UNIVERSITE PAUL SABATIER – TOULOUSE III

Faculté de médecine

Année 2015

2015 TOU3 1096
2015 TOU3 1097

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2015

Par Mathilde VERDON et Délia ROUX

# ETUDE DU RESSENTI DES PATIENTES SUR LA PRESENCE D'UN INTERNE EN CONSULTATION DE GYNECOLOGIE EN MEDECINE GENERALE EN MIDI-PYRENEES.

Directrices de thèse : Madame le Docteur Leila LATROUS, Madame le Docteur Anne FREYENS

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président

Monsieur le Docteur André STILLMUNKES, Assesseur

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU, Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS, Assesseur

Madame le Docteur Leila LATROUS, Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

# TABLEAU du PERSONNEL HU
# des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
# au 1er septembre 2014

## Professeurs Honoraires

| | |
|---|---|
| Doyen Honoraire | M. ROUGE D. |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Y. |
| Doyen Honoraire | M. CHAP H. |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL B |
| Professeur Honoraire | M. COMMANAY |
| Professeur Honoraire | M. CLAUX |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE |
| Professeur Honoraire | Mme ENJALBERT |
| Professeur Honoraire | M. GEDEON |
| Professeur Honoraire | M. PASQUIE |
| Professeur Honoraire | M. RIBAUT |
| Professeur Honoraire | M. ARLET J. |
| Professeur Honoraire | M. RIBET |
| Professeur Honoraire | M. MONROZIES |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE |
| Professeur Honoraire | M. FABRE J. |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS |
| Professeur Honoraire | M. GALINIER |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME |
| Professeur Honoraire | M. BASTIDE |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT |
| Professeur Honoraire | M. DAVID |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER |
| Professeur Honoraire | M. GAUBERT |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG M.B. |
| Professeur Honoraire | M. BES |
| Professeur Honoraire | M. BERNADET |
| Professeur Honoraire | M. GARRIGUES |
| Professeur Honoraire | M. REGNIER |
| Professeur Honoraire | M. COMBELLES |
| Professeur Honoraire | M. REGIS |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS |
| Professeur Honoraire | M. PUJOL |
| Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI |
| Professeur Honoraire | M. RUMEAU |
| Professeur Honoraire | M. BESOMBES |
| Professeur Honoraire | M. GUIRAUD |
| Professeur Honoraire | M. SUC |
| Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER |
| Professeur Honoraire | M. CARTON |
| Professeur Honoraire | Mme PUEL J. |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU |
| Professeur Honoraire | M. PONTONNIER |
| Professeur Honoraire | M. PASCAL |
| Professeur Honoraire | M. SALVADOR M. |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD |
| Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE |
| Professeur Honoraire | M. FABIÉ |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE |
| Professeur Honoraire | M. CABARROT |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT |
| Professeur Honoraire | M. ESCAT |
| Professeur Honoraire | M. ESCANDE |
| Professeur Honoraire | M. PRIS |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA |
| Professeur Honoraire | M. BAZEX |
| Professeur Honoraire | M. VIRENQUE |
| Professeur Honoraire | M. CARLES |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ |
| Professeur Honoraire | M. VAYSSE |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE |
| Professeur Honoraire | M. GUITARD |
| Professeur Honoraire | M. LAZORTHES F. |
| Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE |
| Professeur Honoraire | M. CERENE |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIAL |
| Professeur Honoraire | M. HOFF |
| Professeur Honoraire | M. REME |
| Professeur Honoraire | M. FAUVEL |
| Professeur Honoraire | M. FREXINOS |
| Professeur Honoraire | M. CARRIERE |
| Professeur Honoraire | M. MANSAT M. |
| Professeur Honoraire | M. BARRET |
| Professeur Honoraire | M. ROLLAND |
| Professeur Honoraire | M. THOUVENOT |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL |
| Professeur Honoraire | M. DURAND |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER |
| Professeur Honoraire | M. RAILHAC |
| Professeur Honoraire | M. POURRAT |
| Professeur Honoraire | M. QUERLEU D. |
| Professeur Honoraire | M. ARNE JL |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU J. |
| Professeur Honoraire | M. FOURTANIER G. |
| Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE J. |
| Professeur Honoraire | M. PESSEY JJ. |

## Professeurs Émérites

Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA
Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur L. LARENG
Professeur F. JOFFRE
Professeur J. CORBERAND
Professeur B. BONEU
Professeur H. DABERNAT
Professeur M. BOCCALON
Professeur B. MAZIERES
Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur J. SIMON

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**
**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : JP. VINEL**

## P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|---|---|
| M. ADOUE D. | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR J. | Thérapeutique |
| M. ATTAL M. (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU H | Hématologie, transfusion |
| M. BLANCHER A. | Immunologie (option Biologique) |
| M. BONNEVIALLE P. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. |
| M. BOSSAVY J.P. | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT D. | Neurologie |
| M. BROUSSET P. (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. BUGAT R. (C.E) | *Cancérologie* |
| M. CARRIE D. | Cardiologie |
| M. CHAP H. (C.E) | Biochimie |
| M. CHAUVEAU D. | Néphrologie |
| M. CHOLLET F. (C.E) | Neurologie |
| M. CLANET M. (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN M. (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DEGUINE O. | O. R. L. |
| M. DUCOMMUN B. | Cancérologie |
| M. FERRIERES J. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE O. | Anesthésiologie |
| M. FRAYSSE B. (C.E) | O.R.L. |
| M. IZOPET J. (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT L. | Anatomie Pathologique |
| M. LANG T. | Biostatistique Informatique Médicale |
| M. LANGIN D. | Nutrition |
| M. LAUQUE D. (C.E) | Médecine Interne |
| M. LIBLAU R. (C.E) | Immunologie |
| M. MAGNAVAL J.F. | Parasitologie |
| M. MALAVAUD B. | Urologie |
| M. MANSAT P. | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU B. | Maladies Infectieuses |
| M. MONROZIES X. | Gynécologie Obstétrique |
| M. MONTASTRUC J.L. (C.E) | Pharmacologie |
| M. MOSCOVICI J. | Anatomie et Chirurgie Pédiatrique |
| Mme MOYAL E. | Cancérologie |
| Mme NOURHASHEMI F. | Gériatrie |
| M. OLIVES J.P. (C.E) | Pédiatrie |
| M. OSWALD E. | Bactériologie-Virologie |
| M. PARINAUD J. | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. |
| M. PERRET B (C.E) | Biochimie |
| M. PRADERE B. (C.E) | Chirurgie générale |
| M. RASCOL O. | Pharmacologie |
| M. RECHER Ch. | Hématologie |
| M. RISCHMANN P. (C.E) | Urologie |
| M. RIVIERE D. (C.E) | Physiologie |
| M. SALES DE GAUZY J. | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES J.P. | Pédiatrie |
| M. SERRE G. (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON N. | Médecine Légale |
| M. VINEL J.P. (C.E) | Hépato-Gastro-Entérologie |

## P.U. - P.H.
2ème classe

| | |
|---|---|
| Mme BEYNE-RAUZY O. | Médecine Interne |
| M. BIRMES Ph. | Psychiatrie |
| M. BROUCHET L. | Chirurgie thoracique et cardio-vascul |
| M. BUREAU Ch | Hépato-Gastro-Entéro |
| M. CALVAS P. | Génétique |
| M. CARRERE N. | Chirurgie Générale |
| Mme CASPER Ch. | Pédiatrie |
| M. CHAIX Y. | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER S. | Thérapeutique, méd. d'urgence, addict |
| M. COGNARD C. | Neuroradiologie |
| M. DE BOISSEZON X. | Médecine Physique et Réadapt Fonct. |
| M. FOURNIE B. | Rhumatologie |
| M. FOURNIÉ P. | Ophtalmologie |
| M. GAME X. | Urologie |
| M. GEERAERTS T. | Anesthésiologie et réanimation chir. |
| Mme GENESTAL M. | Réanimation Médicale |
| M. LAROCHE M. | Rhumatologie |
| M. LAUWERS F. | Anatomie |
| M. LEOBON B. | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. MAZIERES J. | Pneumologie |
| M. MOLINIER L. | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. OLIVOT J-M | Neurologie |
| M. PARANT O. | Gynécologie Obstétrique |
| M. PARIENTE J. | Neurologie |
| M. PATHAK A. | Pharmacologie |
| M. PAUL C. | Dermatologie |
| M. PAYOUX P. | Biophysique |
| M. PAYRASTRE B. | Hématologie |
| M. PORTIER G. | Chirurgie Digestive |
| M. PERON J.M. | Hépato-Gastro-Entérologie |
| M. RONCALLI J. | Cardiologie |
| M. SANS N. | Radiologie |
| Mme SAVAGNER F. | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme SELVES J. | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SOL J-Ch. | Neurochirurgie |

## P.U.

| | |
|---|---|
| M. OUSTRIC S. | Médecine Générale |

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. MESTHÉ P.

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

## P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|---|---|
| M. ACAR Ph. | Pédiatrie |
| M. ALRIC L. | Médecine Interne |
| M. ARLET Ph. (C.E) | Médecine Interne |
| M. ARNAL J.F. | Physiologie |
| Mme BERRY I. | Biophysique |
| M. BOUTAULT F. (C.E) | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| M. BUSCAIL L. | Hépato-Gastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL A. | Rhumatologie |
| M. CARON Ph. (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHAMONTIN B. (C.E) | Thérapeutique |
| M. CHAVOIN J.P. (C.E) | Chirurgie Plastique et Reconstructive |
| M. CHIRON Ph. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| Mme COURTADE SAIDI M. | Histologie Embryologie |
| M. DELABESSE E. | Hématologie |
| Mme DELISLE M.B. (C.E) | Anatomie Pathologie |
| M. DIDIER A. | Pneumologie |
| M. ELBAZ M. | Cardiologie |
| M. GALINIER M. | Cardiologie |
| M. GERAUD G. | Neurologie |
| M. GLOCK Y. | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| M. GOURDY P. | Endocrinologie |
| M. GRAND A. (C.E) | Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention |
| Mme HANAIRE H. (C.E) | Endocrinologie |
| M. KAMAR N. | Néphrologie |
| M. LARRUE V. | Neurologie |
| M. LAURENT G. (C.E) | Hématologie |
| M. LEVADE T. | Biochimie |
| M. MALECAZE F. (C.E) | Ophtalmologie |
| Mme MARTY N. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. MASSIP P. | Maladies Infectieuses |
| M. PLANTE P. | Urologie |
| M. RAYNAUD J-Ph. | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ P. | Nutrition |
| M. ROCHE H. (C.E) | Cancérologie |
| M. ROSTAING L (C.E). | Néphrologie |
| M. ROUGE D. (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU H. | Radiologie |
| M. SALVAYRE R. (C.E) | Biochimie |
| M. SCHMITT L. (C.E) | Psychiatrie |
| M. SENARD J.M. | Pharmacologie |
| M. SERRANO E. (C.E) | O. R. L. |
| M. SOULIE M. | Urologie |
| M. SUC B. | Chirurgie Digestive |
| Mme TAUBER M.T. | Pédiatrie |
| M. VELLAS B. (C.E) | Gériatrie |

## P.U. - P.H.
2ème classe

| | |
|---|---|
| M. ACCADBLED F. | Chirurgie Infantile |
| Mme ANDRIEU S. | Epidémiologie |
| M. ARBUS Ch. | Psychiatrie |
| M. BERRY A. | Parasitologie |
| M. BONNEVILLE F. | Radiologie |
| M. BUJAN L. | Uro-Andrologie |
| Mme BURA-RIVIERE A. | Médecine Vasculaire |
| M. CHAYNES P. | Anatomie |
| M. CHAUFOUR X. | Chirurgie Vasculaire |
| M. CONSTANTIN A. | Rhumatologie |
| M. DELOBEL P. | Maladies Infectieuses |
| Mme DULY-BOUHANICK B. | Thérapeutique |
| M. COURBON | Biophysique |
| M. DAMBRIN C. | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DECRAMER S. | Pédiatrie |
| M. DELORD JP. | Cancérologie |
| M. GALINIER Ph. | Chirurgie Infantile |
| M. GARRIDO-STÖWHAS I. | Chirurgie Plastique |
| Mme GOMEZ-BROUCHET A. | Anatomie Pathologique |
| M. GROLLEAU RAOUX J.L. | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD R. | Cancérologie |
| M. HUYGHE E. | Urologie |
| M. LAFOSSE JM. | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. LEGUEVAQUE P. | Chirurgie Générale et Gynécologique |
| M. MARCHEIX B. | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. MARQUE Ph. | Médecine Physique et Réadaptation |
| Mme MAZEREEUW J. | Dermatologie |
| M. MINVILLE V. | Anesthésiologie Réanimation |
| M. MUSCARI F. | Chirurgie Digestive |
| M. OTAL Ph. | Radiologie |
| M. ROLLAND Y. | Gériatrie |
| M. ROUX F.E. | Neurochirurgie |
| M. SAILLER L. | Médecine Interne |
| M. SOULAT J.M. | Médecine du Travail |
| M. TACK I. | Physiologie |
| M. VAYSSIERE Ch. | Gynécologie Obstétrique |
| M. VERGEZ S. | O.R.L. |
| Mme URO-COSTE E. | Anatomie Pathologique |

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L
WOISARD V.

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**
**37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

## M.C.U. - P.H.

| | |
|---|---|
| M. APOIL P. A | Immunologie |
| Mme ARNAUD C. | Epidémiologie |
| M. BIETH E. | Génétique |
| Mme BONGARD V. | Epidémiologie |
| Mme CASPAR BAUGUIL S. | Nutrition |
| Mme CASSAING S. | Parasitologie |
| Mme CONCINA D. | Anesthésie-Réanimation |
| M. CONGY N. | Immunologie |
| Mme COURBON | Pharmacologie |
| Mme DAMASE C. | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY I. | Physiologie |
| Mme DELMAS C. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme DE-MAS V. | Hématologie |
| M. DUBOIS D. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme DUGUET A.M. | Médecine Légale |
| M. DUPUI Ph. | Physiologie |
| Mme FILLAUX J. | Parasitologie |
| M. GANTET P. | Biophysique |
| Mme GENNERO I. | Biochimie |
| Mme GENOUX A. | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDI S. | Biochimie |
| Mme HITZEL A. | Biophysique |
| M. IRIART X. | Parasitologie et mycologie |
| M. JALBERT F. | Stomato et Maxillo Faciale |
| M. KIRZIN S | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE M. | Pharmacologie |
| M. LAURENT C. | Anatomie Pathologique |
| Mme LE TINNIER A. | Médecine du Travail |
| M. LOPEZ R. | Anatomie |
| M. MONTOYA R. | Physiologie |
| Mme MOREAU M. | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| M. PILLARD F. | Physiologie |
| Mme PRERE M.F. | Bactériologie Virologie |
| Mme PUISSANT B. | Immunologie |
| Mme RAGAB J. | Biochimie |
| Mme RAYMOND S. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY F. | Biochimie |
| Mme SAUNE K. | Bactériologie Virologie |
| M. SILVA SIFONTES S. | Réanimation |
| M. SOLER V. | Ophtalmologie |
| M. TAFANI J.A. | Biophysique |
| M. TREINER E. | Immunologie |
| Mme TREMOLLIERES F. | Biologie du développement |
| M. TRICOIRE J.L. | Anatomie et Chirurgie Orthopédique |
| M. VINCENT C. | Biologie Cellulaire |

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex**

## M.C.U. - P.H

| | |
|---|---|
| Mme ABRAVANEL F. | Bactério. Virologie Hygiène |
| M. BES J.C. | Histologie - Embryologie |
| M. CAMBUS J.P. | Hématologie |
| Mme CANTERO A. | Biochimie |
| Mme CARFAGNA L. | Pédiatrie |
| Mme CASSOL E. | Biophysique |
| Mme CAUSSE E. | Biochimie |
| M. CHASSAING N | Génétique |
| Mme CLAVE D. | Bactériologie Virologie |
| M. CLAVEL C. | Biologie Cellulaire |
| Mme COLLIN L. | Cytologie |
| M. CORRE J. | Hématologie |
| M. DEDOUIT F. | Médecine Légale |
| M. DELPLA P.A. | Médecine Légale |
| M. DESPAS F. | Pharmacologie |
| M. EDOUARD T | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Y. | Médecine du travail |
| Mme ESCOURROU G. | Anatomie Pathologique |
| Mme GALINIER A. | Nutrition |
| Mme GARDETTE V. | Epidémiologie |
| M. GASQ D. | Physiologie |
| Mme GRARE M. | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER C. | Anatomie Pathologique |
| Mme GUYONNET S. | Nutrition |
| Mme INGUENEAU C. | Biochimie |
| M. LAHARRAGUE P. | Hématologie |
| M. LAIREZ O. | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LEANDRI R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. LEPAGE B. | Biostatistique |
| Mme MAUPAS F. | Biochimie |
| M. MIEUSSET R. | Biologie du dével. et de la reproduction |
| Mme PERIQUET B. | Nutrition |
| Mme NASR N. | Neurologie |
| Mme PRADDAUDE F. | Physiologie |
| M. RIMAILHO J. | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES M. | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme SOMMET A. | Pharmacologie |
| M. TKACZUK J. | Immunologie |
| M. VALLET P. | Physiologie |
| Mme VEZZOSI D. | Endocrinologie |

## M.C.U.

| | |
|---|---|
| M. BISMUTH S. | Médecine Générale |
| Mme ROUGE-BUGAT ME | Médecine Générale |
| Mme ESCOURROU B. | Médecine Générale |

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.
Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Septembre 2014

## REMERCIEMENTS

A notre président de jury, **Monsieur Stéphane OUSTRIC**, Professeur des Universités et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Vous nous faîtes l'honneur de présider notre jury de thèse. Merci de votre engagement et de votre dévouement à promouvoir et faire évoluer notre spécialité de Médecine Générale. Nous vous témoignons notre gratitude.

A **Monsieur André STILLMUNKES**, Maître de Conférences Associé et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Merci d'avoir accepté de juger cette thèse. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

A **Madame Brigitte ESCOURROU**, Maître de Conférences Universitaire et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Merci de votre implication auprès de l'ensemble des internes de Médecine Générale toulousains. Pour notre travail en particulier, nous vous remercions pour votre aide précieuse, tant pour la formation théorique que pour le recrutement.

A **Madame Leila LATROUS**, Maître de Stage Universitaire et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Merci d'avoir codirigé cette thèse. Nous avons apprécié votre aide tout au long de ce travail. Soyez-en remerciée.

