lieu ni à une rémunération supplémentaire ni à une réduction de leurs obligations de service. »

En 2009, la loi HPST ⁴² (Hôpital Patients Santé et Territoires) du 21 Juillet 2009, et plus précisément le 8^{ème} alinéa de l'article L.4130.1 décrit, entre autres, la mission de formation universitaire du médecin généraliste de premier recours :

« Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Le 25 Juin 2010, le décret modificatif ⁴³ N°2010-700 modifiant le décret N°2004-67 du 16 Janvier 2004 permet de préciser l'organisation des épreuves classantes nationales : sélection des dossiers d'épreuve, composition des jurys...

Il redéfinit par ailleurs, entre autres, l'organisation des différentes maquettes de validation des spécialités, l'organisation des procédures de choix des stages d'internat en fonction de l'ancienneté et du rang de classement des internes à l'ENC, et les conditions d'attribution des agréments des différents terrains de stage.

Cette volonté d'harmonisation et de réorganisation de l'internat de médecine générale est poursuivie avec la publication de l'arrêté ³² du 04 février 2011, complété par l'arrêté ³³ du 27 Juin 2011, comme nous l'avons déjà, en partie, vu plus haut.

Ces derniers permettent de préciser les conditions d'attribution des agrémentations des terrains de stage par les ARS, l'organisation, le déroulement et la validation des stages (notamment les stages extra hospitaliers ambulatoires), ainsi que les modalités de rémunération des maîtres de stage.

Il semble important de rappeler qu'en Europe, deux ans avant la France, la médecine générale est reconnue comme discipline et comme spécialité depuis 2002, selon une définition précise établie par la WONCA ⁴⁴ (« *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners-Family Physicians* »).

« La médecine générale, médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »

4) Définitions du patient

a. Origine étymologique ⁴⁵

« **A. Adj.**

1. 1^{re} moitié XI^es. «qui supporte patiemment les défauts d'autrui» (Psautier d'Oxford, 85, 14, éd. F. Michel, 123)

2. 2^e moitié XIV^es. «qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés» (Brun de la Montaigne, éd. P. Meyer, 3126)

3. 1370-72 t.didact. «qui subit» (Nicole Oresme, *Ethiques*, V, 23, éd. A. D. Menut, 327)

B. Subst.

1. XIV^es. «malade» (Brun de Long-Bore, *Cyrurgie*, ms. de Salis, f^o102d ds Gdf. Compl.)

2. 1617 «personne qui est condamnée au supplice» (A. d'Aubigné, *Avantures du baron de Faeneste*, I, 12, éd. Réaume et de Causade, II, 419)

3. Empr. au lat. *patiens* «qui supporte, endurent», part. prés. adjectivé de *patior* «souffrir, supporter, endurer». »

b. Définition du dictionnaire Larousse © ⁴⁶

« Nom Masculin. Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale. »

c. Définition médicale ⁴⁷

Dans le domaine de la médecine, le patient est une personne qui reçoit une attention médicale, ou à qui est prodigué un soin ou un traitement.

(Traduction de l'anglais « One who receives medical attention, care, or treatment. »)

IV. L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE A LA FACULTE DE MEDECINE DE ROUEN

Dans ce chapitre, nous avons essayé de décrire le déroulement actuel du DES de Médecine Générale en Haute-Normandie, de la prise de fonction de l'interne de médecine générale à son diplôme de Docteur en Médecine ⁴⁸.

1) Formation pratique : stages hospitaliers et extra hospitaliers

L'étudiant inscrit en second cycle des études médicales peut prétendre choisir cette filière après avoir satisfait aux épreuves de l'ENC.

La durée de cette formation professionnalisante est de trois ans, avec la particularité de réaliser un premier stage extra hospitalier dit « de premier niveau » éventuellement complété par un stage en autonomie SASPAS en troisième année.

La maquette officielle validante est actuellement composée de six semestres ^{41 ; 49}. (Arrêté du 22 Septembre 2004 et Arrêté du 10 Août 2010 modifiant l'Arrêté du 22 Septembre 2004)

A Rouen, cette dernière est fléchée, permettant de garantir à tous les internes d'une promotion la validation de leurs stages obligatoires, quel que soit leur rang de classement.

Elle est ainsi composée de stages pratiques hospitaliers et ambulatoires agréés pour la médecine générale.

Il y'a ainsi quatre stages obligatoires pour valider la maquette du DES : un stage en médecine d'urgence, un stage de médecine interne ou gériatrie, un stage en gynécologie obstétrique ou pédiatrie et un stage ambulatoire de premier niveau chez le praticien.

Les deux autres stages sont libres : un stage à favoriser en milieu de soins primaires ambulatoires, un deuxième stage à choisir dans les lieux de stage agréés pour la médecine générale et disponible aux choix lors de la répartition organisée par le DUMG et l'ARS avant chaque semestre.

À Rouen, en première année, l'interne en TCEM1 réalise ainsi son stage en médecine gériatrique ou médecine interne et son stage dans une structure d'accueil des urgences adultes.

La deuxième année, l'interne en TCEM2 doit réaliser un stage en service de gynécologie-obstétrique ou pédiatrie et un stage ambulatoire de premier niveau.

La troisième et dernière année de formation s'organise par un stage facultatif en SASPAS ou un deuxième stage de premier niveau chez le praticien, et un stage libre choisi dans ceux proposés lors de la répartition. Ce stage libre peut correspondre à un complément de formation en rapport avec le projet professionnel de l'étudiant.

Dans la plupart des cas, il s'agit du stage de pédiatrie ou de gynécologie non réalisé en TCEM2.

Un interne ne peut effectuer deux stages dans un même service hospitalier au cours de son internat, et plus de deux stages ambulatoires.

Par ailleurs, le stage en CHU est obligatoire et limité à un seul, sauf dérogation accordée par le DUMG.

Dans un SASPAS, l'interne en fin de cursus, ayant déjà réalisé et validé son stage de premier niveau, accueille ainsi seul les patients, réalise la consultation dans son intégralité, élabore un diagnostic et les prescriptions.

Le maître de stage n'est pas physiquement présent pendant la consultation, ne rencontre pas le patient, mais reste joignable à tout moment en cas de problème.

L'interne bénéficie d'un emploi du temps adapté par rapport à celui de son maître de stage, avec notamment un nombre limité de consultations journalières en autonomie complète, et une durée minimale de consultation de trente minutes.

En fin de journée, il retrouve son maître de stage pour un dialogue avec débriefing de tous les cas vus dans la journée.

Tous ces échanges fructueux permettent l'amélioration des pratiques conjointes, et cette transmission des connaissances se fait sur la base d'un véritable tutorat.

2) Formation théorique : enseignements à la Faculté

En parallèle à ces stages pratiques, l'étudiant bénéficie de cours théoriques dispensés par la Faculté et le DUMG.

Différents enseignements sont proposés, en petits groupes (**Enseignements Dirigés** avec un enseignant généraliste tuteur suivant un même groupe d'une dizaine d'étudiants issus d'une même promotion pendant les trois années de formation), groupes de taille moyenne (**Unités Pédagogiques Libres** avec des groupes d'une trentaine d'étudiants issus des trois promotions) ou avec les trois promotions complètes réunies (**Séminaires**).

Les sujets et thèmes abordés sont alors tous en lien direct avec l'exercice futur de médecin généraliste : dernières recommandations officielles sur les pathologies rencontrées en médecine générale, attitudes diagnostiques et thérapeutiques, travail autour de la relation médecin/malade, sur l'éducation du patient, apprentissage de gestes techniques...

Lors des séminaires, des experts spécialisés sur le sujet traité sont présents afin de répondre aux questions des étudiants.

3) Validation des connaissances

Chaque stage est évalué en fin de semestre par le chef de service hospitalier, ou par les maîtres de stage ambulatoires.

Une évaluation des compétences est organisée par le DUMG pendant le cinquième semestre via les TCS et ECOS, participant à la validation finale de l'étudiant.

Le **TCS** (Test de Concordance de Scripts) est un examen écrit examinant les compétences personnelles de raisonnement clinique de l'étudiant.

De nombreuses situations médicales adaptées à la médecine générale sont proposées, et l'étudiant doit préciser, en fonction d'une information complémentaire thérapeutique, diagnostique ou d'investigation, si cette dernière influe sur la situation initiale.

Ce test est basé sur la méthode hypothético déductive, et l'on apprécie ainsi le raisonnement clinique de l'interne et non pas ses connaissances médicales théoriques pures.

Les réponses de chaque étudiant sont comparées à celles d'un panel d'experts (médecins généralistes maîtres de stages universitaires) passant le même test, au même moment et dans le même amphithéâtre.

Les points sont pondérés et attribués pour chaque situation en fonction de la réponse de l'étudiant par rapport à celle du panel.

Des points négatifs peuvent venir pénaliser d'éventuelles aberrations médicales répondues.

L'**ECOS** (Examen Clinique Objectif Standardisé) est un examen pratique analysant les compétences cliniques opérationnelles de l'étudiant.

Il s'agit d'un véritable « jeu de rôle » lors duquel une consultation de médecine générale (en partie ou plus rarement en totalité) est standardisée puis simulée. On parle alors de « stations ».

Chaque étudiant passe à tour de rôle dans chaque station, où sont présents un acteur jouant le rôle du patient, et un examinateur muni d'une grille de réponse.

Une situation clinique est affichée dans la salle, et les consignes demandées à l'étudiant clairement décrites.

Il peut s'agir de réaliser un interrogatoire, un examen clinique, une prescription thérapeutique ou d'examen complémentaire, la réalisation d'un geste technique (frottis cervico vaginal, préparation et injection du BCG, pose d'implant contraceptif, réalisation d'une infiltration...), l'éducation d'un patient....

L'examineur coche alors la grille en fonction de ce que dit le candidat au patient. Il ne connaît par ailleurs pas la pondération de chaque réponse.

Cet examen est rendu anonyme, chaque étudiant portant un numéro attribué à l'avance.

Les notes sont ensuite calculées en fonction des différentes pondérations, et le jury décide après délibération de la réussite ou de l'échec à l'examen terminal d'évaluation des compétences.

A Rouen, pour prétendre à la validation universitaire du DES de Médecine Générale, l'étudiant doit :

- *Valider l'ensemble de ses six stages pratiques*
- *Valider l'ensemble de la formation théorique proposée par le DUMG : avoir participé à un minimum de deux tiers des enseignements proposés : ED, UPL et Séminaires*
- *Réussir l'examen terminal oral et écrit d'évaluation des compétences : TCS et ECOS*
- *Réaliser un mémoire (la thèse peut faire office de mémoire si elle traite d'un sujet de médecine générale et si elle est passée avant la fin de la troisième année du DES) : il est recommandé la rédaction d'un article médical publiable*
- *Présenter un document de synthèse : l'interne retrace son parcours personnel et sa formation théorique et pratique pendant son internat, notamment en réalisant une critique constructive (points faibles et points forts de chaque stage ou enseignement suivi)*

L'instance réglementaire validant le DES est la Commission Interrégionale de Coordination^{50 ; 51} (validation du DES régie par Arrêté modificatif du 03 Mai 2011 modifiant l'Arrêté du 22 Septembre 2004, et par l'Arrêté du 11 Juillet 2011 modifiant l'Arrêté du 03 Mai 2011) regroupant quatre universités (Amiens, Caen, Lille et Rouen).

Cette commission se réunit deux fois par an.

Le dossier de validation du DES n'est proposé à cette commission qu'après avoir été soumis au jury de validation régional, où le dossier de chaque interne est examiné, et ensuite est proposée à la Commission Interrégionale de Coordination la liste des internes pour validation.

V. DEMOGRAPHIE ET DEMOGRAPHIE MEDICALE

1) En France

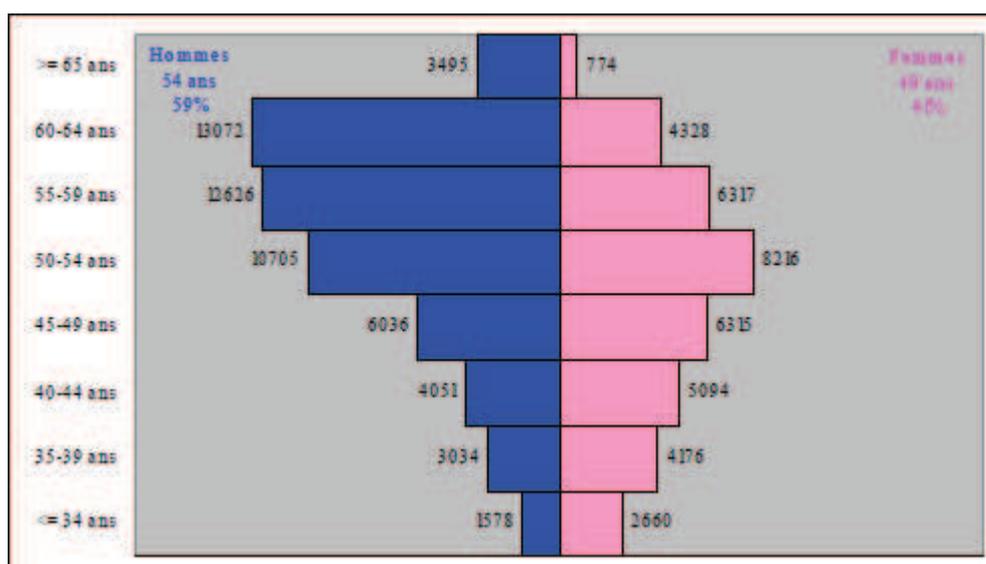
En France, au 1^{er} Janvier 2012 ⁵²:

Il y'a 92 477 médecins généralistes en activité régulière inscrits au tableau de l'Ordre National des Médecins, dont 55 208 (59,7%) exerçant une activité libérale exclusive. 5587(6%) exercent une activité mixte et 31 599 (34,2%) une activité salariée.

Les femmes représentent 41% des effectifs (37 880) pour une moyenne d'âge de 49 ans, et les hommes 59% (54 597) pour une moyenne d'âge de 54 ans.

La densité moyenne des médecins généralistes est de 139,9 pour 100.000 habitants.

Pyramide des âges des Médecins Généralistes en France au 1^{er} Janvier 2012



Source : Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2012 – Tome II

CNOM Dr Michel Langmann, Président

Sous la direction du Dr Patrick Romestaing, Président de la section Santé Publique et Démographie médicale

Réalisé par Gwenaëlle Le Breton – Lerouvillois, Géographe de la Santé

2) En Haute-Normandie

L'Eure et la Seine-Maritime sont les deux départements de la Haute-Normandie.

Au 1^{er} Janvier 2010, la population de la Haute-Normandie est de 1 837 388 habitants.⁵⁴

La Seine-Maritime compte 1 250 264 habitants, l'Eure 587 124 habitants.

Au 1^{er} Janvier 2012⁵², les médecins généralistes de la région Haute-Normandie inscrits au conseil de l'ordre, en activité régulière, sont au nombre de 2299 (1393 hommes, 906 femmes).

Il s'agit de la 20^{ème} région française de métropole (sur 22) en termes de sous-densité médicale⁵², avec une densité médicale de 123,2 médecins généralistes pour 100.000 habitants.

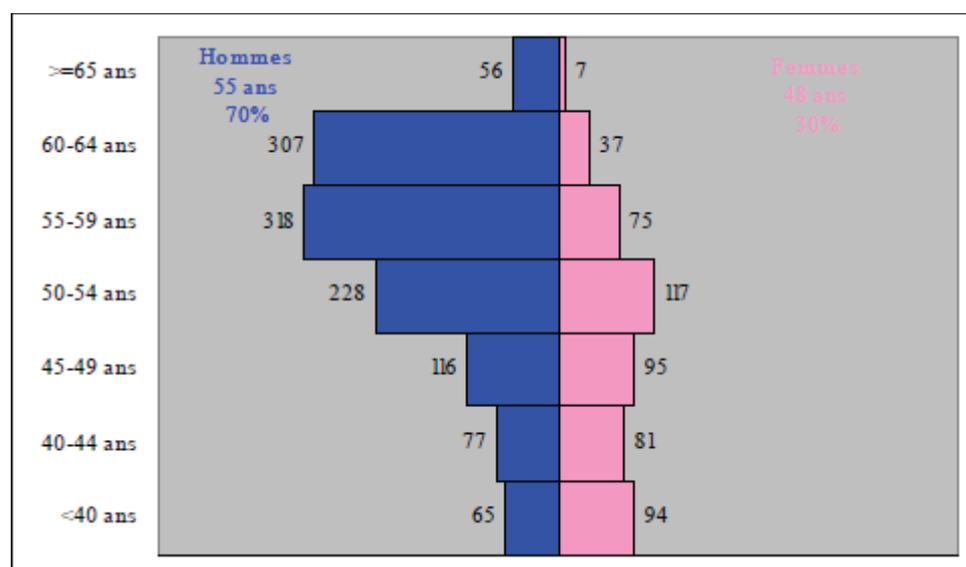
- La Seine-Maritime compte 1701 médecins généralistes (1008 hommes, 693 femmes), pour une densité de 133,5 pour 100.000 habitants⁵².
- L'Eure compte 598 médecins généralistes (385 hommes et 213 femmes), pour une densité de 100,8 pour 100.000 habitants⁵².

Les hommes représentent 70% des médecins généralistes en Haute-Normandie pour une moyenne d'âge de 55 ans⁵³, les femmes 30% pour une moyenne d'âge de 48 ans⁵³.

Le mode d'exercice des médecins généralistes en Haute-Normandie est à 61% un statut libéral exclusif, 31,4% un statut salarié, et 7,6% un statut mixte⁵³.

Les hommes représentent 70% des médecins généralistes hauts-normands ayant une activité libérale ou mixte⁵³.

Pyramide des âges des Médecins Généralistes en Haute-Normandie au 1^{er} Juin 2011



Source : La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, Situation au 1^{er} Juin 2011

Sous la direction du Dr Patrick Romestaing, Président de la section Santé Publique et Démographie médicale

Réalisé par Gwenaëlle Le Breton – Lerouvillois, Géographe de la Santé

Lors du semestre de déroulement de l'étude (Novembre 2011 à Avril 2012), la démographie des terrains de stage de premier niveau et des internes les ayant choisis présentait les caractéristiques suivantes :

- 135 praticiens répartis dans toute la Haute-Normandie étaient maîtres de stages universitaires pour le stage de premier niveau
- 31 trinômes
- 21 binômes
- 43 praticiens avaient leur cabinet dans l'Eure, 92 en Seine-Maritime
- 94 praticiens étaient des hommes, 41 étaient des femmes.
- 20 internes étaient des hommes, 32 étaient des femmes

VI. MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive multicentrique, s'appuyant comme technique de recueil d'informations sur des formulaires remplis par les patients venant consulter leur médecin traitant maître de stage de premier niveau.

1) Population étudiée et description des centres d'étude

Nous avons fait le choix de réaliser cette étude sur un échantillon de patients venant consulter leur médecin traitant maître de stage, et dont la consultation se déroulait en présence d'un interne en médecine.

a. Population étudiée

La population étudiée était celle de sept cabinets médicaux de Haute-Normandie accueillant des internes en médecine générale en stage de premier niveau.

Le choix d'une étude multicentrique permettait ainsi de cibler différentes patientèles, ayant chacune des profils de patients différents.

En effet, plusieurs variables étaient ainsi obtenues : le lieu géographique d'exercice du praticien (urbain, semi urbain, rural), les tranches d'âge des patients, leur milieu socio-économique, la proportion de populations migrantes...

Cela permettait par ailleurs d'obtenir des profils d'internes et de maîtres de stage différents, car les binômes interne/médecin variaient : sexe et âge différents, interne réalisant un premier stage ambulatoire ou un second, mode d'exercice du praticien différent (consultations libres ou sur rendez-vous, exercice seul ou en groupe, présence ou non d'un secrétariat...). Tous les praticiens étaient conventionnés en secteur 1.

b. Les différents centres d'étude

Nous avons recueilli l'accord de chaque maître de stage, par mail ou entretien téléphonique, avant de débiter cette étude. Nous avons demandé à chaque praticien de bien vouloir nous communiquer leur dernier relevé SNIR-RIAP.

Cette étude a ainsi été réalisée dans sept cabinets médicaux de Haute-Normandie, auprès de trois internes (deux internes de sexe masculin ayant chacun deux lieux de stage, une interne de sexe féminin ayant trois lieux de stage).

Nous avons ensuite réalisé un tirage au sort.

