

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BRUNEL Julien et TAULE Alexis

Présentée et soutenue publiquement le 4 mars 2021

Pourquoi les patients acceptent ou refusent de consulter l'interne dans le cadre du SASPAS : Étude qualitative réalisée dans les départements du Puy de Dôme et du Cantal en 2020.

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé, CHU Clermont-Ferrand (DMG)

Président du jury : Monsieur CLAVELOU Pierre, Doyen, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand  
Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand





UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
par

BRUNEL Julien et TAULE Alexis

Présentée et soutenue publiquement le 4 mars 2021

Pourquoi les patients acceptent ou refusent de consulter l'interne dans le cadre du SASPAS : Étude qualitative réalisée dans les départements du Puy de Dôme et du Cantal en 2020.

Directeur de thèse : Monsieur TANGUY Gilles, Professeur Associé, CHU Clermont-Ferrand (DMG)

Président du jury : Monsieur CLAVELOU Pierre, Doyen, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand  
Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

# UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT  
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE  
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **WILLIAMS** Benjamin  
: **HENRARD** Pierre  
  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PAQUIS** François



## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **CHAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF	Franck Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	GILAIN Laurent O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie

M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

**PROFESSEURS DE  
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE  
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

**PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES**

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRACTICIENS HOSPITALIERS**

### ***MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

### ***MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

### ***MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence



## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

## **Remerciements**

### **Remerciements communs**

Au Pr CLAVELOU, Professeur des Universités, Doyen de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, Praticien Hospitalier en Neurologie du CHU de Clermont-Ferrand, pour avoir accepté de présider notre jury.

Au Pr CLEMENT, Professeur des Universités, Médecin Généraliste, pour avoir accepté de participer à notre jury.

Au Pr VORILHON, Professeur des Universités, Médecin Généraliste pour avoir accepté de participer à notre jury.

Au Dr Gilles TANGUY, Maître de Conférence Associé des Universités, Médecin Généraliste, pour avoir accepté de diriger notre travail de thèse et de nous avoir guidés tout au long de cette année.

Aux MSU ayant accepté de participer à notre travail de thèse en nous mettant à disposition leur patientèle.

Aux patients ayant accepté de nous rencontrer – en particulier pendant cette année pleines d’incertitudes – sans qui ce travail n’aurait pas été possible.

Aux personnels de la Bibliothèque Universitaire de Clermont-Ferrand, pour leur aide dans notre recherche bibliographique.

### **Remerciements d’Alexis**

#### **A mes maîtres et collègues.**

Au Dr LASSUS, Dr DALBIN et Dr FIRMINHAC de m’avoir appris la médecine générale sur le terrain et de m’avoir conseillé durant l’internat.

Aux médecins et aux équipes soignantes de tous les stages où je suis passé durant cet internat : le service de médecine interne d’Aurillac, les urgences d’Issoire, les urgences pédiatriques d’Estaing et le service de rééducation de Clémentel. De magnifiques personnes dévouées aux soins de la population dont on ne parle pas assez...

#### **A mes proches.**

A mes parents et à mes frères de m’avoir soutenu dans ce long périple des études de médecine et d’avoir fait ce que je suis aujourd’hui.

A mes amis de longue date du collège et du Lycée : Dimitri, Gaétan, Adrian, Morand, Damien et à la bande des bambous dans son ensemble. J’espère avoir encore de nombreuses parties de Catan ou de Padel à disputer avec vous.

A mes amis d’externats de médecine : Lucie et Martin mais aussi Pierre Louis, Clément, Damien et Thomas pour les nombreuses soirées passées à débattre devant les matchs de l’ASM.

A mes amis d'internats, notamment du premier semestre d'Aurillac pour tous les bons moments passés ensemble. Au collègues et amies des urgences pédiatriques : Laura, Albane, Zoé, Bayane et Chloé pour la bonne ambiance de travail et le soutien dans les moments difficiles.

A la bande de Roquetorte : Camille, Lulu, Claire et Chloé pour m'avoir supporté dans cette magnifique coloc.

A Lise et Emily pour avoir été un bon public et m'avoir aidé dans cette dernière année.

Et enfin merci à Julien pour ce travail en commun réalisé dans cette année difficile.

### **Remerciements de Julien**

A Ophélie, qui partage ma vie depuis 7 ans. Merci d'être toujours présente pour moi.

A ma famille, pour m'avoir accompagné jusqu'ici. Merci pour votre soutien et vos conseils.

Une pensée particulière pour mes grands-parents qui se sont occupés de moi, de mes frères et sœur pendant des années parfois difficiles. Et qui continuent de le faire.

A Mathieu, pour m'avoir conseillé bien plus que je ne saurais l'admettre.

A Victor, mon meilleur ami depuis longtemps. Merci pour la musique, les longues heures de jeux et de rires.

A Véronique et Adam pour leur travail de relecture.

A mes amis du Tutorat Santé de Tours, un groupe toujours soudé. Nous nous reverrons.

A mes amis Clermontois qui m'ont accompagné durant ses six semestres d'internat.

A mes maitres de stage, qui m'ont appris, conseillé et épaulé durant l'internat.

A Alexis, qui a accepté de travailler avec moi sur ce sujet pendant plus d'un an.

<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
1.1. Historique du diplôme d'études spécialisées de médecine générale .....	13
1.2. Définition et objectifs du SASPAS.....	13
1.3. Etat des connaissances sur la relation patient- interne.....	14
<b>2. METHODOLOGIE.....</b>	<b>16</b>
2.1. Choix de l'étude qualitative et de l'entretien semi-dirigé.....	16
2.2. Formation des chercheurs.....	17
2.3. Échantillonnage.....	17
2.3.1. Population étudiée.....	17
2.3.2. Mode de recrutement.....	17
2.4. Elaboration du guide d'entretien.....	18
2.5. Recueil des données.....	19
2.5.1. Déroulement de l'entretien.....	19
2.5.2. Retranscription.....	20
2.5.3. Éthique.....	20
2.6. Analyse.....	21
2.6.1. Analyse transversale.....	21
2.6.2. Triangulation des chercheurs.....	21
2.6.3. Communication.....	21
<b>3. RÉSULTATS ET ANALYSES.....</b>	<b>22</b>
3.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.....	22
3.2. Analyse des verbatims.....	23
3.2.1. Sur un plan organisationnel.....	24
a. L'accès aux soins facilité.....	24
b. L'habitude de voir des internes.....	24
c. Le type d'exercice du médecin traitant.....	25
d. La présence du dossier patient.....	25
e. La maquette du stage.....	26
3.2.2. Concernant les motifs de consultation.....	26
3.2.3. Sur le plan relationnel.....	27
a. Un nouvel interlocuteur.....	27
b. Une nouvelle relation comportant des bénéfices.....	28
c. La confiance dans le médecin traitant.....	29
3.2.4. L'interne et sa formation.....	30
a. Des études reconnues comme longues et difficiles.....	30

b.	Un manque d'expérience et une certaine jeunesse.....	31
c.	Une connaissance du statut de l'interne et du stage floue.....	31
d.	Le sexe de l'interne.....	32
3.2.5.	Axe d'amélioration .....	33
a.	L'information sur la présence de l'interne .....	33
b.	Demande d'informations sur l'interne.....	33
c.	Demande d'informations sur le déroulement du stage.....	34
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>36</b>
4.1.	Forces et limites .....	36
4.1.1.	Sujet peu traité.....	36
4.1.2.	Biais de recrutement .....	36
4.1.3.	Biais lié aux chercheurs .....	37
4.1.4.	Biais de mémoire.....	37
4.1.5.	Biais d'analyse .....	37
4.2.	Discussion des résultats .....	38
4.2.1.	Sur le plan organisationnel.....	38
4.2.2.	Concernant les motifs de consultation.....	39
4.2.3.	Sur le plan relationnel .....	40
4.2.4.	L'interne et sa formation.....	42
4.2.5.	Perspectives.....	43
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>46</b>
	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>48</b>
	<b>Annexe I.....</b>	<b>50</b>
	<b>Annexe II.....</b>	<b>52</b>
	<b>Annexe III.....</b>	<b>54</b>
	<b>Annexe IV .....</b>	<b>55</b>

## Liste des abréviations

DUMG : département universitaire de médecine générale

ECN : examen classant national

EHPAD : Etablissement hospitalier pour adultes dépendants

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : Maître de stage universitaire

MT : Médecin traitant

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisé

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Historique du diplôme d'études spécialisées de médecine générale

En Septembre 2004, l'ECN est créé et la médecine générale devient une spécialité au même titre que les autres. Le Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisé (SASPAS) est instauré (1).

La réforme du troisième cycle de 2017 met en place un apprentissage en plusieurs phases : la phase socle (d'une durée d'un an) puis une phase d'approfondissement de deux à trois ans et enfin, une phase de consolidation. En médecine générale, seules les deux premières phases sont possibles pour le moment (2).

La phase socle comporte un stage dans un service d'urgences et un stage libéral dit "de niveau 1". Au cours de ce dernier, l'interne consulte conjointement avec un maître de stage universitaire (MSU). A la fin de ce stage, une mise en autonomie est prévue, premier aperçu du SASPAS. La phase d'approfondissement comporte un stage de médecine adulte, un stage de pédiatrie, un stage en santé de la femme - ces deux derniers stages sont parfois couplés pour des raisons de disponibilité - et le SASPAS.