A **Madame Anne FREYENS**, Maître de Stage Universitaire et Praticien Ambulatoire de Médecine Générale. Merci pour la confiance que vous nous avez témoigné au cours de la réalisation de ce travail. Vous avez su nous encourager lors des moments de doute. Merci d'avoir codirigé ce travail et de nous avoir fait profiter de votre œil aguerri et de votre expertise.

Merci à tous les Maîtres de Stage Universitaires qui ont participé au recrutement : les Docteurs Escourrou, Latrous, Freyens, Mauroux, Priem-Noilhan, Razongle, Lafarguette-Lacaze, Goya, Yvernès.

Merci à toutes les patientes qui ont accepté de se livrer pour la réalisation de ce travail.

# NOS REMERCIEMENTS

Parce que dorénavant, le langage du chocolat n'a plus de secret pour nous :

Mademoiselle « Kinder » alias **Emilie** ! Merci pour ta spontanéité et toutes ces phrases dont tu es la seule à avoir le secret ! Continue à nous faire rire sans modération !

Mademoiselle « M&M's Jaune » alias **Marion** ! Merci de nous faire découvrir toutes ces applications médicales improbables ! Grace à toi notre périnée sera sain et sauf ! Reste ce petit bout de femme décomplexée, toujours perchée sur des talons vertigineux : c'est comme ça qu'on t'aime !

Mademoiselle « Daim » alias **Claire** ! Merci pour ta joie de vivre et merci de nous faire profiter de ces « repas de famille » ariégeois au bord de la piscine ! Le RDV est pris pour l'été prochain, avec la famille agrandie ;) !

Il reste donc pour les **Lucies** : les Michoco, le Toblerone, le Cadbury, les Smarties, les Célébrations, les Ferrero, les KitKat… (mais pas les Mon Chéri, c'est déguelasse !!)

**Lucie P.** ! Grace à toi, la table de 9 n'a plus de secret pour nous ! On compte sur quelques-uns de tes fameux jeux de mots pourris pour animer encore nos soirées ! Merci d'être l'amie disponible et généreuse que tu es pour nous !

**Lucie G.** ! Nous admirons le dévouement total dont tu as fait preuve dans ton investissement associatif. Merci pour tes attentions et ton soutien ! Nous sommes très heureuses que tu ais pu trouver un créneau pour être présente à notre soutenance malgré ton emploi du temps de ministre ;) !

La liste de chocolat est faite : il ne vous reste plus qu'à trouver l'occasion !

Nous espérons que malgré les années et les chemins divergents, nous arriverons à conserver cette belle amitié !

## REMERCIEMENTS DE MATHILDE

A **Délia**, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Merci d'avoir un jour de mars 2014, prit ton téléphone pour me dire que tu voulais te lancer dans cette folle aventure avec moi. J'ai trouvé en toi une partenaire de travail idéale, incroyablement complémentaire, et surtout une amie. J'ai aussi pu découvrir les talents culinaires de la maison (merci aussi Guilhem) et je n'oublie pas de remercier Morille & Toto ! C'est la fin d'un chapitre mais seulement le début de l'histoire !

A **mes parents**, pour avoir toujours cru en moi, m'avoir soutenue moralement et avoir toujours répondu présents quand le besoin s'en faisait sentir. Vous m'avez inculqué avec beaucoup d'amour les valeurs de la famille, du travail, de la rigueur (du moins essayé!) et surtout de l'altruisme. Elles ont grandement contribué à faire de moi la personne et le médecin que je suis devenue.

A **ma sœur et mon frère**, qui ont également subit ces années "médecine". Ma Lulu, je suis ravie de voir que nos disputes de petites filles se soient transformées en une belle complicité malgré les kilomètres. Quentin, merci pour ces récitations improbables de première année et pour ton sens de la formule!

Vous quatre, êtes désormais loin de mes yeux mais bien présents dans mon cœur. Je vous aime.

A **ma famille** au sens large, à qui je promets de ne plus entacher les réunions de famille par mes cessions de travail!

A tous les médecins que j'ai côtoyé et qui influencent chaque jour ma pratique : le **Dr Descourt** pour avoir fait naître en moi la vocation, le **Dr Martin-Zubietta**, le **Dr Priem-Noilhan**, le **Dr Mandrau**, le **Dr Valentin**, le **Dr Laïkuen** et tous les médecins de la clinique du Château de Verhnes, le **Dr Gérard** et bien sûr le **Dr Mauroux**.

Aux **Landivisiens, à Math & Steph** pour ces innombrables soirées Pog's à danser au son des vieux rocks, de Coldplay et à finir la soirée en s'égosillant sur "Les oies sauvages"**, à Jojo** pour ton amitié de longue date depuis l'abri de Bod' jusqu'à Naoned en passant par Kerfich', la Rochelle, Dam', Montréal, les Cévennes **& Fanny** pour tes fameux p'tits rhums dont je garde finalement peu de souvenirs ;) **, à Julie & Nico** pour m'accueillir à chacun de mes passages parisiens, **à Julie & Steph** car grâce à Julie, la Cabrel's touch ne manque jamais**, à Fab & Klervi** parce que grâce à toi Fab, on m'appelle pathilde**, à Vincent** pour beaucoup trop de choses**, à Titi** pour tes one man show improvisés**, à Antoine** pour les rock enflammés aux mariach', **à Galou** pour les nuits de pleine lune **et à tous les autres...** La tribu s'agrandit à vitesse grand V et s'est toujours un régal de vous retrouver.

A **ma brochette Brestoise, Anaïs, les 2 Marguerite, Pauline, Jess et Steph.** Pourvu qu'on réussisse encore longtemps à organiser ces weekends de retrouvailles si précieux. Qu'ils soient à la mer avec cessions surf, vélo et mojitos, en pleine campagne pour les vieilles charrues de luxe (merci Pauline) ou complètement citadins en mode "sex and the city", je ne manquerai pour rien le prochain RDV!
Dédicace à **JP** et **Pluch** qui ont leur part de responsabilité dans les nombreux souvenirs brestois et à qui je dois le joli surnom de "petit bonhomme".

A la **dream team St Girons**, **à Périne** pour tous ces moments passés toutes les 2 à courir, cuisiner, manger, chiner, et surtout pipeletter... (j'aime tellement t'entendre critiquer!) **& Etienne** pour m'embrigader dans vos trails et randos aux réveils matinaux, **à Damien** pour nos après-midi sportives entrecoupées de discussions existentielles, **à Maxime** pour avoir partagé mes WE pendant presque 6 mois et remis au goût du jour les barquettes du CHAC, **à Adel** pour ta douceur teintée d'humour**, à Jean** pour les 2 points de sutures qui ornent mon cuir chevelu **et à Norbert** RIP mon vieux!

A toutes ces belles rencontres faites au fil des stages : **Emilie, Julie C, Pauline, Julie E, Pascaline, Nathalie, Victor/ Maëlys/ Laura et Marie** pour nos "jeudi hebdo", **Géraud**, et tous ceux de l'AIMG.

Enfin, à **mes Coloc' & Co du 4è étage,** mes "Friends" **Edouard, Mehdi, ma Merie, Loïse, Beubeu, Astrid, Mathieu** (merci pour ton aide doc'), **Deniz, Polo, Hélène, Laurine, Léa, Ludo, Pauline, Julien, Kedy, Max** et les petites nouvelles **Camille et Lulu** sans oublier **Cerise.** Merci pour toutes ces soirées Wilsonniennes, pour ces WE au bord d'une piscine ou dans la neige, pour ces dimanches marché/brunch/PJ/spion, pour ces pique-nique-slack improvisés à la prairie... Mais c'est "patou"!! Merci pour tous ces moments du quotidien où se mêlent rires, débats, coups de gueule et câlins, vous êtes ma petite famille toulousaine!

A **Raph,** merci d'être entré dans ma vie depuis peu et je l'espère pour longtemps.

## REMERCIEMENTS DE DELIA

A **Mathilde**, binôme parfaitement complémentaire et partenaire indispensable pendant ces 18 derniers mois. Merci d'avoir accepté qu'on partage ensemble ces heures de « dur labeur » ! L'occasion de te connaitre un peu plus et de découvrir l'Amie que tu es devenue. Je n'oublie pas non plus de remercier de notre part à toutes les deux Marco Polo, Mo' Jito et Hari Bo qui nous accompagnées et soutenues : Que nos rencontres à l'avenir soient nombreuses et joyeuses, et nous permettent d'entretenir cette belle amitié !

A **Guilhem**, qui m'accompagne chaque jour depuis plus de 6 ans. Merci de ton soutien sans faille pendant ces années souvent difficiles pour l'un comme pour l'autre. Grâce à toi, je suis allée au bout (c'était pas gagné !) Une page se tourne et on démarre une autre histoire, bien plus joyeuse et souriante que la précédente : J'ai hâte !

A **mes parents**, pour leur soutien pendant toutes ces années marseillaises. Merci d'avoir fait ces innombrables allers retours à toute heure du jour et de la nuit, merci pour ces petits plats délicieux qui m'ont permis de survivre pendant les P1 et merci pour pleins d'autres choses encore. Finalement je crois que c'est bon, plus besoin du « 24h/24, 7j/7 » ! Vous pouvez souffler un peu !

A **Bibou**, parce que toi aussi tu les as un peu vécues de l'intérieur toutes ces années ! Le déjeuner du dimanche à Marseille une semaine sur deux, tu te souviens ! (Et oui, même sur la thèse tu restes « Bibou » ! ;)

Aux **Riaux**, qui ont aussi subi ces années « médecine ». Merci pour votre soutien, votre présence et votre compréhension pendant toutes ces années. Merce de m'accueillir bientôt dans vos rang ! On peut maintenant rassurer Louise, Tatie Délia devrait avoir moins de travail pour l'école à l'avenir !

Aux amis de tous horizons :

-**Laure et Sylvain** et **Christelle** d'abord ! Parce que l'orga d'un EVJF et le mariage dans la foulée en pleine rédaction de la thèse et du mémoire, aujourd'hui, JE GERE !! Et parce que les salons de thé de l'Isle-sur-Sorgues n'ont plus de secrets pour nous !!

-**« Les Insaiens »**, gages d'une soirée pleine de rires et de bonne humeur ! Plus question d'en rater une maintenant ! Et tous **les autres amis « par alliance »** (!)

-Les anciens Marseillais, **Mélo**, **Claire** et surtout **Fab**, le dernier survivant, dans les grands froids Picards !

-Et bien sûr **Marie-Julie**, avec qui tout a commencé et qui a toute sa place ici, le jour où la boucle est bouclée !

Enfin, Merci à tous les médecins, maîtres de stage, IDE, AS … que j'ai rencontré au cours de cet internat. Vous avez chacun participé à faire de moi le médecin que je suis devenu, tant sur le plan médical que sur le plan humain.

# SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS ..... 4

INTRODUCTION ..... 5

METHODE ..... 7

**I. Choix de la méthode qualitative** ..... 7
**II. Formation des chercheurs** ..... 7
**III. Échantillonnage** ..... 7
A. Population étudiée
B. Mode de recrutement
**IV. Élaboration du guide d'entretien** ..... 8
**V. Recueil des données** ..... 9
A. Conditions de recueil
B. Retranscription
**VI. Éthique** ..... 10
**VII. Analyse** ..... 10
A. Analyse longitudinale
B. Analyse transversale
C. Triangulation des chercheurs
D. Résolution des problèmes
E. Communication entre chercheurs

RESULTATS ..... 12

I. **Caractéristiques de l'échantillonnage** ..... 12
**II. Nombre d'entretiens réalisés** ..... 12
**III. Saturation des données** ..... 12
**IV. Un panel de ressentis** ..... 13
A. Gène
B. Absence de gène
C. Indifférence
**V. Les mécanismes d'acceptation de la présence de l'interne** ..... 15
A. L'auto-réassurance
B. L'effort de tolérance
C. L'obligation
D. L'absence de réflexion
**VI. Introduction et découverte de l'interne** ..... 17
**VII. Qui est cette troisième personne ?** ..... 19
A. Méconnaissance du statut d'interne
B. Que sait-elle ?
C. Le cursus de l'interne vu par les patientes
D. L'apprentissage en cabinet de médecine générale
**VIII. Place de l'interne dans la consultation et vécu des patientes** ..... 22
A. l'interne actif

B. l'interne passif
**IX. Le refus** ..... 25
A. Refus de la présence de l'interne
B. Refus relatif à l'examen physique
C. Refus lié à la notion de « libre choix »
**X. L'interne garçon** ..... 28
A. Refusé
B. Accepté mais…
**XI. L'intimité** ..... 29
A. La dimension intime à travers
1. La nudité
2. L'évocation des relations intimes
3. L'évocation d'infections sexuellement transmissibles
B. Une relation intimiste
**XII. La notion de confiance** ..... 32
A. La confiance vis à vis du médecin
B. La confiance vis à vis de l'interne
C. Le relationnel : ingrédient secret du climat de confiance
**XIII. Une expérience finalement positive** ..... 34

DISCUSSION ..... 36

**I. Critique de la méthode** ..... 36
A. Les forces
B. Les limites
1. Biais de recrutement
2. Biais lié aux chercheurs
3. Biais de mémoire
4. Biais d'analyse
**II. Discussion des résultats** ..... 37
A. Des ressentis très variés : un reflet de l'échantillon
B. La recherche du consentement est indispensable
1. L'introduction de l'interne : un enjeu important
2. Le libre choix à tout moment
C. Comment interpréter le refus ?
1. La dimension intime des consultations de gynécologie justifie certains refus
2. La peur de l'inconnu
D. Les patientes recherchent un climat de confiance
1. La recherche d'une relation intimiste
2. La confiance en son médecin conditionne la confiance en l'interne
E. Une expérience finalement positive
F. Perspectives

CONCLUSION ..... 48

BIBLIOGRAPHIE ..... 49

ANNEXES

Annexe 1 : Mail d'information à l'attention des MSU ..... 52
Annexe 2 : Lettre d'information à l'attention des patientes ..... 53
Annexe 3 : Guide d'entretien 1 ..... 54
Annexe 4 : Guide d'entretien 2 ..... 55
Annexe 5 : Guide d'entretien 3 ..... 56
Annexe 6 : Exemple de retranscription d'un entretien : l'entretien D ..... 57
Annexe 7 : Formulaire de consentement ..... 65
Annexe 8 : Comité d'éthique ..... 66
Annexe 9 : Exemple d'analyse longitudinale : l'entretien D ..... 67
Annexe 10 : Extrait du tableau d'analyse ..... 68
Annexe 11 : Talon sociologique ..... 69
Annexe 12 : Les règles d'or de la consultation de gynécologie avec un interne ..... 70
Annexe 13 : Fiche d'information à destination des patientes ..... 71

# LISTE DES ABREVIATIONS

DUMG : Département universitaire de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

# INTRODUCTION

Depuis quelques années, on constate une diminution du nombre de médecins gynécologues en France. En effet, en 2015 on compte 1287 gynécologues médicaux et 4206 gynécologues obstétricaux(1). Ces chiffres sont en diminution alors que la population des femmes en France augmente(2)(3). Du fait du vieillissement de la population de médecins et du faible nombre de postes d'internes ouverts en gynécologie médicale (68 en 2015) (4), les départs en retraite à venir ne seront pas totalement compensés.

Aujourd'hui, les femmes se plaignent de difficultés à accéder aux consultations spécialisées de gynécologie du fait d'un faible nombre de médecins et de leur répartition géographique inégale. (5)

A l'avenir les médecins généralistes, premiers recours et acteurs essentiels dans le système de soins primaires, seront impliqués pleinement dans la prise en charge gynéco-obstétricale de leurs patientes et de ce fait, verront leur activité augmenter dans ce domaine.

La formation des médecins généralistes est encadrée par l'arrêté du 22 septembre 2004 (6). Les conditions de formation théoriques et pratiques sont regroupées dans la maquette publiée au bulletin officiel du 28 octobre 2004 (7). Elle stipule qu'un semestre de formation en gynécologie et/ou pédiatrie est obligatoire au cours de l'internat. Et depuis la publication d'un nouvel arrêté le 10 août 2010, la validation de ce semestre peut être faite dans le cadre d'un stage ambulatoire (8).

A Toulouse, depuis la rentrée universitaire 2009/2010 de tels terrains de stages sont proposés aux internes. Le temps de formation est partagé entre un cabinet libéral avec un maître de stage ayant une activité conséquente en pédiatrie et gynécologie, et des terrains de stage « annexes » qui peuvent être pour la gynécologie un centre de planification familiale, des sages-femmes ou des gynécologues libéraux ; et pour la pédiatrie, un centre de Protection Maternelle et Infantile. En 2015, 40 terrains de stages de ce type étaient disponibles au choix (9). Nous avons pu en bénéficier au cours de notre internat.

Nous avons retrouvé dans la littérature des travaux évaluant la perception de l'interne par le patient lors d'une consultation de médecine générale chez le praticien (10). Cependant, aucun travail spécifique n'a été réalisé sur les consultations pour des motifs gynécologiques.

Suite à ce constat et à la lumière de nos expériences personnelles vécues en consultation de gynécologie en médecine générale, il nous a paru intéressant d'approfondir le sujet en nous plaçant du côté des patientes.

L'objectif de notre travail est donc d'étudier le ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale en Midi-Pyrénées.

# METHODE

## I. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

La méthode qualitative est la méthode de recherche la plus adaptée aux travaux exploratoires. Elle se base sur l'écoute et l'observation des personnes interrogées. Elle permet une interprétation objective de données subjectives. Elle offre, à la différence de la méthode quantitative, la possibilité de voir surgir de nouvelles opinions. Elle s'inscrit dans une démarche inductive.

Elle est très utilisée en sociologie et se développe également en médecine générale.

L'objectif de notre étude est non pas d'obtenir un consensus ou de mesurer des données mais bien d'étudier le ressenti, le vécu et les comportements des patientes dans toute leur diversité ; la méthode qualitative nous a paru alors la plus appropriée.

Dans le cadre de cette méthode, les entretiens individuels semi-dirigés nous ont semblé plus adaptés du fait du caractère intime du sujet abordé. Ils nous paraissaient plus à même de favoriser la libre expression des patientes tant sur le plan verbal que non-verbal.

## II. FORMATION DES CHERCHEURS

Pour ce travail, nous nous sommes formées aux spécificités de la recherche qualitative au cours de plusieurs sessions animées par des enseignants du DUMG, compétents dans ce domaine.