Pour le tirage au sort, chaque médecin s'est vu attribuer une lettre de A à G. On obtenait ainsi sept centres différents, nommés Centre A, Centre B, Centre C, Centre D, Centre E, Centre F et Centre G.

Nous en présentons les caractéristiques ci-après.

Cartographie de la Haute-Normandie, avec les différents centres d'étude



Source : <http://www.openstreetmap.org/>

- Le centre A présentait les caractéristiques suivantes :

✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'une femme, de 40 à 50 ans, installée depuis 2000 dans une SCP de 5 généralistes en milieu urbain (centre ville).

Le secrétariat était en permanence sur place, toute la journée.

Le médecin était maître de stage depuis 1 semestre.

✓ **Le type de patientèle**

Elle présentait une forte mixité sociale, avec une partie de populations migrantes et de populations issues d'un milieu défavorisé.

La patientèle était dans l'ensemble plutôt jeune.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16ans : 29,96%

16 à 59 ans : 61,42%

60 à 69 ans : 4,65%

70 ans et plus : 3,95%

✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées uniquement sur rendez-vous, sans plages horaires de consultation libre.

Le temps imparti à chaque consultation était de 20 minutes.

Les visites étaient au nombre de 1,5 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle s'orientait vers la médecine générale dite « classique », l'éducation à la santé, la médecine préventive, la pédiatrie, la gynécologie et la psychiatrie.

✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'un homme de 20 à 30 ans, en 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 2^{ème} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de binôme de maîtres de stage (A et B).

- Le centre B présentait les caractéristiques suivantes :

✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'un homme, de 50 à 60 ans, installé depuis 1989 dans une SCI-SCM de 2 Médecins Généralistes en milieu semi rural (centre ville).

Le secrétariat était sur place le matin, et téléphonique l'après midi, la secrétaire étant à son domicile.

Le médecin était maître de stage depuis 8 ans.

✓ **Le type de patientèle**

Il s'agissait d'une patientèle mixte de milieu semi rural, mêlant retraités et actifs, avec un faible pourcentage de populations migrantes et de populations issues d'un milieu défavorisé.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16 ans : 28,22%

16 à 59 ans : 54%

60 à 69 ans : 10,26%

70 ans et plus : 7,50%

✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées sur rendez-vous, sauf deux matinées dans la semaine où les consultations étaient sous forme de consultation libre.

Le temps imparti pour chaque consultation était de 15 minutes.

Les visites étaient de 2,5 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle s'orientait vers la médecine générale dite classique, la pédiatrie, la réalisation de gestes techniques comme des sutures ou infiltrations.

Il y'avait peu de gynécologie et peu de psychiatrie.

✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'un homme de 20 à 30 ans, en 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 2^{ème} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de binôme de maître de stage (A et B).

• Le centre C présentait les caractéristiques suivantes :

✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'un homme, de 50 à 60 ans, installé depuis 1988 dans une maison médicale pluridisciplinaire SCI-SCM de 4 Médecins Généralistes, 1 Pédiatre, 1 Chirurgien Dentiste, 1 Kinésithérapeute, 1 Podologue, 2 infirmières, en milieu urbain (centre ville).

Le secrétariat était sur place toute la journée.

Le médecin était maître de stage depuis 2 ans.

✓ **Le type de patientèle**

Il s'agissait d'une patientèle enrichie d'une mixité socioculturelle, sociodémographique et de populations migrantes. La patientèle était dans l'ensemble plus âgée que celle des autres centres.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16 ans : 20,49%

16 à 59 ans : 56,70%

60 à 69 ans : 9,94%

70 ans et plus : 12,85%

✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées sur rendez-vous, sans consultation libre.

Le temps imparti pour chaque consultation était de 15 minutes.

Les visites étaient de 2 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle s'orientait vers la médecine générale dite classique, la psychiatrie, la réalisation de gestes techniques comme des infiltrations principalement. Il y'avait peu de gynécologie.

✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'un homme de 20 à 30 ans, en 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 2^{ème} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de binôme de maître de stage (C et E).

- Le centre D présentait les caractéristiques suivantes :

✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'un homme, de 40 à 50 ans, installé dans une maison de santé pluridisciplinaire avec activité type SELARL, de 12 Médecins Généralistes, 9 infirmières, 2 chirurgiens dentistes, 1 diététicienne en milieu semi rural (proximité du centre ville).

Le maître de stage avait une activité parallèle de médecin urgentiste au SAMU-SMUR de ROUEN.

Le secrétariat était sur place toute la journée.

Le médecin était maître de stage depuis 3 ans.

✓ **Le type de patientèle**

Il s'agissait d'une patientèle très diversifiée, plutôt jeune, d'une grande mixité sociale et professionnelle.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16 ans : 23,43%

16 à 59 ans : 55,97%

60 à 69 ans : 9,82%

70 ans et plus : 10,78%

✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées sur rendez-vous.

Le temps imparti pour chaque consultation était de 15 minutes.

Les visites étaient de 2,5 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle s'orientait vers la médecine générale dite classique, la pédiatrie, la réalisation de gestes techniques (sutures, infiltrations...)

✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'une femme de 20 à 30 ans, en 3^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 1^{er} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de trinôme de maîtres de stage (D, F et G).

- Le centre E présentait les caractéristiques suivantes :

- ✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'un homme, de 30 à 40 ans, installé depuis 2005 et exerçant seul en milieu rural (centre bourg).

Le secrétariat était à distance.

Le médecin était maître de stage depuis 1 an.

- ✓ **Le type de patientèle**

Il s'agissait d'une patientèle mixte de milieu rural, assez jeune, mêlant retraités et actifs, avec un faible pourcentage de populations migrantes.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16 ans : 32,47%

16 à 59 ans : 49,02%

60 à 69 ans : 8,17%

70 ans et plus : 10,33%

- ✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées sur rendez-vous.

Le temps imparti pour chaque consultation était de 15 minutes.

Les visites étaient de 3,5 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle s'orientait vers la médecine générale dite classique, la pédiatrie, peu de gynécologie, la réalisation de gestes techniques (sutures, infiltrations).

- ✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'un homme de 20 à 30 ans, en 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 2^{ème} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de binôme de maître de stage (C et E)

- Le centre F présentait les caractéristiques suivantes :

- ✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'un homme, de 40 à 50 ans, installé depuis 2000 dans une SCI-SCM de 5 Médecins Généralistes en milieu semi rural (centre ville).

Le secrétariat était sur place toute la journée.

Le médecin était maître de stage depuis 4 ans.

✓ **Le type de patientèle**

Il s'agissait d'une patientèle mixte de milieu semi rural, jeune, mêlant retraités et actifs, avec un faible pourcentage de populations migrantes.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16 ans : 30,5%

16 à 59 ans : 54,84%

60 à 69 ans : 7,08%

70 ans et plus : 7,50%

✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées sur rendez-vous.

Le temps imparti pour chaque consultation était de 15 minutes.

Les visites étaient de 2,5 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle était généraliste, sans orientation particulière.

✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'une femme de 20 à 30 ans, en 3^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 1^{er} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de trinôme de maître de stage (D, F et G).

- Le centre G présentait les caractéristiques suivantes :

✓ **Le maître de stage, son lieu, mode d'exercice et environnement professionnel**

Il s'agissait d'un homme, de 30 à 40 ans, installé dans une maison de santé pluridisciplinaire avec activité de type SELARL, de 12 Médecins Généralistes, 9 infirmières, 2 chirurgiens dentistes, 1 diététicienne en milieu semi rural (proximité du centre ville).

Le secrétariat était sur place toute la journée.

Le médecin était maître de stage depuis 3 ans.

✓ **Le type de patientèle**

Il s'agissait d'une patientèle très diversifiée, plutôt jeune, d'une grande mixité sociale et professionnelle.

Le relevé SNIR-RIAP de Janvier à Décembre 2011 mentionnait :

Moins de 16 ans : 31,05%

16 à 59 ans : 50,83%

60 à 69 ans : 7,37%

70 ans et plus : 10,75%

✓ **Le type de pratique professionnelle**

Les consultations étaient organisées sur rendez-vous.

Le temps imparti pour chaque consultation était de 15 minutes.

Les visites étaient de 2,5 par jour en moyenne.

La pratique professionnelle s'orientait vers la médecine générale dite classique, la pédiatrie, la réalisation de gestes techniques (sutures, infiltrations...)

✓ **L'interne de médecine générale**

Il s'agissait d'une femme de 20 à 30 ans, en 3^{ème} semestre d'internat de médecine générale.

Il s'agissait de son 1^{er} stage ambulatoire de premier niveau.

Le stage était organisé sous forme de trinôme de maîtres de stage (D, F et G).

Le milieu urbain⁵⁴ « repose sur la notion d'unité urbaine : la continuité de l'habitat est considérée comme un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. »

Le milieu semi-rural⁵⁴ « est présenté comme la banlieue urbaine. »

Le milieu rural⁵⁴ « est une commune n'appartenant pas à une unité urbaine. »

2) Méthode de réalisation et de déroulement de l'étude

a. Méthode de réalisation

Afin d'harmoniser le recueil, l'interprétation des données, et de standardiser le questionnaire, le déroulement-type de la consultation en présence de l'interne a été précisé, et des critères d'inclusion et d'exclusion définis avant le début de l'étude.

- Le questionnaire devait être distribué directement à la fin de la consultation de façon neutre, par l'interne, et remis en main propre uniquement.
- Si le patient refusait la présence de l'interne lors de la consultation, le questionnaire était distribué uniquement par le médecin en fin de consultation.
- Si le patient s'interrogeait ou posait des questions sur le sujet de l'étude, la méthode de réalisation..., l'interne ou le maître de stage pouvaient lui répondre, et s'appuyaient alors sur la note explicative d'introduction de chaque questionnaire.
- Le questionnaire était distribué à toutes les personnes majeures, et aux accompagnants s'il s'agissait d'une consultation pour un mineur. L'accompagnant remplissait alors le questionnaire.
- Si la consultation concernait un enfant de moins de 16 ans, et afin de pouvoir comparer les tranches d'âges de l'échantillon avec les relevés RIAP, la consigne orale était donnée à l'accompagnant de le préciser dans le motif de consultation (par exemple en notant « pour mon fils, ma fille, mon enfant... »).

- Le questionnaire n'était pas distribué aux patients vus en visite à domicile ni aux mineurs venant seuls non accompagnés en consultation.
- Le patient recevait comme consigne orale de le remplir dès la consultation terminée, sans l'emmener hors du cabinet, et de le laisser dans une boîte fermée prévue à cet effet au secrétariat ou dans la salle d'attente.
- Selon l'organisation et les disponibilités matérielles des cabinets médicaux, le questionnaire était rempli dans la salle d'attente ou dans un lieu calme dédié (local annexe).
- Il était aussi précisé de ne pas remplir le questionnaire devant le médecin ou l'interne, afin d'éviter de biaiser les réponses.
- La consultation ne devait pas être réalisée en autonomie complète. La présence du maître de stage était impérative pendant la consultation, mais une autonomie supervisée devait être laissée à l'étudiant.
- L'interne en stage ambulatoire de premier niveau devait ainsi participer à tous les stades de la consultation, aux côtés du maître de stage :
 - ✓ accueil du patient
 - ✓ recueil par l'interne du ou des motifs de consultation, réalisation de l'anamnèse et de l'interrogatoire
 - ✓ examen clinique réalisé par l'interne sous contrôle du maître de stage
 - ✓ proposition de prescriptions ou d'examen complémentaires, sous validation du maître de stage
 - ✓ explications au patient et fin de la consultation

Aucun tiers ou financement extérieur n'est intervenu lors de la réalisation de cette étude.

b. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée du 09 Avril 2012 au 20 Avril 2012 inclus.

Afin de connaître le nombre de patients à inclure, nous avons calculé le nombre moyen de patients reçus par le maître de stage en présence de l'interne par semaine, soit quatre jours de présence en moyenne avec vingt patients reçus par jour.

Ce questionnaire a donc été remis aux quatre-vingt premiers patients venant consulter chaque maître de stage, à partir de la date de début de l'étude fixée au 09 Avril 2012.

Au total, 560 questionnaires ont été distribués dans l'ensemble des sept centres.

La première phase de cette étude a été une phase de test, sur une journée, pendant laquelle le questionnaire a été distribué à vingt personnes choisies de manière aléatoire par tirage au sort dans les centres A et B, afin de recueillir leurs impressions sur la qualité et la compréhensibilité du questionnaire.

Ces vingt questionnaires recueillis n'ont pas été inclus dans les résultats de notre travail présentés au chapitre suivant.

Au total, dans les sept centres, 381 questionnaires ont été récupérés sur 560 distribués.

Parmi ces derniers, 4 questionnaires n'ont pas été inclus dans l'étude et sont donc considérés comme inexploitable car retournés non remplis, ou partiellement remplis (2 dans le Centre A, 2 dans le Centre B).

Ainsi, les résultats présentés au chapitre suivant sont calculés à partir d'un échantillon total de 377 questionnaires exploités.

Le taux de réponse global est ainsi de 67,32%.

179 questionnaires sont considérés comme perdus de vue, soit 31,96%.

Tableau I : Taux de réponse de l'échantillon total et de chaque centre

	Echantillon total	Centre A	Centre B	Centre C	Centre D	Centre E	Centre F	Centre G
Questionnaires récupérés exploitables	377(/560)	73(/80)	78(/80)	75(/80)	16(/80)	75(/80)	38(/80)	22(/80)
Taux de réponse	67,32%	91,25%	97,50%	93,75%	20,00%	93,75%	47,50%	27,50%

3) Les formulaires

Nous les avons créés sous format Microsoft Word 2007 ©, et distribués aux patients par support papier.

Les formulaires comportaient treize questions.

Ces dernières étaient majoritairement fermées (onze au total), avec des réponses proposées sous forme de cases à cocher.

Les questions fermées 6, 9 et 10 bénéficiaient d'une demande de complément de réponse, avec un champ prévu à cet effet.

La question numéro 3 et la dernière question étant ouvertes, il y avait un champ permettant de répondre librement.

Les formulaires étaient composés de quatre parties (Annexe 1).

a. Introduction avec note explicative

Le questionnaire avait comme introduction une note explicative permettant de préciser à la population étudiée qu'il s'agissait d'un travail de thèse, son but, et que le questionnaire était entièrement anonyme.

b. Données sociodémographiques

Les formulaires étaient composés d'une première partie de deux questions permettant d'avoir une brève fiche sociodémographique du patient via leur sexe et leur tranche d'âge.

L'anonymat de chaque patient était conservé.

Nous avons classé les tranches d'âge des patients en 4 catégories correspondant aux classes d'âges des relevés RIAP fournis par chaque praticien (Annexe 2) : moins de 16 ans, entre 16 et 59 ans, entre 60 et 69 ans et plus de 70 ans.

c. Motif de consultation, niveau d'information du patient et choix

La deuxième partie du questionnaire permettait de faire préciser le motif principal de consultation et connaître le niveau d'information du patient sur la présence d'un tiers pendant la consultation.

Ainsi, la troisième question était à réponse libre, afin de connaître le motif principal de consultation ayant amené le patient à se rendre au cabinet.

Nous avons ensuite demandé au patient s'il s'agissait de la première fois qu'il consultait son médecin traitant en présence d'un médecin stagiaire, et s'il était informé de sa présence.

Dans l'affirmative, le moyen d'information était demandé: via le médecin traitant précédemment, via l'affiche exposée, via le secrétariat, via le bouche-à-oreille, ou par un autre moyen.

La septième question interrogeait le patient afin de savoir si le choix lui avait été laissé d'accepter ou non la présence du médecin stagiaire pendant la consultation.

d. Réactions du patient et conséquences

La quatrième et dernière partie recherchait les éventuelles conséquences de la présence d'un tiers pendant la consultation, à la fois sur la réaction du patient, mais aussi sur la confiance ressentie envers le stagiaire, et envers le médecin traitant.

Ainsi, la huitième question permettait d'étudier la réaction et les sentiments premiers ressentis par le patient lors de la présentation du médecin stagiaire.

Nous avons souhaité soumettre aux patients les différents sentiments et réactions déjà proposés par N.CIABRINI dans son travail ²⁷, car nous avons jugé qu'ils correspondaient parfaitement aux premières réactions possibles d'un patient consultant en présence d'un tiers.

Nous avons ainsi proposé cinq types de réactions différentes : *Intérêt et curiosité, surprise et inquiétude, gêne, pudeur et malaise, indifférence, et refus catégorique* de sa présence.

Si le patient ressentait des sentiments que nous considérons comme négatifs (*gêne, pudeur et malaise, surprise et inquiétude, refus catégorique*), nous demandions alors si cela était lié au sexe de l'interne, et quelles étaient éventuellement les autres explications possibles (question 9).

Nous avons également cherché à savoir (question 10) si la présence d'un tiers était l'occasion d'éventuels non-dits, et dans l'affirmative nous demandions au patient de nous préciser lesquels.

Nous avons ensuite demandé s'ils avaient eu confiance dans la prise en charge du médecin stagiaire (question 11), et si la confiance envers leur médecin traitant était modifiée (question 12).

La treizième et dernière question était une question à réponse libre afin de recueillir le ressenti final des patients en leur permettant de s'exprimer librement, sans être guidés par différentes propositions de réponses.

4) Exploitation des données

Le recueil des réponses a été fait sous forme de tableau.

Nous avons ainsi créé un tableau sous Microsoft Excel 2007 © afin de saisir les réponses de chaque formulaire récupéré.

Dans la première colonne, nous avons entré verticalement le numéro de chaque formulaire.

Puis, horizontalement, nous avons créé treize autres colonnes.

Dans la deuxième nous avons saisi le centre correspondant, puis dans les douze autres les réponses aux douze premières questions.

Les réponses de la question 3 ont été standardisées avec l'ICPC2 de la WONCA traduit en français (Annexe 3).

Le tableau ainsi créé permettait via des menus déroulant (en tête de chaque colonne) de sélectionner au choix les réponses aux différentes questions.

Cela nous a permis de recouper les réponses entre elles, ce qui sera étudié dans le chapitre Discussion.

L'analyse des réponses de la question 13 étant impossible sous forme de tableau, nous avons listé sous Microsoft Word 2007 © tous les commentaires écrits recueillis, et à chacun avons attribué le numéro du questionnaire correspondant.

Nous n'avons pu rechercher l'effet centre et ainsi comparer statistiquement les centres entre eux en raison d'effectifs trop petits dans trois centres : centres D, F et G.

Nous avons toutefois présenté les statistiques sur échantillon total et par centre, comme présenté ci-après.