## 1.2. Définition et objectifs du SASPAS.

L'objectif du SASPAS est l'exercice professionnel de la médecine générale, en autonomie que ce soit en cabinet, en visite à domicile, en EHPAD ou dans toute autre activité accessible à un médecin généraliste (centre de prévention, crèches etc.). Le tout sous la supervision indirecte d'un MSU, joignable à tout moment en cas de difficultés et complétée par un débriefing « à distance » des consultations. Il permet aux internes de médecine générale - principalement encore formés à l'hôpital - de progresser dans la gestion des situations chroniques en constituant une file active de patients, d'apprendre la gestion d'un cabinet et de se créer un réseau de

professionnels. L'interne en SASPAS doit effectuer entre 6 à 12 actes par demi-journée et pas plus de 2 jours consécutivement chez le même médecin (3, 4). Il bénéficie de deux évaluations par semestre par son MSU.

### 1.3. Etat des connaissances sur la relation patient - interne.

Plusieurs travaux ont exploré le ressenti des internes et des MSU durant le SASPAS qui est très positif (5). D'autres travaux ont exploré le ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS, notamment les thèses des Drs VALLEE et RACAUD-ALLAINMAT avec des méthodes qualitatives. Tous faisaient le constat d'une bonne satisfaction, avec une très grande majorité des patients déclarant être prêts à reconsulter un interne. Mais ils notaient que des progrès étaient à faire dans l'information donnée aux patients (6, 7).

En effet, ces études montrent qu'une partie des patients sont mal informés de la présence de l'interne en SASPAS et du fonctionnement du stage. De plus, comme le montre les Drs MACAULT et VANHAECKE dans leurs thèses respectives, les patients manquent de connaissances en ce qui concerne les études de médecine générale, le rôle et le statut de l'interne (8, 9).

Mais ces thèses ne concernent que les patients qui ont consulté un interne. De façon empirique, nous savons que certains patients refusent systématiquement ou occasionnellement de consulter un interne en SASPAS. A notre connaissance, une seule étude s'est intéressée aux motifs d'acceptation et de refus des patients pour consulter un interne (10). Cette étude quantitative a été réalisée avec des questionnaires mis à disposition dans la salle d'attente. Parmi les questionnaires retournés, 13% des patients refusent de consulter un interne. Cependant, aucune étude qualitative n'a été réalisée sur les motifs de ces refus.



**L'objectif principal** de notre étude est donc de mettre en évidence les facteurs en jeu dans l'acceptation ou le refus de voir l'interne en SASPAS via une méthode qualitative qui vise à recueillir les impressions des patients de manière plus directe et plus précise qu'une méthode quantitative.

L'objectif secondaire est de trouver des pistes d'amélioration pour permettre de diminuer encore le nombre de personnes refusant de consulter l'interne en SASPAS.

## 2. METHODOLOGIE.

### 2.1. Choix de l'étude qualitative et de l'entretien semi-dirigé.

La méthode qualitative est très courante en sociologie et se développe de plus en plus en médecine générale. Elle est adaptée aux travaux exploratoires en se basant sur l'observation et l'écoute des personnes interrogées. Elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte réel, en s'efforçant de leur donner un sens et de les interpréter en faisant appel aux significations que les gens leur attribuent. (11)

Elle permet une approche globale sur la complexité des comportements humains. C'est une méthode de recherche évolutive faisant apparaître des thèmes nouveaux permettant par la suite d'adapter la grille d'entretien.

De plus, la méthode qualitative permet de répondre aux questions de recherche concernant le « pourquoi » et le « comment ». L'objectif de l'étude n'est pas de faire seulement un état des lieux mais d'identifier et de comprendre les raisons qui poussent un patient à consulter ou non un interne en SASPAS. La démarche inductive de cette méthode étant pour nous la plus judicieuse.

Pour cette étude qualitative, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Tout d'abord, car nous disposions déjà d'hypothèses amenées par les différentes études quantitatives sur le sujet. Ensuite, parce que cette méthode nous semblait plus à même de libérer la parole des patients. Enfin, elle est plus facile à mettre en œuvre que des groupes de paroles.

## 2.2. Formation des chercheurs.

Notre formation à la recherche qualitative s'est effectuée, lors de sessions réalisées par des enseignants du DUMG, ainsi qu'en congrès et de façon personnelle en utilisant les ressources de la bibliothèque universitaire (BU).

Il nous a fallu apprendre et comprendre comment se déroule une étude qualitative et vers quel type d'entretien nous allions nous tourner pour notre thèse. Nous avons aussi appris à rédiger une grille d'entretien, à recruter des personnes et à réaliser des entretiens notamment lors de la formation proposée par le DMG de Clermont Ferrand.

## 2.3. Échantillonnage.

### 2.3.1. Population étudiée.

Notre population cible comprenait tous les patients âgés de plus de 18 ans ayant accepté ou refusé de consulter un interne en SASPAS dans l'année précédant l'entretien. Nos critères d'exclusions étaient les suivants : patients en incapacité de répondre aux questions, majeurs protégés, non francophone.

Nous avons limité le recrutement aux patients des MSU des départements du Cantal et du Puy-de-Dôme pour des raisons de logistiques. Ainsi il était possible qu'un participant ait déjà vu l'enquêteur lors d'une consultation en SASPAS auparavant.

### 2.3.2. Mode de recrutement.

Nous avons contacté par téléphone et/ou par mails les MSU accueillant des internes afin d'obtenir leur accord. Certains préféraient en parler d'abord à leur patient et nous transmettaient ensuite leurs coordonnées. D'autres nous laissaient travailler avec les secrétaires qui

présentaient notre sujet pour obtenir l'accord des personnes. Enfin, certains nous laissaient leur agenda téléphonique afin que nous contactions directement les patients.

Les premières personnes, dont les secrétaires avaient obtenu l'accord de principe pour participer aux entretiens, ont été rappelées. Nous leur avons demandé de confirmer leur accord puis nous avons pris une heure et un lieu de rendez-vous de leur choix, de préférence confortable, calme, dans lequel ils se sentent en confiance.

Les personnes étaient choisies et classées en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur catégorie socioprofessionnelle, de leur lieu d'habitation (urbain ou rural), le type d'exercice de leur médecin traitant (seul, en groupe ou en MSP), depuis quand ils étaient suivis et depuis combien de temps le médecin était MSU (Cf tableau I).

Nous avons cherché à avoir un panel le plus varié et représentatif de la population possible, la recherche des patients a donc été évolutive. L'échantillonnage a été plutôt libre au début avant d'être dirigé par la suite. Nous recontactons régulièrement les médecins et/ou les secrétaires afin d'affiner les profils recherchés.

Durant la réalisation de cette thèse nous avons rencontré des difficultés en lien avec l'épidémie de Covid-19 (confinement, gestes barrières, appréhension des patients...).

#### 2.4. Elaboration du guide d'entretien.

Nous avons élaboré un premier guide d'entretien à partir des résultats de nos recherches bibliographiques ainsi que de notre ressenti et de nos expériences personnelles. Il a été relu et modifié aux cours de la période des entretiens avec l'aide de notre directeur de thèse. Nous l'avons rédigé en privilégiant les questions ouvertes pour laisser les patients s'exprimer de

manière la plus libre possible sans être influencés. Nous y avons associé des questions de relance.

Il n'y a pas eu de pré-test de cette grille. Cependant, après une première série d'interviews, nous avons adapté notre guide, en y ajoutant des nouvelles questions en lien avec des nouveaux axes qui se dégagent de nos premiers entretiens. Le guide final est présenté en Annexe I.

## 2.5. Recueil des données

### 2.5.1. Déroulement de l'entretien.

Nous avons choisi dans le cadre de notre étude qualitative de réaliser des entretiens individuels semi-directifs. Ils ont été réalisés de janvier 2020 à novembre 2020 exclusivement au domicile des personnes interrogées, avec une interruption de mars à août 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19. La plupart du temps, les participants étaient seuls mais parfois ils étaient accompagnés d'un ou plusieurs membres de leur famille.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après l'accord oral des personnes en leur précisant bien l'aspect anonyme de ces échanges. Des notes écrites ont également été prises lors de ces entretiens pour permettre de ressortir les thèmes principaux ou nouveaux mais aussi de retranscrire la réaction implicite des personnes interrogées ne pouvant être retrouvés à l'oral.

L'aspect semi-directif vient du fait que nous nous sommes aidés d'une grille d'entretien standard à laquelle nous avons ajouté des questions de relance pour approfondir certaines réponses et recentrer la discussion. Les entretiens n'ont jamais été répétés et les participants n'avaient pas accès à la grille d'entretien.

Nous nous sommes présentés au début de chaque entretien comme étant de jeunes médecins en cours de réalisation d'une thèse en binôme sur les raisons qui poussent un patient à accepter ou refuser de voir un interne en consultation de médecine générale.

A la fin de chaque entretien, il était proposé au participant qui le souhaitait une rapide explication du cursus de l'interne et du déroulement du stage en SASPAS ainsi que la possibilité de recevoir la thèse par mail.

### 2.5.2. Retranscription

Nous avons réalisé une retranscription fidèle de chaque entretien sur un logiciel de traitement de texte. Chaque interviewer a retranscrit ses propres entretiens au fur et à mesure. Toutes les informations permettant d'identifier des personnes ont été retirées lors de la retranscription pour assurer un anonymat complet.

L'interviewer est identifié par la lettre « I » et le patient par la lettre « P ».

Nous avons établi un code commun en fonction des critères d'échantillonnages et nous l'avons utilisé dans un tableau. Cela nous a permis de suivre et repérer les patients à recruter pour avoir un échantillonnage le plus représentatif possible.

Ces retranscriptions d'entretiens n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire ou correction.