Nous avons mené nous-mêmes les entretiens individuels.

## III. ECHANTILLONAGE

### A. Population étudiée

Notre population cible était les patientes ayant bénéficié d'au moins une consultation de gynécologie en cabinet de médecine générale, en présence d'un interne et d'un médecin également maître de stage universitaire (MSU). Nous avons limité notre recrutement à la région Midi-Pyrénées.

B. Mode de recrutement

Nous avons contacté par mail (Annexe 1) ou par téléphone les MSU en pédiatrie-gynécologie en ambulatoire de Midi-Pyrénées. Nous leur avons présenté notre démarche et leur avons fourni une lettre d'information destinée à leurs patientes (Annexe 2). Ils les contactaient dans un premier temps afin d'obtenir leur accord et nous transmettaient alors leurs coordonnées. Nous avons fixé directement avec les patientes un rendez-vous selon leurs disponibilités.

Nous leur avons demandé de privilégier un lieu confortable pour elles et surtout calme, afin de ne pas être interrompu lors de l'entretien.

Les patientes ont été sélectionnées sur les critères suivants : leur âge, leur situation maritale et familiale, leur profession, leur lieu de résidence, leur origine culturelle et religieuse, leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux, le nombre d'internes rencontrés, leur genre et le genre du médecin.

Dans le but d'explorer un panel de ressentis varié et afin de garantir la validité de la méthode, nous avons cherché à obtenir un échantillon raisonné le plus diversifié possible. Cet échantillonnage en variation maximale a donc été évolutif : nous avons précisé aux MSU au fur et à mesure des entretiens, les caractéristiques précises des profils recherchés.

Nous avons rencontré quelques difficultés lors du recrutement, difficultés liées :

- au refus de certaines patientes en particuliers les patientes musulmanes, pratiquant leur religion de manière stricte. Cette population manque à notre échantillon,
- à l'annulation tardive des entretiens par les patientes,
- à l'absence de réponse des MSU, certains par oubli.

Sur ce dernier point, l'aide de nos directrices de thèse a été précieuse.

## IV. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Face au manque de données de la littérature sur le thème précis qu'aborde notre question de recherche, nous avons élaboré le premier guide d'entretien (Annexe 3) selon les différents points que nous avons jugés pertinents. Nous nous sommes basées sur les situations marquantes rencontrées au cours de consultations de gynécologie lors de nos stages ambulatoires et les impressions qui en découlaient.

Les questions posées étaient ouvertes pour inciter les patientes à s'exprimer sur leur ressenti. Des questions de relance étaient prévues pour stimuler les réponses et au besoin recentrer l'entretien.
Il a été relu et validé par une de nos directrices de thèse.

Nous l'avons testé lors d'un premier entretien réalisé ensemble. Ce premier entretien test a été conservé sans être intégré à l'analyse car il a été jugé trop court et peu informatif.
Nous avons par la suite considérablement remanié le guide avec l'aide de nos directrices de thèse. C'est ce deuxième guide d'entretien (Annexe 4) que nous avons utilisé tout au long de notre recherche.
Après le septième entretien, nous avons rajouté une question relative à l'évolutivité du ressenti des patientes vis-à-vis de l'interne après la consultation, cette notion ayant été abordée à plusieurs reprises par les patientes interrogées (Annexe 5).

C'est une analyse thématique complète de chaque entretien réalisée au fur et à mesure, qui a permis ce phénomène dynamique d'adaptation du guide d'entretien.

Tous les entretiens ont été réalisés par un seul chercheur à l'exception de l'entretien test.

## V. RECUEIL DES DONNEES

### A. Conditions de recueil

Le recueil a été réalisé entre octobre 2014 et juillet 2015. La plus part des patientes nous ont accueillies dans l'intimité de leur domicile, d'autres ont préféré un lieu plus neutre tel un café.
Nous avons utilisé l'enregistrement numérique sur des dictaphones. Aucune patiente n'a refusé.

Les différents entretiens ont été identifiés par une lettre ou un numéro selon le chercheur concerné.
Nous avons utilisé les méthodes de reformulation et de relance pour inciter les patientes à approfondir leurs idées. Le recentrage a parfois été nécessaire lorsqu'elles s'éloignaient trop du sujet.

B. Retranscription (Annexe 6)

Nous avons nous-même réalisé une retranscription fidèle de l'intégralité des entretiens selon des règles communes. Les patientes interrogées étaient identifiées par la lettre « P », le chercheur ayant réalisé l'entretien par la lettre « I ». Nous avons assuré à toutes les patientes interrogées un anonymat complet en supprimant toute référence de lieu, de temps et de personne afin de permettre leur libre expression.

Nous avons ajouté les éléments non verbaux nécessaires à l'analyse desquels nous avions été témoins au cours des entretiens (intonations, mimiques, gestes, éléments extérieurs…).

Le chercheur ayant mené l'entretien en assurait la retranscription intégrale.

## VI. ETHIQUE

Afin de garantir la qualité et la validité de notre travail, toutes les patientes ont signé un formulaire de consentement (Annexe 7) attestant de leur libre choix de participer à notre étude.

Nous avons soumis notre sujet de thèse à la Commission d'Ethique du DUMG qui a émis un avis favorable concernant notre travail de recherche (Annexe 8).

## VII. ANALYSE

A. Analyse longitudinale (Annexe 9)

Elle correspond à l'analyse du contexte d'énonciation : à la fin de chaque entretien, nous avons établi une fiche analysant le contexte dans lequel il s'est déroulé. C'est un travail de réflexivité qui permet de replacer les verbatim dans leur contexte pour une analyse plus juste. Cela permettait aussi de relever les grandes idées de l'entretien et de constater l'apparition d'éventuels nouveaux thèmes.

B. Analyse transversale

Nos résultats sont le fruit d'une analyse thématique à posteriori qui est un processus en plusieurs étapes :

- Le verbatim a d'abord été séquencé en unités de sens.

- Un code a été donné à chaque unité de sens en fonction du contexte dans lequel elle a été énoncée. Dans chaque code, on retrouvait les mots clés cités dans les verbatim.
- De ces codes ont été extraits des sous-sous-thèmes regroupés en sous-thèmes, eux-mêmes regroupés en thèmes principaux.

Ce travail a été réalisé pour chaque entretien et inséré au fur et à mesure dans un tableau Excel® par les chercheurs (Annexe 10).

C. Triangulation des chercheurs

Pour chaque entretien, le travail de séquençage a été réalisé en double, par les deux chercheurs, et de manière indépendante. Les résultats obtenus étaient ensuite confrontés. Ce processus diminue le biais d'interprétation ou « subjectivité du chercheur ».

D. Résolution des problèmes

En cas de désaccord, nous nous sommes référées aux bandes sonores d'enregistrement. Si ce désaccord persistait après discussion, nous avons tenu compte préférentiellement du codage du chercheur ayant réalisé l'entretien. Nos directrices de thèse ont approuvé ce fonctionnement.

E. Communication entre chercheurs

Nous avons créé un compte de messagerie pour le travail de thèse et utilisé Google Drive pour faciliter la mise en commun et la sauvegarde du travail d'analyse. Nous nous sommes le plus souvent rencontrées ; et lorsque cela n'était pas possible, nous avons réalisé des sessions de travail par téléphone.

# RESULTATS

## I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLONNAGE (Annexe 11)

Nous avons interrogé 14 patientes ayant toutes bénéficié d'au moins une consultation de gynécologie dans un cabinet de médecine générale, en présence de leur médecin et d'un interne.

Les patientes étaient âgées de 20 à 73 ans. Elles vivaient toutes en couple sauf une. Deux d'entre elles n'avaient pas d'enfant.

Elles pratiquaient toutes ou avaient pratiqué des activités professionnelles très variées correspondants à des niveaux d'études allant de l'absence de diplôme à Bac + 5.

Elles étaient 6 à vivre en milieu rural, 5 en semi-urbain et 2 en zone urbaine.

Notre échantillon était composé principalement de femmes athées ou de confession catholique avec cependant 1 femme protestante et 1 femme musulmane pratiquante (ne portant pas le voile).

A une exception près, elles consultaient un médecin de sexe féminin pour la gynécologie. Deux patientes ont précisé qu'il ne s'agissait pas de leur médecin traitant.

Huit d'entre elles avaient rencontré uniquement une ou plusieurs interne fille, 2 uniquement un ou plusieurs internes garçon et 3 avaient rencontré des internes filles et garçon.

## II. NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES

Nous avons réalisé 14 entretiens semi-dirigés. Le premier n'a pas pu être exploité car le guide d'entretien était inadapté.

## III. SATURATION DES DONNEES

Nous avons obtenu la saturation de nos données lors du douzième entretien au cours duquel aucun élément nouveau n'est apparu.

Cependant, certains profils manquaient à notre échantillon. Nous avons donc réalisé deux entretiens supplémentaires, dont un avec une patiente dont le profil manquait : femme jeune, enceinte, de confession musulmane et dont le médecin et l'interne rencontrés étaient

des hommes. Ces entretiens n'ont pas fait émerger de nouvelles notions, confirmant que nous avions atteint la saturation des données.

## IV. UN PANEL DE RESSENTIS

La présence de l'interne en consultation de gynécologie était à l'origine de sentiments variés chez les patientes interrogées. Au court des entretiens, deux sentiments majeurs ont été exprimés :

- « De la gêne! (E2.5) »
- L'absence de gêne, « Ça ne m'a pas gênée du tout (E4.1) »

### A. La gêne

En plus de la notion de gêne, elles exprimaient le fait d'être mal à l'aise, « Je suis pas du tout à l'aise donc. (E2.1) ». Ce ressenti était lié à plusieurs éléments :

-La spécialité gynécologique a été citée à plusieurs reprises, « Voilà. Après voilà là parce qu'on est vraiment sur un truc gynécologique donc ça me gêne, (E6.5) ». En effet, la présence de l'interne en gynécologie rajoutait une part de gêne significative au cours d'une consultation déjà « déjà […] pas agréable. (EF.1) » du fait du caractère intime, « Ouai. Des fois ça peut être un petit peu gênant (E6.2) ». Certaines patientes exprimaient également un malaise à être examinées par l'interne sur le plan gynécologique, « Mais moi je peux pas. (E2.2) ».

-Certaines caractéristiques de l'interne gênaient les patientes, notamment le fait que ce soit un interne garçon, « ça me dérange. (E2.1) », « Je suis pas du tout à l'aise donc. (E2.1) ». La condition de personne en formation mettait également les patientes mal à l'aise, « Mais si c'est en plus une personne […] Qui apprend. (E2.2) ». Le changement d'interne tous les six mois chez le MSU et donc en consultation gênait aussi les patientes, « c'est vrai que le fait qu'il y ait beaucoup d'internes, faut être quand même costaud (EA.7) ».

-La présence de deux personnes au cours de la consultation était gênante, « mais dès qu'il y a une autre personne ça me dérange. (E2.1) », d'autant plus qu'une des deux était

considérée par les patientes comme une personne inconnue, « C'est que voilà, la personne je ne la CONNAIS PAS. ... ... Non non non ça je ne peux pas. (E2.2) ».

-Enfin, les patientes expliquaient leur sentiment de gêne au cours de ces consultations par leur caractère, notamment leur timidité, « Je suis très timide déjà (E2.1) » ou leur âge, « Non voilà quand j'étais jeune ça me gênait mais maintenant ça me gêne moins (ED.1) » et parfois cette gêne était tout simplement irrationnelle, « Je peux pas vous donner d'autre explication. Je peux pas! Pour moi c'est… (E2.2) ».

B. L'absence de gêne

Certaines patientes nous ont exprimé leur absence de gêne vis-à-vis d'éléments qui entrainaient de la gêne chez d'autres :

-Quel que soit le motif de consultation, « Enfin moi ça ne me dérange pas. (E7.1) » même si celui-ci est intime « [Oui, c'est déjà quelque chose d'assez…] intime! Non, non mais là j'étais à l'aise. (ED.6) ».

-Y compris en présence d'un interne garçon « Ça ne m'aurait pas dérangé (E5.4) » car « c'est leur future profession (E4.2) ».

-Malgré le fait que l'interne soir en formation, « Ça ne me gêne pas. (E7.3) ».

-Malgré la multiplicité des internes rencontrés, « et euh, ça me dérange pas (E7.1) » parce qu'il n'y a qu'un seul interne par consultation, « Non. Non parce que bon je vous dis, c'était UNE (mot appuyé) interne. C'était pas une dizaine! (ED.2) ».

-Malgré la présence d'une personne supplémentaire en plus du médecin/MSU, « C'est déjà délicat d'en parler même à son généraliste donc euh, qu'il y ait une personne en plus ou pas je pense pas que ça m'aurait dérangée (E5.4) ». Lors d'une consultation sur un sujet délicat, elles disaient faire abstraction de la présence de l'interne comme personne inconnue, « Mais disons que dans ces cas-là je suis capable de me mettre dans ma bulle, de faire abstraction (E5.4) », « Et donc qu'il y ait une personne en plus ou pas euh… (Exprime son indifférence avec une mimique) (E5.4) ».

Les patientes qui n'étaient pas gênées par l'interne s'exprimaient librement en sa présence, « Non, non du tout. Ah non non par rapport à ça j'ai aucun problème, du tout. (E3.5) ». Elles expliquaient que cette liberté d'expression était liée au fait qu'elles s'exprimaient librement en présence de leur médecin traitant, « Oui mais, parce qu'on est avec M. on est tellement libre que, euh… (E4.3) ».

Certaines expliquaient leur absence de gêne par le fait qu'elles sont habituées à voir des internes en consultation chez leur médecin, « Le Dr E. m'a habitué donc euh ça me dérange pas. (E8.1) ». Elles expliquaient qu'elles se seraient senties sûrement moins libres si elles n'avaient pas l'habitude d'en côtoyer, « Voilà ! Si je n'étais pas habituée, peut être que… (E4.3) ».

### C. L'indifférence

Il s'agissait du troisième sentiment notable dans le discours des patientes, « Ca m'a laissée indifférente. Complètement indifférente. Complètement. Ah oui. (E3.4) ».

Pour elles, la consultation de gynécologie est une consultation comme les autres, « nan ! Ca changeait rien (EC.1) ». Ce sentiment était favorisé par le fait que le médecin/MSU mettait les patientes à l'aise, « Et puis Me P. sait mettre à l'aise donc y a pas de soucis! (ED.6) ». Finalement, une consultation à deux ou à trois ça ne fait « aucune différence (E5.1) ».

## V. LES MECANISMES D'ACCEPTATION DE LA PRESENCE DE L'INTERNE

L'acceptation de la présence d'un interne en consultation de gynécologie n'était pas toujours évidente et nécessitait pour certaines patientes la mise en place de mécanismes psychologiques.

### A. L'auto réassurance

Le statut de l'interne comme personne en formation les gênait. Elles se rassuraient en expliquant qu'ils sont des étudiants qualifiés, suffisamment pour les prendre en charge, « Parce que bon il y a quand même, je pense qu'il y a une pratique derrière, une connaissance (E5.4) ». Elles testaient d'ailleurs leurs connaissances par des questions, « en approfondissant plus. J'aurai plus testé l'interne (rires un peu gênés) (EC.3) », « Beh, peut-être pour me rassurer mais aussi peut-être plus pour voir où en sont ses connaissances et

justement c'est aussi un test par rapport à lui (EC.3) ». Elles acceptaient également mieux le statut de personne en formation lorsqu'elles avaient été stagiaire elles-mêmes, « Voilà. J'ai été stagiaire moi aussi donc bon. Ça ne me dérange pas du tout quoi. (E5.4) ».

Selon elles, les internes aujourd'hui ont des qualifications équivalentes ou supérieures à celles des médecins d'hier, « Je sais qu'il y a quelques années, pour être médecin, enfin les études étaient moins longues. Donc après tout (blanc), je pense qu'on pouvait tomber sur des médecins qui avaient le même niveau d'études que les internes d'aujourd'hui, donc ça me choque pas. (EA.2) » et cela les rassurait. Elles considéraient finalement l'interne comme un médecin, « Donc pour moi c'est comme si c'était un médecin. (EC.3) » et pouvaient ainsi profiter d'un double avis médical, « Je me dis à la limite qu'il y a un double, double avis. (EA.2) ».

Elles se rassuraient aussi par le fait qu'elles avaient déjà rencontré des internes auparavant, notamment en milieu hospitalier, « Les internes, c'est vrai qu'on a l'habitude d'en avoir dans les hôpitaux ou les cliniques (E5.3) ». Elles étaient également rassurées par la présence de leur médecin qui les connait, « Mais j'aime bien qu'elle soit là vu que je suis une personne stressée, quand même, et qu'elle me connait bien, voilà. (E7.1) ».

B. L'effort de tolérance

Certaines patientes toléraient la présence de l'interne uniquement parce que leur médecin était présent, « Et puis non, elle m'a dit « je suis son interne mais elle va arriver », donc euh. Ça va, du moment qu'elle était là. (E3.1) ». D'autres faisaient cet effort d'acceptation, « Non parce que bon après les internes ils sont là aussi pour apprendre donc euh… (E8.1) ».

C. L'obligation

Des patientes ont exprimé le fait qu'elles étaient finalement obligées de faire confiance à l'interne, « donc il fallait que je fasse confiance hein ! (EA.2) » car ces consultations de gynécologie sont nécessaires pour un bon suivi médical, « Ben non! Puisqu'il faut se faire soigner alors bon... (EB.2) », que le praticien soit un homme ou une femme, « Que ce soit un homme ou une femme il faut y passer quand même, alors! (EB.2) ».

D. L’absence de réflexion

Enfin, certaines patientes faisaient abstraction de la présence de l’interne, « Je fais abstra (baffouillage) abstraction, je fais... je viens pour mon rendez-vous et j’essaie de ne pas penser à ça ...à la présence de l’interne. (EA.1) ». Elles essayaient de ne pas se poser de question et ont même exprimé une forme de résignation, « Je ne me pose pas plus de questions, je... Il faut bien que les choses se fassent (EA.2) », parce que finalement « il faut bien se soigner ! (EA.2) ».

## VI. INTRODUCTION ET DECOUVERTE DE L’INTERNE

La présence de l’interne lors des consultations de gynécologie a été amenée de différentes manières :

- Des patientes se sont vues proposer la présence de l’interne

Parfois avant, « Mais elle m'a prévenue avant que je rentre au cabinet si ça me dérangeait euh. (E2.1) », d’autre au début de la consultation, « hé ben elle m’a demandé, dès le début, que y avait une interne qui était là et si ça me dérangeait ou pas qu’elle assiste à la consultation (EC.1) ».