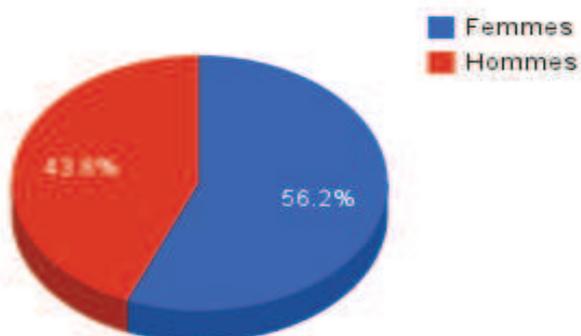
VII. RESULTATS

1) Sexe de la population étudiée (Question 1)

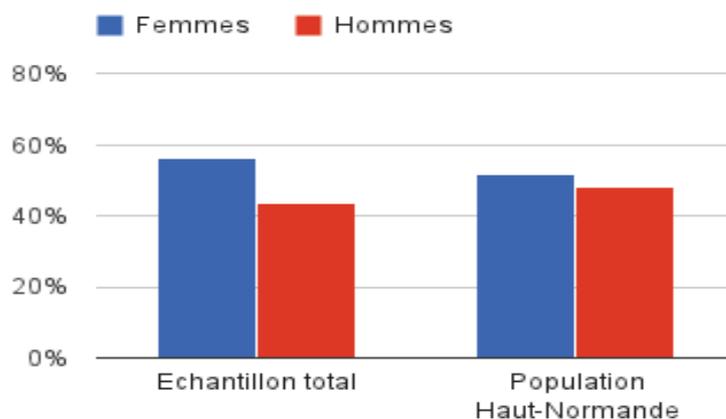
a. Statistiques sur échantillon total

Notre échantillon total comporte 212 femmes (56,23%) et 165 hommes (43,77%), alors que la population Haut-Normande comprend 950 864 femmes (51,75%) et 886 524 hommes (48,25%) au 1^{er} Janvier 2010. ⁵⁴

Répartition des sexes de l'échantillon total



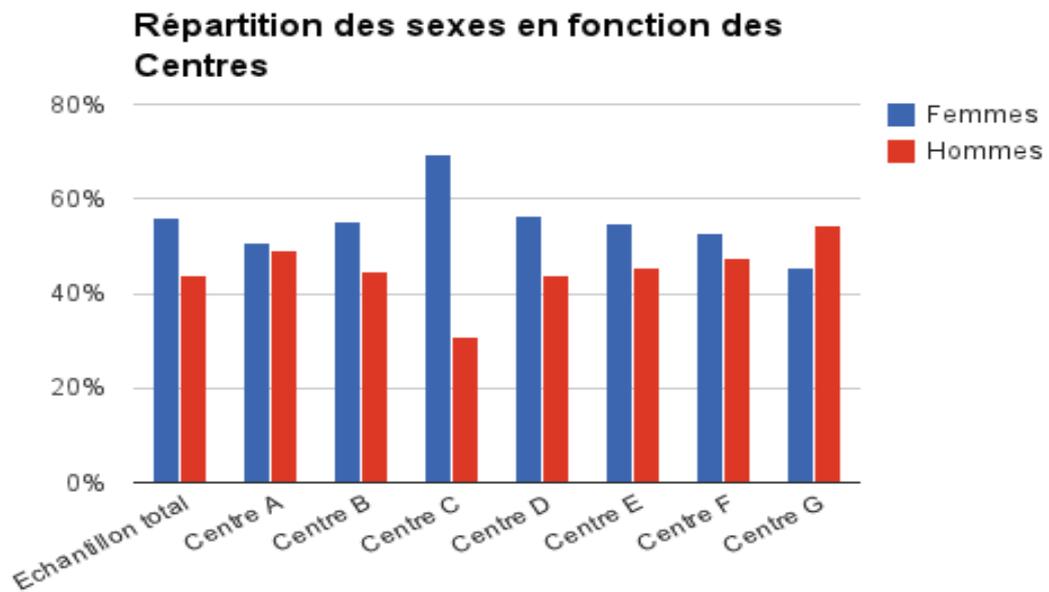
Répartition des sexes de notre échantillon total et de la population Haut-Normande



b. Statistiques par centre

Tableau II : Répartition des sexes, dans l'échantillon total et dans chaque centre

	Echantillon total	Centre A	Centre B	Centre C	Centre D	Centre E	Centre F	Centre G
Femmes	212 (56,23%)	37 (50,68%)	43 (55,13%)	52 (69,33%)	9 (56,25%)	41 (54,67%)	20 (52,63%)	10 (45,45%)
Hommes	165 (43,77%)	36 (49,32%)	35 (44,87%)	23 (30,67%)	7 (43,75%)	34 (45,33%)	18 (47,37%)	12 (54,55%)

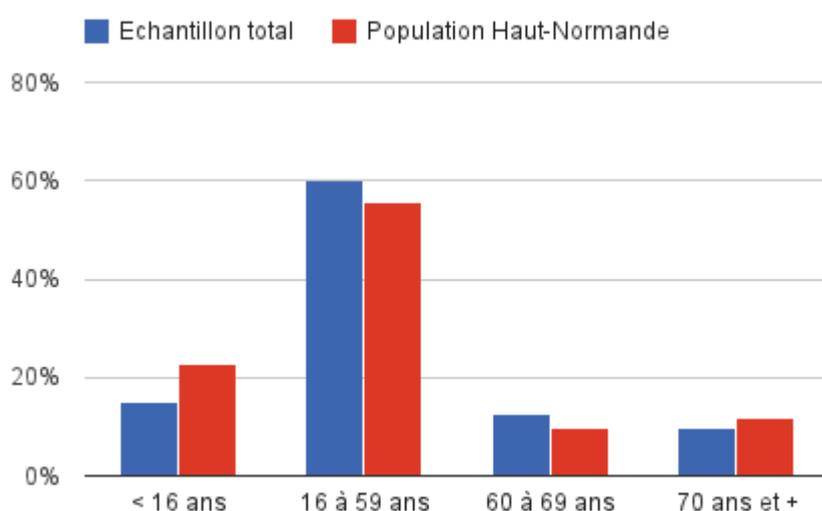


2) Age de la population étudiée (Question 2)

a. Statistiques sur échantillon total

Notre échantillon contient 15,12% de personnes de moins de 16 ans contre 22,85% en Haute-Normandie, 60,21% de personnes entre 16 et 59 ans contre 55,61% en Haute-Normandie, 12,47% entre 60 et 69 ans contre 9,70% et 12,20% de plus de 70 ans contre 11,82%.

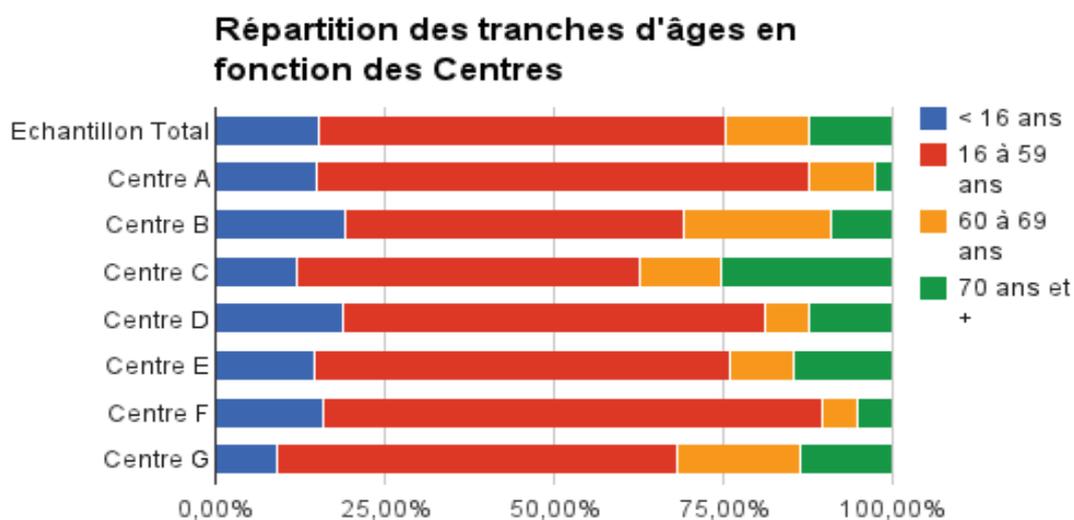
Répartition des tranches d'âges de notre échantillon total et de la population Haut-Normande



b. Statistiques par centre

Tableau III : Répartition des tranches d'âges, dans l'échantillon total et dans chaque centre

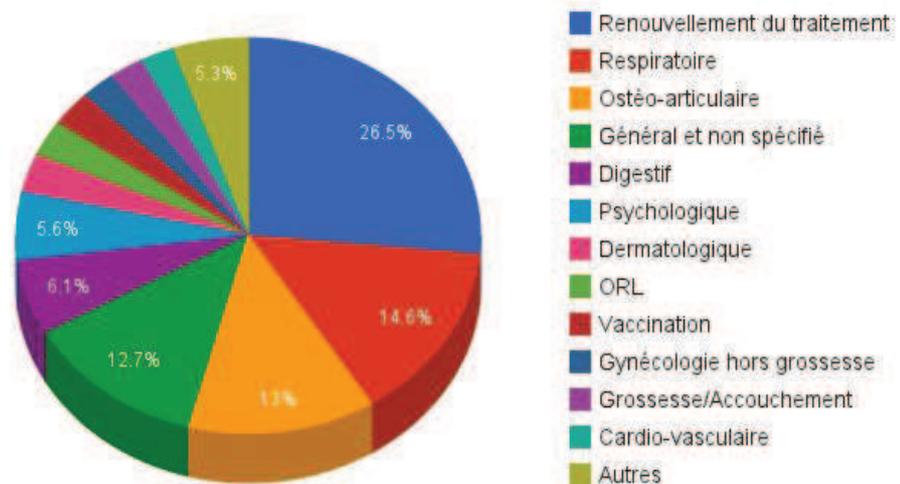
	< 16 ans	16 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans et +
Echantillon Total	15,12%	60,21%	12,47%	12,20%
Centre A	15,07%	72,60%	9,59%	2,74%
Centre B	19,23%	50,00%	21,80%	8,97%
Centre C	12,00%	50,67%	12,00%	25,33%
Centre D	18,75%	62,50%	6,25%	12,50%
Centre E	14,67%	61,33%	9,33%	14,67%
Centre F	15,79%	73,68%	5,26%	5,26%
Centre G	9,09%	59,09%	18,18%	13,64%



3) Motifs principaux de consultation (Question 3)

Les statistiques présentées ci-après représentent les répartitions des motifs principaux de consultation de notre échantillon total, organisés selon la classification ICPC2 de la WONCA.

Motifs principaux de consultation



Motifs de consultation en fonction du sexe

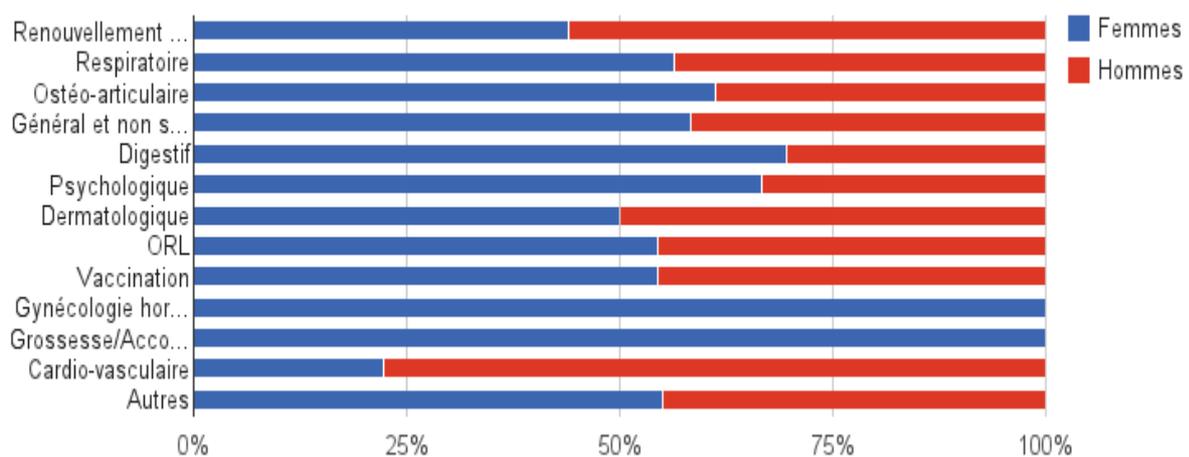


Tableau IV : Répartition des motifs de consultation dans l'échantillon total en fonction des sexes – Détail des motifs de consultation

Motif Principal	Echantillon Total	Femmes	Hommes	Précisions/Répartitions des motifs de consultation selon l'ICPC2
Renouvellement du traitement habituel (-50)	26,52% (100)	44,00% (44)	56,00% (56)	
Pathologie respiratoire (R)	14,59% (55)	56,36% (31)	43,64% (24)	11R05, 1R06, 8R07, 1R08, 5R21, 1R29, 2R76, 1R77, 5R78, 14R80, 1R81, 1R82, 1R96, 3R97
Pathologie ostéo-articulaire (L)	13% (49)	61,22% (30)	38,78% (19)	1L01, 15L02, 2L03, 2L08, 1L09, 1L10, 2L12, 5L15, 1L17, 4L18, 1L74, 2L76, 1L77, 1L78, 2L83, 1L84, 2L86, 2L87, 2L91, 1L92
Pathologie générale et non spécifiée (A)	12,73% (48)	58,33% (28)	41,67% (20)	42A99, 1A01, 1A03, 2A04, 1A05, 1A79
Pathologie digestive (D)	6,10% (23)	69,56% (16)	30,44% (7)	8D01, 4D02, 2D03, 1D10, 1D19, 4D70, 1D73, 1D77, 1D99
Pathologie psychologique (P)	5,57% (21)	66,67% (14)	33,33% (7)	3P01, 1P03, 1P74, 13P76, 3P78
Pathologie dermatologique (S)	3,18% (12)	50,00% (6)	50,00% (6)	3S06, 1S07, 1S18, 1S82, 1S87, 1S91, 2S96, 2S98
Pathologie ORL (H)	2,92% (11)	54,54% (6)	45,46% (5)	3H01, 2H02, 1H03, 3H29, 1H71, 1H86
Vaccination (-44)	2,92% (11)	54,54% (6)	45,46% (5)	
Pathologie gynécologique hors grossesse (X)	2,39% (9)	100% (9)	0	1X11, 1X14, 1X23, 1X29, 2X76, 2X86, 1X99
Pathologie en rapport avec grossesse et accouchement (W)	2,39% (9)	100% (9)	0	2W02, 4W11, 3W78
Pathologie cardio-vasculaire (K)	2,39% (9)	22,22% (2)	77,78% (7)	1K05, 5K86, 1K88, 1K95, 1K99
Pathologie neurologique (N)	2,39% (9)	66,67% (6)	33,33% (3)	5N01, 1N05, 1N06, 1N93, 1N99
Pathologie urologique (U)	1,06% (4)	75,00% (3)	25,00% (1)	4U71
Pathologie métabolique, nutritionnelle ou endocrinienne (T)	0,80% (3)	0	100% (3)	1T86, 2T89
Pathologie ophtalmologique (F)	0,53% (2)	100% (2)	0	2F70
Contact administratif (-62)	0,26% (1)	0	100% (1)	
Suivi de dossier, sans précision (-63)	0,26% (1)	0	100% (1)	

4) Antériorités de consultation avec le médecin stagiaire (Question 4)

a. Statistiques sur échantillon total

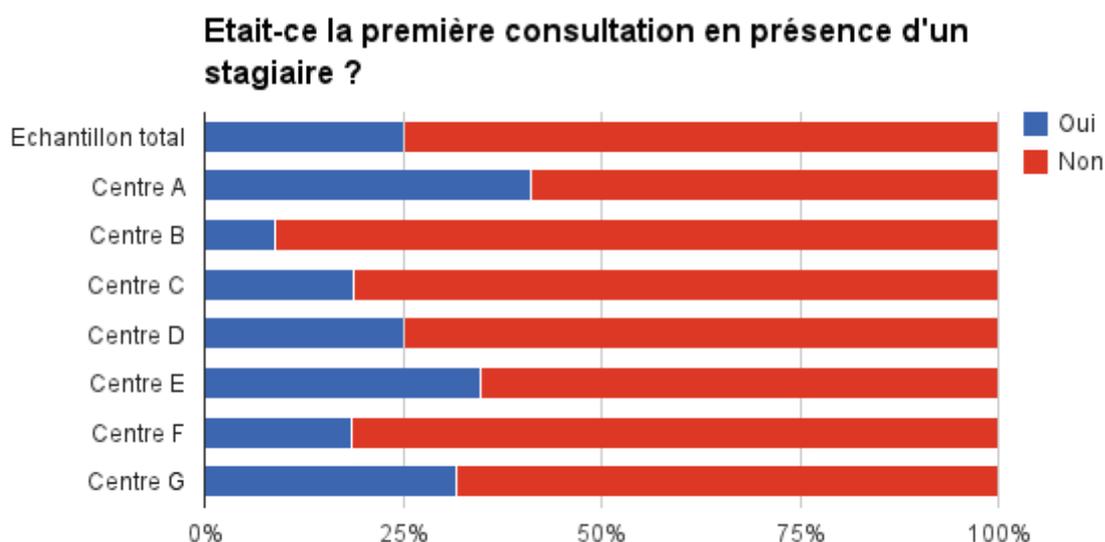
25,20% des personnes de l'échantillon (95) ont déclaré qu'il s'agissait de la première fois qu'elles se trouvaient en présence d'un médecin stagiaire en formation.

74,80% (283) ont déclaré qu'elles avaient déjà été en présence d'un médecin stagiaire lors d'une précédente consultation.

b. Statistiques par centre

Dans le Centre A, pour 41,10% des patients (30) il s'agissait de la première consultation en présence d'un tiers.

Ils étaient 8,97% (7) dans le Centre B, 18,67% (14) dans le Centre C, 25% (4) dans le Centre D, 34,67% (26) dans le Centre E, 18,42% (7) dans le Centre F et 31,82% (7) dans le Centre G.



5) Information du patient sur la présence de l'interne et moyens d'information (Questions 5 et 6)

a. Statistiques sur échantillon total

77,98% des personnes de notre échantillon (294) ont déclaré avoir été informées de la présence d'un médecin en formation, avant la consultation.

Pour 22,02% (83), elles n'ont appris sa présence qu'au début.

Parmi les personnes informées avant le début de la consultation,

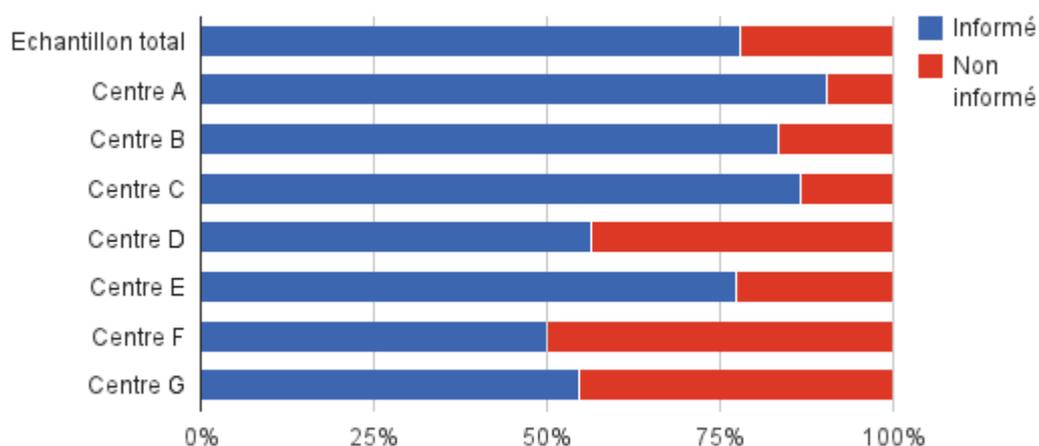
- 39,12% (115) l'ont été via l'affiche présentée dans la salle d'attente.
- 33,67% (99) l'ont été via le médecin traitant lors d'une précédente consultation.
- 21,43% (63) l'ont été via le secrétariat du cabinet, au moment de la prise de rendez-vous.
- 4,08% (12) ont été informées par un autre moyen : toutes ont déclaré qu'elles l'avaient été par le (la) stagiaire lorsqu'il (elle) s'est présenté (e) avant le début de la consultation.
- 1,70% (5) ont déclaré avoir été informées par le bouche à oreille.

b. Statistiques par centre

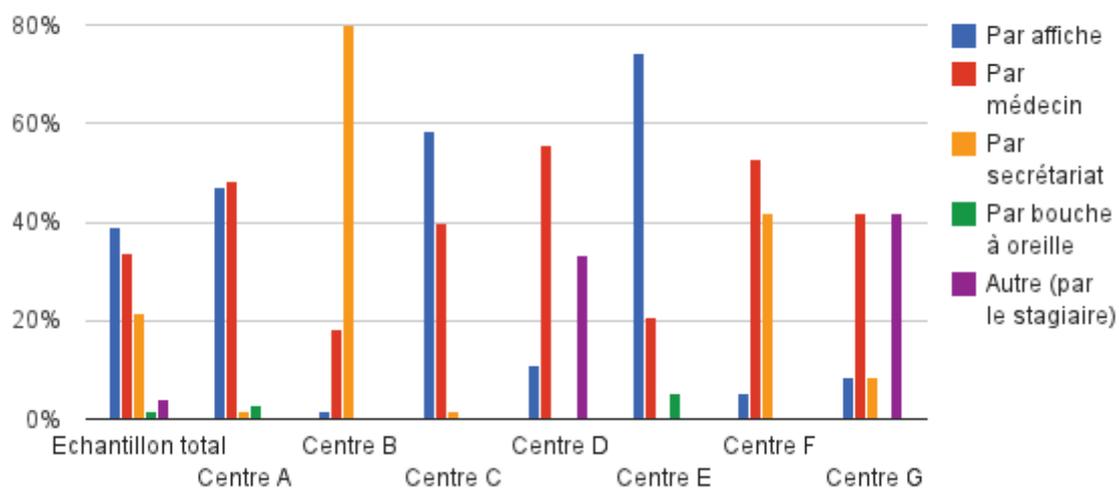
Tableau V : Répartition des patients informés et non informés (avec les moyens d'information), dans l'échantillon total et dans chaque centre

	Informé	Non Informé	Par affiche	Par le médecin	Par le secrétariat	Par le bouche à oreille	Autre (par le stagiaire)
Echantillon total	77,98% (294)	22,02% (83)	39,12% (115)	33,67% (99)	21,43% (63)	1,70% (5)	4,08% (12)
Centre A	90,41% (66)	9,59% (7)	46,97% (31)	48,48% (32)	1,51% (1)	3,04% (2)	0
Centre B	83,33% (65)	16,67% (13)	1,54% (1)	18,46% (12)	80,00% (52)	0	0
Centre C	86,67% (65)	13,33% (10)	58,46% (38)	40,00% (26)	1,54% (1)	0	0
Centre D	56,25% (9)	43,75% (7)	11,11% (1)	55,56% (5)	0	0	33,33% (9)
Centre E	77,33% (58)	22,67% (17)	74,14% (43)	20,69% (12)	0	5,17% (3)	0
Centre F	50,00% (19)	50,00% (19)	5,36% (1)	52,63% (10)	42,01% (8)	0	0
Centre G	54,55% (12)	45,45% (10)	8,33% (1)	41,67% (5)	8,33% (1)	0	41,67% (5)

Répartition des patients informés et non informés, dans l'échantillon total et dans chaque centre



Proportions des différents moyens d'information, dans l'échantillon total et dans chaque centre



6) Choix de la présence d'un tiers pendant la consultation (Question 7)

a. Statistiques sur échantillon total

73,74% des personnes sondées (278) ont déclaré avoir eu le choix de la présence ou non du stagiaire pendant la consultation, et avoir donné leur accord.