### 2.5.3. Éthique

Nous avons réalisé une fiche de thèse en accord avec notre directeur de thèse qui a été soumis au DMG pour approbation.

Chaque patient ayant participé aux entretiens a donné son accord oral tout en étant informé que les entretiens seraient anonymisés.

Nous avons utilisé l'outil mis à disposition par l'université Rennes 1 et Strasbourg. Notre travail n'est pas soumis à la loi JARDE.

## 2.6. Analyse

### 2.6.1. Analyse transversale

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse thématique des verbatims permettant de ressortir des concepts, des thèmes qui ont été regroupés par groupe et sous-groupes. Nous avons utilisé le logiciel NVIVO pour effectuer ce travail.

### 2.6.2. Triangulation des chercheurs

Les verbatims une fois analysés par chaque chercheur ont fait l'objet d'une analyse commune permettant une confrontation des résultats. Cela a permis de diminuer le biais d'interprétation. Les désaccords d'interprétations ont été résolus après discussion entre nous.

### 2.6.3. Communication

Pour réaliser cette thèse, les échanges ont eu lieu à l'aide de Google Drive pour mettre en commun le travail de chacun. Des séances de travail ont été organisées en présentiel mais également à distance via Skype ou encore Microsoft teams.

### 3. RÉSULTATS ET ANALYSES.

#### 3.1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens.

Nous avons réalisé 16 entretiens. 10 concernant des personnes acceptant de voir l'interne (A) et 6 ayant refusé de voir l'interne en SASPAS au moins une fois (R). Nous avons interrogé 8 femmes et 8 hommes. L'échantillon est varié avec diverses catégories socioprofessionnelles représentées (CSP) selon les critères de l'INSEE (Annexe II).

Nous avons eu plus de difficultés à recruter en milieu urbain avec 6 entretiens réalisés contre 10 en rural. Nous avons repris la définition de l'INSEE pour définir les patients vivant dans un milieu urbain ou rural. La grande majorité connaissait leur médecin traitant depuis au moins 10 ans.

Nous avons réalisé un codage de chaque verbatim pour pouvoir les classer. La première lettre correspondant à la catégorie acceptation ou refus, la deuxième le sexe, puis l'âge, rural ou urbain, puis en cabinet de groupe, seul ou MSP et enfin la durée de suivi par le médecin traitant.

Concernant l'âge des patients interrogés, 10 ont plus de 50 ans contre 6 moins de 50 ans (4 parmi les acceptations contre 2 parmi les refus).

Sur tous les MSU contactés, 8 ont permis les entretiens avec leur patientèle.

Nous sommes arrivés à saturation des données à partir du 8<sup>e</sup> entretien pour les acceptations et du 5<sup>e</sup> pour les refus. La saturation des données étant définie comme étant l'absence de réponses nouvelles aux questions posées et l'absence d'idées nouvelles.



Groupe	Sexe	Âge	CSP	Urbain / Rural	Exercice MT	Temps MT	Temps MSU	Code Verbatim
A	F	19	8	Rural	MSP	10a	5	AF198RMSP10
A	F	71	7 (Ex 4)	Rural	MSP	40a	10	AF717RMSP40
A	M	81	7 (Ex 1)	Rural	Cabinet groupe	35a	12	AM817RCG35
A	F	32	4	Rural	Cabinet groupe	10a	12	AF324RCG10
A	M	64	7 (Ex 2)	Rural	Cabinet seul	20a	10	AM647RCS20
A	F	72	7 (Ex 6)	Rural	Cabinet seul	17a	10	AF727RCS17
A	F	29	3	Urbain	Cabinet groupe	4a	10	AF293UCG4
A	M	53	3	Urbain	Cabinet groupe	10a	10	AM533UCG10
A	M	25	4	Urbain	Cabinet groupe	15a	10	AM254UCG15
A	M	70	7 (Ex 4)	Urbain	Cabinet groupe	25a	10	AM707UCG25
R	M	47	4	Rural	MSP	10a	5	RM474RMSP10
R	F	80	7 (Ex 3)	Rural	MSP	17a	5	RF807RMSP17
R	M	60	3	Urbain	CG	10a	10	RM603UCG10
R	F	39	4	Rural	CG	10a	2	RF394RCG10
R	M	71	5	Urbain	CG	15a	10	RM715UCG15
R	F	73	7 (Ex 6)	Rural	CG	1a	2	RF737RCG2

Tableau I. Echantillonnage

### 3.2. Analyse des verbatims

Lors de l'encodage des verbatims, nous nous sommes rendu compte que beaucoup de concepts se font écho entre les patients acceptant les internes et ceux les refusant. Nous avons essayé de regrouper les concepts par grandes catégories pour plus de clarté.

### 3.2.1. Sur un plan organisationnel

#### a. L'accès aux soins facilité

Nous retrouvons comme premier facteur favorisant la consultation avec l'interne, l'accès aux soins dans un contexte d'urgence notamment : « *Après tout, quand on est malade, on a besoin de voir quelqu'un* » (AF727RCS17) ou encore pour un suivi régulier en cas d'absence du médecin traitant « *Quel que soit le motif de consultation. Non, on est bien content de trouver des internes. Vaut mieux un interne que personne, ou un téléphone... non franchement.* » (AM647RCS20).

Même parmi les patients qui refusent parfois de voir l'interne, l'accès aux soins plus rapide favorise la consultation avec l'interne dans certaines conditions : « *s'il y a vraiment besoin de voir un docteur, je préfère quand même voir l'interne que voir personne, c'est évident !* » (RF807RMSP17) ou encore quand il y a une urgence pour les enfants « *j'ai amené mes enfants... ils devaient être vus rapidement donc ils ont vu des internes* » (RM474RMSP10).

#### b. L'habitude de voir des internes

Certains patients sont confrontés depuis longtemps à des internes, il n'y a pas d'appréhension lors de la consultation : « *Maintenant, on a l'habitude, il y a des années que l'on a des internes* ». (AF727RCS17)

Les patients acceptant de voir des internes ont souvent eu de bonnes expériences avec d'autres internes :

- Soit dans le cadre de la médecine générale : « *Et puis maintenant, on a l'habitude. Depuis qu'on a Mme XX ici, il y a des années qu'on a des internes* » (AF727RCS17)
- Soit dans le cadre d'autres spécialités : « *au centre Jean Perrin, j'ai eu beaucoup affaire avec les internes. Beaucoup, beaucoup, beaucoup* » (AM647RCS20).

- Soit dans le cadre hospitalier plus général : « *P : Avec le médecin oui ça m'est arrivé assez souvent et à l'hôpital oui ça m'est déjà arrivé d'avoir affaire avec des internes [...] ça s'est toujours plutôt bien passé car j'ai eu affaire à des internes qui lorsqu'ils n'étaient pas sûrs demandaient au médecin donc il prenait pas forcément de risque.* » (AF324RCG10).

c. Le type d'exercice du médecin traitant

Le fait d'être suivi, soit dans un cabinet de groupe, soit dans une MSP, facilite peut-être les consultations avec les internes, les patients ayant l'habitude de voir d'autres praticiens que leur MT : « *Je peux avoir n'importe quel médecin du cabinet donc je suis assez au clair avec ça* » (AF324RCG10). Aucun patient n'a évoqué le fait que son médecin traitant exerçait seul comme motif de refus.

d. La présence du dossier patient

La présence du dossier médical est à double tranchant. Pour les patients consultant volontiers les internes, le fait que l'interne ait accès au dossier médical est un élément rassurant : « *Parce que je sais qu'ils ont mon dossier sur l'ordinateur, donc tous les antécédents je sais qu'ils les voient* » (AF198RMSP10). Nous retrouvons le même argument pour les patients ayant recours exceptionnellement aux internes « *Nos dossiers sont quand même bien à jour. Il y a juste à relire sur le dossier et ils connaissent tout de suite ceux que l'on a* » (RF394RCG10).

Cet élément reste rassurant même si cela occasionne un temps supplémentaire et nécessaire dans la consultation « *il faut qu'il prenne le temps de voir sur l'ordinateur les antécédents et tout ça* » (AF727RCS17). Mais ce temps supplémentaire est parfois jugé rédhibitoire par certains patients, motivant un refus de consultation : « *Le problème c'est que l'on est obligé à*

*chaque fois de répéter tout le cursus [...] S'il arrive tout neuf, il est obligé de fouiller mon dossier médical, c'est une perte de temps pour lui je pense ».* (AM647RCS20).

En plus de cette perte de temps, certains patients ne souhaitent pas forcément parler de leurs antécédents : *« J'ai des allergies à certains médicaments, s'il faut tout répéter... »* (RF807RMSP17) ; ni de leur histoire médicale : *« Si c'est pour raconter mon histoire c'est pas la peine »* (RM474RMSP10).

Enfin, même si les internes ont accès au dossier médical, ils n'ont pas la connaissance que le médecin traitant a de ses patients, obtenue après plusieurs années de suivi et d'une relation de confiance : *« Je dirais que c'est une personne qui me connaît moins [...] Il connaît moins ma psychologie »* (RM603UCG10). Certains patients craignent une incompréhension liée à cette méconnaissance : *« Quelques fois on a quelque chose qui nous tracasse et on se dit : est ce qu'il va bien nous comprendre ? »* (RF737RCG2).

#### e. La maquette du stage

La construction de la maquette de médecine générale et le fait de voir des internes qui changent tous les 6 mois ne favorisent pas la relation de confiance que les patients recherchent avec leur médecin : *« Ceci dit si je fréquentais un interne pendant 2-3 ans, cette connivence, je l'obtiendrais »* (RM603UCG10). C'est un facteur limitant pour ces patients.