Certaines ont accepté « Au début au moins il sait que voilà moi ça me pose pas de soucis et puis après c'est bon. (EF.1) », d’autres ont refusé (Cf : Le refus).

Quelle que soit leur réponse, elles ont exprimé le fait que cette recherche de consentement était importante à leurs yeux « Mais bon, ce qui est bien c'est qu'il demande quand même ; si ça nous dérange, "s'il est possible que" ... Enfin voilà. (EF.1) », « Je comprends qu’il faut apprendre mais on demande le consentement (ED.4) ».

- Des patientes se sont vues annoncer la présence de l’interne

Il était déjà présent dans la salle de consultation et elles le découvraient lorsqu’il se présentait « Elles se sont présentées (E5.3) » ou était introduit par le médecin, « Quand je rentre, en général le Dr G. le présente, Mr Untel, elle dit bien que c'est l'interne, euh. (E6.1) ».

- Pour certaines patientes, sa présence en consultation était implicite

Elles en avaient connaissance car :

-Le cabinet médical est un lieu de stage connu « Je me doutais qu'il y avait une interne, puisque je sais qu'elle accepte, qu'elle prend des internes Mme L. (E5.1) ».

-Une fiche d'information à ce sujet est présente en salle d'attente « et ben, quand je suis allée à la salle d'attente j'ai vu que y avait...Parce qu'à la salle d'attente y a des noms quoi, que les docteurs, y a des noms qui prennent des internes (EB.1) ».

-Elles sont parfois accueillies directement par l'interne « C'est elle qui est venue me chercher (E3.1) » ou voient l'interne prendre en charge les patientes précédentes dans la salle d'attente « Mais bon, comme je l'ai vu en consultation quand j'attendais, euh… (E5.1) ».

-Elles connaissent globalement le planning de présence de l'interne au cabinet « Mais je sais que bien souvent, si on y va après six heures et demi elle n'y est pas. Elle est partie (E4.1) » mais cela n'avait pas de conséquence sur la prise de leur rendez-vous « Mais quand on va chez le médecin je lui dis : « la dernière de la soirée ». Mais c'est pas par rapport à l'interne du tout, du tout du tout. Non non ! (E4.1) ».

Dans tous les cas, ce caractère implicite n'était « Pas du tout, pas du tout (E5.1) » ressenti par les patientes comme une imposition de la présence de l'interne.

- En revanche, certaines patientes ont eu l'impression de se faire imposer cette présence

Parfois simplement parce qu'on ne les a pas informées « I : D'accord. Est-ce qu'on vous a annoncé que l'interne serait là ? E3 : Non. Non non (E3.1) » ou parce que le contexte du début de consultation n'a pas permis à la patiente d'exprimer son refus.

Une patiente a relevé le fait qu' « A la prise de rendez-vous, non. C'est vrai que les secrétaires ne le disent pas forcément(E6.1) ». Sans que « Euh… Ca me gène, non. Ca ne me gène pas vraiment. (E6.1) », « C'est vrai qu'elles (les secrétaires) pourraient signaler qu'à la date du RDV il y aura un interne avec le Dr G. (E6.1) ».

## VII. QUI EST CETTE 3° PERSONNE?

### A. Méconnaissance du statut d'interne

Le statut de l'interne en cabinet de médecine générale suscitait régulièrement des interrogations, « parce que pour moi c'est une interne… (voix basse, douteuse) (EC.2) ».

Lorsqu'il s'agissait de la première expérience de consultation en présence d'un interne, les patientes étaient surprises, « J'en ai jamais vu moi en cabinet de médecine générale. C'est vrai oui (regarde son mari pour approbation). Là j'en ai jamais vu. (E3.3) ».

La pratique de la gynécologie en médecine générale étant parfois méconnue, « mais je savais pas déjà quoi, que les cabinets de docteurs généralistes pouvaient faire des examens gynécologiques aussi... (EE.4) », la présence de l'interne renforçait ce sentiment de surprise « Mais c'est vrai que au départ c'est un peu bizarre! (hésitation) surtout au niveau gynéco en fait. (EF.1) ».

D'un point de vue sémantique, le terme d' « interne » était régulièrement substitué par :

- stagiaire : « peut-être que si la stagiaire elle aurait... (EE.1) »
- médecin : « Bon c'est une interne, c'est comme un médecin de toute façon. Je l'ai même pas prise pour...Là vous me dites une interne, mais pour moi elle était médecin! (ED.5) »
- remplaçant : « parce que j'étais au départ, quand je suis allée chez elle, c'était des internes justement qui la remplaçaient, je pense (affirmatif), en fin d'étude (EA.1) »

### B. Que sait-elle ?

« Mais si un interne il est là, s'il dit certaines choses c'est qu'il a appris aussi pendant plusieurs années à l'école donc... (EE.4) ». L'interne serait donc un étudiant ayant d'abord suivi une longue formation universitaire théorique « où la première année il y a eu tout le coté théorique et après petit à petit…(EC.1) ».

Pour les patientes, l'interne avait des connaissances médicales de niveaux variables :

- supérieures à celles de la patiente : « parce qu'ils savent quand même mieux que moi ce qu'ils racontent au niveau de la médecine! (EC.3) »
- inférieures à celle du MSU : « ben le docteur ça a plus de crédit parce qu'on sait qu'il est diplômé, qu'ils ont les examens, (EE.3) »
- égale à celle du MSU : « Avec 2 médecins parce que, elle apprend mais si elle est déjà avec Me P. en examen, c'est que… elle en est capable. (ED .3) »
- égale à celle de certains médecins : « Donc après tout (blanc), je pense qu'on pouvait tomber sur des médecins qui avaient le même niveau d'études que les internes d'aujourd'hui (EA.3) »
- plus approfondies que celles des médecins auparavant : « Je sais qu'il y a quelques années, pour être médecin, enfin les études étaient moins longues. (EA.3) »
- incomplètes : « il a pas fini sa formation (E2.4) »

C. Le cursus de l'interne vue par les patientes

Le parcours de l'interne était obscur : « Je connais pas trop le protocole, et cetera, d'études des médecins (EA.5) ».

L'internat était une phase qui survenait après plusieurs années d'études, « Ils sont peut-être dans leur 3è ou 4è ou 5è année pour pouvoir venir dans un cabinet. (EC.1) ».

Il avait pour but d'apporter une expérience de terrain « Parce que c'est vrai que quand on est à l'école, euh, ça n'a rien à voir avec quand on est sur le terrain, faut pas se leurrer hein. C'est pas du tout pareil (E6.4) », complément indispensable de la formation initiale, « donc je pense bien qu'à un moment donné des études il faudra, à un moment donné, il faudra travailler avec le public, sinon c'est que de la théorie (EA.5) ».

D'autres pensait que l'internat n'existait pas en médecine générale, « Je pensais que c'était vraiment l'école et après, on vous lâchait comme ça, dans la nature. (EF.4) » ; il s'agissait pour elles d'une formation hospitalière plutôt réservée aux internes des autres spécialités « parce que c'est vrai qu'avant quand on allait dans les hôpitaux, enfin moi ça m'est arrivée qu'on avait à faire à l'interne, moi je le percevais pas pareil (E2.4) ».

### D. L'apprentissage en cabinet de médecine générale

Selon les patientes, il permettait à l'interne l'acquisition de compétences, « Oui je pense oui, du coup vous voyez les deux et ça apporte plus de compétences je pense. (E7.3) » :

- techniques, comme la palpation mammaire, « Elle lui a fait, comment dire… (pause) « trouver » la tumeur. « Tu vois, elle est là ». Elle l'a trouvé aussi d'ailleurs Euh… Non, ça ne m'a pas gênée. (E3.2) »
- relationnelles, « parce que justement au moins, ils vont avoir ce côté relationnel, et ça… donc c'est important (EC.4) »
- humaines, « Ça peut les rendre peut être plus humbles vis-à-vis des gens (E5.5) »

Il permettait aussi d'acquérir de l'expérience grâce à la confrontation avec une patientèle et des pathologies variées « C'est bien, c'est mieux, parce que c'est… Parce que c'est l'éventail, c'est la vie. C'est différentes euh… Un panel plus large de patients. (E3.4) », différentes de l'hôpital « moi je trouve ça intéressant parce que, c'est pas forcément comme à l'hôpital (E7.3) ».

La formation en cabinet de médecine générale était assimilée à un apprentissage sous la forme d'un compagnonnage « C'est comme une apprentie, par exemple chez le coiffeur. (ED.3) » comme elle existe dans d'autre corps de métier du domaine médical « quelques fois, je vais chez le dentiste aussi, et y a une apprentie qui est là et qui regarde (ED.4) », paramédical « et puis au travail, on a le même système mais par rapport aux kinés (EC.1) » et même social « Quelquefois dans le cadre mon travail, je vais voir l'assistante sociale et elle a une stagiaire ou une interne avec elle. C'est pas gênant non plus. C'est pas gênant non plus. (ED.2) » ou esthétique « c'est comme une apprentie, par exemple chez le coiffeur (ED.3) ».

L'interne apprenait au contact du maître de stage en l'observant, en suivant ses conseils « on lui a expliqué donc elle a appliqué ce qu'on lui a dit de faire hein! (EE.1) », en étant supervisé « Alors elle m'a, elle m'a rassurée. Elle m'a dit « mais non je suis là, à côté, je regarde comment elle fait. Enfin comment elle pratique ». (E3.2) ».

Le MSU avait un rôle de tuteur, de guide « et après, des fois, M.M la guidait un petit peu (EC.2) ». Ce dernier validait explicitement ou implicitement la prise en charge de l'interne « Ben non, parce que je pense que si elle ne dit rien ce que c'est bon. Donc euh… (E8.3) ».

Il s'agissait d'un travail conjoint avec un échange permettant le renforcement des connaissances théoriques « Enfin s'ils sont ensembles, parce qu'ils étaient tous les deux, elle lui posait des questions, elle lui demandait son avis. (E7.1) » ou « Je trouve que c'est bien d'être avec le docteur et euh… D'avoir l'appui du docteur à côté, de lui poser des questions, et que le docteur soit à côté pour... pour l'aider!(E2.4) » et une transmission de savoir-faire.

Cette formation en binôme dans le futur cadre d'exercice était jugée rassurante, « Mais c'est vrai que c'est rassurant quand même, de savoir que (rires), qu'il y a quand même de la pratique. On sait que y a pas que l'école. (EF.4) » et « C'est peut-être pas plus mal que de les mettre directement dans le bain! (ED.4) ». Elle était aussi plus adaptée « Moi, il me semble que c'est mieux pour un futur médecin qui s'installera un jour. (E4.5) » et motivante « parce que ça va peut-être donner plus envie aux médecins de devenir généraliste. (E5.3) ».

Finalement « C'est une bonne passation. (EA.5) ».

## VIII. PLACE DE L'INTERNE DANS LA CONSULTATION ET VECU DES PATIENTES

Les patientes ont été confrontées à deux types d'internes, des internes considérés comme « actifs » au cours de la consultation et d'autres « passifs » ou « observateurs ».

### A. L'interne actif

Il l'est à plusieurs niveaux de la consultation :

- Il mène la consultation et notamment l'interrogatoire

« Mais ça me dérange pas moi qu'il me pose des questions (E2.3) » car « Je l'aurais perçue comme un médecin (E5.3) ». Elles le considéraient comme un médecin à part entière « Déjà c'est son métier (E6.3) » !

Les patientes expliquaient qu'elles avaient le même vécu quand l'interne menait la consultation et quand c'était leur médecin, c'était « Pareil (E4.4) ». Elles répondaient directement à l'interne « Par contre il me parle moi je l'écoute et je réponds à l'interne Je vais pas, je vais pas répondre au docteur. Je réponds à l'interne(E2.4) » et « Ah, je lui réponds comme j'aurais répondu à mon médecin (E6.3) ».

Pour les patientes « Ça parait logique. (E8.2) » que l'interne s'adresse directement à elles, « Moi ça me parait normal parce que ben c'est moi le patient donc euh… (E8.2) ».
Les patientes appréciaient que l'interne réponde à leurs questions « Je lui posais des questions vu que je ne connaissais pas du tout, il me répondait très bien. (E7.2) », « Et j'ai apprécié parce qu'il connaissait euh, il répondait à tout et euh (E7.1) », cela les rassurait « il m'a rassurée et ça c'est très bien passé. (E7.1) ».

- Il donne des conseils

La plus part des patientes les acceptent « Bien, je le prends bien le conseil (E7.2) » et en tiennent compte « J'en tiens compte. (E5.3) » notamment parce qu'elles les trouvent de bonne qualité « J'ai demandé conseil par rapport au stérilet et il m'a bien conseillée (E7.2) ».
Ces patientes ne font pas de différence entre les conseils donnés par l'interne et ceux donnés par leur médecin « Ah non, ça ne fait pas de différence pour moi. Du tout. (E3.3) », « Mais euh, donc voilà, je veux dire euh… Le conseil je le prends autant de lui que je le prendrais de mon médecin. (E6.3) ».
Une patiente nous a expliqué qu'elle recherchait ce conseil « Donc euh… Et puis j'ai besoin de ça en fait, j'ai besoin euh… J'avais besoin qu'il me, qu'il me conseille parce que je connaissais pas du tout euh. (E7.2) » et qu'elle l'acceptait car elle considérait que l'interne était plus qualifié qu'elle « parce que je me dis que lui il connaît mieux que moi (E7.2) ».

Pour certaines, en revanche, ce conseil était difficilement accepté car émanant d'une personne inconnue « Je suis très attentive à ce qu'il dit hein, l'interne mais euh... Voilà, comme c'est une autre personne que je ne, c'est toujours pareil, je ne le connais pas. (E2.3) ». Il était parfois soumis à validation par le médecin/MSU avant d'être pris en compte par les patientes « Mais je voudrais quand même avoir son accord. (E2.3) ».
Une autre patiente qui travaillait dans le milieu médical cherchait à se faire sa propre opinion par rapport aux conseils donnés par l'interne « Ben je vais me faire ma propre idée aussi, je suis assez têtue donc (rire) ! (E5.3) ».

- Il réalise l'examen physique et certains gestes techniques

Cela entrainait parfois de la gêne « Ben c'était pour un frottis. C'est elle qui l'a fait. Moi ça m'a un peu … euh (E3.1) » mais c'était globalement bien accepté par les patientes « Et je lui ai dit non ; que ça me dérangeait pas du tout. (EC.1) » si l'interne avait les compétences

« Dans la mesure où elle sait faire, pourquoi pas ! (Sourit) (E5.2) ». Certaines demandaient à ce que le médecin /MSU soit présent « Si y a mon médecin qui est là oui, sinon non. (E8.2) ».

Les internes ont pu réaliser différents gestes :

- Le frottis cervico-utérin « Le frottis c'est elle qui l'a fait du début à la fin ! (E4.2) »
- La pose du dispositif intra-utérin « c'est lui qui m'a posé le stérilet. (E7.2)»
- L'examen mammaire « Parce que, elle m'a examiné les seins. (E3.2) »
- Le toucher pelvien « Elle m'a consulté d'abord avec les doigts pour voir au niveau du col tout ça. (EC.2) »

Une patiente a même souligné qu'elle avait apprécié que l'interne ait été doux « Il a été doux. (E7.2) ».
Les patientes ont accordé de l'importance au fait que leur accord soit recherché avant toute intervention « Par exemple pour la gynéco « est-ce que je peux vous ausculter, est-ce que vous êtes d'accord ? » Qu'il demande c'est important pour moi. (E8.4) ».
D'une manière générale « ça s'est bien passé. (EC.2) ».

Certaines patientes ont bénéficié d'une prise en charge globale par l'interne, « C'est lui qui s'est après occupé entièrement de moi (E7.2) » sans que cela ne leur pose de problème « il a tout fait tout seul et aucun souci (E7.2) ».

Finalement, cette place active de l'interne lors de la consultation était logique « moi ça me parait logique qu'il soit là, qu'il soit actif, qu'il parle. (E8.4) » car elles considèrent qu'il était légitime dans ce rôle « Ben je pense que c'est parce qu'elle a sa place. (E4.3) » et surtout capable « Elle le fait, si elle le fait c'est qu'elle est quand même capable de le faire. (E4.3) ».

B. L'interne passif

Les réactions des patientes vis à vis de cet interne « Observateur (E8.5) » sont variées :

Pour certaines « Non, non ça ne me pose aucun problème. (E3.3) ». Elles font abstraction de sa présence « Je me pose pas la question. Je sais pas. Je me pose pas la question Il parle pas,

il parle pas(E2.4) ». Certaines considèrent que « S'il n'intervient pas il est là pour observer et pas pour donner son avis. (EA.4) ».

Certaines disaient comprendre que les internes ne soient pas très à l'aise pour prendre la parole en consultation car ils sont jeunes « ils ne sont pas très âgés encore, ils sont encore jeunes donc je peux comprendre qu'ils soient un petit peu sur euh, voilà pas forcément à l'aise pour parler avec des gens et tout (E6.4) ». Etant elles-mêmes timides, elles comprenaient que les internes le soient aussi « Je suis quelqu'un de très timide à la base donc je peux comprendre que bon (E6.4) ».

Enfin, d'autres trouvaient cela bizarre « Ah ça me ferait bizarre (E8.3) ». Pour elles, la présence d'un interne uniquement observateur lors de la consultation ne serait pas naturel et provoquerait de la gêne « Qu'il soit là juste pour observer je trouve ça pas vraiment naturel. Donc ça me dérangerait. (E8.3) », « Ouai ça me gênerait ouai (E8.3) ».

## IX. LE REFUS

La notion de refus a été exprimée par certaines patientes à différents niveaux.

### A. Refus de la présence de l'interne

Certaines refusaient que l'interne soit présent lors de la consultation de gynécologie. « Ah non! Moi je me... j'ai dit non! (E2.1) » ou « Ah non, en gynéco c'est pas possible! (rire) Moi je… J'ai jamais eu à faire à un interne en gynéco (E2.4) ».

Elles justifiaient ce refus :

-par le fait qu'elles recherchaient en gynécologie une relation particulière avec leur médecin, « Parce que si on va chez un gynécologue c'est pour se faire suivre par quelqu'un et pour avoir cette relation particulière (EA.6) ».