4,24% (16) ont déclaré avoir eu le choix, mais avoir refusé la présence d'un tiers pendant la consultation.

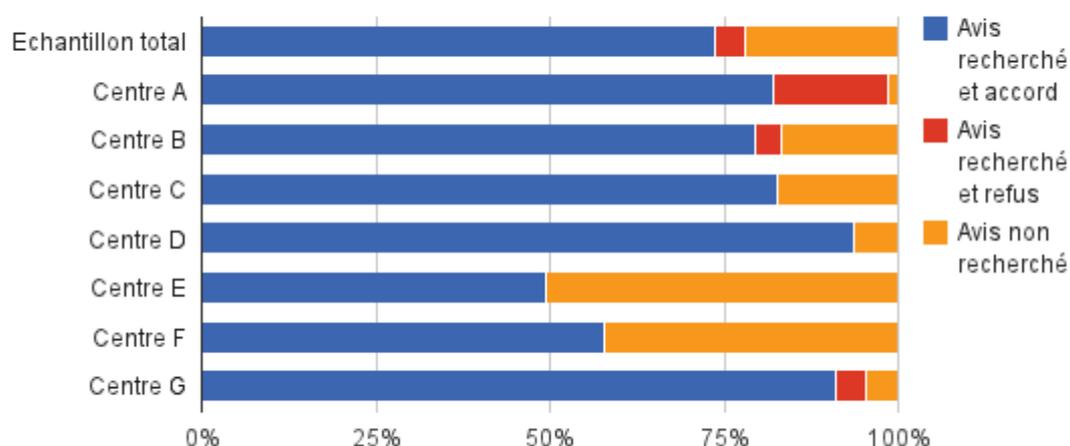
22,02% (83) ont déclaré ne pas avoir eu le choix de la présence de l'interne.

b. Statistiques par centre

Tableau VI : Répartition des choix de la présence d'un tiers, dans l'échantillon total et dans chaque centre

	Avis recherché et accord	Avis recherché et refus	Avis non recherché
Echantillon total	73,74% (278)	4,24% (16)	22,02% (83)
Centre A	82,19% (60)	16,44% (12)	1,37% (1)
Centre B	79,49% (62)	3,85% (3)	16,66% (13)
Centre C	82,67% (62)	0	17,33% (13)
Centre D	93,75% (15)	0	6,25% (1)
Centre E	49,33% (37)	0	50,67% (38)
Centre F	57,89% (22)	0	42,11% (16)
Centre G	90,90% (20)	4,55% (1)	4,55% (1)

Répartition des choix de la présence d'un tiers, dans l'échantillon total et dans chaque centre



7) Première réaction lors de la présentation du médecin stagiaire (Question 8)

46,42% (175) se sont déclarés indifférents face à la présence d'un tiers pendant la consultation.

42,97% (162) ont ressenti de l'intérêt et de la curiosité.

5,04% (19) ont été gênés, avec pudeur et malaise.

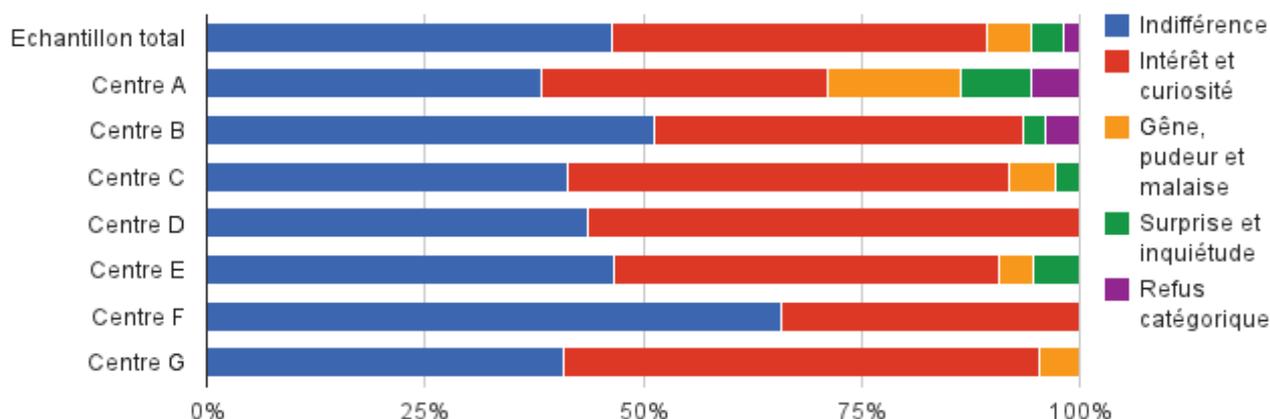
3,71% (14) ont été surpris et inquiets.

1,86% (7) ont refusé d'emblée catégoriquement la présence de l'interne, et au total ce sont 16 personnes (4,24%) qui ont refusé sa présence.

Tableau VII : Répartition des réactions initiales lors de la présentation du stagiaire, dans l'échantillon total et dans chaque centre

	Indifférence	Intérêt et curiosité	Gêne, pudeur et malaise	Surprise et inquiétude	Refus catégorique
Echantillon total	46,42% (175)	42,97% (162)	5,04% (19)	3,71% (14)	1,86% (7)
Centre A	38,35% (28)	32,88% (24)	15,07% (11)	8,22% (6)	5,48% (4)
Centre B	51,28% (40)	42,31% (33)	0	2,56% (2)	3,85% (3)
Centre C	41,33% (31)	50,67% (38)	5,33% (4)	2,67% (2)	0
Centre D	43,75% (7)	56,25% (9)	0	0	0
Centre E	46,67% (35)	44% (33)	4% (3)	5,33% (4)	0
Centre F	65,79% (25)	34,21% (13)	0	0	0
Centre G	40,90% (9)	54,55% (12)	4,55% (1)	0	0

Répartition des réactions initiales lors de la présentation du stagiaire, dans l'échantillon total et dans chaque centre



8) Importance du sexe du médecin stagiaire chez les personnes gênées ou inquiètes ou ayant refusé catégoriquement sa présence (Question 9)

a. Statistiques sur échantillon total

57,5% des personnes (23) ont déclaré que le sexe du médecin stagiaire n'était pas une raison à la gêne ressentie, et qu'il leur était indifférent.

25% (10) ont déclaré qu'il s'agissait d'une totale explication.

17,5% (7) ont déclaré que cela expliquait en partie le sentiment négatif ressenti.

Parmi ces dernières,

- 2 personnes (femmes) ont déclaré que cela était, en plus du sexe du stagiaire, lié à leur profession car le stagiaire était un personnel de santé ayant été déjà rencontré dans leur vie professionnelle (une personne se déclarant infirmière, une autre secrétaire médicale) :

« Parfois connaissance du stagiaire par le biais de mon travail, étant secrétaire médicale au CHU ».

« Je l'ai déjà rencontré en service à l'hôpital (où je suis IDE), d'où la gêne que je ressens aujourd'hui. En plus c'est un homme, donc je ne préfère pas. »

- 2 personnes (femmes) ont déclaré un motif complémentaire en rapport avec la gynécologie :

« Frottis gynécologique donc refus de la présence d'un tiers, quel que soit le sexe du stagiaire ».

« L'abord de ma vie sexuelle ».

- 2 personnes (femmes) ont déclaré un motif complémentaire en rapport avec la psychiatrie :

« Pas tellement envie de raconter ma vie à un(e) inconnu, peur du jugement sûrement ».

« Par pudeur, de mes idées noires et mon mal-être ».

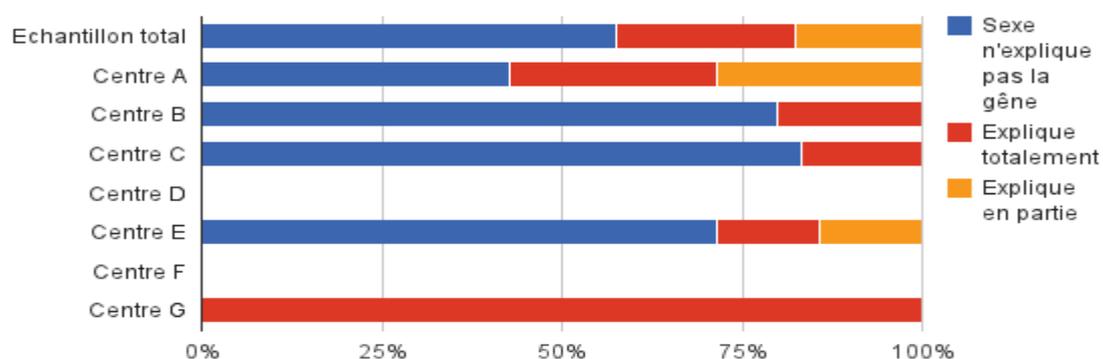
- 1 personne (homme) n'a pas donné les autres raisons pouvant expliquer sa gêne et son malaise.

b. Statistiques par centre

Tableau VIII : Lien entre sexe de l'interne et sentiment premier négatif ressenti, dans l'échantillon total et dans chaque centre

	Sexe n'explique pas la gêne	Explique totalement	Explique en partie
Echantillon total	57,5% (23)	25% (10)	17,5% (7)
Centre A	42,86% (9)	28,57% (6)	28,57% (6)
Centre B	80% (4)	20% (1)	0
Centre C	83,33% (5)	16,67% (1)	0
Centre D	0	0	0
Centre E	71,42% (5)	14,29% (1)	14,29% (1)
Centre F	0	0	0
Centre G	0	100% (1)	0

Lien entre sexe de l'interne et sentiment premier négatif ressenti, dans l'échantillon total et dans chaque centre



9) Présence du stagiaire et frein au dialogue médical (Question 10)

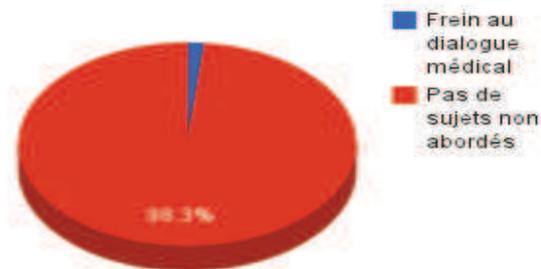
6 personnes (1,66%) ont déclaré que la présence d'un tiers pendant la consultation avait présenté à leurs yeux un frein au dialogue avec leur médecin traitant.

- Parmi elles, seule une personne a explicité ce point de vue en précisant qu'elle n'avait pu exprimer « *Mes inquiétudes sur mon état de santé.* »

Parmi ces 6 personnes, 3 se trouvaient dans le centre A, 1 dans le centre C, 1 dans le centre E et 1 dans le centre F.

Pour les 355 autres (98,34%), cela ne leur a pas empêché de s'exprimer librement.

Présence d'un tiers et frein au dialogue avec le médecin traitant



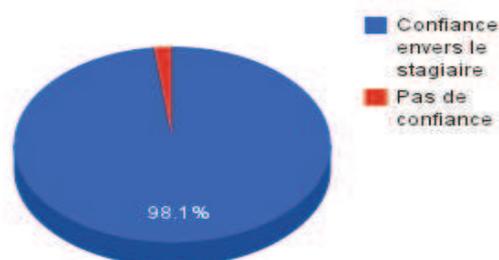
10) Confiance envers le stagiaire (Question 11)

98,06% (354) ont eu confiance dans la prise en charge du stagiaire.

1,94% (7) ont déclaré ne pas avoir été en confiance.

Parmi ces derniers, 2 se trouvaient dans le centre A, 3 dans le centre C et 2 dans le centre E.

Confiance ressentie envers le stagiaire



11) Confiance envers le médecin traitant (Question 12)

58,09% (219) des patients déclarent avoir plus confiance en leur médecin traitant depuis qu'il est enseignant maître de stage.

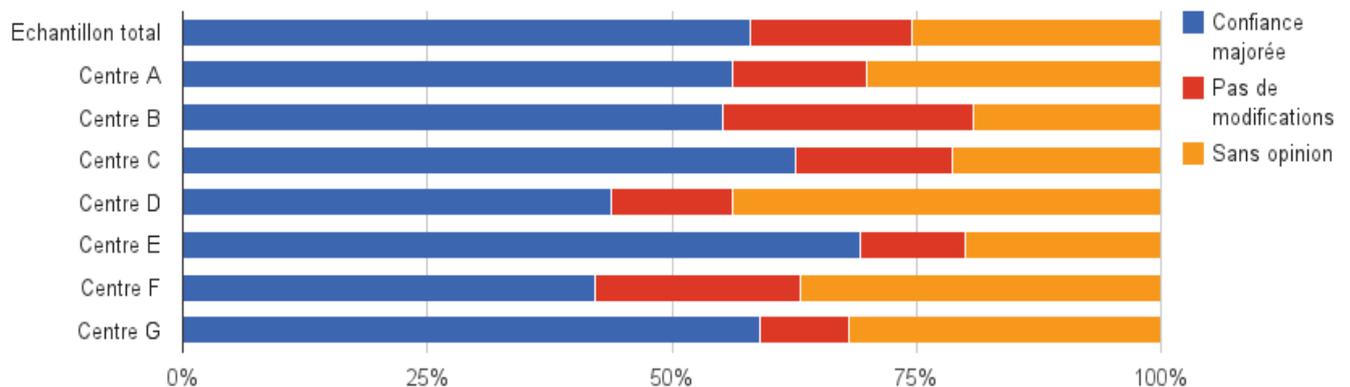
Pour 16,45% (62), cela ne modifie par leur confiance envers lui.

25,46% (96) se déclarent sans opinion.

Tableau IX : Modification de la confiance envers le médecin traitant, dans l'échantillon total et dans chaque centre

	Confiance majorée	Pas de modifications	Sans opinion
Echantillon total	58,09% (219)	16,45% (62)	25,46% (96)
Centre A	56,16% (41)	13,70% (10)	30,14% (22)
Centre B	55,13% (43)	25,64% (20)	19,23% (15)
Centre C	62,67% (47)	16% (12)	21,33% (16)
Centre D	43,75% (7)	12,5% (2)	43,75% (7)
Centre E	69,33% (52)	10,67% (8)	20% (15)
Centre F	42,11% (16)	21,05% (8)	36,84% (14)
Centre G	59,09% (13)	9,09% (2)	31,82% (7)

Modification de la confiance envers le médecin traitant, dans l'échantillon total et dans chaque centre



12) Commentaires complémentaires exprimés par les patients (Question 13)

Nous avons regroupé dans ce chapitre tous les commentaires, in extenso, rapportés par les patients, correspondant aux réponses à cette dernière question libre.

Ces citations sont ainsi laissées dans leur intégralité, sans modification de contenu ou de syntaxe grammaticale.

Nous les avons classées en fonction des sentiments initiaux ressentis, puis par thème en fonction de l'argument principal qu'elles contenaient.

a. Commentaires des patients ayant ressenti un sentiment initial considéré comme « positif » ou « neutre » : intérêt et curiosité, indifférence

✓ Présence d'un stagiaire en consultation considérée par les patients comme un avantage pour la formation de l'interne, notamment pratique sur le terrain

- *« C'est mieux pour le stagiaire car plus il y'a de contacts avec les patients, plus on acquière d'expérience surtout s'il est accompagné ou suivi par un seul médecin enseignant référent »*
- *« Il me semble que la formation sur le terrain et en présence du maître de stage ne peut qu'être favorable à la qualité de cette formation »*
- *« Aucun problème ne se pose en présence d'un stagiaire, pas de différence de relationnel »*
- *« Aucune gêne et une totale compréhension de sa présence dans le cadre de leurs études ».*
- *« Importance de la prise en charge du patient, transmissions sur la qualité de l'écoute par le médecin traitant, et montrer comment prendre le temps avec le patient et adapter la durée de la consultation »*
- *« Je trouve que c'est une bonne chose de mettre les stagiaires en médecine en situation »*
- *« Je trouve que c'est très bien pour faire des bons médecins comme vous tous ici. »*
- *« La présence sur le terrain est toujours la meilleure manière de percevoir les choses et de se rendre compte de beaucoup de choses. C'est une très bonne expérience. »*
- *« On manque de médecins, il faut continuer à les former comme ça. »*
- *« Il faut des médecins stagiaires »*
- *« C'est rassurant de constater que les futurs médecins sont également formés « sur le terrain » ».*
- *« Ca renforce la confiance que j'ai envers mon médecin traitant. »*
- *« Aucuns problèmes, le stagiaire est au contact des PUPH donc des dernières connaissances. »*

- « Leur présence est tout à fait normale dans un cabinet médical »
- « Le stagiaire m'a rassuré dans son bon parler, il prends les initiatives sur mon cas en accord avec le docteur »
- « Il faut des médecins, et c'est sur le tard que l'on forme ! »
- « Compréhension, nécessité pour être formé. »
- « Bon feeling, c'est tout. J'aurai pu être gênée, mais non. J'ai eu confiance car il était assisté du médecin traitant. »
- « Tout à fait normal, il faut qu'il débute, cela n'a pas été gênant. »
- « Très bonne chose pour le métier futur du médecin stagiaire. »
- « Je pense que cela est une très bonne expérience pour le stagiaire dans sa vie future de médecin. »
- « Le sentiment que je ressens c'est que c'est un médecin stagiaire qui est ici pour apprendre, aucun jugement à faire sur sa présence. »
- « Bien que je n'ai pas accepté sa présence pendant ma consultation, j'approuve et je comprends, c'est un excellent moyen d'apprentissage. »
- « Je pense que c'est bien pour le stagiaire de se former sur le terrain, accompagné d'un formateur. »
- « Sentiments positifs et rassurants par rapport à la formation des futurs médecins. La stagiaire qui m'a reçu fut agréable et à l'écoute. J'ai apprécié sa prise en charge envers moi. »
- « Sympathie, curiosité. »
- « Très intéressant, confiance. »
- « Ça ne me pose aucun soucis, des personnes compétentes et agréables. »
- « Dans toutes les activités, il est tout à fait normal d'approfondir les connaissances. »
- « Personnellement je suis favorable à la présence d'un stagiaire. Il faut bien transmettre les connaissances à nos jeunes ! »
- « C'est bien. C'est du concret pour le stagiaire et ça permet au patient de participer à sa formation. »
- « C'est normal tout le monde doit commencer sa carrière, dans tout métier je suis pour les stages, nous avons été jeunes nous aussi. Bon courage et bonne chance à tous. »
- « Très bien. Nécessité de contact avec les patients évidente. »
- « Tout travail doit associer théorie et pratique lors de son apprentissage. »
- « Agréable. Cela permet que le stagiaire soit en contact des patients et lui permette d'apprendre sur le lieu de travail (cabinet médical). »
- « Je trouve cela très bien, il s'agit de nos futurs médecins. Cela leur permet d'être sur le terrain et d'acquérir une expérience. »
- « Cette démarche est nécessaire pour exercer plus tard. »
- « Expérience positive, librement consentie qui, si elle permet au médecin stagiaire d'aiguiser ses connaissances et compétences, me satisfait amplement. »