#### 3.2.2. Concernant les motifs de consultation

Les motifs de consultations avec les internes revenant le plus souvent concernent la prévention ou des motifs jugés « simples » : *« Je revenais de congés des grandes vacances et j'avais reçu un dernier rappel pour un test du cancer colo-rectal. Il fallait absolument que je prenne rendez-*

*vous pour obtenir ce kit de test. » (AM533UCG10) ou pour un renouvellement d'ordonnance : « C'est pour renouveler mon ordonnance en général » (AM707UCG25). Ce motif de consultation est présent même chez les personnes refusant généralement de voir des internes : « Si c'est pour le renouvellement des médicaments tous les 3 mois, il n'y a pas d'importance » (RF737RCG2).*

On retrouve également majoritairement des consultations pour des motifs bénins ou des demandes ponctuelles : *« Si c'est un rhume comme je vous dit ou un frottis, un vaccin il n'y a pas de soucis ! » (RF394RCG10).*

A l'opposé, plusieurs explications sont apportées par les patients qui refusent de voir l'interne. Pour certains, les motifs de consultation sont considérés comme personnels : *« Si j'y vais pour des choses très personnelles, je n'aurai pas forcément envie » (RM474RMSP10) ;* pour d'autres ils sont jugés important ou complexes par les patients : *« Oui mais je refuse, parce que mon mari et moi sommes assez malades malheureusement. » (RF807RMSP17),* sont des explications apportées par les personnes pour refuser de voir l'interne.

### 3.2.3. Sur le plan relationnel

#### a. Un nouvel interlocuteur

L'interne est un nouvel interlocuteur ne connaissant pas le patient. Pour certains, le fait de reprendre leur histoire médicale les touche et permet de refaire le point : *« Vous essayez de les connaître, de connaître un peu leur parcours et c'est ça qui est bien que j'aime bien chez vous. On sent que vous vous intéressez. » (AM707UCG25).*

D'autres patients mettent en avant le temps passé aux explications données durant la consultation : *« j'ai l'impression qu'on a plus parlé de ça qu'avec le Dr XX » (AM533UCG10).*

Certains patients ont eu plus de facilité à voir un interne, à discuter avec lui, en évoquant une relation peut-être trop intime avec les MT : « *C'est plus facile de parler avec vous ! Peut-être parce que justement je ne sais pas pourquoi, mais comme avec mon docteur on se connaît bien...* » (AM707UCG25).

Un jeune patient a mis en avant le fait qu'il soit de la même génération pour expliquer cette facilité : « *Je pense que cela peut être plus facile pour avoir une relation de confiance plutôt qu'avec un médecin qui peut être plus âgé et qui va avoir un discours différent que d'un interne du même âge* » (AM254UCG15).

Devant ce nouvel interlocuteur, certains patients se limitent dans les thèmes abordés en consultation : « *Mais peut être effectivement sur des sujets un peu plus comme ça, c'est un peu idiot parce que ça touche, c'est un peu personnel. C'est de la coquetterie presque donc...* » (AM533UCG10). Néanmoins, ce n'est pas forcément le cas, certains patients nous ont confié avoir plus de facilité à parler de certains problèmes aux internes qu'à leur médecin traitant : « *Oui quand je suis tout seul avec l'interne. Mais quand il est avec le médecin traitant, je pose pas beaucoup de questions* » (AM707UCG25).

#### b. Une nouvelle relation comportant des bénéfices

Le bénéfice revenant le plus souvent est le fait d'avoir un 2<sup>e</sup> avis : « *Moi j'aime bien avoir parfois 2-3 avis différents* » (AF727RCS17) ; ou de débloquent certaines situations : « *Cela peut permettre de débloquent certaines choses chez les patients. D'avoir un visage nouveau, une façon d'être différente, une relation différente* » (AM254UCG15).

L'apport d'une formation récente et de nouvelles connaissances apportées par les internes a été également évoqué à plusieurs reprises : « *Je pense qu'un jeune peut avoir une vision différente,*

*vous avez une formation plus récente, sur les médicaments, sur la façon de traiter. » (AM533UCG10).*

Un autre bénéfice ressenti est de pouvoir attirer de nouveaux médecins, notamment dans les zones rurales : *« Parce que par la suite, il faut bien que l'on ait des médecins même si on ne fait pas partie de la ville » (RF737RCG2).*

Ces bénéfices ont été évoqués par des patients des 2 groupes, mais ne semblent pas suffisants pour les patients qui refusent de voir les internes en général.

A noter que certains patients estiment que l'interne retire aussi des bénéfices lors de la consultation et ils ont le sentiment d'avoir un rôle dans la formation des médecins, même s'il n'est pas central : *« Il faut bien que les gens acceptent de voir les internes pour qu'eux puissent finir de se former » (AF727RCS17).*

Pour les patients interrogés, le MT tire également des bénéfices de cette relation, lui permettant par exemple de remettre sa pratique à jour : *« cela lui permet d'avoir une autre vision de son travail » (AF293UCG4)* ou encore des facilités pour prendre des congés : *« s'il a la chance d'avoir des internes, peut être que c'est moins difficile pour lui de se faire remplacer ? » (AM647CS20)*

### c. La confiance dans le médecin traitant

La relation de confiance entre le patient et son médecin est centrale. Elle est évoquée par les patients acceptant de voir les internes mais aussi par les patients refusant de voir les internes. Lors d'une consultation avec l'interne on assiste à un phénomène de transfert de confiance du médecin traitant (et plus généralement de la structure en cas de cabinet de groupe ou MSP) vers l'interne : *« Non je connais le cabinet médical donc je sais que s'ils mettent des internes seuls c'est qu'ils peuvent. » (AF717RMSP40).* Ce transfert de confiance se produit quand même avec

les patients refusant généralement de voir les internes : « *On a confiance en notre médecin donc du coup on leur fait confiance aussi* » (RF394RCG10).

Pour les patients refusant de consulter l'interne, c'est cette relation qui est recherchée en priorité : « *J'ai établi un lien de confiance avec mon docteur. Je le consulte depuis une dizaine d'année, donc il me connaît bien* » (RM603UCG10).

Cet élément n'est pas modifiable et il est important de noter qu'il n'est pas spécifique aux internes, mais s'applique également à d'autres professionnels de santé : « *Je préfère avoir le même interlocuteur. Je peux faire des montées de tension à chaque fois que je vais voir un nouveau médecin* » (RM474RMSP10).

#### 3.2.4. L'interne et sa formation

##### a. Des études reconnues comme longues et difficiles

La durée des études médicales ainsi que le fait que les connaissances soient récentes sont des arguments évoqués à plusieurs reprises lors des entretiens comme favorisant la confiance en l'interne, en particulier pour les patients acceptant de voir les internes : « *Vous avez déjà fait des études pendant quelques années. Donc vous savez des choses concernant votre métier* ». (AF727RCS17).

Ces éléments reviennent également chez certains patients refusant de voir l'interne (sauf dans certaines situations) mais n'est pas aussi partagé : « *Je sais qu'il a fait quand même pas mal d'études. Donc si on le laisse recevoir tout seul c'est qu'on le juge apte à pouvoir appréhender avec les patients des cas* » (RF807RMSP17).



b. Un manque d'expérience et une certaine jeunesse

Le manque d'expérience professionnelle est très important pour certaines personnes interrogées lors de ces entretiens, motivant leur refus : « *J'estime que l'interne à une expérience moindre que le Docteur. Je pense que la médecine c'est acquérir des compétences que vous avez mais aussi une expérience* » (RM603UCG10).

Cet élément est également retrouvé lorsqu'on explore les craintes chez les patients acceptant de consulter un interne, sans que cela entrave forcément la consultation : « *On peut imaginer que quelqu'un de moins expérimenté peut passer à côté d'un diagnostic* » (AM533UCG10).

Outre le manque d'expérience, la jeunesse de la plupart des internes peut aussi faire « peur » à certaines personnes : « *C'est vrai que en vieillissant on va plus vers les personnes plus âgées disons [...] A mon âge, je suis un peu gêné par un jeune* » (RF737RCG2).

c. Une connaissance du statut de l'interne et du stage floue

Une majorité des personnes interrogées savent qu'ils ont en face d'eux une personne qui est en fin de cursus universitaire : « *C'est un jeune médecin, un étudiant en médecine, qui a besoin d'approfondir ces connaissances* » (AF727RCS17). Certains le voient déjà comme un médecin à part entière : « *Pour moi un interne est un jeune médecin. Vous n'avez pas le doctorat mais vous avez les mêmes responsabilités, les mêmes décisions à prendre, vous prescrivez comme les médecins* » (AM254UCG15).

Cependant, pour un certain nombre de patients le nombre d'années d'études réalisées est souvent sous-estimé : « *Je pense que vous avez déjà fait aux moins 3-4 ans d'études non ?* » (AF727RCS17). De plus, plusieurs patients font la confusion entre l'interne et le médecin remplaçant : « *vous remplacez le médecin* » (RF737RCG2).

D'autres patients ne comprennent pas qu'un interne soit seul dans un cabinet libéral : « *Vous êtes encore en 3e année, en dernière année et... je ne comprends pas que vous ne receviez pas en relation avec le docteur mais que vous receviez seul* » (RF807RMSP17) et le voit majoritairement dans un cadre hospitalier : « *Moi je voyais plus les internes, si vous voulez, à l'hôpital parce qu'ils sont toujours avec le professeur ou avec un autre docteur et ils vont d'une chambre à l'autre ou ils reçoivent* » (RF807RMSP17).