-lorsqu'elles se sentaient en difficultés sur le plan émotionnel, « si j'étais mal émotionnellement (EA.4)».

-lors de consultations pour un motif qu'elles considéraient comme grave, « après si j'avais un grave problème de santé (EA.4) ».

Alors que l'interne se trouvait déjà dans la salle de consultation, certaines patientes ont demandé à ce qu'il ou elle sorte, « Je crois que c'est la seule fois où j'ai demandé de ... euh, où j'étais pas d'accord, donc elle l'a fait sortir (E2.1) ».

Pour certaines patientes, ce refus s'accompagnait d'une forme de culpabilité vis-à-vis de l'interne, « C'est malheureux hein!! (sourire gêné) mais euh… (E2.2) ».

A l'inverse, la possibilité de refuser la présence de l'interne a surpris, « Je suis au contraire, moi surprise quand je vois que si on ne veut pas l'interne, il faut le dire avant la consultation (E4.1) » voir déplu à certaines patientes, « Non, je trouve que c'est pas sympa (E4.1) ». Elles n'envisageaient pas ce refus car elles considéraient les internes comme des futurs médecins qu'elles seraient susceptibles de venir consulter plus tard, « Je trouve que c'est pas sympa parce que, plus tard on sera content de toute façon : ceux qui sont internes maintenant, ben un jour ils seront médecin. Donc on les a pas voulu à ce moment-là mais après on sera bien contents de les avoir. Non, non, ça me… (E4.1) ».

### B. Refus relatif à l'examen physique

Certaines patientes acceptaient l'interne en consultation mais refusaient qu'il assiste à l'examen physique, « Voilà ! La partie examen euh… Il n'y assiste pas, non (E6.1) ».

Elles évoquaient le fait qu'elles soient pudiques, « C'est parce que je suis très pudique (E6.1) » et notamment leur difficulté à être en sous-vêtements devant un autre médecin que leur médecin traitant « d'être en culotte soutien-gorge devant euh un autre médecin je ne le ferais pas. (E6.1) ».
Cette difficulté était connue par leur médecin traitant qui anticipait ces situations lors des consultations « Maintenant elle le sait de toute façon. Maintenant, dès que c'est gynécologique, elle ne me pose même pas la question parce qu'elle sait comment je suis (E6.1) » et était également présente lors des consultations non gynécologiques, « Enfin, c'est même pas que gynécologique parce que j'ai des problèmes de dos, euh, donc régulièrement mon médecin me vérifie un petit peu mes réflexes et […] (E6.1) ».

Certaines refusaient uniquement qu'il réalise l'examen et les gestes techniques, « Dès que je vois qu'il ya l'interne, je sais très bien que, voilà c'est mort. Que pour l'examen c'est hors de question. (E8.1) ».

Elles préféraient être examinées par une personne connue « Mais si en plus c'est une personne que je ne connais pas (E2.2)», « I : Parce que vous préférez que ce soit Mme F. que vous connaissez. P : OUI (E2.2) ».

Certaines avaient déjà eu une expérience douloureuse lors d'un examen réalisé par un interne « Parce que ça m'est déjà arrivé, j'ai laissé faire deux fois. Ya une fois où ça s'est bien passé, et la deuxième fois c'était pour un prélèvement et elle m'a fait super mal (E8.1) » et ne souhaitaient pas prendre le risque d'avoir mal une nouvelle fois « Ben en fait, la première fois que j'ai dit oui ça c'est super bien passée. Mais la deuxième fois elle m'a fait tellement mal que je me suis dit, voilà, même si ya une chance sur deux euh… (E8.2) ».

Enfin, certaines refusaient que l'interne réalise l'examen uniquement si c'était un interne garçon, « Et les garçons, ben parce que c'est les garçons (E8.1) ».

C. Cette notion de refus était chez quelques patientes, intimement liée à la notion de « libre choix ».

Certaines patientes acceptaient de principe la présence de l'interne mais gardaient en tête la possibilité de refuser « Parce que je sais très bien que j'aurais pu refuser euh, sa présence quoi. (E5.1) » voire de faire sortir l'interne au cours de la consultation « Mais bon après, je sais que normalement j'ai le droit de demander à ce que la personne sorte. (E6.2) ».

Certaines étaient à même de choisir d'aller voir un autre médecin si elles n'arrivaient pas à exprimer leur refus de l'interne garçon « Peut-être que j'aurais dit non, peut-être que ça aurait pu être mon style d'arrêter de me faire suivre par le docteur XXX. Si j'osais pas, ça aurait pu. Soit je me serais sentie de lui dire, soit ça m'aurait gênée et puis à la longue… (EA.6) ».

D’autres envisageaient d’attendre une consultation sans interne pour aborder certains sujets « Mais bon, peut être que je dirais, bon je vais attendre la prochaine fois. (E4.3) ».

## X. L’INTERNE GARCON

Les réactions des patientes vis-à-vis de la présence d’un interne garçon en consultations de gynécologie ont été variées : Certaines exprimaient leur refus, d’autres acceptaient avec plus ou moins de difficultés.

### A. Refusé

« La première fois c'était un garçon donc moi (fait "non" de ses mains) … (E2.1) », « Ah! J'ai dit non (E2.1) ». Elles refusaient car cela les mettait mal à l’aise, « Je suis pas du tout à l'aise donc. (E2.1) », notamment lors des consultations au cours desquelles elles avaient besoin de se confier, « mais c'est vrai que si émotionnellement j’ai besoin de me confier, je ne vais pas non plus étaler ma vie devant lui (EA.6) ».

Certaines étaient malgré tout gênées de refuser la présence d’un interne garçon « C'est bête hein mais (rire gêné)… (E2.1) ».

### B. Accepté mais…

A l’inverse, certaines patientes acceptaient la présence de l’interne garçon mais uniquement dans certaines conditions :

- Lors de consultations pour un simple suivi, « Tant qu’il n'y a pas de problème... (EA.6) »
- Parce que ces consultations sont très occasionnelles, « à priori moi je vais y aller une fois par an, ça dépend du suivi (EA.6) »
- Uniquement pour la partie interrogatoire, « La partie discussion ya pas de soucis (E8.1) », mais pas pour l’examen clinique, « Peut être que j’aurais dit non au niveau de l'examen gynécologique (EA.6) »
- Si le médecin/MSU est présent, « Non j’aurais rien dit, parce que si elle avait été à côté, et puis il est là pour apprendre bon. (E3.3) »

Certaines patientes acceptaient que l’interne réalise l’examen génital, « Oui, ça ne m’aurait pas dérangée. (E5.4) », et les gestes techniques, « le spéculum, le frottis (Oui) (E5.4) ».

Elles acceptaient parfois malgré la gêne, « Ça ne m'aurait pas plu mais j'aurais rien dit (rire) (E3.3) ».

Certaines ont exprimé le fait qu'elles avaient des difficultés à refuser la présence de l'interne malgré la gêne, du fait de leur personnalité, « C'est ma personnalité tout simplement. Je suis quelqu'un de conciliant (EA.5) ». Elles étaient gênées de refuser car elles avaient conscience de l'intérêt de ces consultations pour la formation de l'interne, « et puis j'ai conscience que c'est intéressant pour lui et que bon ça fait partie de son parcours donc ça m'aurait embêtée de dire non (EA.5) ».

## XI. L'INTIMITE

A. La spécificité de la gynécologie est qu'elle touche à l' « intime (ED.6) », à travers :

1. La nudité

Les patientes nous parlaient de leur rapport au corps, où elles étaient amenées à montrer leurs parties intimes, « On montre aussi ses parties intimes donc juste un regard comme ça. ..(EE.3) ».
Elles évoquaient leur gène «au moment où l'on se déshabille (EA.2)». Elles se sentaient alors exposées, « on est exposé (rires) quand même! (EE.3) », « C'est pas non plus, de se faire observer comme ça, parce que c'est pas le meilleur profil qu'on puisse avoir (rire) ! (E8.5) ».

Pour les patientes, cela était lié à un trait de leur personnalité, la pudeur « C'est parce que je suis très pudique (E6.1) ». Elle était parfois l'unique raison du refus de l'interne, « Ben de toute façon à partir du moment où je refuse de me mettre en culotte et soutien-gorge devant lui euh, (E6.3) ».

Le rapport au corps et la pudeur était un phénomène évolutif avec l'âge « Avant je pense que plus jeune oui, j'aurai été gênée (EE.4) » ou « 24 ans ben vous êtes pudique. (ED.4) » dont l'étape clé était la grossesse.

En effet, pour beaucoup, la grossesse décomplexe « Mais maintenant que j'ai des enfants là, pfff!! (rires++ et gestes de la main vers l'arrière mimant que ça lui passe au-dessus) Là il y a plus de problème hein (EE.4) » et la présence de l'interne n'est plus un problème « On est plus à 2 personnes près! (EE.4) ».

2. L'évocation des relations intimes

Lorsqu'il s'agissait d'aborder la sexualité « J'ai quand même envie de l'enlever parce que ça nous gêne avec mon conjoint au niveau des rapports (EE.2) », l'exercice s'avérait délicat quel que soit l'interlocuteur « C'est déjà délicat d'en parler même à son généraliste donc euh, qu'il y ait une personne en plus ou pas je pense pas que ça m'aurait dérangée (E5.4) ».

Certaines affirmaient leur absence de complexe, de tabou « Donc du coup, j'ai vraiment aucun tabou. (EC.2) » malgré cette dimension intime « C'est vrai que ça peut paraître paradoxal parce que c'est intime », « Je suis pas exhibitionniste non plus (rires) (EC.2) ».
Pour d'autres, la présence de l'interne rendait l'abord de ces sujets difficile et gênant, « Pour moi c'est vraiment quelque chose d'intime en fait donc c'est vrai qu'en général on n'en parle pas avec 50 personnes quoi. (E6.5) ».

Le rapport à la sexualité serait un phénomène générationnel en lien avec l'éducation « Moi par rapport à mes parents, j'ai pas été élevée de façon à ce que le sexe (mot appuyé) ou le corps soit tabou. (EC.2) ».

Les patientes étaient parfois confrontées à la pudeur des soignants à évoquer la sexualité, que ce soit l'interne, « j'ai vu qu'elle était quand même assez gênée (EE.2) » ou le médecin « Peut-être qu'elle était peut-être elle gênée au final de parler de ce genre de sujet (EE.5) ».

3. L'évocation de certaines pathologies à connotation sexuelle était parfois vécue comme honteuse

« Mais bon je vous dis pour le coup des Chlamydiae, parce que c'est pas très vieux, c'était il y a quinze jours, je suis encore en traitement, c'est vrai que quand j'en parlais, parce que je pense que mon ami a fait un peu le foufou ! Donc ça me dérangeait d'en parler un petit peu devant un interne, euh… (E6.2) ».

B. Une relation intimiste

La consultation de gynécologie se distinguait nettement des autres consultations de médecine générale, « je ne veux pas mélanger gynécologie et médecine. (ED.6) » et le choix du médecin traitant était parfois influencé par la recherche de cette relation particulière en gynécologie « et oui! oui je me ferais suivre par elle (EB.3) » allant même jusqu'à choisir un médecin spécifiquement dédié à cette pratique « Mr R. est mon médecin quand je suis malade. C'est deux choses différentes (ED.6) ».

Pour laisser le médecin pénétrer dans leur intimité, les patientes ressentaient le besoin de créer une relation singulière, « pour avoir cette relation particulière (EA.6) » instaurée de longue date, « bon mon médecin, je la connais depuis des années, donc c'est facile d'en parler(E6.2) ». Parfois cette relation n'était envisagée qu'au féminin, « et pouvoir parler des problèmes de femmes avec une femme (EA.6) ».

Certaines avaient eu des expériences traumatiques avec des gynécologues, « Brusque dans ses mots. Brusque dans ses gestes (ED.5) » pour lesquels « Vous êtes invisible à ses yeux. On est un objet (ED.6) » et recherchaient un praticien attentionné « sinon je ne vois pas l'intérêt. D'autant plus pour ce genre de consultation! (ED.6) » et délicat.

Elles recherchaient surtout une relation respectueuse « parce qu'on est pas des objets de foires malgré tout! (ED.4) ».

La présence de l'interne rendait la consultation moins propice aux confidences, comme pour aborder les sujets personnels chargés en émotions, « C'est vrai qu'après, même si c'est une fille ou un garçon c'est pas toujours évident de… de parler de ses problèmes intimes devant quelqu'un qu'on ne connaît pas forcément. C'est vrai que c'est pas évident. (E6.2) », « mais c'est vrai que si émotionnellement j'ai besoin de me confier, je ne vais pas non plus étaler ma vie devant lui (EA.6) ». Certaines renonçaient alors à parler de leur préoccupation et le repoussait à une prochaine consultation « Mais bon, peut être que je dirais, bon je vais attendre la prochaine fois. (E4.3) ».

## XII. LA NOTION DE CONFIANCE

### A. La confiance vis à vis du médecin

Les patientes recherchaient auprès de leur médecin une relation de confiance, « Et je vais auprès d'elle aussi parce que y a ce rapport de confiance (EC.3) ».

Cette relation nécessitait :

- une oreille attentive

Pour la gynécologie, les patientes recherchaient en leur médecin un confident, « Parce que c'est quelqu'un aussi quand je vais avoir un moment de blues c'est quelqu'un à qui je vais me confier. (EC.3) », qui saurait être à l'écoute, « Elle a été à l'écoute dès que j'ai eu des soucis avec ma grossesse, quand j'ai eu l'allaitement… (EC.3-4) ».

- la recherche d'un guide

Certaines se sentaient perdues dans le monde médical et ressentaient le besoin d'être accompagnées, « et justement à m'aiguiller dans tout le côté médical où j'ai aucune connaissance. (EC.4) ».

- une posture maternante

Parfois, guider ne suffisait pas et le médecin prenait un rôle parental, « Je dirai que c'est presque quelqu'un de la famille pour moi. (EC.3) », « Un peu comme une seconde maman en fait ! (EC.4) ».

- l'absence d'ambiguïté

Cette confiance rassurait sur le professionnalisme du médecin « et je sais que … ça va pas être vicieux en fait la consultation. Ça va pas être… le petit côté pervers ou…non ! (EC.3) ».

B. La confiance vis à vis de l'interne

Concernant l'interne, la confiance des patientes reposait sur :

- les qualités de l'interne

Pour les patientes, l'interne était un individu doté d'intelligence, « Le fait qu'elle soit là pour moi c'est que déjà cette interne, elle est pas bête. (EC.4) ».

L'interne était « attentive (ED.3)», « plus à l'écoute de la demande de la patiente (EE.2) », avec le souci de bien faire et surtout de ne pas faire mal « Après elle flippait un peu de savoir si elle m'avait fait mal. (EC.2) ».

- ses compétences

Certaines patientes assimilaient l'interne à un médecin, « Au même titre qu'un médecin généraliste ou un spécialiste dans une clinique. C'est pareil. (E5.4) » alors que d'autres craignaient son incompétence, « Donc quand on vous dit que c'est un interne qui va vous prendre en charge, voilà on dit "mince, il a pas fini sa formation Voilà, on a pas trop confiance. (E2.4) ».

- son expérience

L'interne n'était pas un débutant, « Moi je fais confiance parce que je sais que même si…si Enfin ils débutent pas en fait ! (EC.1) ».

- la confiance que lui accordait le médecin/ MSU

L'interne était digne de confiance car il avait obtenu celle du médecin, « mon médecin (appuyé) lui fait confiance ; je (appuyé) lui fais confiance. Voilà ! (EC.4) ». Sa simple présence au cabinet en témoignait.

-la présence du médecin « J'ai confiance puisqu'il y a mon médecin ! (EC.4) » et sa supervision de l'interne « Là elle était à côté. Elle regardait ce qu'elle faisait aussi. Donc moi je faisais confiance (EC.2)».

C. Le relationnel : ingrédient secret du climat de confiance

C'est « d'abord le côté relationnel qui fait que je fais confiance au médecin et je peux lui laisser faire ce qu'il veut sur mon corps. (rires) (EC.4) ».

Pour l'interne, l'enjeu était le même, « Voilà, après, ça dépend si ça passe ou pas aussi le courant. (E7.1) » ; les clés de la confiance reposaient sur la capacité à tisser un lien avec la patiente, « Du coup, il y a un petit lien, un petit lien qui s'est créée. (EF.5) ».

Pour certaines patientes, « jusqu'à ce que j'ai pas confiance en mon médecin, je vais changer de médecin. (EC.3) » alors que d'autres se disaient prêtes à faire des kilomètres pour conserver cette précieuse confiance « Je vous dis en arrivant ici j'aurais pu chercher, me renseigner ou même trouver des femmes un peu plus proches mais euh. Non c'est vrai que voilà euh, c'est moi, j'ai beaucoup de difficultés euh… Mais bon quand je suis bien quelque part et que j'ai confiance, je reste là… (E6.5) ».

Cette confiance permettait aux patientes de se détendre « Et même au bout de 32 ans j'étais toujours crispée bon c'est un peu compliqué. Elle me disait "détendez- vous". Mais j'avais entièrement confiance en elle. Donc j'arrivais à me détendre. (E2.5) » et était le gage d'une consultation satisfaisante, « Contente parce que j'étais en confiance. (...) Contente de la relation qui s'est passé avec l'interne et mon médecin. (EC.4) ».

## XIII. UNE EXPERIENCE FINALEMENT POSITIVE

Finalement, les patientes ont exprimé un ressenti positif vis-à-vis de la présence des internes en consultations de gynécologie, « Même, moi je trouve que c'est bien d'avoir des internes. Moi je vous dis, je trouve que c'est bien. (E2.6) ».

Pour elles, les internes rencontrés étaient :

- Attentives, « Non, non, elle a été attentive (ED.2) »
- Gentilles, « Non non, impeccable, très gentille et tout. (EB.2) »
- Sympathiques, « La petite jeune était sympathique donc heu ... (ED.1) »
- A l'écoute, « plus à l'écoute, et à la demande en fait de la patiente. […] oui c'est ça! Tout à fait. (EE.2) »

C'était pour elles une bonne expérience, « Ben j'ai trouvé que c'était une bonne expérience, (E7.4) », « Et euh, c'était bien ! Positive ! (E7.4) ».

Elles étaient satisfaites d'avoir participé à la formation de l'interne, « ben j'étais contente de lui faire apprendre des choses en quelque sorte (EC.1) », « Ben c'est sympa ! Pourquoi pas ! (E5.4) ».