- « C'est très bien pour la formation. »
- « C'est très bien, cela leur apprend également le métier et les différentes situations qui y sont liées. Ils arriveront dans leur métier avec de l'expérience. »
- « Intérêt pour la formation des futurs médecins. »
- « Pas de gêne, la formation est nécessaire et indispensable. »
- « C'est bien que mon médecin transmette son expérience et son savoir et c'est aussi très bien que le médecin stagiaire soit confronté aux patients dans le cadre de ses études. »
- « Dans leur cursus d'étude, c'est une expérience sur le terrain qui ne peut que leur apporter à mon avis. »
- « Je trouve que cela est de toute façon nécessaire pour l'évolution de la formation du médecin stagiaire. »
- « Aucun sentiment en particulier, tout le monde doit apprendre avec l'aide des autres. »
- « Cela prouve qu'il y'a encore des médecins en formation à venir, c'est réconfortant. »
- « Etant habitué au médecin traitant seul, j'ai été un peu surpris au début, mais après j'ai été rassuré car il a fait son travail parfaitement bien. C'est bien qu'il soit ici, auprès de nous ses futurs patients.»
- « Le stage est un bon moyen de s'exercer sur le terrain, avec des patients réels, même si je suppose qu'au bout de 8 ou 9 années d'études le stagiaire connaît beaucoup de choses, et a déjà effectué quelques stages. »
- « Il est important de découvrir le relationnel pour la pratique plus tard en tant que médecin généraliste. De plus, les cas pratiques sont les meilleurs pour appliquer les années d'études. »
- « Tout à fait normal, la pratique sur le terrain est nécessaire dans tout corps de métier. »
- « Acquérir de l'expérience c'est le bon sens de l'activité de médecin généraliste. »
- « Il faut bien faire l'apprentissage de son métier, même médecin. »
- « Rassurant car ces stages permettent peut-être d'attirer les médecins stagiaires vers la médecine généraliste et l'échange entre médecins et médecins stagiaires est toujours intéressant. »
- « Je trouve intéressant que celui-ci puisse confirmer ses apprentissages de cette manière. »
- « Pour apprendre, il faut exercer. »
- « Evaluation des connaissances dans la médecine. »
- « Un jeune médecin doit avoir l'expérience du contact avec les patients. J'ai eu confiance car le médecin traitant observait en détail la consultation. C'est une initiative normale qui aurait dû être mise en place depuis toujours. »
- « Je trouve que c'est très pédagogique si c'est encadré par le médecin titulaire. »

- « L'apprentissage étant obligatoirement associé à la pratique, la présence des stagiaires est une excellente formation. »
- « Pas de sentiment particulier car c'est indispensable à la formation des futurs médecins. »
- « Il faut bien des stages pour pouvoir apprendre, que ce soit pour un médecin ou un autre métier. »
- « C'est très bien pour eux car ils doivent apprendre à travailler sur le terrain. »
- « Les stages sont nécessaires pour pouvoir bien faire ce métier. »
- « Très bien pour son expérience professionnelle. »
- « Le médecin stagiaire permet de voir différents patients avec différentes pathologies. »
- « Ces stages sont indispensables pour la formation des médecins. »
- « Faut bien apprendre le métier sur le tard ! »
- « Excellent pour sa formation. Suivant le motif de consultation, il faut que l'on ait le choix de la présence ou non du médecin stagiaire. Dans la majorité des consultations, aucune gêne ni pudeur. »
- « C'est très bien et c'est ainsi que les techniques pratiques, la relation aux patients s'acquièrent, un bon échange entre médecin traitant et médecin stagiaire est une richesse réciproque. Médecin stagiaire souriant, accueillant et professionnel. Bon courage pour la suite, et médecin de campagne c'est bien, nous en avons besoin... »
- « C'est nécessaire pour leur donner l'envie d'exercer et de pratiquer cette profession. »
- « Je n'ai pas d'à priori particulier. La formation des médecins est nécessaire pour lutter contre la désertification dans le milieu rural. »
- « Il faut leur permettre d'être en contact direct avec les malades pendant les consultations au cabinet. J'ai une totale confiance en leur diagnostic, d'autant qu'il est recruté par le médecin traitant. »
- « C'est très bien pour l'expérience du futur médecin. »
- « Le médecin stagiaire met ses connaissances en pratique et les approfondis en fonction des situations particulières de chaque patient. Il doit faire ses preuves pour être capable d'exercer seul. Je suis toujours d'accord (j'ai exercé dans le milieu médical), c'est tout à fait normal. »
- « Confiance car échange d'opinions avec le médecin maître de stage, intérêt. En résumé, très bonne première expérience de ma part, j'ai n'ai ressenti aucune gêne. »
- « C'est un atout pour la formation, le concret ne remplace pas la théorie. Dans certaines situations, cela peut présenter l'avantage d'un deuxième regard ou avis sur notre pathologie. »
- « L'avis du stagiaire complète le diagnostic du médecin traitant et lui permet d'augmenter ses connaissances. »

- « Ayant été formatrice dans l'Education Nationale, j'ai toujours été interpellée par la transmission des savoirs et je suis très heureuse d'avoir un médecin généraliste qui suive cette idée de transmission au sein de son cabinet. »
 - « Il faut bien qu'il apprenne pour que nous ayons confiance dans les jeunes médecins. »
 - « Nécessaire pour la formation en médecine de cabinet. »
 - « Je trouve très formateur la présence d'un médecin stagiaire. »
 - « Il est important à mon avis que la formation des jeunes médecins puisse se faire, et que les médecins stagiaires puissent choisir la médecine générale par la suite par le biais de cette formation. »
 - « Cela aide le stagiaire pour son futur travail. Je sais de quoi je parle, je suis passée par là. Un stage aide toujours, et sur le terrain nous apprenons mieux. Bon courage ! »
 - « La première rencontre entre le médecin stagiaire et le patient est peut-être un peu délicate mais pour les deux parties je pense. Lors des autres RDV, la confiance et la dialogue s'installent. Je pense de toute façon qu'il est nécessaire de former les stagiaires « sur le terrain. » »
 - « Je trouve cela normal car il faut bien mettre en pratique son apprentissage. »
 - « Ayant été moi-même stagiaire IDE, je comprends et encourage les lieux d'accueil des stagiaires et apprécie leurs encadrements. »
 - « En tant que futur médecin, cela lui permet de se familiariser avec des patients et d'avoir une approche réelle des conditions de travail pour lesquelles il exercera son futur métier. Tout ceci est plutôt rassurant pour nous patients. »
 - « Je pense que cela peut être une autre approche de la pathologie du patient. »
 - « Pour avoir de bons médecins, il faut tout d'abord avoir de bons stagiaires bien formés. »
 - « Pour moi ça ne me gêne nullement, car cela complète les études et la relation avec les patients. »
- ✓ **Présence d'un stagiaire en consultation permet aux patients d'avoir un second avis médical, et ils considèrent alors cela bénéfique pour le diagnostic porté**
- 15 commentaires « Deux avis valent mieux qu'un »
 - « Avantage d'avoir un diagnostic discuté et partagé par deux médecins ce qui est rassurant. »

- ✓ **Présence d'un stagiaire en consultation améliore la communication entre le patient, son médecin et l'interne, cela permettant au patient de mieux comprendre ce qui lui est dit**
 - *« Bien, plus d'échange et de communication entre malade, médecin et stagiaire. »*
 - *« Le médecin explique à son stagiaire en détails, ce qui nous permet de mieux comprendre ce que l'on a exactement. »*
 - *« Intérêt sur le partage des avis et du dialogue avec le patient. »*
 - *« Je trouve cela intéressant à la fois pour le stagiaire, le médecin maître de stage et le patient. Il me semble que cela est enrichissant pour tous. »*

- ✓ **Présence d'un stagiaire en consultation permet d'augmenter le temps de consultation**
 - *« La consultation dure plus longtemps !!! et ce n'est que mieux ! »*

- ✓ **Avis divers au sujet de l'expérience, non classés ailleurs**

28 commentaires avec mot unique descriptif, non explicités : *« Bien », « très bien », « positif », « satisfaisant », « rien à changer »*

19 commentaires sur le comportement du stagiaire pendant la consultation : *« agréable », « gentil », « attentionné », « à l'écoute », « compétent », « sympa », « sociable », « bon contact », « bon relationnel », « bonne présentation »*

8 commentaires sur la confiance ressentie envers le stagiaire, ses compétences et son professionnalisme :

- *« J'ai eu confiance grâce à la présence de mon docteur », « L'expérience est à renouveler, j'ai eu confiance car le stagiaire était sous contrôle. », « Confiance car médecin présent ».*

9 commentaires sur l'absence de gêne ressentie : *« Aucune gêne », « Pas de gêne ».*

13 commentaires sur l'expérience:

- *« Intéressante et nécessaire »*
- *« Patient revêt un rôle de relais entre le médecin et son stagiaire »*
- *« Présence du stagiaire normale au sein du cabinet »*
- *« Formation rassurante pour l'avenir, heureux de participer à l'apprentissage du métier »*
- *« Je ne peux que me réjouir de la présence de médecins stagiaires qui assureront la relève. »*
- *« Bienveillance, respect pour la transmission des savoirs entre maître de stage et interne, confiance envers mon MT »*

- « Je pense qu'il faut aider les jeunes dans cette difficile formation, et que la relation avec des patients ne peut que leur être bénéfique. »

3 commentaires au sujet de la désertification médicale :

- « C'est bien on manque de médecins dans les campagnes et petites villes. »
- « C'est bien car cela l'incitera peut être à s'installer en milieu rural à la fin de son stage »
- « On manque de médecins par chez nous »

2 commentaires concernant l'indifférence ressentie par les patients et l'absence d'impact par rapport à la consultation habituelle :

- « Indifférent dans la mesure où la personne paraît compétente. »
- « Pas de différence. »

b. Commentaires des patients ayant ressenti un sentiment initial considéré comme « négatif » : gêne, pudeur et malaise, surprise et inquiétude, refus catégorique de la présence

✓ Motifs psychologiques

- « D'habitude je ne refuse jamais la présence d'un stagiaire, mais cette consultation était plus d'ordre psychologique et privé, et du coup nécessitait un climat de confiance absolu. En tout cas, bonne continuation ! »
- « Le silence de ce médecin stagiaire me gêne, pour une bronchite ou une angine cela ne m'aurait pas dérangé, mais pour un mal (non visuel, non mesurable) comme la dépression, j'ai l'impression qu'il ne comprendrait pas en une consultation, qu'il faudrait se justifier, réexpliquer et faire perdre du temps à tous. »
- « Aucuns soucis pour les visites simples, mais difficile pour les discussions psychologiques et les examens gynécologiques »
- « Peut-être gênant selon les motifs de consultation, surtout le moral. »

✓ Motifs gynécologiques

- « Ca ne me dérange pas d'habitude sauf que c'était plus intime (gynécologique) donc j'ai refusé. »
- « Aucun a priori sauf lors de questions sur le plan privé : intimité sexuelle notamment dont je préfère dialoguer librement avec mon médecin habituel. Sans ce côté à aborder, un interne en médecine ne me dérange pas. »
- « Lorsqu'il s'agit de questions ou d'exams gynécologiques, je préfère être seule avec mon médecin. Toutefois, si le stagiaire avait été une femme, j'aurais accepté sa présence. »
- « Un peu gênée sur certains sujets gynécologiques en tant que femme. Bonne continuation. »

✓ **Présence d'un stagiaire modifie le rapport avec le médecin traitant, et la relation de confiance pré établie.**

- *« Je trouve que cela change le rapport que j'ai avec mon médecin »*
- *« La première fois, je trouvais mon médecin traitant différent, plus distant avec moi et ça ne m'a pas rassurée. Mais cette fois-ci, c'était comme d'habitude. »*
- *« Je préfère l'unique présence du médecin, et je reviendrai quand il sera seul. »*

✓ **Avis divers au sujet de l'expérience, non classés ailleurs**

- *« Je préfère être consultée par mon médecin car j'ai plus confiance en elle, le stagiaire c'est bien gentil mais il ne nous connaît pas. »*
- *« Il devrait se présenter. »*
- *« J'ai refusé car j'avais peur que mon médecin traitant m'annonce une mauvaise nouvelle (cancer). »*

VIII. DISCUSSION

Ce chapitre va nous permettre d'analyser les résultats recueillis lors de notre étude afin d'essayer d'en ressortir les principaux axes de réflexion de notre travail, notamment en recoupant les réponses les plus significatives des différentes questions traitées.

En analysant mieux les réactions, attentes et besoins des patients, cela peut dans une certaine mesure permettre d'améliorer la relation entre le patient, son médecin et l'interne, afin d'informer au mieux le patient sur les objectifs du stage, le rôle et la place du stagiaire, et ainsi permettre au patient de se sentir le plus informé possible afin de décider de la présence ou non de ce tiers.

1) Accueil de notre étude auprès des patientèles

Nous pouvons constater que notre travail a été assez bien accueilli auprès des différentes patientèles, car au total 377 questionnaires exploitables ont pu être récupérés, correspondant à un taux de réponse satisfaisant de 67,32% sur notre échantillon total.

Nous pensons que le fait d'avoir expliqué de vive voix à chaque patient qui le souhaitait le but de notre travail (en plus de l'introduction explicative en tête de chaque questionnaire), en essayant de le sensibiliser à la formation ambulatoire des internes et en remettant en main propre le questionnaire en fin de consultation, a pu contribuer, en partie, à cet accueil satisfaisant.

De plus, remplir le questionnaire directement au cabinet, à la fin de la consultation et sans l'emmener au domicile, a aussi certainement permis d'augmenter le nombre de questionnaires retournés.

Toutefois, nous avons vu que notre travail comprenait 31,96% de questionnaires perdus de vue (179).

Notre méthode de recueil des données et le déroulement de notre étude n'ont pas permis d'étudier les raisons de ce pourcentage non négligeable, notamment à cause de l'anonymat que nous avons souhaité préserver. En effet, il nous était de fait impossible de recontacter à posteriori les personnes qui n'avaient pas retourné leur questionnaire, car nous ne savions pas qui elles étaient.

A l'avenir, il serait intéressant d'étudier ce facteur, afin d'essayer de trouver des explications à ces questionnaires perdus du vue. S'agissait-il d'une déception ou d'un mécontentement au sujet du déroulement de la consultation et/ou de la présence d'un tiers, d'un désintérêt pour l'étude et le questionnaire, d'une mauvaise compréhension de ce dernier, d'une barrière liée à la langue et/ou à la culture, d'un manque de temps, d'un oubli, d'une perte ... ?

Nous n'avons pas mis en place dans notre travail les outils permettant de répondre à ces interrogations. Il serait souhaitable qu'un prochain travail de recherche sur le sujet permette d'analyser et d'expliquer les raisons de ces questionnaires perdus de vue.

Aussi, une autre limite de notre étude se trouve dans la disparité des taux de réponses des différents centres, notamment avec trois ayant un faible taux de réponse (centres D, F et G).

Cela nous a empêché de rechercher et calculer statistiquement un effet centre et ainsi de pouvoir comparer les centres entre eux.

A l'avenir, dans une étude semblable portant sur un même thème, il faudrait de préférence obtenir des effectifs similaires dans les différents centres d'étude.

2) Significativité des résultats observés et extrapolations

Afin de rechercher la significativité des résultats de notre étude pour savoir si notre échantillon total était représentatif de la population Haut-Normande (en termes de répartition des sexes et des tranches d'âges), nous avons réalisé un test du Khi^2 sur les résultats des deux premières questions, comme présenté ci-après.

a. Question 1

Nous avons réalisé un test du Khi^2 , qui permet de comparer les fréquences observées par rapport aux fréquences attendues, avec comme hypothèse H_0 : $H_0 =$ « Pas de différence significative entre l'échantillon et la population Haut-Normande ».

Ce test ne retrouve pas de différence significative entre l'échantillon et la population Haut-Normande.

En effet :

d.d.l (degrés de liberté) = 1

Khi^2 de l'étude (Qobs) = 1,542

Signification Valeur-p = 0,214

(La Valeur-p est la probabilité de commettre une erreur de première espèce, c'est à dire de rejeter à tort H_0 . Si la valeur-p est inférieure à la valeur du seuil du risque choisi (ici 5%), on rejette H_0).

Pour $k-1=1$ degré de liberté et un seuil de tolérance de 5%, la valeur $\text{Khi}^2(k-1, \alpha)$ de la table de calcul du Khi^2 est 3,84.

Cela signifie que la probabilité que $Q_{\text{obs}} (=1,542)$ soit supérieure à 3,84 est de 5%.

Comme $1,542 < 3,84$, nous acceptons H_0 au risque de 5%.

Conclusion : pas de différence significative mise en évidence.

Ainsi, la répartition des sexes de l'échantillon est comparable à celle de la population.

Nous pouvons donc extrapoler nos résultats à la population Haut-Normande.

b. Question 2

Selon le test du Khi^2 , nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les tranches d'âges de l'échantillon et celles de la population.

d.d.l = 3

Khi^2 de l'étude (Q_{obs}) = 7,384

Signification Valeur-p = 0,061

Pour $k-1=3$ degrés de liberté et un seuil de tolérance de 5%, la valeur $\text{Khi}^2(k-1, \alpha)$ de la table de calcul du Khi^2 est 7,82.

Cela signifie que la probabilité que $Q_{\text{obs}} (=7,384)$ soit supérieure à 7,82 est de 5%.

Comme $7,384 < 7,82$, nous acceptons H_0 au risque de 5%.

Conclusion : pas de différence significative mise en évidence.

3) Motifs principaux de consultation

Le motif le plus fréquemment évoqué par les patients sondés, indépendamment de leur sexe ou de leur âge, est le **renouvellement de leur traitement habituel** (26,52%), sans précisions, avec une légère prédominance chez les hommes (56%). Une des limites de ce travail réside dans le fait que certains patients ne précisaient pas la nature de leur(s) pathologie(s) chronique(s) dont ils venaient renouveler le traitement, et nous avons de fait pu méconnaître certains motifs dont nous nous sommes intéressés plus loin, notamment psychologiques ou gynécologiques.

Le second motif par ordre d'importance est la **pathologie respiratoire** (14,59%).

Cela peut être certainement expliqué par la période de réalisation de l'étude, à la sortie de l'hiver et au début du printemps, notamment favorable aux épidémies virales respiratoires (grippes, rhinopharyngites, trachéites, laryngites...) et au début des épisodes allergiques respiratoires.

Les motifs respiratoires de consultation les plus fréquemment cités sont ainsi les manifestations grippales ou pseudo grippales (R80), la toux (R05) et la congestion nasale-éternuements (R07).

En troisième position des motifs de consultation (13%), les **pathologies ostéoarticulaires**, notamment les pathologies dorsales (L02), non précisées.

Nous souhaitons particulièrement nous intéresser aux motifs de consultation que nous considérons comme potentiellement significatifs avant le début de notre travail, à savoir les motifs en rapport avec la psychologie/psychiatrie et avec la gynécologie, afin de confirmer les résultats des différentes études précédentes sur ce sujet^{23 ; 24 ; 25 ; 26}.

Ces derniers font partie, comme nous le verrons par la suite, des résultats les plus significatifs de notre étude.

Les **motifs de consultation d'ordre psychologique** se trouvent en 6^{ème} position dans notre étude (5,57%), avec une nette prédominance chez les femmes par rapport aux hommes (14 femmes parmi 21 patients).

En tête de ces motifs, la dépression (P76) est suivie par les manifestations anxieuses (P01) et par le surmenage (P78).

Les personnes ayant déclaré un sentiment initial considéré comme négatif (refus catégorique, gêne, pudeur ou malaise, surprise et inquiétude) étaient étonnamment minoritaires (7 sur 21), étaient toutes des femmes, et aucune n'a déclaré que le sexe de l'interne pouvait être une explication à ce sentiment ressenti.

Seules deux patientes, consultant pour un tel motif, ont refusé d'emblée et catégoriquement la présence d'un tiers.

Ces deux personnes ont expliqué leur choix avec un commentaire détaillé :

- « *D'habitude je ne refuse jamais la présence d'un stagiaire, mais cette consultation était plus d'ordre psychologique et privé, et du coup nécessitait un climat de confiance absolu. En tout cas, bonne continuation !* »
- « *Le silence de ce médecin stagiaire me gêne, pour une bronchite ou une angine cela ne m'aurait pas dérangé, mais pour un mal (non visuel, non mesurable) comme la dépression, j'ai l'impression qu'il ne comprendrait pas en une consultation, qu'il faudrait se justifier, réexpliquer et faire perdre du temps à tous.* »

Quatre patientes ont déclaré avoir été gênées, et une seule a refusé par la suite la présence du tiers. Elle a expliqué ce choix avec ce commentaire :

- « *Peut-être gênant selon les motifs de consultation, surtout le moral.* »

Une autre a déclaré comme première réaction de la surprise et de l'inquiétude avec le commentaire explicatif suivant :

- « *Aucuns soucis pour les visites simples, mais difficile pour les discussions psychologiques et les examens gynécologiques* »

Avec un même intérêt, les **motifs gynécologiques hors grossesse et accouchement** sont à la 10^{ème} position, suivis des **motifs liés au suivi de grossesse** en 11^{ème} position.