Concernant l'organisation du SASPAS, aucun patient n'a su comment se déroulait le stage : « *I : Que savez-vous de l'organisation du stage en SASPAS ? P : Je ne sais pas du tout.* » (AF293UCG4).

Enfin, un patient a évoqué le fait que pour lui, un interne ne peut pas prescrire certains médicaments, le conduisant à privilégier une consultation avec son médecin traitant : « *C'était pour savoir s'il pouvait me donner des antidépresseurs. Je ne sais pas si l'interne aurait pu, s'il était habilité* » (AM647RCS20).

#### d. Le sexe de l'interne

Sans surprise, le sexe de l'interne est un frein pour certaines consultations, notamment gynécologique : « *Pour des problèmes de femmes. Si c'est une femme j'irai peut-être !* » (RF737RCG2).

Mais c'est également le cas pour certains hommes pour des problèmes sexuels : « *Si cela avait été une femme, j'aurais même pas abordé cette question-là, de la gynécomastie* » (AM533UCG10).

### 3.2.5. Axe d'amélioration

#### a. L'information sur la présence de l'interne

Dans la majorité des cas, les patients sont informés de la présence d'un interne et que c'est ce dernier qui consulte. Souvent, c'est la secrétaire qui informe le patient : « *Quand on prend le rendez-vous, la secrétaire automatiquement elle dit ça ne sera pas le docteur* » (AM707UCG25). Dans peu de cas, la présence de l'interne n'est pas connue par avance : « *Je ne l'ai pas su, j'ai été mis devant le fait accompli* » (RM603UCG10).

Dans tous les cas, la présence de l'affiche dans la salle d'attente est assez floue et manifestement peu impactante : « *Je crois qu'il y a une fiche où c'est noté qu'il accueille des internes mais je ne suis pas sûr...* » (AM254UCG15).

A la fin de nos entretiens, nous avons cherché à savoir avec les patients, ce qui pourrait être amélioré sur les informations données sur la présence de l'interne. Nous avons ensuite expliqué comment se passait l'internat et le stage en lui-même et recueilli leur ressenti.

#### b. Demande d'informations sur l'interne.

La première information qui intéresse les patients est le nombre d'années effectuées : « *Savoir à quel stade de vos études vous en êtes. Vous avez déjà fait pas mal d'années, vous me l'avez dit tout à l'heure. Si vous êtes en cours de spécialisation, est-ce que vous êtes pour faire médecin généraliste* » (AF727RCS17)

Un autre élément revient également, ce sont les stages effectués : « *Peut-être les stages qu'il a fait précédemment. Cela peut donner une idée de son expérience et de la patientèle qu'il a déjà vue.* » (AF293UCG4).

Le fait de savoir qu'un interne a réalisé un stage de gynécologie peut encourager certaines patientes à consulter un interne : « *Lors de mon frottis, elle m'avait dit aussi que l'interne était passé dans le service de gynécologie. Du coup je lui ai dit pourquoi pas* » (RF394RCG10). On retrouve le même argument concernant la pédiatrie : « *C'est vrai que de savoir dans quel stage il est passé cela permettrait ...s'il était passé en pédiatrie cela peut aider pour les vaccins* » (RF394RCG10).

Certains patients considèrent qu'une fiche personnalisée avec le nom et la photo de l'interne serait bénéfique : « *je pense son nom, le nombre d'années et quelques stages surtout sur lesquels on a le plus de craintes, ça peut, je pense, aider pour que l'on aille voir plus facilement les internes.* » (RF394RCG10).

c. Demande d'informations sur le déroulement du stage.

Les personnes interrogées ne connaissent pas du tout le déroulement du stage en SASPAS. Des informations pourraient être apportées pour rassurer les patients en montrant bien qu'il y a un suivi qui est effectué avec leur MT même si l'interne est seul lors de la consultation : « *Je pense que ça peut être bénéfique pour le patient de savoir que le médecin reste joignable si c'est un peu compliqué qu'il y a un debriefing qui se fait en fin de journée pour savoir si il y a besoin de rappeler des patients* » (AM254UCG15).

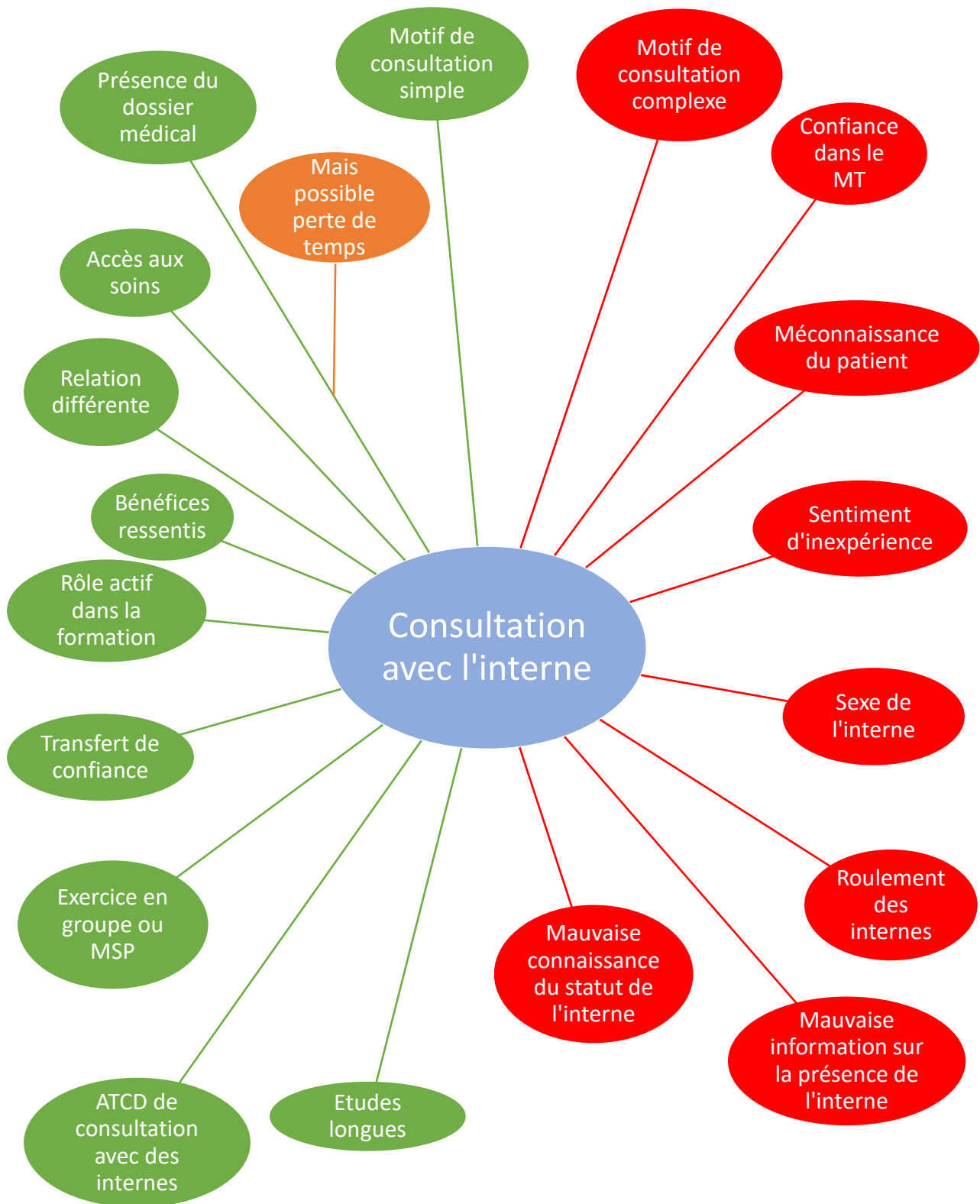


Figure 1. Carte récapitulative des concepts

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Forces et limites

#### 4.1.1. Sujet peu traité

L'utilisation d'une méthode qualitative avec des entretiens semi-dirigés permet de recueillir les pensées du patient de manière la plus libre possible. Le but est de repérer de nouveaux thèmes par rapport à la seule étude quantitative portant sur cette question retrouvée dans la littérature. L'échantillon de population étudié a des caractéristiques variées en termes d'âge, de sexe, de lieu de résidence, de niveau socio-économique, de structure de consultation. La plupart des études qui ont été réalisées parlent de la relation globale entre les internes et les patients et pas forcément dans le cadre du SASPAS.

#### 4.1.2. Biais de recrutement

Tout d'abord, les médecins et les secrétariats nous ont indiqué que certains patients refusent constamment de consulter un interne. Aucun de ces patients n'a pu être interviewé, ceux-ci ayant ignoré nos sollicitations ou refusé de participer à notre étude.

Nous avons dû faire face à de nombreux refus de participer à l'étude lors de nos appels pour recruter les personnes. Souvent le manque de temps était invoqué par les personnes.

Nous n'avons pas pu inclure de patients dont le médecin utilisait un secrétariat externe, n'ayant pu atteindre les médecins ou ceux-ci ayant ignoré nos sollicitations.

Devant des difficultés de recrutement, nous avons dû inclure des patients que nous avons nous même vus en consultation.

#### 4.1.3. Biais lié aux chercheurs

Lors du contact avec les patients nous nous présentions comme étant de jeunes médecins, évitant de préciser que nous étions internes. Malgré cela, les patients inclus avaient l'information, soit via les médecins et les secrétariats, soit en faisant directement le lien entre nous et le sujet de l'étude. Les personnes avaient-elles peur d'être jugées ? Une étude similaire réalisée par des chercheurs extérieurs au monde médical permettrait-elle de recruter plus de personnes ?