Pour certaines patientes qui n'étaient pas à l'aise, avoir rencontré un interne en consultations de gynécologie en médecine générale, a permis une évolution positive de leur ressenti :

- Elles voient les internes autrement, « Je pense que je le verrais autrement (E2.5) » et pour certaines, n'ont plus de problème à en avoir en consultation, « Non mais moi ça ne me pose plus de problème (E6.4) ».
- Alors qu'elles refusaient, certaines accepteraient d'être prises en charge par une interne fille, « I: Et une interne fille? E2: ... Peut-être ça me déran... Peut-être je me laisserai, oui. Aujourd'hui oui. Oui oui. (E2.5) », même sans le médecin/MSU, « Même sans Mme F. (E2.6) », pour le suivi simple, « C'est pas compliqué. Je suis pas un cas… Voilà. Si c'est pas des choses bien spécifiques qui… Je pense que je me laisserai faire. (E2.6) », et pour la pose du DIU ou la réalisation du frottis cervico-utérin, « I: Donc vous faire faire le frottis, vous faire poser le stérilet? E2: Oui oui, sans problème! (E2.6) ».
- Elles ont pris conscience de l'importance du bagage de connaissances que l'interne a acquis au cours de sa formation, « Parce que vous avez des années d'étude derrière donc euh… vous pouvez pas non plus prendre en charge comme ça et avoir qu'un an derrière… (E2.5) ».

D'une manière générale, elles pensent que « Faut évoluer ! (rire) (E5.5) » vis-à-vis des internes, qu'il est logique qu'ils assistent aux consultations, « C'est la logique des choses quoi, pour moi. (E5.4) ».

# DISCUSSION

## I. CRITIQUE DE LA METHODE

### A. Les forces

Notre étude aborde un sujet précis et original, non étudié jusqu'alors dans la littérature. Elle se positionne du côté des patientes. Cela lui confère un caractère exploratoire et novateur.

L'utilisation des entretiens semi-dirigés et d'une méthode d'analyse qualitative a permis d'obtenir une grande diversité dans l'expression du ressenti et du vécu des patientes et de mettre en évidence des axes inattendus.

L'échantillon de population étudié a des caractéristiques variées en termes d'âge, de niveau socio-économique, de lieux de vie et de motifs de consultations. Cela correspond aux données démographiques en Midi-Pyrénées. (11)

### B. Les limites

#### 1. Biais de recrutement

Nous n'avons pas pu réaliser d'entretien avec des patientes homosexuelles, ce profil de patiente manque à notre échantillon.

Nous avons pu réaliser un entretien avec une patiente musulmane pratiquante, mais pas avec une patiente portant le voile. Les patientes contactées avaient refusé la présence de l'interne et considéraient de ce fait qu'elles n'avaient rien à dire sur le sujet. Par ailleurs, nous avons réalisé des entretiens avec des patientes athées, catholiques et musulmanes mais nous n'avons pas pu rencontrer de patientes juives ou d'autres confessions religieuses.

Du fait de difficultés de recrutement, nous avons dû interroger des patientes de nos anciens maîtres de stage. Nous avions déjà vu une patiente lors d'une consultation.

#### 2. Biais liés aux chercheurs

Nous avons demandé aux MSU de ne pas préciser aux patientes notre qualité d'interne. Malgré cela, certaines ont reçu l'information avant les entretiens.

Bien que nous ayons tenté de rester le plus neutre possible au cours des entretiens, du fait de notre condition d'interne femme ayant participé à des consultations de gynécologie en

médecine générale, nous avons pu influencer les propos des patientes interrogées par nos mots ou attitudes.

3. Biais de mémoire

Les patientes devaient parfois s'exprimer à propos de consultations ayant eu lieu longtemps avant l'entretien. Le souvenir de leur ressenti a pu ne pas être rapporté avec exactitude car modifié par le temps.

4. Biais d'analyse

La méthode qualitative permet d'analyser objectivement des données subjectives. Toutefois, elle est source de biais d'interprétation. Etant nous-même des femmes et des internes ayant effectué des stages en ambulatoire en médecine générale, nous avons pu être influencées par notre histoire et nos représentations personnelles.
Nous avons tenté de limiter ce biais par une analyse indépendante de chaque entretien avant la confrontation des résultats.

## II. DISCUSSION DES RESULTATS

Pour l'ensemble de ce travail, nous avons volontairement choisi de parler de « patientes » et non de « femmes » comme il est d'usage. Ici, les femmes étaient interrogées sur leur(s) expérience(s) en consultation de gynécologie en cabinet de médecine générale en présence d'un interne. Ce sont leurs impressions en qualité de « patientes » qui nous intéressaient. Nous les nommerons donc ainsi.

### A. Des ressentis très variés : un reflet de l'échantillon.

La médecine générale est une spécialité complète évoluant aux confins de la médecine, de la psychologie et de la sociologie. La prise en compte du patient dans sa globalité et en particulier dans sa dimension émotionnelle est essentielle. Nous avons donc choisi dans ce travail, d'étudier les ressentis et le vécu de celles avec qui et pour qui nous travaillons au quotidien.

Nos résultats montrent qu'il existe un large panel de ressentis face à la présence d'un interne en consultation de gynécologie en cabinet de médecine générale. Cette diversité est le reflet de la population très variée que l'on peut y rencontrer. (11)

Au cours d'une consultation de médecine générale classique, les facteurs tels que l'âge du patient, son niveau social, son niveau d'étude n'influent pas ou peu sur le taux d'acceptation du stagiaire avec cependant une tendance au refus chez les plus jeunes. (10)

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, d'études axées spécifiquement sur les différents ressentis face à la présence d'un interne en début de consultation quel qu'en soit son motif. La notion de gêne ou d'absence de gêne est le sentiment le plus étudié. Dans l'étude de Chiarini (12), 75 % des patients affirment ne pas ressentir la moindre gêne lors de ces consultations à trois. Ce chiffre monte à 94.4% dans l'étude d'Essayagh (13). La population de l'étude comportait alors 90% de patients ayant déjà consulté en présence d'un interne.

## B. La recherche du consentement est indispensable

Le consentement est fondamental en médecine. Tout geste pratiqué, toute décision thérapeutique, toute participation à des travaux de recherche nécessite l'accord du patient après qu'il ait reçu une information claire, loyale et appropriée. (14) (15)

### 1. L'introduction de l'interne : un enjeu important

Nous nous sommes intéressées à la manière dont les patientes avaient pris connaissance de la présence de l'interne. De façon générale, le sentiment des patientes était que la recherche du consentement est une préoccupation réelle des maîtres de stages. Que ce soit de manière écrite par le biais d'un affichage en salle d'attente, ou orale, le plus souvent en début de consultation, elles avaient rarement le sentiment de se voir imposer cette présence. Le plus souvent, l'accord donné en début de consultation était considéré comme valable pour l'ensemble de celle-ci même si certaines se sont vues poser la question une nouvelle fois avant un geste technique réalisé par l'interne, ce qu'elles appréciaient. Dans son ouvrage « Le Chœur des femmes », le Dr Martin Winckler revient sur l'importance de cette présentation et de la recherche de consentement réitérée au cours de la consultation. (16)

Ce temps consacré à la présentation et la recherche du consentement nous a paru comme essentiel pour les patientes. C'était là une question de respect. Cela correspond au principe éthique du droit des patients à disposer de leur corps. (17) (15)(18)
Dans son travail de thèse, Mathilde Sass suggère que l'interne soit valorisé dans sa présentation par le maître de stage, pour qu'il soit mieux accepté par le patient. (19)

On peut toutefois se demander si le fait que ce soit les maîtres de stages eux même qui aient « sélectionnée les patientes » pour répondre aux entretiens ne biaise pas cette impression. Est-ce toujours le cas ?

2. Le libre choix à tout moment

Le libre choix est la possibilité de faire un choix sans contrainte et de pouvoir à tout moment revenir sur sa décision. Les patientes peuvent donc refuser ou accepter. Mais leur choix est-il si libre ?

Selon Ciabrini (10), un tiers des patients ressent cette consultation à trois comme une obligation. Lorsque les patientes de notre étude percevaient cette présence comme imposée, elles avaient le sentiment de ne pas avoir eu le choix et l'expliquaient par un défaut d'information. Or, comme cité précédemment, il n'y a pas de consentement valable sans information compréhensible et adaptée. On peut d'ailleurs se questionner sur les informations qu'il paraitrait nécessaire de fournir pour aller vers un consentement éclairé.
La présentation orale de l'interne en début de consultation se fait de manière très rapide et parfois dans un lieu inapproprié (salle d'attente en présence d'autres personnes…). Les patientes sont-elles alors réellement libérées du jugement des autres patients, de leur médecin, de l'interne ?
Mathilde Sass a démontré que le refus est favorisé par un manque d'informations relatives à la présence de l'interne et la sensation d'être « mis devant le fait accompli » en début de consultation. Les patients ont l'impression de ne pas avoir pu exprimer leur choix, « d'avoir été contraints d'accepter » (19). Il en a été de même dans notre étude. Certaines ont même avoué ne pas oser refuser par crainte de décevoir leur médecin ou de priver l'interne d'un apprentissage, élément retrouvé aussi dans la littérature (19).

Cependant, la plupart nous ont affirmé avoir conscience qu'elle pouvait à tout moment limiter l'implication de l'interne en cas de gêne, élément également retrouvé dans l'ouvrage de Martin Winckler (16). Cette liberté serait garante du bon déroulement de la consultation.

### C. Comment interpréter le refus?

Si la majorité des patientes acceptent cette présence grâce à des mécanismes d'acceptation là encore variés, les refus existent. Pour une consultation de médecine générale, ils restent rares puisque que les chiffres de refus systématiques oscillent autour de 3% des patients. (10)

On peut donc penser qu'un refus est basé sur de réelles motivations. La présence de l'interne outrepassant les limites de la patiente, l'accepter semble alors inenvisageable voir incongrue « Ah non, en gynéco c'est pas possible! E2 ». Le franchissement de ces limites peut survenir à différents niveaux. Comme nous l'ont détaillé les patientes interrogées, si parfois le refus est catégorique et empêche l'interne d'assister à l'ensemble de la consultation, il peut également être plus spécifique, étagé. L'interne présent lors de la consultation se voit alors refusé le fait d'assister à l'examen physique, de réaliser un acte technique en particulier ou de diriger la consultation.

Ils sont souvent mal vécus ; à la fois par l'interne qui se sent exclu voir rejeté ou déçu de ne pouvoir profiter de la consultation et à la fois par les patientes qui culpabilisent : « c'est malheureux hein…E2 ». Cette notion est présente dans la littérature : le refus de soin par le patient est vécu par l'interne comme une mauvaise expérience. Il se sent désavoué. (19)

On l'a vu, dire « non » demande un réel effort à la patiente. En effet, selon le modèle transactionnel de Hollender, la situation classique d'une consultation est celle d'un patient se présentant avec une demande, une attente face à un médecin qui répond à la demande du patient en proposant une conduite à tenir (examens complémentaires, traitement ou abstention thérapeutique, conseils, avis spécialisé…). Dans ce cas de figure, le médecin propose et le patient dispose. On remarque d'après nos résultats que cette inversion des rôles et du pouvoir de décision est parfois déstabilisant.

Nous avons tenté de comprendre ce que traduisaient ces refus. Selon nos résultats, deux cas de figure sembleraient se distinguer. Certains refus sont directement liés à la notion d'intimité alors que d'autres reflètent une peur de l'inconnu.

1. La dimension intime des consultations de gynécologie justifie certains refus

La notion d'intimité est un élément fort de nos résultats. Dans sa revue de la littérature, Ciabrini montre que le taux d'acceptation du stagiaire, pour une présence systématique, est de l'ordre de 70%. Lorsque l'on interroge les patients sur leur éventuel accord concernant la présence d'un stagiaire durant une consultation où sera abordé un sujet intime, le taux d'acceptation du stagiaire est aux alentours de 30 à 50%. (10)

De nombreux termes du champ lexical de l'intimité ont été cités par les patientes. Tout d'abord, l'intimité fait référence à la sphère privée, ce qui est caché, secret, intérieur ou encore personnel. Elle correspond à une zone accessible à très peu de personnes. La définition de l'intimité est complexe car elle regroupe plusieurs idées.
Elle est fortement liée à la nudité, la pudeur, la sexualité (on parle de « relations intimes »). D'autre part, il s'agit de la vie personnelle, conjugale, familiale de la personne et son impact psychologique et émotionnel. Enfin il y a la recherche de l'intimité de la relation médecin-malade au sens familiarité, c'est à dire selon la définition du Larousse : « rapports libres et sans contrainte, exempts de gêne, entre deux personnes ».
Nous reviendrons ultérieurement sur cette relation intimiste entre le médecin et la patiente.
Concernant la pudeur, il s'agirait d'un « malaise devant les choses que l'on ne devrait pas voir ou que l'on montre contre son gré ». (20)
Les patientes nous l'ont décrit comme un trait de caractère. Certaines se disaient pudiques sans pouvoir en expliquer l'origine. Ce trait de caractère serait donc un facteur intrinsèque à la patiente contre lequel elle ne peut lutter et expliquant le refus. Si l'on en croit la définition du « Robert », il s'agit plus d'un comportement. La sociologue Laurence Guyard (21) explique l'importance de la ritualisation de cette consultation pour mieux gérer l'intime : « la répétition à l'identique d'une consultation à l'autre et le respect de l'articulation des différentes séquences dans un ordre bien précis banalisent la consultation en l'inscrivant dans une habitude et rassurent, sécurisent la patiente en réduisant l'aléatoire ». La pudeur

serait donc un comportement apprivoisable au fil de consultations se déroulant systématiquement selon le même cadre. On comprend alors que la présence d'une tierce personne puisse être perçue comme un élément perturbateur de ce cadre et de ce fait, refusée.

Elles sont nombreuses à avoir évoqué la position délicate lors de l'examen. Le point de vue des femmes à ce sujet ne ressort pas dans la littérature scientifique. Cependant, elle semble être une préoccupation réelle, comme en témoignent de nombreuses œuvres littéraires et théâtrales comme « Les monologues du vagin ». (22)

On peut l'interpréter au sens premier du terme, la position gynécologique classique en décubitus dorsal, ou comme une position de faiblesse dans laquelle elles se sentaient exposées « on est exposé (rires) quand même! (EE.3) ». Cette exposition sous-tend une certaine vulnérabilité que la présence d'une troisième personne renforce.

Néanmoins, cette pudeur évoluerait avec l'âge et l'expérience. Il semblerait que le temps passant, la pudeur s'estompe. La grossesse et en particulier l'accouchement semblait être le point d'orgue dans l'atteinte de leur intimité. Par son étude, la sage-femme Camille Nicol, (23) montre que lors de l'accouchement «les femmes semblent inconsciemment faire abstraction de cette notion de pudeur lors du travail au profit d'une sécurité médicale. Ce n'est qu'à postériori qu'elles affirment l'importance de respecter cet intime ». Ceci est à nuancer car Jones et Oswald (24) ont montré que les patients les plus jeunes sont plus réticents à la présence d'un stagiaire dans une consultation en général. Notre impression sur l'impact de la maternité sur la pudeur doit tenir compte de la transposition de cet élément dans les consultations de gynécologie.

D'autres avaient d'emblée un rapport au corps et à la sexualité libéré, résultat de leur éducation. Elles affirmaient n'avoir aucun tabou. Il y aurait là un phénomène générationnel à la fois éducatif et lié à l'évolution de la société actuelle dans laquelle on observe une tendance à l'hyper-sexualisation et au culte du corps. Selon David Le Breton, « Le corps prend une nouvelle dimension : celle du paraitre ». (25)

Contrairement à nos a priori, le sexe de l'interne n'est pas un élément marquant dans nos résultats. Cette impression est confirmée dans la littérature. Pour Cooke (26), 87% des patients pensent que le sexe de l'étudiant n'est pas important. Cependant, il semble que les femmes (17%) y fassent plus attention que les hommes (5%). Ceci s'applique pour une consultation tout-venant. Notre échantillon étant exclusivement féminin, et sachant que les

femmes sont plus réticentes que les hommes, ce chiffre est à pondérer lorsqu'il s'agit de sujets intimes. On a le sentiment que la gêne liée au sexe masculin survient chez les patientes pour qui la frontière entre l'aspect médical et l'éventuelle connotation sexuelle de l'examen est floue. Lorsque cette frontière est parfaitement claire, les patientes se sentent à l'aise et disent n'avoir aucune objection à ce que l'interne soit présent, quel que soit son sexe, « et je sais que … ça va pas être vicieux en fait la consultation. Ça va pas être… le petit côté pervers ou…non ! (EC.3) ».

D'après Ciabrini (10), la présence d'un étudiant actif impliqué dans la prise en charge médicale, est préférée car les patients redoutent un étudiant « voyeur ». Certaines situations sont identifiées comme « difficiles » (problèmes affectifs, intimes, gynécologiques, psychologiques). Elles nécessitent une réflexion concernant l'existence d'un espace privatif explicite pour le patient. Finalement, la gynécologie serait un domaine imposant une « mise à nue » globale.

2. La peur de l'inconnu

Dans cette configuration originale avec trois protagonistes, plusieurs éléments donnent à cette consultation une note singulière. Il y a à la fois le motif gynécologique et le fait qu'elle se déroule en cabinet de médecine générale, avec un médecin généraliste et un interne. Cela était déjà une découverte pour de nombreuses patientes. Il s'agit donc d'une équation complexe à plusieurs inconnues.

Le sentiment de peur est une réaction classique d'un individu qui doit faire face à une situation inédite demandant une capacité d'adaptation par la mise en jeu de ressources internes. Hors de leurs zones de confort face à cette personne inconnue, certaines patientes manifestaient un malaise, une inquiétude voire une angoisse se traduisant par leur refus. D'ailleurs, en opposition à cette peur de l'inconnu, les patientes évoquaient la sécurité apportée par des repères : un médecin connu et qui connaît sa patiente, un cabinet connu, un examen déjà réalisé et donc connu… L'inconnu c'est donc cette troisième personne, L'INTERNE. On retrouve cette notion dans le travail de M. Sass (19) où l'interne est un « observateur inconnu » voire un « intrus ». Pour les patients interrogés, l'interne a un statut méconnu et son rôle au cours de la consultation n'est pas défini.