En tête de ces motifs, la contraception (W11), la « peur d'être enceinte » (W02), les frottis cervicaux-vaginaux anormaux (X86) et le suivi de cancer du sein (X76).

La moitié de ces patientes (9 sur 18) ont déclaré un sentiment initial considéré comme négatif.

Toutes étaient en présence d'un interne masculin, et 6 (sur 9) ont déclaré que le sexe de l'interne pouvait, en partie, expliquer ce sentiment négatif.

Parmi ces neuf patientes, seule une a refusé catégoriquement de prime abord la présence du stagiaire, avec le commentaire suivant :

- « *Ca ne me dérange pas d'habitude sauf que c'était plus intime (gynécologique) donc j'ai refusé.* »

Cinq ont déclaré de la gêne, de la pudeur ou du malaise, ont toutes refusé la présence du tiers, et trois ont explicité leur point de vue :

- « *Aucun a priori sauf lors de questions sur le plan privé : intimité sexuelle notamment dont je préfère dialoguer librement avec mon médecin habituel. Sans ce côté à aborder, un interne en médecine ne me dérange pas.* »
- « *Lorsqu'il s'agit de questions ou d'examen gynécologiques, je préfère être seule avec mon médecin. Toutefois, si le stagiaire avait été une femme, j'aurais accepté sa présence.* »
- « *Un peu gênée sur certains sujets gynécologiques en tant que femme. Bonne continuation.* »

Trois femmes ont été surprises ou inquiètes, mais n'ont pas apporté de compléments d'information via un commentaire libre.

Nous pouvons ainsi remarquer que les motifs de consultation en rapport avec la gynécologie, la grossesse, la psychologie et/ou la psychiatrie sont, comme nous nous y attendions, les plus susceptibles d'entraîner chez les patients un sentiment d'inquiétude, de gêne ou de malaise, notamment chez les femmes, et surtout lorsqu'une tierce personne est présente et pénètre, via ce stage, dans le cercle de confiance créé avec leur propre médecin traitant. Cela est comparable avec les données de la littérature.^{23 ; 24 ; 25 ; 26}

Pour les motifs gynécologiques, le lien entre sentiment négatif et sexe du stagiaire est évident, et cela a été confirmé par ce travail.

4) Antériorités de consultation avec le médecin stagiaire

Une majorité de personnes sondées (74,8%) avait déjà été en présence d'un tiers en formation pendant la consultation.

Cela est comparable à la littérature, notamment avec le travail de CHIARINI ²², dans lequel 90% des patients sondés avaient déjà rencontré un interne en stage.

Ce chiffre élevé peut être expliqué par la période de déroulement de son étude, avec une distribution des questionnaires qui n'a pas eu lieu au début du semestre mais lors du troisième mois de stage, tandis que notre étude s'est déroulée en fin de semestre lors du sixième mois de stage.

De plus, et cela est facilement explicable, on peut remarquer que dans les centres où le maître de stage était chargé d'enseignement depuis moins longtemps que ses confrères (centre A et centre E notamment), la patientèle était moins habituée que les autres à la présence d'un interne.

Si le maître de stage exerçait cette fonction depuis déjà plusieurs semestres (centres B, C et F), sa patientèle était de fait plus habituée à la présence des internes en formation.

5) Information du patient et moyens d'information

La majorité des patients sondés (77,98% soit 294) a déclaré qu'ils avaient été informés de la présence d'un tiers pendant la consultation.

Pour ces derniers, l'affiche dans la salle d'attente était le moyen d'information le plus fréquent, devant l'information par le médecin traitant, l'information délivrée par les secrétaires lors de la prise de rendez-vous, l'information par le stagiaire lors de sa présentation et le bouche à oreille.

Nous jugeons toutefois ce chiffre peu satisfaisant, car cela représente 22,02% de patients non informés avant le début de la consultation. Ce pourcentage est significatif et peut, du moins en partie, expliquer les différents sentiments considérés comme négatifs qui ont pu être observés.

Nous pouvons par ailleurs remarquer l'importante disparité dans les proportions des différents moyens d'information entre les centres, pouvant être expliquée par des sensibilités différentes entre les maîtres de stage : souhait d'une information neutre par une affiche, sensibilisation des secrétaires du cabinet pour informer les patients dès la prise de rendez-vous, souhait d'informer eux-mêmes leur patientèle de leur nouveau mode d'exercice...

Au-delà des obligations pour chaque maître de stage d'apposer dans leur salle d'attente une affiche fournie par le DUMG, leur propre personnalité rentre ainsi en compte dans le choix de ces différents moyens d'information.

Pour une majorité de patients informés (74,49%) et de patients non informés (77,98%) de la présence d'un tiers lors de cette consultation, il ne s'agissait pas de la première fois qu'ils rencontraient un stagiaire.

Ils étaient ainsi habitués à cette consultation tripartite, dans des proportions variables entre les différents centres. Nous pouvons souligner que ce devoir d'information du patient, assez en amont, par le maître de stage ou l'interne, pourra éventuellement permettre d'appréhender au mieux cette présence en l'anticipant. Cela pourrait être l'occasion de choisir ou non la présence d'un tiers de manière peut-être plus réfléchie, sans décision rapide au début de la consultation sous le coup de l'émotion ou de la surprise initiale.

6) Choix de la présence d'un tiers pendant la consultation

Cette étude a permis de montrer que l'accueil réservé au stagiaire a été dans l'ensemble plutôt satisfaisant, et que les patients semblaient réceptifs à cette nécessité de formation sur le terrain.

La majorité des patients (77,98% soit 294) a déclaré que le choix leur avait été laissé d'accepter ou non la présence du stagiaire. Nous jugeons cela absolument nécessaire afin de permettre de respecter les sensibilités de chacun, et peut-être aussi, dans une certaine mesure, d'améliorer encore plus l'image de ce stage ambulatoire auprès des patientèles.

Il nous apparaît ainsi obligatoire et important de demander systématiquement et avant chaque consultation l'avis du patient et surtout de respecter ses choix, même négatifs, sans jugement personnel.

Ainsi, parmi les patients ayant déclaré avoir eu le choix de la présence d'un tiers pendant la consultation, une large majorité (94,56% soit 278) l'a acceptée.

Nous pouvons toutefois être étonnés dans notre étude du pourcentage non négligeable (22,02%) de patients ayant déclaré que leur accord n'avait pas été recherché, ou, s'il l'avait pourtant été, ayant eu le sentiment d'être insuffisamment consultés ou entendus.

Il s'agit là, à nos yeux, de la mise en lumière d'un véritable écueil, pouvant probablement et en partie expliquer les problèmes d'acceptation du stagiaire ayant été remarqués dans l'étude, notamment dans les centres A, B et G.

Parmi les personnes ayant déclaré ne pas avoir été interrogées sur leur choix au sujet de la présence d'un tiers, 44,57% (37) n'avaient pas été informées avant la consultation, et 28,91% (24) rencontraient pour la première fois un médecin stagiaire.

Même si le nombre de refus constatés dans notre étude est faible, il ne peut être négligé. Il est ainsi nécessaire d'essayer d'analyser les causes de ces refus, et celle-ci, en plus du manque d'information précédemment remarqué, semble pouvoir aussi les expliquer.

7) Première réaction lors de la présentation

46,42% des patients se sont déclarés indifférents, suivis par ceux ayant accueilli avec intérêt cette consultation tri partite.

Ils ont ainsi été 42,97% à déclarer ressentir de l'intérêt et de la curiosité, confirmant ainsi l'accueil favorable auprès des patientèles de ce mode d'apprentissage sur le terrain^{22 ; 23 ; 25 ; 27}.

En effet, dans leurs travaux, CHIARINI²² retrouvait 75% de patients déclarant ne jamais être dérangés ou gênés par la présence d'un tiers mais être plutôt intéressés par cette présence, RIVIERE²³ en retrouvait 83% et CIABRINI²⁷ 60%.

Toutefois, et cela était attendu, une partie des sondés (10,61% soit 40) a ressenti un sentiment négatif allant de la surprise à la gêne, la pudeur, le malaise, l'inquiétude et le refus catégorique.

✓ Parmi ces derniers :

- 7 ont refusé sa présence de prime abord, correspondant à 1,86% de refus catégorique d'emblée.
- 9 personnes parmi celles surprises, inquiètes, gênées, pudiques ou ayant un sentiment de mal être l'ont par la suite refusée.
- Au total, ce sont 16 personnes qui ont souhaité consulter sans l'interne.

✓ Parmi les personnes ayant refusé catégoriquement, de prime abord, la présence de l'interne (7) :

- Toutes ont déclaré avoir eu le choix mais avoir refusé sa présence.

Les profils des patientes :

Elles étaient majoritaires (6 sur 7) et avaient toutes de 16 à 59 ans.

Deux consultaient pour un motif psychologique en rapport avec la dépression (P76), une pour un suivi de grossesse (W78), une pour une infection urinaire (U71), une pour un motif respiratoire type congestion nasale/éternuement (R07) et une dernière pour un renouvellement de traitement habituel non précisé (-50).

Elles étaient toutes informées de la présence d'un tiers.

Une seule rencontrait pour la première fois un stagiaire, son motif de consultation était un suivi de grossesse (W78).

Toutes ces femmes étaient en présence d'un stagiaire de sexe masculin.

Une seule a expliqué que le sexe du stagiaire était totalement en lien avec le refus de sa présence. Son motif de consultation était une infection urinaire.

Le profil du patient :

Il s'agissait d'un homme de 16 à 59 ans, consultant pour une pathologie ostéo articulaire du genou (L15), qui était informé de la présence d'un tiers et pour qui il s'agissait de la première fois.

Le stagiaire était un homme.

✓ **Parmi les personnes ayant déclaré ressentir de la gêne, de la pudeur ou du mal être (19) :**

- 4 ont accepté la présence du stagiaire, 9 ont refusé. 6 ont déclaré ne pas avoir été consultées pour leur choix.

Les profils des patientes :

Elles étaient majoritaires (16 sur 19) et avaient majoritairement entre 16 et 59 ans (14 sur 16) : une femme avait entre 60 et 69 ans et venait pour un suivi de dépression (P76), une autre accompagnait un enfant de moins de 16 ans qui venait pour un motif non précisé (A99).

Au total, cinq femmes venaient pour un motif gynécologique ou en rapport avec une grossesse, quatre consultaient pour un motif d'ordre psychologique.

Une femme venait pour un motif urinaire type infection urinaire (U71), une autre pour une éruption localisée (S06), une pour des douleurs abdominales non précisées (D01), deux pour un renouvellement (-50), deux pour des motifs non précisés (A99). Huit femmes ont refusé la présence du tiers (cinq qui consultaient pour un motif gynécologique ou en rapport avec la grossesse, et trois pour un motif psychologique), trois ont donné leur accord et cinq ont déclaré ne pas avoir été consultées au sujet de leur choix.

La majorité de ces personnes (14 sur 16) étaient informées de la présence d'un tiers, et en avaient déjà rencontré lors de précédentes consultations.

Fait important, toutes les femmes ayant déclaré ressentir de la gêne, de la pudeur ou du mal-être étaient en présence d'un interne de sexe masculin.

Pour trois d'entre elles (consultant pour un motif gynécologique), cela expliquait totalement le sentiment ressenti. Pour trois autres cela l'expliquait en partie : deux ont précisé qu'elles connaissaient le stagiaire par le biais de leur travail (une consultant pour un motif psychologique, l'autre pour une infection urinaire) et la troisième, consultant pour un motif gynécologique, n'a pas précisé les autres raisons qui pouvaient expliquer le sentiment ressenti.

Les dix autres ont déclaré qu'il n'y avait pas de lien avec le sexe du stagiaire.

Les profils des patients :

Ils étaient trois à déclarer ressentir de la gêne, de la pudeur ou du mal-être, et avaient tous entre 16 et 59 ans.

Un homme venait pour un motif dermatologique type naevus (S82), un autre pour un motif respiratoire type congestion nasale/éternuement (R07) et un autre pour un motif urinaire type infection urinaire (U71).

Le patient consultant pour l'infection urinaire a refusé la présence du tiers, le patient consultant pour le motif dermatologique a accepté, et le patient consultant pour un motif respiratoire a déclaré ne pas avoir eu le choix.

Deux patients sur trois avaient été informés de la présence du tiers, et en avaient déjà rencontré auparavant.

Le patient ayant refusé la présence de l'interne consultait en présence d'un stagiaire de sexe opposé. Il a expliqué que cette gêne était totalement liée avec le fait que l'interne soit de sexe féminin.

Au total, chez les dix-neuf patients, tous sexes confondus, ayant ressenti de la gêne, de la pudeur ou du mal être, un seul a déclaré avoir plus confiance envers son médecin traitant. Pour deux autres cela ne modifiait pas la confiance ressentie, et seize se déclaraient sans opinion.

Chez les dix personnes ayant consulté en présence d'un tiers, une majorité (7 sur 10) a déclaré que la présence d'un tiers n'avait pas, à leurs yeux, été un frein dans le dialogue avec leur médecin traitant.

Chez ces mêmes personnes, une majorité (6 sur 10) a eu confiance dans la prise en charge du médecin stagiaire.

✓ **Parmi les personnes ayant déclaré ressentir de la surprise ou de l'inquiétude (14) :**

- 8 personnes ont accepté la présence du tiers, 6 ont déclaré ne pas avoir eu le choix. Aucune n'a refusé.

Les profils des patientes :

Elles étaient majoritaires (8 sur 14) et avaient majoritairement entre 16 et 59 ans (7 sur 8).

Au total, trois femmes venaient pour un motif gynécologique ou en rapport avec une grossesse, une femme pour un motif psychologique type dépression (P76), une pour un renouvellement (-50), une pour un motif rhumatologique en rapport avec une pathologie de l'épaule (L08), une pour des douleurs épigastriques (D03) et une dernière pour une pathologie non précisée (A99) accompagnant un enfant de moins de 16 ans.

Toutes ces patientes ont vu leur consultation être réalisée en présence du tiers, quatre ayant donné leur accord et quatre autres ayant déclaré ne pas avoir eu le choix.

Six patientes sur huit étaient informées de la présence d'un tiers, et pour une seule il s'agissait de la première fois qu'elle en rencontrait.

Comme précédemment, toutes les patientes ayant déclaré ressentir de la surprise ou de l'inquiétude étaient en présence d'un interne de sexe masculin.

Pour deux d'entre elles cela expliquait totalement le sentiment ressenti, pour deux autres cela l'expliquait en partie, et pour quatre cela n'avait pas de rapport.

Les profils des patients :

Ils étaient six à déclarer ressentir de la surprise et de l'inquiétude, et avaient majoritairement entre 16 et 59 ans (5 sur 6).

Deux patients consultaient pour un renouvellement (-50), un pour un motif respiratoire type syndrome grippal (R80), un pour un motif cardio vasculaire type varices (K95), un pour un motif dermatologique type acné (S96) et un dernier pour un motif indéterminé (A99).

Quatre patients ont accepté la présence d'un tiers, deux ont déclaré ne pas avoir eu le choix.

Une majorité (4 sur 6) était informée de sa présence et en avait déjà rencontré auparavant.

Au total, chez les quatorze patients, tous sexes confondus, ayant ressenti de la surprise ou de l'inquiétude, sept ont déclaré avoir plus confiance en leur médecin traitant, pour deux autres cela ne modifie rien et cinq se déclarent sans opinion.

Tous ces patients ont vu leur consultation être réalisée en présence du tiers.

Ils ont été une majorité (13 sur 14), comme déjà remarqué précédemment, à déclarer que la présence du stagiaire n'est pas pour eux un frein au dialogue avec leur médecin traitant, et avoir eu confiance dans la prise en charge de l'interne.

En analysant ainsi les profils de patients correspondant aux sentiments négatifs ressentis, nous remarquons qu'il ressort ainsi plusieurs idées directrices :

- Une majorité de ces patients sont des femmes, et une majorité consultait pour un motif gynécologique ou psychologique, ce qui est comparable avec les résultats d'autres études réalisées sur ce thème, notamment celle de CIABRINI ²⁷.
- La majorité de ces patients étaient des patients jeunes, âgés de 16 à 59 ans.
- Toutes les femmes qui ont ressenti de tels sentiments étaient en présence d'un tiers de sexe masculin, ce qui confirme ainsi l'hypothèse émise plus haut dans ce travail, à savoir que le sexe du tiers revêt une place majeure dans l'acceptation de l'interne par le patient. Cela est notamment vérifié pour les motifs de consultation considérés comme « intimes », notamment ceux en rapport avec la gynécologie ou la psychologie.
- Il semble ressortir de notre étude qu'il n'y ait pas de lien direct entre sentiment premier négatif ressenti et information du patient ou première rencontre avec un stagiaire. En effet, la majorité de nos patients sondés qui ont exprimé un sentiment négatif était informée de la présence du tiers, et en avait déjà rencontré auparavant.
- Les patients dont la consultation était réalisée en trinôme ont majoritairement eu confiance dans la prise en charge du tiers, et ont aussi majoritairement déclaré que cette présence n'était pas, à leurs yeux, un frein au dialogue avec leur médecin habituel.

8) Présence du tiers et frein au dialogue médical

Seule une minorité de patients (6 personnes soit 1,66%) a déclaré que la présence d'un tiers pendant la consultation présentait un frein au dialogue avec leur médecin traitant, confirmant les résultats des autres travaux déjà effectués sur ce thème ^{1; 8; 20; 27}. Le pourcentage de 1,66% retrouvé dans notre travail est très discrètement inférieur à ceux présents dans ces études.

Ainsi, MORRISON ¹ retrouvait 4,4% de patients quittant la consultation sans avoir fait part de tous leurs problèmes à leur médecin traitant, O'FLYNN ⁸ en retrouvait 8,4%, BRESO ²⁰ 2% et CIABRINI ²⁷ 5,3%.

Dans notre étude, il s'agissait de trois femmes et de trois hommes.

Les patientes consultaient pour des motifs psychologiques (dépression P76 et P03) et urinaires (infection urinaire U71).

Les trois patients n'ont malheureusement pas précisé les motifs de consultation.

Tous les six étaient informés de la présence du tiers, cinq avaient donné leur accord et un a déclaré ne pas avoir eu le choix.

Concernant les trois patientes, il ne s'agissait pas de la première fois en présence d'un tiers, à la différence des trois patients.

Toutes les patientes ont ressenti de la gêne, de la pudeur et du mal-être, un patient de la surprise et de l'inquiétude, et les deux autres se sont déclarés indifférents.

Afin de mieux comprendre les raisons de ces non-dits et essayer de proposer des pistes visant à mettre plus en confiance le patient pour qu'il puisse s'exprimer librement, sans blocage, nous aurions aimé connaître les explications détaillées de ces derniers, mais un seul a pu expliciter son point de vue.

Il s'agissait d'une femme qui consultait pour un motif de dépression (P76) et qui a déclaré qu'elle n'avait pu exprimer « *Mes inquiétudes sur mon état de santé.* »

Nous sommes toutefois satisfaits que la grande majorité (98,34%) de nos patients consultant en présence d'un tiers ait déclaré avoir pu s'exprimer librement et aborder tous les sujets souhaités avec leur médecin traitant.

9) Confiance envers le stagiaire et le médecin traitant

a. Confiance envers le stagiaire

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des patients interrogés (98,06%) a eu confiance dans la prise en charge du stagiaire. Nous pensons qu'il existe une corrélation entre cette confiance et le sentiment final ressenti par le patient au terme de la consultation.

Nous pensons aussi qu'un patient ayant été en confiance pendant la consultation acceptera d'autant plus facilement la présence d'un tiers (le même ou un prochain stagiaire) lors des prochaines consultations.

De même, un patient ayant été en confiance acceptera probablement mieux une prochaine consultation pouvant être menée en autonomie sans présence du maître de stage, ou un futur remplacement du maître de stage par l'ancien interne stagiaire.

Toutes ces hypothèses n'ont pas été étudiées dans notre étude, il serait peut-être intéressant lors des prochains travaux sur le même sujet de réfléchir à ces possibilités.