Durant les entretiens, nous nous sommes efforcés de rester neutres mais ayant réalisé un SASPAS, nous avons pu influencer les patients dans nos discours et attitudes.

De plus, il s'agit de notre premier travail de recherche, qui plus est avec une méthode qualitative. Bien que nous ayons assisté à des formations à la recherche qualitative et ayons pu nous appuyer sur la littérature, notre expérience reste cependant faible dans ce domaine.

#### 4.1.4. Biais de mémoire

Les entretiens avaient lieu plusieurs semaines après la consultation avec l'interne (ou son refus) du fait du recrutement a posteriori de la consultation et le temps de convenir d'une date pour réaliser l'entretien. Le confinement lié à l'épidémie de Covid-19 n'a fait que rallonger ce délai. De fait, le souvenir de la consultation et de son contexte n'a pas pu être rapporté avec exactitude. Plusieurs patients ont donc pu mélanger par exemple les souvenirs de consultation avec un interne en SASPAS et un interne de 1<sup>er</sup> niveau.

#### 4.1.5. Biais d'analyse

La méthode qualitative permet d'analyser objectivement un discours subjectif. Mais, étant internes et ayant réalisés chacun un SASPAS, nous pouvons être soumis à un biais d'interprétation des données par nos représentations et nos histoires personnelles.

Pour essayer de limiter ce biais, nous avons réalisé une analyse indépendante puis une relecture commune.

## 4.2. Discussion des résultats

### 4.2.1. Sur le plan organisationnel

Le premier facteur retrouvé chez les patients acceptant de consulter l'interne est la facilité d'accès aux soins et la permanence des soins. L'interne est vu comme un recours à un moment où le médecin traitant est perçu comme indisponible. La permanence des soins est également évoquée chez les patients refusant habituellement de consulter des internes, dans le cas de situations ressenties comme urgentes, pour eux ou pour des proches.

Cet aspect avait déjà été retrouvé par le Dr DEFFROMONT en 2017 lors de sa thèse quantitative sur le même sujet (10). Il montrait que 24% des patients acceptaient par dépit une consultation avec l'interne du fait de l'impossibilité d'avoir un rendez-vous avec leur MT.

Nous observons également que les patients ayant déjà été pris en charge à plusieurs reprises par des internes, soit en libéral (et donc en lien avec l'ancienneté du MSU), soit dans un cadre hospitalier, n'ont pas de réticence à consulter de nouveau des internes.

Ce résultat est en adéquation avec ceux retrouvés dans la thèse du Dr DEFFROMONT (10) qui montrait que 87% des patients de son échantillon avaient déjà consulté un interne en SASPAS. De plus, il trouve que 29% des patients n'ayant jamais vu un interne en SASPAS refusent la consultation contre 13% des patients ayant déjà consulté un interne en SASPAS. Le Dr VANHAECKE (9), quant à lui, a constaté que 91% des patients avaient déjà été confrontés à un interne en libéral ou en hospitalier, sans étudier la fréquence de consultation.



Nous pourrions penser que la présence du dossier médical à disposition de l'interne est un facteur favorisant la consultation avec un interne en SASPAS, mais cela n'est pas forcément le cas. Sa présence est rassurante pour les patients, même si certains rapportent un allongement de la durée de la consultation. Une partie des patients considère cet allongement comme étant normal et nécessaire, une autre partie l'évoque comme une perte de temps et donc un facteur limitant pour consulter un interne. Enfin, certains patients ne veulent tout simplement pas réexpliquer leur histoire médicale avec un nouvel intervenant.

Lors de nos entretiens, il est ressorti que le type d'exercice du MT (seul, en groupe ou en MSP) peut avoir une influence sur la consultation avec un interne. En effet, les patients dont le MT exerce en groupe ou en MSP rapportent avoir l'habitude de consulter d'autres professionnels lorsque celui-ci est absent et n'ont pas de réticence à consulter un interne en SASPAS. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de travaux sur l'influence du type d'exercice et l'acceptation de l'interne.

#### 4.2.2. Concernant les motifs de consultation

Les motifs de consultations des patients consultant des internes sont jugés, par les patients eux-mêmes, comme bénins, simples ou routiniers. Une autre catégorie de motifs, que l'on peut considérer comme facilitateur, sont les situations ressenties comme urgentes.

A l'opposé, les motifs jugés complexes ou intimes sont décrits comme des freins à la consultation par tous les patients.

Cette asymétrie dans les motifs de consultation était déjà rapportée par le Dr DELEAU en 2005 (12) avec prédominance des pathologie aigues pour l'interne (37% contre 22% pour le MT) ou de prévention (24% contre 12 % pour le MT). Plus récemment, le Dr CUVELIER constatait en

2013 (13) que 58% des patients consultant l'interne en SASPAS venaient pour des problèmes ponctuels.

#### 4.2.3. Sur le plan relationnel

La relation de confiance entre le patient et son médecin traitant est la première raison évoquée par les patients refusant de consulter un interne en SASPAS. Cette relation de confiance privilégiée mettant du temps à s'instaurer, il est illusoire de la mettre en place entre le patient et l'interne en une seule consultation. De plus, ces patients mettent en avant la connaissance globale que leur médecin a d'eux, de leur histoire, de leur personnalité ne pouvant simplement se résumer au dossier médical. Le Dr DEFFROMONT (10) montrait déjà dans sa thèse que ces deux arguments sont prépondérants dans les motifs de refus. En effet, parmi les personnes refusant de consulter un interne en SASPAS, 63% invoquaient la confiance dans leur MT et 56% la connaissance de leur dossier par leur MT.

Il est important de noter que certains patients refusant de voir des internes nous disent qu'ils obtiendraient très probablement cette relation et cette connaissance s'ils voyaient l'interne à plusieurs reprises, voire sur plusieurs années. Ce temps long est malheureusement difficile à réaliser du fait de la maquette du troisième cycle, les internes changeant de postes tous les 6 mois. Cela va à l'encontre du point de vue des maîtres de stages SASPAS qui, dans la thèse du Dr TROESTER (5) en 2013, trouvaient que la durée de 6 mois pour le stage permettait la mise en place d'un suivi suffisant.

D'autres patients invoquent également la relation de confiance avec leur MT comme motif d'acceptation. Nous assistons alors à un transfert de la confiance dans leur médecin traitant vers l'interne. Ce transfert de confiance avait été évoqué par le Dr RACAUD-ALLAINMAT en 2016 (7) dans les relations triangulaires patients-MSU-interne lorsque le MSU s'effaçait au

profit de l'interne. Plus récemment le Dr VANHAECKE (9) retrouvait dans son échantillon que 70% des patients consultant l'interne lui font confiance parce qu'ils font confiance à leur MT.

D'autres patients évoquent la recherche d'une relation différente ou souhaitent discuter de sujets qu'ils n'aborderaient pas forcément avec leur médecin traitant, du fait d'une certaine gêne. Ce dernier point reste minoritaire et n'a été évoqué que par deux patients. Les autres patients interviewés rapportent dans le meilleur des cas qu'ils abordent les mêmes thèmes avec l'interne, avec parfois une limitation dans les sujets évoqués. Sans surprise, le sexe de l'interne est évoqué comme un facteur dans cette limitation des thèmes, principalement par les patientes (14), mais aussi de façon minoritaire par des patients. La restriction des patients vis-à-vis des thèmes abordés était attendue et déjà décrite dans la littérature à plusieurs reprises par les Drs MACAULT (8), VALLEE (6) et plus récemment VANHAECKE (9). Ce dernier constate que 25% des patients restreignent les thèmes abordés avec l'interne et seulement 2% de son échantillon aborde plus de sujet avec l'interne en SASPAS qu'avec leur MT.

Certains patients expliquent tirer des bénéfices lors de la consultation avec un interne. Le plus immédiat est de pouvoir bénéficier d'un deuxième point de vue sur leur situation médicale ou profiter de connaissances qu'ils estiment plus récentes (sur le plan médical ou pharmacologique par exemple). A plus long terme, certains patients espèrent pouvoir ainsi attirer de nouveaux médecins dans leur région. Cela a surtout été retrouvé chez les patients habitant en zone rurale, certains patients évoquant leur rôle à jouer dans la formation des futurs médecins. Les bénéfices ressentis ont été brièvement explorés dans la thèse du Dr DEFFROMONT (10), les patients ayant rajouté à la main ce genre de bénéfice comme motif d'acceptation, sans qu'une analyse statistique soit possible. Le Dr VALLEE relève également les mêmes bénéfices dans son travail

de thèse sur le ressenti des patients (6), sans que de lien ne soit évoqué comme facilitateur de consultation.

#### 4.2.4. L'interne et sa formation

Les études médicales sont reconnues comme longues et exigeantes par les personnes interviewées. Pour certains patients, c'est un argument pour faire confiance aux internes lors de leurs prises en charge. Certains pensent qu'ils ont un rôle à jouer dans leur formation. Cela avait déjà été montré dans la thèse du Dr DEFFROMONT (10) où 41 % des patients voient dans ces consultations de SASPAS un bénéfice pour la formation de l'interne.