Nos résultats nous ont permis de prendre conscience de la méconnaissance des patientes à ce sujet. Nous avons le sentiment que le statut, le cursus, les connaissances et les

compétences de l'interne étaient souvent obscurs. L'existence d'un internat de spécialité de médecine générale, qui plus est, des stages ambulatoires, était une réelle surprise.
Bien que finalement elles jugeaient cette phase de mise en pratique logique et même importante, elles n'en avaient pas conscience jusqu'au moment de la rencontre avec l'interne. Dans l'étude de Da Rocha (27), 9 personnes dix pensent que cette formation est nécessaire. Pour elles, le fait que leur médecin soit maître de stage est une bonne chose.
La représentation qu'elles avaient des études de médecine était celle de longues études sur les bancs de la faculté, agrémentées parfois de quelques stages hospitaliers et uniquement pour les internes ayant choisi une spécialité. Cela rejoint les résultats de M. Sass (19)selon qui l'image de l'interne en Médecine Générale semble dévalorisée par rapport à celle des internes spécialistes. Leur vision différait franchement de la réalité actuelle de la formation des internes de médecine générale (6). On réalise que c'est au contact de ces internes que la population découvre notre formation. En effet celles qui avaient bénéficié de plusieurs consultations avec des internes différents avaient une idée beaucoup plus précise du déroulement de la consultation avec lui et de son rôle.
On comprend donc aisément que face à toutes ces inconnues (qui est cette personne ? pourquoi est-elle là ? que sait-elle ? que sait-elle faire ? Puis-je lui faire confiance ?), les patientes aient une réaction de protection : le refus.

## D. Les patientes recherchent un climat de confiance

### 1. La recherche d'une relation intimiste

Selon Balint « La présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère » (28).
L'établissement d'une relation médecin-malade de qualité est un enjeu de la médecine générale et fait partie des compétences à acquérir par l'interne. Les patientes l'ont relevé car c'est « d'abord le côté relationnel qui fait que je fais confiance au médecin et je peux lui laisser faire ce qu'il veut sur mon corps. (rires) (EC.4) ».
Dans cette relation, les patientes recherchaient une oreille attentive au sein de l'intimité du cabinet. Le médecin joue alors un rôle de confident à qui l'on peut tout dire.

Cette relation singulière était rarement perturbée par la présence d'une tierce personne. Dans ce cas, la parole pouvait être moins libérée et laissait place à des non-dits. Là encore, la spécificité de la gynécologie accentue le phénomène par rapport aux consultations de médecine générale. Dans sa thèse, Jean-Philippe Rivière (29) montre que 17% des patientes n'ont pas abordé tous leurs problèmes surtout lorsqu'il s'agissait de patientes consultant soit pour un problème gynécologique, soit pour un problème « personnel ».

Quant à la prise en charge, certaines recherchaient de leur médecin une attitude maternante et protectrice et avaient en lui une confiance aveugle. D'autres recherchaient plutôt un guide qui saurait les aider à prendre les bonnes décisions pour leur santé.

La qualité de la relation dépend des compétences en communication du médecin. Celles-ci s'acquièrent sur le terrain car l'enseignement théorique à ce sujet est quasiment inexistant. Pour Charles Boelen, médecin de santé publique et ancien cadre de l'OMS, « le travers est d'avoir laissé le savoir asphyxier progressivement le savoir-faire et le savoir-être indispensable à l'exercice de la médecine».

Le MSU doit donc s'attacher à développer cette compétence chez son interne afin qu'à son tour il puisse établir une relation singulière avec les patientes.

### 2. La confiance en son médecin conditionne la confiance en l'interne

Pour adhérer à la prise en charge médicale, les patientes avaient besoin de faire confiance à leur médecin. Cette confiance était renforcée par le statut de maître de stage, ce qui correspond aux données de la littérature. Dans son étude, Rivière (29) retrouve 36% de personnes ayant plus confiance (« il doit être bon, s'il fait de la formation reconnue par la fac », « C'est signe d'une grande compétence, il sait bien son métier »). Pour Lemercier (30), 58% des patients ont plus confiance en leur médecin traitant depuis qu'il est maître de stage. La relation médecin-malade est donc une relation de confiance et de consentement mutuel.

La présence de l'interne au cabinet sous-tendait qu'il avait gagné la confiance du MSU. Cette confiance permettait aux patientes d'accepter la présence de l'interne en consultation. Le fait d'assister à la formation et à la supervision de l'interne par le MSU les rassurait. Elles arrivaient alors à faire confiance à l'interne après en avoir constaté ses connaissances et compétences et avoir établi un lien avec lui. On retrouve ces notions chez Massat Arsicot

(31) pour qui le médecin établit un lien de confiance entre l'interne et le patient, et chez Lemercier (30), « J'ai eu confiance grâce à la présence de mon docteur ».

### E. Une expérience finalement positive

Il ressort de ce travail un sentiment de satisfaction lié à la participation des patientes à la formation de l'interne. Pour O'Flynn, Spencer et Jones (32), 95 % des patients pensent qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'éducation des étudiants en médecine. Cette satisfaction participe à l'acceptation de ces derniers en consultation par les patientes. Dans notre étude, elles se disaient à posteriori contentes de leur échange personnel avec l'interne. Cela a permis un changement profond des mentalités chez les patientes initialement réticentes et une meilleure acceptation de la présence d'un prochain interne. Morrison et Simons (33) ont montré qu'à la suite de consultations en présence de l'étudiant, les patients sont de moins en moins réticents à la présence de l'interne.

### F. Perspectives

Ce travail exploratoire a favorisé l'émergence d'axes inattendus et nous a permis d'établir un « guide de bonne conduite pour la consultation de gynécologie en présence d'un interne » (Annexe 12) :

- Il faut informer les patientes de la présence de l'interne en amont de la consultation, si possible lors de la prise de rendez-vous. Une fiche d'information doit être affichée en salle d'attente et préciser qui est l'interne présent, pour quelles raisons est-il là et quelle formation suit-il.
- Il faut systématiquement rechercher le consentement de la patiente pour chaque consultation et pour chaque acte sans le généraliser et s'assurer que la patiente a conscience qu'elle peut exprimer son refus à tout moment. Il convient de réaliser cette demande de préférence dans le cabinet de consultation, et en l'absence de témoins (donc pas dans la salle d'attente).
- Il faut s'assurer du bon déroulement de la consultation en étant attentif aux signes traduisant la gêne de la patiente. Le respect de son intimité doit faire l'objet d'une vigilance constante. L'interne doit être en permanence supervisé de manière directe ou indirecte ce qui rassure les patientes.

- Le MSU doit veiller à ce que l'interne soit actif lors de la consultation quel que soit son niveau. Il doit favoriser son interaction directe avec la patiente et son implication dans la consultation.
- Enfin, il convient de valoriser la patientes pour sa participation à la formation de l'interne lors de la consultation.

Nous avons également rédigé une fiche d'information à destination des patientes, à afficher dans les salles d'attentes des cabinets concernés (Annexe 13).

## CONCLUSION

Du fait d'une démographie relativement limitée sur le plan des médecins gynécologues, les patientes sont de plus en plus amenées à consulter en médecine générale pour leur suivi.

Les stages de gynécologie-pédiatrie en libéral sont en plein développement notamment dans le cursus des internes toulousains ; les patientes rencontrent donc, de plus en plus d'internes lors de leur consultation de gynécologie.

Cette étude avait pour but d'étudier leur ressenti dans ces situations : elle a permis de montrer que les internes étaient bien acceptés par les patientes. Elles étaient contentes de prendre part à la formation de ces futurs médecins auxquels elles pourront avoir recours plus tard.

La recherche de leur consentement était un préalable indispensable selon les patientes. Si le refus était rare, il existait néanmoins. Les patientes l'expliquaient par la dimension intime que revêt la gynécologie et la difficulté à « adopter » cette personne inconnue qu'était l'interne. Cependant, lorsqu'un climat de confiance régnait au sein du trio, cette expérience s'avérait très positive. Finalement, il existait peu d'obstacles insurmontables du côté des patientes concernant la présence de l'interne en consultation de gynécologie en médecine générale.

Grace à ces résultats, nous avons pu proposer un guide de bonne conduite pour la consultation de gynécologie en présence d'un interne à l'attention des MSU et une fiche d'information à destination des patientes, à afficher dans les cabinets.

Ce travail vient en complément de travaux de thèse toulousains qui évaluent l'efficacité de ces stages ambulatoires sur la formation en gynécologie des internes. L'ensemble des conclusions tirées incite à la généralisation de ces stages à l'ensemble des facultés de médecine françaises. Ce mouvement déjà initié s'inscrit dans le cadre du virage ambulatoire de notre formation souhaité par le ministère de la Santé. Cela confirme l'esprit novateur du DUMG toulousain, précurseur dans le domaine.

Toulouse le 7 octobre 2015

Vu permis d'Imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL

28/09/15

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC

**BIBLIOGRAPHIE**


1. Atlas National de la Démographie Médicale 2015 - atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
2. Insee - Population - Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2014 [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=7&ref_id=poptc02104
3. Insee - Population - 6 pages - 30 ans d'évolution démographique en Midi-Pyrénées - 580 000 habitants supplémentaires [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=7&ref_id=20656
4. Arrêté du 10 juillet 2014 fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire.
5. BVA - Sondages : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_egard_du_suivi_gynecologique.html
6. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
7. B.O. n°39 du 28 octobre 2004 [Internet]. [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.education.gouv.fr%2Fbo%2F2004%2F39%2FMENS0402086A.htm
8. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
9. Stages Prat PG Mai 2015 - Stages Prat PG Mai 2015.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: http://www.aimg-mp.com/images/Stages/Stages%20Prat%20PG%20Mai%202015.pdf
10. 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? Paris 6; 2002.

11. Insee - Population - Population selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe au 1er janvier 2011 [Internet]. [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=7&ref_id=poptc02108
12. CHIARINI S. Le stage de six mois chez le praticien. Premiers bilans. Enquête réalisée auprès des maîtres de stage et des Résidents de Lorraine. [Nancy]; 1999.
13. ESSAYAGH E. Le stage chez le praticien: enquête auprès de la population. Dijon; 2000.
14. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
15. Charte du patient hospitalisé. Annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 [Internet]. [cité 26 sept 2015]. Disponible sur: http://www.usp-lamirandiere.com/charte_ph.htm
16. Martin WINCKLER. Le coeur des femmes. Gallimard. 2011.
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Art 36 - Consentement du patient.
18. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
19. SASS M. La consultation patient, médecin, interne en stage niveau 1 de Médecine Générale: Étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes – Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient. Paris Sud; 2013.
20. CINQ-MARS JM. Quand la pudeur prend corps. Presses Universitaires De France. Paris: Presses Universitaires de france - PUF; 2002. 352 p.
21. GUYARD L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psy. 2002;27(3):81.
22. ENSLER E, SZTAJN L. Les Monologues du vagin. Paris: Denoël; 2015. 112 p.
23. NICOL C. Naissance et intimité: Regards des femmes en salles d'accouchement. Le tact relationnel au coeur de notre pratique. Université Claude Bernard Lyon I; 2013.
24. JONES S, OSWALD N, DATE J, HINDS D. Attitudes of patients to medical student participation: general practice consultations on the Cambridge Community-Based Clinical Course. Med Educ. janv 1996;30(1):14‑7.
25. BRETON DL. Anthropologie du corps et modernité. 6e édition. Presses Universitaires de France - PUF; 2011. 336 p.

26. COOKE F, GALASKO G, RAMRAKHA V, RICHARDS D, ROSE A, WATKINS J. Medical students in general practice: how do patients feel? Br J Gen Pract. juin 1996;46(407):361‑2.
27. DA ROCHA J-M. Stage chez le médecin généraliste et vécu du patient: A propos d'une enquête auprès de 75 maîtres de stage de la région Bourgogne et de leur clientèle [TH.]. [France]; 1995.
28. BALINT M, VALABREGA J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. 3e éd. Paris: Payot; 2003. 418 p.
29. RIVIERE J.P. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. Paris 7 Bichat; 1998.
30. LEMERCIER A. Conséquences de la présence d'un interne de médecine générale en stage ambulatoire de premier niveau sur le ressenti des patients : analyse de 377 questionnaires recueillis en Haute-Normandie. Rouen; 2013.
31. MASSAT ARSICOT C. L'interne en cabinet de médecin générale: Opinio et critères de jugement des patients. Académie d'Orléans – Tours Université François - Rabelais; 2011.
32. O'FLYNN N, SPENCER J, JONES R. Does teaching during a general practice consultation affect patient care? Br J Gen Pract. janv 1999;49(438):7‑9.
33. MORRINSON JM, MURRAY TS. Preliminary study into the opinions of patients about the presence of medical students in the general practice consultation. Health Bull (Edinb). nov 1995;53(6):343‑4.

**ANNEXE 1**

Mail d'information à l'attention des MSU

Bonjour,

Nous sommes internes en 5° semestre de médecine générale à Toulouse. Nous travaillons sur un projet commun de thèse qualitative sur le sujet suivant :
« Quel est le ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale en Midi-Pyrénées ? »
Le recueil de données est réalisé grâce à des entretiens individuels semi-dirigés. Nous sommes encadrées par Leila Latrous et Anne Freyens qui co-dirigent cette thèse.

Nous sommes actuellement en cours de recrutement. Le but étant de trouver des patientes suivies en gynéco par leur médecin généraliste, MSU en pédiatrie-gynéco, ayant eu des internes présents lors des consultations de gynéco et acceptant de répondre à nos questions lors d'un entretien.

Nous devons inclure dans notre travail des patientes aux profils variés en termes d'âge, de niveau socioculturel, de situation maritale et familiale, de religion, d'antécédents gynéco-obstétriques, qu'elles soient ou non « à l'aise » en gynécologie et avec les internes. Cette diversité est garante de la qualité de nos résultats.

Il est important de préciser que le contenu de ces entretiens sera utilisé de manière totalement anonyme.

Nous vous sollicitons donc pour rechercher dans votre patientèle des personnes acceptant de réaliser un entretien. Vous pouvez, avec leur accord, nous communiquer les coordonnées de vos patientes que nous recontacterons pour fixer un rendez-vous.

Nous vous remercions par avance de votre aide et de l'intérêt que vous porterez à notre travail. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement,

Mathilde Verdon
Délia Roux

**ANNEXE 2**

Lettre d'information à l'attention des patientes

Dans le cadre d'un travail de thèse clôturant nos études, nous sommes deux étudiantes réalisant une recherche qualitative concernant le vécu des femmes ayant bénéficié d'une consultation de gynécologie dans un cabinet de médecine générale en présence d'un interne.
Si vous acceptez de nous aider dans notre travail, votre médecin nous transmettra vos coordonnées et nous vous contacterons afin de convenir d'un RDV.
Lors de cette rencontre, nous réalisons un entretien individuel qui restera anonyme et dont le but est de recueillir le maximum d'informations concernant votre expérience lors de ces consultations.

En vous remerciant.

Délia Roux et Mathilde VERDON

**ANNEXE 3**

Guide d'entretien 1

1) Pouvez – vous m'expliquer comment s'est déroulée votre consultation de gynécologie avec l'interne ?

    - Comment vous êtes-vous senti physiquement ? Psychologiquement ?
    - Comment s'est déroulée la proposition de la présence de l'interne pendant la consultation ?
    - Le médecin était-il présent systématiquement ? Si non comment l'avez-vous vécu ? Comment l'auriez-vous vécu s'il avait dû s'absenter ?

2) Quelle place attribuez-vous à votre médecin généraliste dans votre prise en charge gynécologique ? Que lui « confiez-vous » ? Que lui demandez-vous ?

3) A quel moment la présence de l'interne peut-elle pour vous, modifier le cours de la consultation ? / Qu'en est-il avec l'interne ? (relance de la question 2)

    - Qu'avez-vous dit ou n'avez-vous pas dit à l'interne pendant la consultation ? (par rapport au MG) Y a-t-il des choses que vous n'avez pas osé aborder ? (IVG, Ménopause, contraception, grossesse…)
    - En termes de gestes réalisés, qu'acceptez-vous de l'interne ?
    - Vous êtes-vous sentie libre de dire « NON » ? (oui, non, pourquoi)

4) Est-ce que certaines choses vous dérangent plus que d'autre dans l'attitude de l'interne ? (si oui lesquelles et pourquoi, si non, relance)

    - Son âge ?
    - Fille ou garçon ?
    - Le fait qu'il soit acteur/observateur de la consultation ?
    - Le fait de le sentir plus ou moins à l'aise ?

5) Que pensez-vous du fait que les internes soient formés dans les cabinets de médecine générale ?

6) En deux mots pour finir, la consultation idéale pour vous c'est quoi ? (facultatif)

**ANNEXE 4**

Guide d'entretien 2

1) Pouvez- vous me raconter ce que ça vous a fait d'avoir un interne présent lors de votre consultation gynécologique ?

   - Comment vous êtes-vous senti physiquement ? Psychologiquement ?
   - Comment vous a-t-on annoncé qu'un interne serait là ? Comment l'avez-vous vécu ?

2) Dans quelles situations particulières lors d'une consultation, la présence de l'interne pourrait-elle être un problème pour vous ?

   - Et d'un point de vue technique, qu'accepteriez-vous que l'interne fasse lors de l'examen physique ?

3) Comment vous sentez vous quand c'est l'interne qui s'adresse à vous en présence de votre médecin généraliste ?

   - Quelle attitude attendez- vous de l'interne en présence de votre médecin généraliste ?
   - Comment vous sentez-vous quand l'interne vous adresse la parole ? vous donne des conseils ?
   - Comment vous sentez-vous quand l'interne ne vous parle pas ?

4) Que pensez-vous du fait que les internes soient formés dans les cabinets de médecine générale ?

5) Pour finir, si vous deviez définir en un seul mot votre ressenti face à la présente d'un interne lors de votre consultation de gynécologie, ce serait quel mot ?

**ANNEXE 5**

Guide d'entretien 3

6) Pouvez- vous me raconter ce que ça vous a fait d'avoir un interne présent lors de votre consultation gynécologique ?

   - Comment vous êtes-vous senti physiquement ? Psychologiquement ?
   - Comment vous a-t-on annoncé qu'un interne serait là ? Comment l'avez-vous vécu ?

7) Dans quelles situations particulières lors d'une consultation, la présence de l'interne pourrait-elle être un problème pour vous ?

   - Et d'un point de vue technique, qu'accepteriez-vous que l'interne fasse lors de l'examen physique ?