De plus, cette confiance accordée envers le médecin stagiaire montre, à nos yeux, la reconnaissance par les patients de la qualité de leur formation, notamment avec la réalisation de ce stage ambulatoire qui revêt à lui seul une importance majeure dans le cursus.

Les profils des sept patients ayant déclaré ne pas avoir été en confiance présentaient les caractéristiques suivantes :

Six étaient des femmes. Trois consultaient pour un renouvellement d'ordonnance, deux pour un motif psychologique en rapport avec la dépression, un pour un motif dermatologique type naevus et un autre pour un motif non précisé.

Pour une majorité (6 sur 7) il ne s'agissait pas de la première fois, et tous étaient informés de sa présence.

Quatre avaient donné leur accord, les trois autres ayant déclaré ne pas avoir eu le choix.

Cinq patients ont eu un premier sentiment jugé négatif (quatre avec de la gêne, de la pudeur et du malaise et un avec de la surprise et de l'inquiétude) et deux autres de l'indifférence.

De plus, la majorité (5) a en parallèle déclaré ne pas avoir pu s'exprimer librement.

b. Confiance envers le médecin traitant

Les résultats de notre étude sont plus nuancés lorsque l'on questionne les patients sur la confiance ressentie envers leur médecin traitant.

Une majorité (58,09%) déclare toutefois avoir plus confiance envers ce dernier.

Ce résultat est supérieur aux chiffres déjà observés dans la littérature ^{23; 27}. Dans son travail, RIVIERE ²³ retrouvait 36% de patients ayant plus confiance en leur médecin traitant, et CIABRINI ²⁷ en retrouvait 33%.

Nous ne pouvons expliquer cette différence, mais nous remarquons ainsi que les patients sont sensibles à ce rôle d'enseignant formateur et à cette volonté de transmission des connaissances.

Cette représentation par les patients, d'un médecin généraliste en formation continue, accueillant un médecin stagiaire dans son propre cabinet, actualisant de fait continuellement ses connaissances, semble vraiment positive, et contribue probablement ainsi à l'acceptation de ce stage praticien de premier niveau, et, de façon parallèle, à celle des internes en formation.

10) Commentaires complémentaires exprimés par les patients

Les réactions des patients face à la présence d'un tiers pendant la consultation sont multiples et variées. Il paraît évident que ces dernières sont en lien direct avec de multiples facteurs, comme le motif de consultation, le sentiment initial ressenti, l'histoire personnelle du patient, le comportement de l'interne, celui du médecin traitant...

Parmi les consultants ayant ressenti un sentiment initial que nous avons considéré comme positif ou neutre, la présence de ce tiers et la réalisation de ce stage ambulatoire sont dans la plupart des cas parfaitement compris et acceptés, notamment chez les patients informés de cette présence et ayant déjà rencontré des internes en stage auparavant.

La majorité des commentaires que nous avons recueillis reflète ainsi une très bonne acceptation de la part des patientèles. Beaucoup nous ont rappelé que cette formation pratique ambulatoire est un réel avantage pour la formation des étudiants.

Les patients ont aussi souvent précisé qu'ils étaient satisfaits de leur rôle dans cette formation. En effet, ils rapportent qu'il existe un réel bénéfice à une transmission directe (s'avérant nécessaire et indispensable) entre maître de stage et interne en médecine, notamment en discutant de leur dossier médical, des attitudes thérapeutiques, des éventuelles explorations complémentaires, des dernières recommandations médicales etc., avec un réel échange de connaissances ou d'opinions personnels.

Ainsi, le contact direct d'un médecin en formation avec les patients est de fait bénéfique afin d'accumuler une expérience pratique nécessaire à son futur métier de médecin généraliste.

Toutefois, certains ont insisté sur la nécessité d'un encadrement de l'interne, sous surveillance, notamment lors d'une autonomie plus ou moins complète. Ainsi, la présence du maître de stage semble les rassurer, leur permettant de garder confiance dans la prise en charge du stagiaire.

Par ailleurs, certains patients ont rappelé, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, qu'il était absolument nécessaire qu'ils aient le choix de la présence ou non du médecin stagiaire, et que cette dernière ne devait en aucuns cas leur être imposée. Ces commentaires ont tous été rapportés par des patients ayant déclaré que leur accord n'avait pas été recherché.

Parmi les autres commentaires, beaucoup déclarent que cette présence est aussi pour eux l'occasion de bénéficier d'un second avis médical, ce qui leur permet d'avoir parfois un diagnostic, une prise en charge et des décisions communes discutés et partagés entre deux professionnels de santé.

Aussi, cette présence peut être l'occasion d'améliorer la communication entre le médecin traitant et son patient. En effet, via les informations données par le médecin traitant au stagiaire, le patient bénéficie parfois aussi de ces explications, ce qui peut lui permettre de mieux comprendre ses problèmes de santé.

Enfin, quelques patients se sont félicités d'une durée de consultation allongée.

Parmi les commentaires des patients ayant ressenti des sentiments négatifs, ces derniers rappellent la nécessité d'un climat de confiance absolu, qu'ils ne retrouvent pas toujours lorsque la consultation se déroule en présence d'un tiers. Cela est notamment rapporté pour les motifs psychologiques et gynécologiques. Certains patients ont expliqué que le silence et le rôle passif de l'étudiant pouvaient s'avérer gênants.

De plus, cette présence jugée parfois intrusive dans la consultation, selon certains, modifie le relationnel et les rapports pré existants avec leur médecin traitant, qui peut avoir alors un comportement différent, parfois plus distant.

IX. CONCLUSION

Les cabinets de médecine générale sont parfaitement adaptés à la réalisation de ce stage ambulatoire de premier niveau. Ce dernier est un moment majeur dans la formation des internes de médecine générale, leur permettant une première approche pratique de qualité auprès des patientèles ambulatoires.

Nous avons vu précédemment que les conséquences de la présence de ce tiers pendant la consultation, modifiant ainsi la relation de confiance déjà pré établie entre les patients et leur médecin généraliste, sont nombreuses.

Comme nous l'avons déjà souligné dans notre travail, la réalisation de ce stage, même s'il est plutôt bien accepté par les différentes patientèles, nécessiterai peut-être quelques ajustements.

En effet, comme cela est rappelé dans la littérature, et comme nous nous y attendions, la majorité des patients ayant exprimé un sentiment initial négatif consultait pour un motif de consultation « intime », que nous pouvons associer à une certaine pudeur physique ou psychologique.

Malgré cela, nous avons montré qu'une partie significative de notre échantillon n'avait pas été informée de la présence de ce tiers, et avait eu le sentiment de n'avoir pas (ou pas assez) été consultée afin de recueillir l'accord pourtant nécessaire à cette présence.

Une meilleure information et une meilleure écoute de nos patients, surtout si ces derniers ne sont pas habitués à la présence d'un médecin en formation, permettraient certainement, à notre avis, d'améliorer encore plus l'image de ce stage et ainsi l'acceptation des étudiants par les différentes patientèles.

Comme tout travail, ce dernier a ses limites.

A l'avenir, il serait intéressant, comme nous l'avons souligné, d'essayer d'obtenir des effectifs similaires dans les différents centres d'étude, afin de pouvoir comparer les centres entre eux.

De plus, afin de pouvoir pleinement analyser les représentations personnelles, les interrogations et les opinions des patients dans toutes leurs complexités, leurs diversités et leurs significations, il serait probablement intéressant de compléter ce travail avec une étude qualitative menée par entretiens semi directifs, afin de laisser les patients s'exprimer complètement et librement.

Cela permettrait, à la différence d'un questionnaire, d'explorer le côté objectif mais aussi subjectif de cette nouvelle et si particulière relation médecin-malade-interne.

Pour terminer ce travail, nous avons choisi une citation de Blaise Pascal (1623-1662), Philosophe Français, sans lien direct avec notre thème d'étude, mais que nous jugeons parfaitement adaptée à notre spécialité, la médecine générale :

« Puisqu'on ne peut être universel en sachant tout ce qui peut se savoir sur tout, il faut savoir un peu de tout. Car il est bien plus beau de savoir quelque chose de tout que de savoir tout d'une chose ; cette universalité est la plus belle. »

X. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire distribué avec note explicative

Madame, Monsieur,

La consultation se déroule en présence d'un médecin stagiaire en 8^{ème} ou 9^{ème} année d'étude qui réalise un stage de 6 mois auprès d'un médecin généraliste libéral.

Ce stage permet notamment aux futurs médecins généralistes de se familiariser avec la relation particulière médecin traitant/patient.

Dans le cadre d'un travail de thèse permettant de préciser l'impact de la présence d'un médecin stagiaire pendant la consultation et connaître vos impressions, je vous serai très reconnaissant de répondre à ce questionnaire anonyme.

En vous remerciant par avance de votre participation.

1) Etes-vous :

- Une femme
- Un homme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 18-59
- 60-69
- 70 et plus

3) Quel était le motif principal de consultation ?

-

4) Est-ce la première fois que votre consultation se déroule en présence d'un médecin stagiaire ?

- Oui
- Non

5) Etiez-vous informé de sa présence ?

- Oui
- Non

6) Si oui, par quel moyen ?

- Information de la part de mon médecin traitant lors d'une précédente consultation
- Par le biais de l'affiche exposée dans la salle d'attente
- Information de la part des secrétaires du cabinet
- Bouche à oreille
- Autre :

7) Vous a t'on laissé le choix de sa présence pendant la consultation ?

- Oui, et j'ai donné mon accord
- Oui, et j'ai refusé
- On ne m'a pas demandé mon avis

8) Quelle a été votre première réaction quand le médecin stagiaire vous a été présenté par le maître de stage ?

- Intérêt et Curiosité
- Surprise et inquiétude
- Gêné, pudeur et malaise
- Indifférence
- Refus catégorique de sa présence

9) En cas de réponse « Gêné, pudeur et malaise », « Refus catégorique de sa présence » ou « Surprise et inquiétude » à la question 8, le sexe du médecin stagiaire pouvait-il être une explication ?

- Oui, totalement
- Oui, en partie
- (Autre(s) raison(s) :))
- Non, cela m'était indifférent

10) Sa présence a t'elle été un frein dans le dialogue avec votre médecin traitant, des sujets ont-ils été volontairement non abordés ?

- Oui
- Non
- Si oui, lesquels :

11) Avez-vous eu confiance dans votre prise en charge par le médecin stagiaire ?

- Oui
- Non

12)Le fait que votre médecin traitant soit un enseignant maître de stage augmente t'il la confiance que vous avez en ce dernier ?

- Oui
- Non
- Sans opinion

13)Au final, quel (s) est (sont) le (les) sentiments que vous éprouvez concernant la présence d'un médecin stagiaire pendant la consultation ?

- Commentaire libre :**.....

ANNEXE 2 : Exemple d'un RIAP anonymisé (Janvier à Décembre 2011)

13/03/2012

SNIR

RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITÉ
ET DE PRESCRIPTIONS

JANVIER A DECEMBRE 2011

N° professionnel :

VOTRE ACTIVITE	VOTRE SITUATION		REFERENTIEL REGION	
	en volume	par patient	en volume	par patient
NB CONSULTATIONS	3871 **	2,85 **	4910	3,09
NB REMUNERATIONS ALD	128 **		168	
NB VISITES	313 **	0,23 ***	342	0,20
NB FORFAITS PEDIATRIQUES	4		5	0,01
NB MAJORATIONS NOURRISSON	307	0,22 ****	267	0,15
NB MAJORAT. ENFANTS 2-6 ANS	313	0,23 ****	280	0,17
NB MAJORAT. DEPLACEMENT JOUR	228		322	
MT ASTREINTES LIBERALES	1100 ***		800	
NB ACTES CHIRURGIE ET MEDICAUX	29 ***	0,02 **	16	0,03
MONTANT MOYEN REMBOURSABLE	16,79		33,06	
NB MODIFICATEURS URGENCE	2		3	
NB AUTRES ACTES REMBOURSES	12		3	
NB MAJORATIONS REGULEES	70 ****		29	
NB MAJORATIONS NON REGULEES	4 **		5	
NB TOTAL ACTES REMBOURSES	4225 **	3,11 **	5362	3,37
% NB ACCES MEDECIN TRAITANT	63,38		68,48	
% NB ACCES CORRESPONDANT	0,21		0,10	
% NB ACCES HORS RESIDENCE	0,02		0,36	
% NB ACCES EN URGENCE	0,99		0,82	
% NB ACCES HORS COORDINATION	6,90		6,11	
% NB EXCLUSIONS DU DISPOSITIF	28,47		20,98	
VOS PRESCRIPTIONS				
COEFF. SOINS INFIRMIERS	55787	40,98 ****	8601	5,27
COEFF. KINESITHERAPIE	16523	12,14 ****	13750	8,29
COEFF. BIOLOGIE	111531	81,94 **	157751	96,90
NOMBRE IJ	2632	37,07 ***	3797	32,72
MT REMBOURSABLE PHARMACIE	200504	147,32 **	320469	202,56
DONT % GENERIQUES	36,33		20,04	
MT REMBOURSABLE FOURNITURES	55526	40,79	41993	25,80
MT REMBOURSABLE TRANSPORTS	14298	10,50	9260	5,53
MT REMB. AUTRES PRESCRIPTIONS	58469	42,96	25482	15,29
VOS PATIENTS				
% PATIENTS EXONERES	18,93		25,60	
% PATIENTS CMU	4,44		8,11	
% ACTIFS AYANT EU DES IJ	11,91		15,09	
% MOINS DE 16 ANS	32,47		22,85	
% 16 A 59 ANS	49,02		55,61	
% 60 A 69 ANS	8,17		9,70	
% 70 ANS ET PLUS	10,33		11,82	
REMBOURSEMENTS				
	VOTRE SITUATION		REFERENTIEL REGION	
	en volume	par patient	en volume	par patient
MONTANTS REMBOURSABLES ACTES	110763 **		142569	
MONTANTS REMBOURSES ACTES	84388 *		112512	
MT RBSABLE PRESCRIPT /MT ACTES	6,34 ****		4,55	
%HONO SANS DEPASST/HONORAIRES	99,85		99,94	
TOTAL REMBOURSE	701810			

22076

118602258877507

S3322b

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations figurant sur ce document. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'organisme d'assurance maladie.

ANNEXE 3 : ICPC2 de la WONCA traduite en français

ICPC-2 – French	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L
International Classification of Primary Care – 2nd Edition	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/F du cou	L02 S/F du dos	L03 S/F des lombes
Wonca International Classification Committee (WICC)	B04 S/F du sang	F02 Oeil rouge	L04 S/F du thorax	L05 S/F du flanc et du creux axillaire	L06 S/F de la mâchoire
	B05 Peur du SIDA/ du VIH	F03 Écoulement de l'œil	L07 S/F de l'épaule	L08 S/F du bras	L09 S/F du coude
	B06 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/voies	L10 S/F du pied et de l'orteil	L11 S/F de la main et du doigt	L12 S/F de la hanche
	B07 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L13 S/F de la hanche	L14 S/F de la jambe et de la cuisse	L15 S/F du genou
	B08 Limitation de la fonction/incap. (B)	F06 Sensation oculaire anormale	L16 S/F de la cheville	L17 S/F du pied et de l'orteil	L18 Douleur musculaire
	B09 Autre S/F du syst. lymph./immunol.	F07 Apparence anormale de l'œil	L19 S/F musculaire NCA	L20 S/F d'une articulation NCA	L21 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
	B70 Adénite aigüe	F08 S/F de la paupière	L22 Peur autre maladie syst. ostéo-articulaire	L23 Limitation de la fonction/incap. (L)	L24 Autre S/F ostéo-articulaire
	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F09 S/F larmé	L25 Infection du syst. ostéo-articulaire	L26 Cancer du syst. ostéo-articulaire	L27 Fracture du radius/du cubitus
	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome Leucémie	F10 S/F lentilles de contact	L28 Fracture du tibia/du péroné	L29 Fracture de la main/du pied	L30 Fracture du fémur
	B73 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F11 Peur d'une maladie de l'œil	L31 Autre fracture	L32 Entorse de la cheville	L33 Entorse du genou
	B74 Autre cancer du sang	F12 Limitation de la fonction/incap. (F)	L34 Entorse articulaire NCA	L35 Luxation et subluxation	L36 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
	B75 Tumeur maligne/indét. sang/lymph.	F13 Autre S/F de l'œil	L37 Anom. congénitale ostéo-articulaire	L38 Syndrome cervical	L39 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
	B76 Rupture exutam. de la rate	F14 Tumeur de l'œil et des annexes	L39 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation	L40 Déformation acquise de la colonne	L41 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F15 Conjonctivite infectieuse	L42 Bursite, tendinite, synovite NCA	L43 Polyarthrite rhumatoïde séropositive	L44 Coxarthrose
	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F16 Conjonctivite allergique	L45 Gonarthrose	L46 Autre arthrose	L47 Syndrome de l'épaule
	B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate	F17 Biphérite, cécite, chalazion	L48 Coudé du joueur de tennis	L49 Ostéochondrose	L50 Ostéoporose
	B80 Anémie par déficience en fer	F18 Autre infection/inflammation de l'œil	L51 Lésion aigüe interne du genou	L52 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L53 Déformation acquise membres inf.
	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F19 CE dans l'œil	L54 Autre maladie ostéo-articulaire		
	B82 Autre anémie/indét.	F20 Conjonctivite infectieuse			
	B83 Purpura/défaut de coagulation	F21 Conjonctivite allergique			
	B84 Globules blancs anormaux	F22 Biphérite, cécite, chalazion			
	B85 Splénomégalie	F23 Autre infection/inflammation de l'œil			
	B86 Infection par le virus HIV, SIDA	F24 Tumeur de l'œil et des annexes			
	B89 Autre maladie sang/lymph/rate	F25 Conjonctivite infectieuse			
		F26 Limitation de la fonction/incap. (F)			
		F27 Peur d'une maladie de l'œil			
		F28 Autre S/F de l'œil			
		F29 Conjonctivite infectieuse			
		F30 Conjonctivite allergique			
		F31 Biphérite, cécite, chalazion			
		F32 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F33 Conjonctivite infectieuse			
		F34 Tumeur de l'œil et des annexes			
		F35 Conjonctivite allergique			
		F36 Biphérite, cécite, chalazion			
		F37 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F38 Conjonctivite infectieuse			
		F39 Conjonctivite allergique			
		F40 Biphérite, cécite, chalazion			
		F41 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F42 Conjonctivite infectieuse			
		F43 Conjonctivite allergique			
		F44 Biphérite, cécite, chalazion			
		F45 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F46 Conjonctivite infectieuse			
		F47 Conjonctivite allergique			
		F48 Biphérite, cécite, chalazion			
		F49 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F50 Conjonctivite infectieuse			
		F51 Conjonctivite allergique			
		F52 Biphérite, cécite, chalazion			
		F53 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F54 Conjonctivite infectieuse			
		F55 Conjonctivite allergique			
		F56 Biphérite, cécite, chalazion			
		F57 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F58 Conjonctivite infectieuse			
		F59 Conjonctivite allergique			
		F60 Biphérite, cécite, chalazion			
		F61 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F62 Conjonctivite infectieuse			
		F63 Conjonctivite allergique			
		F64 Biphérite, cécite, chalazion			
		F65 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F66 Conjonctivite infectieuse			
		F67 Conjonctivite allergique			
		F68 Biphérite, cécite, chalazion			
		F69 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F70 Conjonctivite infectieuse			
		F71 Conjonctivite allergique			
		F72 Biphérite, cécite, chalazion			
		F73 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F74 Conjonctivite infectieuse			
		F75 Conjonctivite allergique			
		F76 Biphérite, cécite, chalazion			
		F77 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F78 Conjonctivite infectieuse			
		F79 Conjonctivite allergique			
		F80 Biphérite, cécite, chalazion			
		F81 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F82 Conjonctivite infectieuse			
		F83 Conjonctivite allergique			
		F84 Biphérite, cécite, chalazion			
		F85 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F86 Conjonctivite infectieuse			
		F87 Conjonctivite allergique			
		F88 Biphérite, cécite, chalazion			
		F89 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F90 Conjonctivite infectieuse			
		F91 Conjonctivite allergique			
		F92 Biphérite, cécite, chalazion			
		F93 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F94 Conjonctivite infectieuse			
		F95 Conjonctivite allergique			
		F96 Biphérite, cécite, chalazion			
		F97 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F98 Conjonctivite infectieuse			
		F99 Conjonctivite allergique			
		F00 Biphérite, cécite, chalazion			
		F01 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F02 Conjonctivite infectieuse			
		F03 Conjonctivite allergique			
		F04 Biphérite, cécite, chalazion			
		F05 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F06 Conjonctivite infectieuse			
		F07 Conjonctivite allergique			
		F08 Biphérite, cécite, chalazion			
		F09 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F10 Conjonctivite infectieuse			
		F11 Conjonctivite allergique			
		F12 Biphérite, cécite, chalazion			
		F13 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F14 Conjonctivite infectieuse			
		F15 Conjonctivite allergique			
		F16 Biphérite, cécite, chalazion			
		F17 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F18 Conjonctivite infectieuse			
		F19 Conjonctivite allergique			
		F20 Biphérite, cécite, chalazion			
		F21 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F22 Conjonctivite infectieuse			
		F23 Conjonctivite allergique			
		F24 Biphérite, cécite, chalazion			
		F25 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F26 Conjonctivite infectieuse			
		F27 Conjonctivite allergique			
		F28 Biphérite, cécite, chalazion			
		F29 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F30 Conjonctivite infectieuse			
		F31 Conjonctivite allergique			
		F32 Biphérite, cécite, chalazion			
		F33 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F34 Conjonctivite infectieuse			
		F35 Conjonctivite allergique			
		F36 Biphérite, cécite, chalazion			
		F37 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F38 Conjonctivite infectieuse			
		F39 Conjonctivite allergique			
		F40 Biphérite, cécite, chalazion			
		F41 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F42 Conjonctivite infectieuse			
		F43 Conjonctivite allergique			
		F44 Biphérite, cécite, chalazion			
		F45 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F46 Conjonctivite infectieuse			
		F47 Conjonctivite allergique			
		F48 Biphérite, cécite, chalazion			
		F49 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F50 Conjonctivite infectieuse			
		F51 Conjonctivite allergique			
		F52 Biphérite, cécite, chalazion			
		F53 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F54 Conjonctivite infectieuse			
		F55 Conjonctivite allergique			
		F56 Biphérite, cécite, chalazion			
		F57 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F58 Conjonctivite infectieuse			
		F59 Conjonctivite allergique			
		F60 Biphérite, cécite, chalazion			
		F61 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F62 Conjonctivite infectieuse			
		F63 Conjonctivite allergique			
		F64 Biphérite, cécite, chalazion			
		F65 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F66 Conjonctivite infectieuse			
		F67 Conjonctivite allergique			
		F68 Biphérite, cécite, chalazion			
		F69 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F70 Conjonctivite infectieuse			
		F71 Conjonctivite allergique			
		F72 Biphérite, cécite, chalazion			
		F73 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F74 Conjonctivite infectieuse			
		F75 Conjonctivite allergique			
		F76 Biphérite, cécite, chalazion			
		F77 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F78 Conjonctivite infectieuse			
		F79 Conjonctivite allergique			
		F80 Biphérite, cécite, chalazion			
		F81 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F82 Conjonctivite infectieuse			
		F83 Conjonctivite allergique			
		F84 Biphérite, cécite, chalazion			
		F85 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F86 Conjonctivite infectieuse			
		F87 Conjonctivite allergique			
		F88 Biphérite, cécite, chalazion			
		F89 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F90 Conjonctivite infectieuse			
		F91 Conjonctivite allergique			
		F92 Biphérite, cécite, chalazion			
		F93 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F94 Conjonctivite infectieuse			
		F95 Conjonctivite allergique			
		F96 Biphérite, cécite, chalazion			
		F97 Autre infection/inflammation de l'œil			
		F98 Conjonctivite infectieuse			
		F99 Conjonctivite allergique			
		F00 Biphérite, cécite, chalazion			