Une partie des personnes interrogées savait qu'un interne est à la fin de son cursus, mais parmi ceux-ci, peu ont pu expliquer à quel niveau d'étude se situait l'interne ou donner des éléments sur sa formation. Les autres n'arrivent pas à définir ce qu'est un interne pour eux. S'ajoute à cela une confusion entre les internes en SASPAS et le statut de remplaçant, le terme de remplaçant ou de remplacement est souvent revenu pour qualifier l'interne ou le SASPAS. L'amalgame entre le remplaçant et l'interne en SASPAS avait aussi été retrouvé dans la thèse du Dr TROESTER en 2013 par les maîtres de stages interrogés (5).

Cette méconnaissance des études médicales et du déroulement du stage a déjà été mis en évidence notamment par le Dr MACAULT sur le stage de niveau 1 (8) et par le Dr VANHAECKE sur le SASPAS (9). Ce dernier trouvait que 41% des patients ne connaissent pas la différence ou estiment qu'il n'y a pas de différence entre un interne en SASPAS et un médecin remplaçant. Le Dr DEFFROMONT montre que 8.5% des patients refusant de consulter un interne, le faisait par manque de connaissance du statut de l'interne (10).

Il est à noter qu'aucun des patients n'a pu nous expliquer le déroulement du stage. Le Dr VANHAECKE (9) indique notamment que seulement 22% des patients pensaient que la consultation est systématiquement réévaluée.

De fait, beaucoup de patients refusant de voir l'interne mettent en avant l'inexpérience de l'interne. Ce sentiment d'inexpérience engendre la crainte d'une erreur médicale ou d'un retard diagnostic lors de la prise en charge par l'interne. Cet argument est revenu plus souvent chez les personnes ayant une mauvaise connaissance du statut de l'interne et de la formation médicale. Le Dr VANHAECKE a tenté d'explorer les raisons du manque de confiance dans les internes en SASPAS, mais seulement huit patients de son échantillon ont répondu à cette question.

Certains patients considèrent également que l'interne ne peut pas prescrire certains médicaments ou rédiger certains certificats, ce qui motive alors des consultations avec leur MT, même chez des patients acceptant de voir des internes habituellement.

Ces résultats concordent avec ceux du Dr VANHAECKE (9) mais peu de patients avaient répondu à cette question.

La majorité des patients sont au courant de la présence de l'interne au cabinet, le plus souvent par la secrétaire directement. Malheureusement certains patients nous rapportent n'avoir pas été informés de cette présence. L'affiche en salle d'attente normalement présente ne semble pas très impactante, la plupart des patients ne l'ayant pas vue ou ne s'en souvenant plus.

Ce problème a déjà été mis en évidence par le Dr MACAULT (8) sur le stage niveau 1, avec seulement 38% des personnes interrogées se souvenant de l'affiche, ainsi que par le Dr VANHAECKE (9) avec des chiffres similaires.

#### 4.2.5. Perspectives.

Lorsque nous avons demandé aux patients ce qui pourrait être amélioré, la plupart aimerait avoir plus d'informations sur la présence de l'interne, des informations personnelles comme son nom ou une photographie, ou encore avoir plus d'informations sur les études médicales. L'autre partie des patients n'avait pas spontanément d'idées d'améliorations. Nous avons

ensuite expliqué aux patients ce qu'est un interne, les trois cycles des études médicales – en insistant sur le troisième cycle – et comment se déroule le SASPAS.

Après cet exposé, une partie des patients ont exprimé la volonté d'en savoir plus sur le cursus médical, sur l'interne et son parcours. Ceux qui n'avaient pas spontanément d'idées d'amélioration ont soutenu l'idée d'un affichage plus complet en salle d'attente.

En effet, les patients acceptant déjà de consulter des internes régulièrement rapportent qu'ils auraient une confiance accrue dans les capacités de l'interne permettant peut-être d'aborder des sujets plus complexes ou qu'ils n'abordent qu'avec leur MT. Concernant les patients qui refusent de consulter des internes, cela pourrait être facilitateur, notamment le lien régulier avec le MT et sa disponibilité pour effectuer une supervision directe en cas de besoin. Certaines patientes nous rapportent également qu'elles auraient moins de réticences à consulter pour des problèmes gynécologiques ou pour leurs enfants en sachant que les internes ont effectué des stages spécialisés auparavant.

Dans sa thèse, le Dr VALLEE évoque déjà l'idée de renforcer l'information donnée au patient concernant l'interne en SASPAS notamment le statut de l'interne et le lien entre le MT et l'interne (6). De son côté, le Dr BOURTEEL évoque dans sa conclusion l'intérêt d'avoir une photographie de l'interne en salle d'attente (15). Le Dr MACAULT proposait également d'améliorer l'affichage en salle d'attente, mais sa thèse concernait les internes en stage libéral niveau 1 (8). Malgré ces travaux préexistants, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études de faisabilité ou d'impact portant sur ces différentes propositions.

Au vu de notre travail de thèse nous ne pouvons que soutenir l'idée d'améliorer l'information donnée au patient, car il nous semble qu'il s'agit du seul facteur facilement modifiable. D'autant plus que nous mettons en évidence que des patients sont demandeurs. En revanche, la maquette

de stage actuelle présente comme avantages certain de voir plusieurs pratiques différentes, il ne nous semble pas pertinent de la modifier. La relation de confiance entre le patient et son MT ne peut être obtenue à l'issue d'une seule consultation, tout comme la connaissance "intuitive" que le médecin a de son patient, suivi depuis des années.

L'information donnée aux patients peut permettre d'améliorer la confiance de ces derniers dans les internes de SASPAS et de diversifier les motifs de consultations. Il nous semble important tout d'abord d'indiquer que l'interne est un professionnel de santé (à la toute fin de sa formation initiale), les différents stages réalisés auparavant, ainsi qu'expliquer clairement comment se déroule le SASPAS et le lien avec le MT. Ensuite, le nom peut être inscrit pour apporter une proximité avec le patient, voire une photo pour ceux qui le souhaitent. Nous proposons en annexe une fiche de présentation de l'interne en SASPAS, à adapter en fonction des besoins de la faculté et du DUMG.

## 5. CONCLUSION

La grande majorité des patients acceptent de consulter des internes en SASPAS et en sont satisfaits. Néanmoins une part non négligeable de patients refusent de consulter l'interne, ponctuellement ou de façon systématique. Notre thèse est la première, à notre connaissance, utilisant une analyse qualitative pour explorer les facteurs impliqués dans l'acceptation ou le refus d'une consultation avec un interne en SASPAS.

Cette méthode nous a permis de donner la parole et appréhender la subjectivité et les représentations des patients acceptant et refusant de voir des internes et de compléter les données des thèses quantitatives réalisées sur ce sujet ou sur des thèmes proches.

Nous retrouvons dans notre étude des facteurs facilitant la consultation comme la permanence des soins, un bénéfice ressenti pour le patient (un nouvel avis, attirer des médecins en zones sous-dotées...), le sentiment d'avoir un rôle à jouer dans la formation des médecins, les motifs de consultation bénins ou ponctuels. Beaucoup de patients font confiance à l'interne parce que leur MT lui fait confiance. Malheureusement beaucoup de patients se limitent dans les thèmes abordés en consultation avec l'interne.

Parmi les facteurs limitants, nous pouvons citer la relation de confiance entre le patient et son MT - prépondérante dans nos entretiens, la durée du stage ne permet pas d'établir un lien aussi important avec l'interne - ainsi que les motifs de consultation jugés complexes ou personnels. Certains patients considèrent l'interne comme inexpérimenté et manquant de connaissance. Cela est possiblement dû à une mauvaise connaissance de ce qu'est un interne et de son cursus. Nos résultats sont dans l'ensemble en adéquation avec les données de la littérature.

Nous ne pouvons agir sur tous ces facteurs limitants. Néanmoins, nous pouvons améliorer l'information délivrée au patient sur le rôle, le statut, la formation de l'interne et la communication entre l'interne et le MT, très souvent invisible du point de vue du patient. Nous



montrons dans notre étude que les patients sont en grande partie demandeurs pour avoir ces informations.

Cela permettrait de diversifier les consultations de l'interne en SASPAS en améliorant la confiance des patients dans l'interne, ses capacités et son expérience. Pour cela, nous proposons une nouvelle fiche d'information de l'interne.

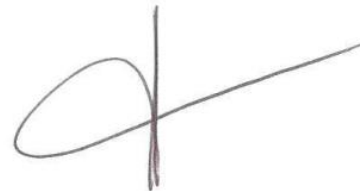
Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pr Pierre CLAVELOU

A handwritten signature in black ink is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text 'FACULTÉ DE MÉDECINE' around the perimeter and a central emblem. The signature is a stylized, cursive 'P' followed by a vertical line and a horizontal stroke.

Le Président du Jury,

Pr Pierre CLAVELOU

A handwritten signature in black ink, identical to the one on the left, consisting of a stylized 'P', a vertical line, and a horizontal stroke.

## Références bibliographiques

1. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF du 6 octobre 2004.
2. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. JORF du 14 avril 2017.
3. Collège National des Généralistes Enseignants. La charte des maîtres de stage universitaires [Internet]. 2016 [consulté le 15 janvier 2021]. Disponible à : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
4. Circulaire DGS/DES/2004/n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
5. TROESTER J, Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01734014
6. VALLEE E. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
7. RACAUD-ALLAINMAT M. L'interne en stage ambulatoire de niveau 1 : influence sur la consultation et sur la relation médecin-patient : point de vue des patients sur les relations triangulaires médecin-patient-interne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
8. MACAULT C, Etat des connaissances des patients d'un praticien accueillant un interne de 1er niveau sur le rôle de l'interne, son niveau d'étude et son statut. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
9. VANHAECKE G, État des connaissances des patients sur le statut de l'interne autonome. Étude quantitative dans l'UPL 13 en décembre deux-mille dix-huit. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille. Faculté de médecine Henri Warembourg; 2019
10. DEFFROMONT T, L'interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation ? Étude quantitative en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01501454>
11. AUBIN-AUGER I, Introduction à la recherche qualitative, Exercer 2008;84:142-5
12. DELEAU E, Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS, La revue du praticien - médecine générale tome 19 (n°684/685) du 7 mars 2005

13. CUVELIER BENHENIDA A, Satisfaction et ressenti des patients consultant un interne autonome en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Paris Diderot. Faculté de médecine; 2013
14. VERDON M, ROUX D, Etude du ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale en Midi-Pyrénées. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pail SABATIER – Toulouse III; 2015
15. BOURTEEL C. Évaluation de la satisfaction des patients reçus en consultation par un interne en SASPAS: une étude quantitative réalisée dans le Nord-Pas de Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.

# Annexe I

## Guide d'entretien final

Bonjour, merci d'avoir accepté cet entretien. Je suis étudiant en médecine et je fais une étude avec un collègue sur les raisons qui poussent un patient à voir ou refuser un interne en consultation de médecine générale dans le cadre du SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé).

Je vais maintenant vous poser des questions mais il faut que ce soit un dialogue et que vous me donniez votre ressenti.

Cet entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone mais tout restera anonyme. Je prendrai aussi des notes en parallèles.

1. Tout d'abord, pouvez-vous me raconter votre dernière consultation, en partant depuis la prise de rendez-vous ?

Questions de relances :

Pourquoi avez-vous refusé ou accepté de voir l'interne lors de cette consultation ?

Dans quel contexte c'est fait le refus ou l'acceptation de la consultation ? Quel motif de consultation en urgence ou renouvellement...

=> Si acceptation, Racontez-moi comment elle s'est déroulée ?

- Quelles étaient vos **attentes** lors de la consultation avec l'interne ?
- Comment avez-vous trouvé ses réponses à vos demandes ?
- Qu'est ce qui aurait pu se passer autrement lors de cette consultation ?
- Quelles étaient vos **craintes** à l'idée de consulter cette personne ?
- Qu'avez-vous **ressenti** après cette consultation ?
- Qu'est-ce qui vous ferait reconsulter ou non cet interne ?
- Pour quelles raisons auriez-vous pu refuser de voir un interne ?
- Qu'est-ce qui vous pousse à faire confiance à l'interne ?

=> Si refus,

- A quel moment avez-vous refusé de prendre une consultation avec l'interne ?
- Comment vous a-t-on **présenté** cette personne ?
- Quelles étaient vos **craintes** à l'idée de consulter cette personne ?
- Comment étaient vos précédentes expériences avec des internes / étudiants en médecine ?
- Dans quelles situations accepteriez-vous de voir un interne ?

2. Qu'est-ce que vous recherchez, qu'est-ce que vous attendez de votre médecin traitant ou de l'interne ?

- a. Quels sujets pouvez-vous aborder avec l'interne ou le MT

3. Comment avez-vous su que votre médecin formait des internes lors de votre prise de rdv ? Si vous ne l'aviez pas su, qu'est-ce que cela aurait changé ?
  
4. Qu'est-ce que vous pensez du fait que votre médecin traitant accueille des internes ?
  - a. A votre avis, quel est le bénéfice pour l'interne ?
  - b. Est-ce qu'il y a un bénéfice pour votre MT ?
  - c. Selon vous, avez-vous un bénéfice à ce que votre MT accueille des internes ?
  - d. Est-ce que vous y voyez des inconvénients ?
  - e. Quel est votre rôle, selon vous, dans la formation des médecins ?
  
5. Pour vous qu'est-ce qu'un interne ?
  - Comment le qualifieriez-vous ?
  - A quel niveau d'études le situez-vous ?
  - Pour vous, quel pourrait être un synonyme d'interne ?
  - Pour vous, quelle est la différence entre un remplaçant et un interne ?
  
6. Dans l'information sur la présence de l'interne, qu'aimeriez-vous savoir de plus ?
  - a. En quoi serait-il pertinent d'avoir un CV de l'interne ?
  - b. En quoi serait-il pertinent de mieux connaître les études médicales
  - c. En quoi serait-il pertinent d'avoir photo de l'interne ?
  
7. Pour vous comment se déroule le stage de l'interne ?
  
8. A votre avis, qu'est ce qui pousserait les patients à aller plus facilement voir l'interne ?

## Annexe II

### Catégories socioprofessionnelles de l'INSEE

<b>Groupes socioprofessionnels</b>		
1		Agriculteurs sur moyenne exploitation
		Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Artisan
		Commerçant et assimilés
		Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions libérales
		Cadres de la fonction publique
		Professeurs, professions scientifiques
		Professions de l'information, des arts et des spectacles
		Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
		Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4	Professions intermédiaires	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		Clergé, religieux
		Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
		Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
		Techniciens
		Contremaîtres, agents de maîtrise
5	Employés	Employés civils et agents de service de la fonction publique
		Policiers et militaires
		Employés administratifs d'entreprise
		Employés de commerce
		Personnels des services directs aux particuliers
6	Ouvriers	Ouvriers qualifiés de type industriel
		Ouvriers qualifiés de type artisanal
		Chauffeurs
		Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
		Ouvriers non qualifiés de type industriel
		Ouvriers non qualifiés de type artisanal
		Ouvriers agricoles

7	Retraités	Anciens agriculteurs exploitants
		Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		Anciens cadres
		Anciennes professions intermédiaires
		Anciens employés
		Anciens ouvriers
8	Autres personnes sans activité professionnelle	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		Militaires du contingent
		Élèves, étudiants
		Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

## Annexe III

Proposition de fiche d'information en salle d'attente  
(De préférence en couleur et en format A3)

# VOUS ALLEZ ETRE EXAMINÉ PAR UN INTERNE EN AUTONOMIE

L'interne est un professionnel de santé,  
dans sa 9<sup>e</sup> et dernière année de formation.



D'accord, mais c'est  
quoi un interne ?

OK, mais est-il  
compétent ?



Il est passé par différents stages au cours des 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>  
et 9<sup>e</sup> années :

- 6 mois dans un service d'urgence
- 6 mois avec un médecin généraliste à ses cotés
- 6 mois dans un service de gynécologie
- 6 mois dans un service de pédiatrie
- 6 mois dans un service de médecine adulte

Votre médecin n'est pas présent, **mais reste  
disponible par téléphone pour donner son  
avis si nécessaire** et chaque consultation est  
réévaluée par votre médecin traitant.



Et mon médecin  
dans tout ça ?

Et le secret  
médical ?



L'interne en tant que professionnel de santé  
est **astreint aux mêmes devoirs que votre  
médecin traitant** (secret médical, etc.)

L'interne réalise des prescriptions **depuis sa 7<sup>e</sup>  
année de formation.** Il peut réaliser les mêmes  
prescriptions que votre médecin.



Peut-il  
prescrire ?

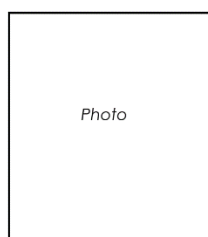


## Annexe IV

Fiche de présentation de l'interne

(De préférence en A4, à coté de la fiche d'information)

# DU ..... AU ..... VOTRE MEDECIN ACCUEILLE UN INTERNE EN STAGE AMBULATOIRE DE SOINS PRIMAIRES EN AUTONOMIE SUPERVISE (SASPAS)



NOM :

Prénom :

Stages effectués auparavant :

- 
- 
- 
- 
- 

Projet professionnel (le cas échéant) :

## **(Conseil national de l'ordre des médecins)**

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## **Pourquoi les patients acceptent ou refusent de consulter l'interne dans le cadre du SASPAS : Étude qualitative réalisée dans les départements du Puy de Dôme et du Cantal en 2020.**

### **Résumé :**

**CONTEXTE** Dans la majorité des cas, les patients acceptent de consulter un interne en SASPAS. Cependant, certains patients refusent encore partiellement ou totalement de voir l'interne.

**OBJECTIF** L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les facteurs favorisant ou limitant la consultation avec l'interne en SASPAS. L'objectif secondaire est d'identifier des pistes d'améliorations pour diminuer le nombre de patients refusant de consulter un interne en autonomie.

**METHODE** Il s'agit d'une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés réalisés dans les départements du Puy-de-Dôme et du Cantal auprès de patients ayant acceptés ou refusés de consulter un interne en SASPAS, au cours de l'année 2020.

**RESULTATS** Nous identifions comme facteurs favorisant la consultation avec l'interne la continuité des soins, les motifs de consultations simples, des bénéfices ressentis par le patient (connaissances plus récentes, second regard, etc.), de précédentes consultations avec des internes (libéral ou hospitalier), le sentiment d'avoir un rôle actif dans la formation. Les facteurs limitants retrouvés sont la confiance importante et exclusive dans le médecin traitant, les motifs de consultation complexes, la mauvaise connaissance de la formation de l'interne et du déroulement du stage, associée à un manque d'expérience de l'interne ressentie par le patient. Le sexe de l'interne est parfois limitant.

**CONCLUSION** Nous ne pouvons pas agir sur des facteurs limitants comme la confiance exclusive dans le médecin traitant ou les motifs de consultation complexe. Néanmoins, nous pouvons améliorer l'information délivrée au patient sur la formation globale de l'interne, le déroulement du stage et la supervision du médecin traitant.

### **Mots-clés :**

- Interne
- Consultation
- Acceptation
- Refus
- SASPAS
- Information