Psychologique	P	Peau	S	U	Uretré	Syst. génital masculin et sein	Y
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension		S01 Douleur/hypersensibilité de la peau		U01	U01	Y01 Douleur du pénis	
P02 Réaction de stress aiguë		S02 Prurit		U05	U05	Y02 Douleur des testicules, du scrotum	
P03 Sensation de dépression		S03 Verrue		U06	U06	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme	
P04 Sentiments/comport. irritable/colère		S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau		U07	U07	Y04 Autre S/P du pénis	
P05 Sensation vieux, incommode/séniile		S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau		U08	U08	Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum	
P06 Perturbation du sommeil		S06 Eruption localisée		U09	U09	Y06 Autre S/P fonction sexuelle homme	
P07 Diminution du désir sexuel		S07 Eruption généralisée		U85	U85	Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme	
P08 Diminution accomplissement sexuel		S08 Modification de la couleur de la peau		U86	U86	Y11 Stérilisation de l'homme	
P09 Préoccupation sur identité sexuelle		S09 Doigt/oreille infecté		U88	U88	Y12 Autre FF chez l'homme	
P10 Bécèlement, bredouillement, etc		S10 Furoncle/anthrax		U89	U89	Y16 S/P du sein chez l'homme	
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant		S11 Infection post-traumat. de la peau				Y24 Peur dysfonction sexuelle homme	
P12 Emuresie		S12 Piqûre d'insecte				Y25 Peur d'une MST chez l'homme	
P13 Encoprésie		S13 Morsure animale/humaine				Y26 Peur d'un cancer génital homme	
P15 Alcoolisme chronique		S14 Brûlure cutanée				Y27 Peur autre maladie génitale homme	
P16 Alcoolisation aiguë		S15 CE dans la peau				Y28 Autre num. génit. bén./indét. homme	
P17 Usage abusif du tabac		S16 Erythème/eczéma				Y29 Autre S/P génitale chez l'homme	
P18 Usage abusif de médicament		S17 Erafure, écorchure, ampoule				Y70 Syphilis chez l'homme	
P19 Usage abusif de drogue		S18 Coupure/lacération				Y71 Gonococque chez l'homme	
P20 Perturbation de la mémoire		S19 Autre lésion traumat. de la peau				Y72 Herpes génital chez l'homme	
P22 S/P du comportement de l'adulte		S20 Cor/callusité				Y73 Prostate/vésicule séminale	
P23 S/P du comportement de l'adolescent		S21 S/P au sujet de la texture de la peau				Y74 Orchite/épididymite	
P24 P. spécifique de l'apprentissage		S22 S/P de l'ongle				Y75 Balanite	
P25 Problèmes de phase de vie adulte		S23 Calvitie/perde de cheveux				Y76 Condylome acuminé chez l'homme	
P27 Peur d'un trouble mental		S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu				Y77 Cancer de la prostate	
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)		S25 Peur du cancer de la peau				Y78 Autre cancer génital chez l'homme	
P29 Autre S/P psychologique		S27 Peur d'une autre maladie de la peau				Y79 Autre num. génit. bén./indét. homme	
P30 Démence		S28 Limitation de la fonction/incap. (S)				Y80 Lésion traumat. génitale homme	
P31 Autre psychose organique		S29 Autre S/P de la peau				Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce	
P32 Schizophrénie		S30 Zozes				Y82 Hypopadias	
P33 Psychose affective		S31 Herpes simplex				Y83 Ectopie testiculaire	
P34 Trouble anxieux/dét. anxieux		S32 Gale/autre acariose				Y84 Autre anom. congénitale homme	
P35 Trouble somatoforme		S33 Pédiculose/autre infestation peau				Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate	
P36 Dépression		S34 Dermatozytose				Y86 Hydrocèle	
P37 Suicide/tentative de suicide		S35 Moniliasis/candidose de la peau				Y99 Autre maladie génitale chez l'homme	
P38 Neurasthénie, surmenage		S36 Autre maladie infectieuse de la peau					
P39 Phobie, trouble obsessionnel compulsif		S37 Cancer de la peau					
P40 Trouble de la personnalité		S38 Lipome					
P61 Trouble hyperkinétique		S39 Autre tumeur bén./indét. de la peau					
P62 Syndrome de stress post-traumatique		S40 Kératose actinique/coup de soleil					
P63 Retard mental		S41 Hémangiome lymphangiome					
P66 Anorexie mentale, boulimie		S42 Naevus/naevus pigmentaire					
P68 Autre psychose NCA		S43 Autre anom. congénitale de la peau					
P69 Autre trouble psychologique		S44 Impétigo					
P70		S45 Kyste/entule pilonidale					
P71		S46 Dermite séborrhéique					
P72		S47 Dermite atopique/eczéma					
P73		S48 Dermite et allergie de contact					
P74		S49 Erythème fessier					
P75		S50 Pyoriasis rosé					
P76		S51 Psoriasis					
P77		S52 Maladie des glandes sudoripares					
P78		S53 Kyste sébacé					
P79		S54 Ongle incarné					
P80		S55 Molluscum contagiosum					
P81		S56 Acné					
P82		S57 Ulcère chronique de la peau					
P83		S58 Urticaire					
P84		S59 Autre maladie de la peau					
P85							
P86							
P87							
P88							
P89							
P90							
P91							
P92							
P93							
P94							
P95							
P96							
P97							
P98							
P99							
P00							
P01							
P02							
P03							
P04							
P05							
P06							
P07							
P08							
P09							
P10							
P11							
P12							
P13							
P14							
P15							
P16							
P17							
P18							
P19							
P20							
P21							
P22							
P23							
P24							
P25							
P26							
P27							
P28							
P29							
P30							
P31							
P32							
P33							
P34							
P35							
P36							
P37							
P38							
P39							
P40							
P41							
P42							
P43							
P44							
P45							
P46							
P47							
P48							
P49							
P50							
P51							
P52							
P53							
P54							
P55							
P56							
P57							
P58							
P59							
P60							
P61							
P62							
P63							
P64							
P65							
P66							
P67							
P68							
P69							
P70							
P71							
P72							
P73							
P74							
P75							
P76							
P77							
P78							
P79							
P80							
P81							
P82							
P83							
P84							
P85							
P86							
P87							
P88							
P89							
P90							
P91							
P92							
P93							
P94							
P95							
P96							
P97							
P98							
P99							
P00							
P01							
P02							
P03							
P04							
P05							
P06							
P07							
P08							
P09							
P10							
P11							
P12							
P13							
P14							
P15							
P16							
P17							
P18							
P19							
P20							
P21							
P22							
P23							
P24							
P25							
P26							
P27							
P28							
P29							
P30							
P31							
P32							
P33							
P34							
P35							
P36							
P37							
P38							
P39							
P40							
P41							
P42							
P43							
P44							
P45							

ANNEXE 4 : Affiche d'information pour les patients, distribuée aux maîtres de stage par le DUMG de la Faculté de Médecine de ROUEN



La durée de formation des Médecins Généralistes est de 9 ans. La Médecine Générale est devenue une spécialité médicale.

Les étudiants effectuent au cours de leurs trois années de spécialisation 2 stages en médecine générale.

Le premier stage en cabinet médical est appelé *«Stage chez le praticien»*

Le médecin qui accueille les stagiaires est MSU *« Maître de Stage universitaire »*.

L'interne assiste aux consultations et aux visites et il est parfois amené à effectuer seul des consultations. Il reste toujours sous le contrôle de le MSU.

La liberté vous est laissée d'accepter, ou non, la présence de l'interne lors des consultations. Il suffit d'en informer la secrétaire ou le MSU.

Le deuxième stage en cabinet médical est appelé *«Stage en autonomie»*

L'interne n'est alors plus un simple stagiaire, mais un véritable assistant qui consulte seul sous le contrôle (indirect) du maître de le MSU.

S'il n'est pas présent dans les locaux de consultations, le MSU peut être joint à tout moment par l'interne.

La liberté vous est laissée d'accepter ou non la consultation par l'interne. Il suffit d'en informer la secrétaire.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Hermil'.

Pr. Jean-Loup HERMIL
Coordinateur du DES de Médecine Générale
à la Faculté de Médecine de Rouen

XI. ABREVIATIONS

ARS : Agences Régionales de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECOS : Examen Clinique Objectif Standardisé

ENC : Examen National Classant

ICPC2 : International Classification of Primary Care – Second Edition

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

JO : Journal Officiel

MSU : Maître de Stage Universitaire

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires et en Autonomie Supervisée

SCI-SCM : Société Civile Immobilière – Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SELARL : Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNIR : Système National Inter-Régimes

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

TCS : Test de Concordance de Scripts

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners – Family Physicians

XII. BIBLIOGRAPHIE

1. MORRISON J.M., MURRAY TS. *Preliminary study into the opinions of patients about the presence of medical students in the general practice consultation.* Health Bulletin, 1995 ; 53(6) : 343-4
2. BENTHAM J., BURKE J., CLARK J. and al. *Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients.* Med Educ., 1999, September ; 33 (9) : 686-7
3. BENSON J., QUINCE T., HIBBLE A. and al. *Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching : observational and qualitative study.* BMJ, 2005, Jul 9 ; 331 (7508) : 89.
4. MONNICKENDAM S.M., VINKER S., ZALEWSKI S. and al. *Patients' attitudes towards the presence of medical students in family practice consultations.* Isr Med Assoc J., 2001, Dec ; 3 (12) : 903-6
5. REICHGOTT M.J., SCHWARTZ J.S. *Acceptance by Private Patients of Resident Involvement in Their Outpatient Care.* Journal of Medical Education, 1983, 58 : 703-709
6. JONES S., OSWALD N., DATE J. and al. *Attitudes of patients to medical student participation : general practice consultations on the Cambridge Community-Based Clinical Course.* Med Educ., 1996, Jan ; 30(1) : 14-7.
7. JONES S., OSWALD N. *Medical students in general practice.* The British Journal of General Practice, 1994, April ; 44(381) : 184-185
8. O'FLYNN N., SPENCER J., JONES R. *Does teaching during a general practice consultation affect patient care ?* The British Journal of General Practice, 1999, Jan ; 49 (438) : 7-9
9. SALISBURY K., FARMER E.A, VNUK A. *Patients' views on the training of medical students in Australian general practice settings.* Aust Fam Physician, 2004, Apr ; 33(4) : 281 – 3
10. RICHARDSON I.M. *Patients and students in general practice.* J R Coll Gen Pract., 1970, November ; 20(100) : 285-287
11. CHOUCOURY T.R., MOOSA A., CUSHING A. and al. *Patient's attitude towards the presence of medical students during consultations.* Medical Teacher, 2006 ; 28 : 198-203

12. KLJATOVIC M., PARKIN C. *The presence of medical students in practice consultations. Rates of patient consent.* Aust Fam Physician, 2002, May ; 31 (5) : 487-9
13. RYAN J.G.P. *Acceptance by patients of the student in general practice.* Aust Fam Physician, 1976
14. COOKE F., GALASKO G., RAMRAKHA V. and al. *Medical students in general practice: how do patients feel?* The British Journal of General Practice, 1996, Jun ; 46 (407) : 361-362
15. JONES S., OSWALD N., DATE J. and al. *Attitudes of patients to medical student participation : general practice consultations on the Cambridge Community-Based Clinical Course.* Med Educ., 1996, Jan ; 30(1) : 14-7.
16. JONES S., OSWALD N. *Medical students in general practice.* The British Journal of General Practice, 1994, April ; 44(381) : 184-185
17. HAFFLING A.C, HAKANSSON A. *Patients consulting with students in general practice : survey of patients' satisfaction and their role in teaching.* Med Teach. 2008 ; 30(6) : 622-9
18. PRICE R., SPENCER J., WALKER J. *Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations ?* Med Educ. 2008, Apr ; 42 (4) : 374-81
19. PRISLIN M.D., MORRISON E., GIGLIO M. and al. *Patients' perception of medical students in a longitudinal family medicine clerkship.* Family Medicine. 2001 ; 33 : 187-91
20. BRESO F. *Le nouveau stage chez le praticien généraliste : à partir d'une enquête auprès de 192 patients, de leurs médecins, et du résident stagiaire.* Th : Méd : Grenoble : 1988 ; N°1998GRE15102
21. MASSAT ARSICOT C. *L'interne en cabinet de Médecine Générale : Opinion et critères de jugement des patients.* Th : Méd : Tours : 2011
22. CHIARINI S. *Le stage de six mois chez le praticien : Premiers bilans ; Enquête réalisée auprès des maîtres de stage et des résidents de Lorraine.* Th : Méd : Nancy I : 1999 ; N°1999NAN11058
23. RIVIERE J-P. *Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien.* Thèse Médecine : Paris 7 Bichat : 1998 ; N°1998PA07B044

24. HOANG D. *Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire 3 ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien*. Th : Méd : Paris 7 Bichat : 2002 ; N°2002PA07B002
25. JAGLALE-LETNIEWSKI C. *L'interne en consultation de médecine générale : avis des patients et influence sur la patientèle*. Th : Méd : Lille : 2009
26. BUR M. *Le stage de six mois de médecine générale. Avis des patients sur la présence du stagiaire. Répercussion de sa présence sur la relation médecin-malade. Enquête réalisée auprès de 134 patients de 50 maîtres de stage du Bas-Rhin*. Th : Méd : Strasbourg : 2002 ; N°2002STR11069
27. CIABRINI N. *Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ?* Th : Méd : Paris 6 Saint Antoine : 2002 ; N°2002PA062001
28. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article R6153-2. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
29. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Article R6153-3. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
30. LOI N°2008-112 du 08 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale, parue au Journal Officiel du 09 février 2008. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
31. DECRET N°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale, paru au Journal Officiel du 30 Juillet 2008. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
32. ARRETE du 04 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales, paru au Journal Officiel du 9 février 2011. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
33. ARRETE du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine, paru au Journal Officiel du 07 juillet 2011. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
34. DECRET N°2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, paru au Journal Officiel du 12 août 2011. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

35. LOI N°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, parue au Journal Officiel du 26 décembre 1982. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
36. DECRET N°97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret N°88-321 du 07 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
37. DECRET N°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
38. DECRET N°97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret N°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
39. LOI N°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, Article 60, parue au Journal Officiel du 18/01/2002. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
40. DECRET N°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
41. ARRETE du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, paru au Journal Officiel du 06 octobre 2004. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
42. LOI N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 8^{ème} Alinéa de l'Article L4130.1, parue au Journal Officiel du 22 Juillet 2009. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
43. DECRET N°2010-700 du 25 Juin 2010 modifiant le décret N°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, paru au Journal Officiel du 27 Juin 2010. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
44. WONCA EUROPE 2002, LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE – MEDECINE DE FAMILLE, Traduction de l'anglais, [en ligne] disponible sur <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
45. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne] disponible sur <http://www.cnrtl.fr/etymologie/patient>

46. Dictionnaire Larousse © [en ligne] disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient%20patiente/58655#58298>
47. The American Heritage® Medical Dictionary Copyright © 2007, 2004 by Houghton Mifflin Company
48. Département Universitaire de Médecine Générale de l'UFR Médecine-Pharmacie de ROUEN. [en ligne] disponible sur http://www.univ-rouen.fr/MX410_100/0/fiche_DPM__formation/
49. ARRETE du 10 aout 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, paru au Journal Officiel du 28/08/2010. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
50. ARRETE du 03 mai 2011 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, paru au Journal Officiel du 19 mai 2011. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
51. ARRETE du 11 juillet 2011 modifiant l'arrêté du 3 mai 2011 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, paru au Journal Officiel du 13 Aout 2011. [en ligne] disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
52. Dr ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} Janvier 2012 – Tome II. [en ligne] disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>
53. Dr ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., Conseil National de l'Ordre des Médecins, La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, Situation au 1^{er} Juin 2011. [en ligne] disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
54. INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [en ligne] disponible sur <http://www.insee.fr>
55. Syndicat National des Enseignants en Médecine Générale (SNEMG). [en ligne] disponible sur <http://www.snemg.fr>

Le stage praticien ambulatoire de premier niveau est un moment important dans la formation des internes de médecine générale.

Il s'agit d'une véritable formation sur le terrain en place depuis de nombreuses années, délivrée par des médecins généralistes expérimentés.

Comment cette présence est-elle vécue par le patient ? A t'elle des conséquences sur le déroulement de la consultation ?

Nous avons réalisé une enquête descriptive multicentrique (par questionnaire) auprès d'un échantillon représentatif de patients Hauts-Normands venant consulter leur médecin traitant maître de stage.

Il en ressort que la présence d'un tiers en stage, pendant la consultation, est dans l'ensemble plutôt bien acceptée par les patients, démontrant leur intérêt pour la formation pratique ambulatoire de ces futurs praticiens.

Cette étude a permis de mettre en lumière quelques insuffisances (niveau d'information des patients, recherche de leur accord...), et nous avons ainsi proposé quelques pistes d'améliorations.

Mots clés :

Stage praticien ambulatoire de premier niveau

Interne de médecine générale

Patient

Médecin traitant maître de stage

Consultation