8) Comment vous sentez vous quand c'est l'interne qui s'adresse à vous en présence de votre médecin généraliste ?

   - Quelle attitude attendez- vous de l'interne en présence de votre médecin généraliste ?
   - Comment vous sentez-vous quand l'interne vous adresse la parole ? vous donne des conseils ?
   - Comment vous sentez-vous quand l'interne ne vous parle pas ?

9) Que pensez-vous du fait que les internes soient formés dans les cabinets de médecine générale ?

**10) En quoi cette consultation a-t-elle modifié votre vision de l'interne ?**

11) Pour finir, si vous deviez définir en un seul mot votre ressenti face à la présente d'un interne lors de votre consultation de gynécologie, ce serait quel mot ?

**ANNEXE 6**

Exemple de retranscription d'un entretien : l'entretien D

P: Je vois Mme P pour les examens gynécologiques parce que je préfère une femme. C'est un choix personnel. Avant j'allais voir un gynécologue sur T. mais là c'est plus pratique. Elle m'a dit qu'elle  elle pratiquait donc je vais la voir elle. C'est la première fois que je vais chez Mme P. Mais c'est bien! Je continuerai! Bon après j'ai pas besoin d'examen tous les ans donc heu...parce que là c'est tous les 2-3 ans maintenant.

I : Est-ce que vous pouvez me raconter ce que ça vous a fait d'avoir un interne présent au cours de la consultation de gynécologie?

P : Ben rien! Ben rien! Bon c'est une interne, c'est comme un médecin de toute façon.  Elle fait des études de médecine donc ça me gêne pas. C'est elle qui a pratiqué l'examen en plus. Non vous savez une fois j'ai... Ma deuxième enfant, j'ai accouché en privé parce que le premier examen à l'hôpital, on ne m'avait pas prévenue. Je suis rentrée, y avait le médecin accoucheur et il y avait une dizaine de personne autour, et là j'ai pas apprécié! Je veux bien une personne, deux personnes mais... Une dizaine de personne... Je comprends qu'ils doivent étudier mais c'est gênant surtout quand on est jeune!

I: Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié dans ce...

P : Qu'il y ait tant de monde autour de moi. Je suis rentrée une dans la pièce!  Je n'étais pas avertie tandis que là Me P. m'a avertie! Elle m'a demandé mon avis. Elle m'a demandé mon accord alors qu'à l'hôpital de T. on ne m'avait pas demandé mon accord.

I : Comment ça s'est passé justement l'annonce?  A quel moment?

P : Dans la salle d'attente,  voilà elle m'a dit... Quand je suis rentrée. Elle m'a dit : " j'ai une interne avec moi, est ce que ça vous dérange? "

I : Comment vous vous êtes sentie par rapport à cette annonce?

P : Aucun problème! Me P. met très à l'aise donc ça pose pas de problème.  Après voilà ça dépend du médecin, ça dépend... LA petite jeune était sympathique donc heu ...

I : Ce que vous me dites c'est que ça dépend de l'interne et aussi du ressenti de...

P : Pfff (fait la moue) Non pas spécialement. Non voilà quand j'étais jeune ça me gênait mais maintenant ça me gêne moins. C'est une femme aussi, ça me gêne déjà peut être un peu moins. Il y a deux ans, j'ai été chez un gynécologue homme, ça me gênait déjà un peu plus.

I : Que le médecin soit un homme?

P : Spécialement le médecin gynécologique parce que mon médecin traitant est un homme. Donc là oui ça me gêne un peu plus. Après bon c'est un ressenti hein. C'est peut-être pas le cas de tout le monde!

I : Durant la consultation avec cette interne présente, comment vous vous êtes sentie?

P : A l'aise. Elle m'a expliqué au fur et à mesure ce qu'elle fait donc j'étais à l'aise. Après bon, un examen gynécologique n'est jamais (grimace) ... rigolo, hein (sourire)! Ni plaisant! Mais bon j'étais à l'aise. J'ai pas été gênée.

I : Psychologiquement, est ce que ça a engendré une différence avec une consultation sans l'interne?

P : Non. Non, bon voilà, Me P. était là. Elle discutait aussi. Je la connaissait déjà parce que j'y suis déjà aller pour un des petits en médecine générale donc, non ça posait pas de problème.

I : Est-ce que vous pensez à des situations particulières ou motifs de consultations pour lesquelles la présence de l'interne aurait pu déclencher d'autres ressentis?

P : Non. Non parce que bon je vous dis, c'était UNE (mot appuyé) interne. C'était pas une dizaine! Peut-être que s'il y en avait eu plusieurs, ça m'aurai gênée mais là, une seule personne… Ca faisait le médecin plus comme si il y avait un autre médecin, ça ne me gêne pas.
Quelquefois dans le cadre mon travail, je vais voir l'assistante sociale et elle a une stagiaire ou une interne avec elle. C'est pas gênant non plus. C'est pas gênant non plus.

I : Qu'est-ce qui vous a poussez à accepter sa présence?

P : Ben il faut bien qu'elle travaille! Il faut bien qu'elle apprenne! Comme j'ai accepté la vôtre pour votre thèse parce qu'il faut bien aider. Il faut bien que les jeunes démarrent aussi donc si tout le monde refuse, vous n'avancez pas, automatiquement!

*Apparition du petit garçon qui jusqu'alors se cachait derrière la porte. La patiente le menace de le remettre au lit s'il nous interrompt à nouveau et lui demande d'aller jouer dans une pièce à côté.*

Voilà parce que si personne n'accepte, vous ne pouvez pas faire votre thèse. Ben elle c'est pareil.
Donc voilà tout simplement.

I : D'un point de vue technique… puisque vous m'avez dit que c'est elle qui a fait l'examen…

P : Ben elle a fait l'examen. Elle a demandé au fur et à mesure à Me P. si ça allait. Bon a un moment donné elle trouvait pas vraiment le col donc elle a demandé. Me P. lui a montré a peu près comment faire et puis voilà! Mais ça n'a pas été douloureux, ça n'a pas… Elle me demandait à chaque fois si ça me faisait mal, si ça me gênait. Non, non, elle a été attentive, y a pas de soucis!

I : Son attitude était…

P : Etait positive bien sûr! bien sûr! Positive, attentive… Ce qui n'est pas le cas de tous les gynécologues je peux vous le dire, hein! (silence)
Il est à la retraite maintenant mais j'ai eu un gynécologue qui était brusque! Il était brusque! Donc c'est pas plaisant.

I : Elle est plus douce?

P : non, non, non. Elle est douce peut-être parce que c'est sa manière de faire voilà. D'office elle a été attentive, douce. Elle demandait si ça faisait mal, si ça me gênait pas. Elle aurait pu faire l'examen sans rien me demander alors que, elle l'a fait quoi!

I : Elle s'est donc beaucoup occupée de l'examen mais après, c'est elle qui vous interrogeait, vous posait des questions, vous conseillait?

P : (acquiesce de la tête) Me P. posait aussi des questions puisque c'est elle qui m'a demandé quand était mon dernier examen… Bon moi aussi j'ai posé des questions puisque je voulais savoir, comme j'ai 60 ans, s'il fallait encore en faire souvent. Donc dans l'ensemble, c'était les trois qui parlaient quoi.

I : Donc, pour vous c'est une discussion à trois…

P : C'est une discussion à trois avec deux médecins. Avec deux médecins parce que, elle apprend mais si elle est déjà avec Me P. en examen, c'est que… elle en est capable.

I : Donc quand elle s'adresse à vous pour vous donner des conseils… *(rires de ma part car nouvelle intervention de l'enfant dans le dos de la patiente qui ne le voit pas)*
C'est quelque chose qui parait…

P : Naturel!

I : Imaginons qu'il y a eu un ou une interne présent, mais qui aurait été, entre guillemets passif, c'est à dire qui n'intervient pas dans la consultation?

P : Ben ça aurait été pareil parce que y avait Me P. Me P. est là donc c'est le médecin principal donc
*(petit garçon)*
C'est le médecin principal donc si elle avait posé elle les questions et que l'interne aurait été là pour regarder, pour pouvoir apprendre… C'est comme une apprentie, par exemple chez le coiffeur. Au début elle regarde et puis après elle intervient. Donc, ben là c'est pareil.
*(cris de l'enfant derrière)*

I : De manière plus général, qu'est-ce que vous pensez du fait que maintenant, les internes soient formés en cabinet de médecine générale?

P : J'en pense rien! C'est pas que ça m'indiffère mais il faut bien qu'ils apprennent quelque part donc qu'ils apprennent ici ou ailleurs. C'est comme chez le coiffeur. Il y a bien des apprentis chez le coiffeur donc...
Quelque fois, je vais chez le dentiste aussi et y a une apprentie qui est là et qui regarde. Non, moi ça me gêne pas. Je reviens toujours au même point, il faut que vous appreniez donc d'une manière ou d'une autre. Avec l'assistante sociale, il y a des stagiaires aussi. Bon ben c'est comme ça qu'on apprend aussi. C'est peut-être pas plus mal que de les mettre directement dans le bain!

I : En quoi cette consultation a pu modifier votre vision de l'interne?

P : J'avais pas de vision spéciale jusqu'ici donc…

I : Vous connaissiez un petit peu…

P : Pas spécialement. Bon mon fils a essayé en médecine. Il a fait les 2 premières années de médecine. Bon après voilà, on en parle. Mon fils travaille dans le milieu médical mais ça ne … ça ne m'interfère pas plus que ça.

I : Pour le suivi par la suite…

P : Me P ! Je continuerai puisque après c'est tous les 2 ans.

I : Et l'idée d'avoir de nouveau quelqu'un… (me coupe)

P : Ca me dérange pas! Du moment qu'ils ne soient pas une dizaine!! (rires) Parce qu'on est pas des objets de foires malgré tout!! Donc c'est pas évident. Après quand on est hospitalisé, que là vous avez le chirurgien qui vient avec plusieurs… qu'il parle de votre cas tout ça, c'est pas pareil. C'est pas pareil qu'un examen gynécologique. Je vous dis, cette fois-là, j'avais quoi? J'avais 24 ans et… à 24 ans ben vous êtes pudique. Ils m'ont dit, " vous vous déshabillez, le médecin va venir vous chercher". L'infirmière est venue me chercher et quand je suis rentrée *(la patiente mime une réaction de surprise avec yeux écarquillés et de gêne en se mordant la lèvre inférieure sur le côté)*
Donc à l'époque j'ai rien dit. Ce serait maintenant, peut-être que je dirai non!
Je comprends qu'il faut apprendre mais on demande le consentement!
*(le petit garçon demande à la patiente quand ça va se terminer!)*

I : Vous me disiez qu'à l'hôpital c'est différent. En quoi c'est différent?

P : C'est pas que c'est différent. Quand on prend des séances privées, on est seule. Non, c'est pas que c'est différent c'est...le fait qu'il faut se déplacer jusque T. J'y vais déjà beaucoup pour mon travail. J'ai pas forcément envie de m'y déplacer pour un examen gynécologique.

I : C'était dans le sens où… vous me disiez par exemple, "quand le chirurgien passe avec tout le monde à l'hôpital"…

P : Ben quand vous êtes malade, que vous êtes hospitalisée ou autre, oui. Après le médecin passe avec les internes, il explique le cas… il vous examine pas!

I : Ok! Donc c'est le fait de l'examen en présence de plusieurs personnes.

P : Voilà! Et le fait de pas avoir été prévenue! Je suis rentrée à 24 ans, NUE *(mot appuyé)* dans la pièce. Et je me suis retrouvée… ben, comme une idiote! Moi je dis c'est quand même un manque de respect parce qu'on demande pas à la patiente si elle est d'accord. Il y a un minimum!
Je n'aurais peut-être pas refusé mais… (Silence)

I : Mais je vois que c'est quelque chose qui vous a marqué.

P : Ah oui ça m'a marqué parce que je suis sortie de là, j'ai dit à mon mari " je n'accoucherai pas ici". Et je n'ai pas accouché là parce que ça m'a déplu! Et don, je suis allée dans une clinique privée pour accoucher. Et les autres examens étaient dans cette clinique privée. J'y suis allée et j'ai expliqué .Il m'ont dit "bien, on va respecter".

I : Cette expérience là, ça a changé votre suivi gynéco par la suite?

P : Non. Ben avant, on avait des gynécologues à L. donc c'était plus facile. D'abord, en ville et après à l'hôpital. (Silence) Bon après, il s'est trouvé qu'il y avait un gynécologue qui était un peu brusque et que ça me déplaisait donc heu… (*le petit garçon demande à la patiente pourquoi elle doit répondre à des questions, elle le renvoie dans sa chambre)*

On est déjà pas à l'aise dans un examen gynécologique. Si la personne est en plus brusque! Brusque dans ses mots. Brusque dans ses gestes. C'est pas plaisant. C'est pas plaisant.

I : Donc c'était pour fuir ça que vous avez changé, et après?

P : Ben après je suis allée à T. Et puis T. , ben je trouvais que c'était un peu loin pour un examen donc…
Je suis allée au cabinet il y a pas longtemps pour le petit puisqu'il était malade. J'ai vu que c'était marqué dans la salle d'attente que Me P. faisait les examens gynécologiques. Je lui ai demandé et elle m'a dit oui. Je lui ai dit "ben écoutez, je vais prendre RDV". Puisque Me P. je la connais depuis un moment quand même, pour les enfants. J'y suis allée sans soucis!

I : En un mot?

P : aucun parce que j'ai pas de ressenti spécial, ni positif ni négatif. Pour moi c'était quelque chose de naturel. La personne était là comme un médecin et pour moi, ça s'est fait naturellement voilà!

Pour moi, c'était dans le cabinet du médecin. Elle était là en tant que médecin point! Voilà, elle est capable de faire l'examen gynécologique donc c'est un médecin quoi!
Je l'ai même pas prise pour...Là vous me dites une interne, mais pour moi elle était médecin! Donc non, non, je n'ai pas de ressenti spécial!
Je peux pas en donner positif ou négatif, voilà…

I : Donc pour vous le mot qui reviens...
P : naturel, naturel! Ça s'est fait naturellement, tout simplement!

Suite, le dictaphone est remis en marche après la fin de l'entretien car la patient continue à s'exprimer sur le sujet :

P : … c'est un homme qui n'aime pas les femmes! Déjà ça se sent dans la manière de vous parler! Et, je suis désolé mais on va pas là-bas pour le plaisir! Donc heu, on y va pas du tout pour le plaisir! Vous n'allez pas chez le gynécologue comme vous allez chez le coiffeur!

I : Oui, c'est déjà quelque chose d'assez…

P : Intime! Non, non mais là j'étais à l'aise. Et puis Me P. sait mettre à l'aise donc y a pas de soucis! Y a pas de soucis! Parce que même pendant l'examen, elle me parlait, elle parlait à la petite jeune, la petite jeune me posait des questions donc, non, ça ne m'a pas posé de problème.

I : Oui, donc l'ambiance n'est pas la même.

P : Du tout! Du tout! Mais lui il a toujours été comme ça. J'y suis allée plusieurs fois et toutes les personnes qui étaient allées demandaient à ne pas aller avec lui mais comme y avait que lui! Ce qui fait qu'on s'est retrouvées sur T. parce qu'à un moment donné, ben les gens ne veulent plus y aller. Et puis bon, vous lui posez une question, "oh oui grmgrm" (marmome en mimant la réponse du gynécologue)... Bon ben voilà hein! Quand il répondait! Oui oui quelques fois il fait comme s'il vous entendait pas. Vous êtes invisible à ces yeux. On est un objet.
Mais bon je suis allée à T. C'était pas forcément mieux. Il était pas brusque, pas brusque dans sa façon de faire et de parler mais vous êtes invisible à ses yeux aussi.

I : Et du coup, qu'est-ce que vous retrouvez en… (la patiente me coupe)

P : Me P. je la connais puisque voilà j'ai le petit. On se connait un peu plus. Elle parle facilement. Elle est avenante. Pour mon petit-fils, quand Me L. n'est pas là, je vais voir Me P. Quand vous allez chez le médecin, vous y allez pas forcément pour vous amuser. Vous y allez parce que vous êtes malade et vous devez y trouver quand même un peu d'attention. Sinon, je ne vois pas l'intérêt. D'autant plus, pour ce genre de consultation!
Après moi je ne voulais pas avec Mr R. parce que, moi je ne veux pas mélanger gynécologie et médecine.
Mr Ri. est MON médecin quand je suis malade. C'est deux choses différentes.
Mr Ra. avant, bon c'était le médecin de la vieille école. C'est lui qui m'avait examiné pour me dire que j'étais enceinte. C'est pas pareil! Après Mr Ri est arrivé, plus jeune que moi… Il m'a jamais fait d'examen gynécologique donc je trouvais plus difficile d'y aller.
Mais après, il m'examine. Si j'ai un problème sur une fesse, il va m'examiner! C'est pas pareil. Et puis là je suis allée voir Me P., quand je vais voir Mr Ri. je vais lui dire!
Je vais lui dire : "tiens j'ai fait un examen gynécologique mais chez Me P.!".

I : Si votre médecin avait fait de la gynéco?

P : Je sais pas! Je sais pas

I : Ce qui vous aurait gêné, c'est son jeune âge vous me disiez?

P : Pas spécialement. C'est mon médecin traitant! Après Mr Ri il me demande : "est-ce que vous avez fait le frottis, la radio des seins… Il me demande bien sûr. Mais il sait très bien que je le fais pas chez lui parce que je vais jamais le faire chez lui! Il est pas idiot! Il le sait bien.

**ANNEXE 7**

Formulaire de consentement

Je soussignée,
accepte de participer à un entretien concernant le ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale.
La conversation sera enregistrée dans un but de transcription fidèle des données de l'entretien. Celles-ci seront analysées de manière totalement anonyme et exploitées dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Fait à , le

Signature

**ANNEXE 8**

Comité d'éthique


**Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr


**Président : Mme Laurencine VIEU**

**Secrétaire : M Serge BISMUTH**

**DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE**

**Renseignements concernant le demandeur :**
**Nom : VERDON / ROUX**
**Qualité : IMG**
**Adresse : 15 place Wilson, 31000 TOULOUSE/11 impasse Maniou, maison 5, 31140 LAUNAGUET**
**Courriel : mathilde_verdon@hotmail.com/ roux.delia@gmail.com**
**Numéro de téléphone : 06 65 61 24 03/ 06 29 43 38 64**

**Renseignements concernant le promoteur :**
**Nom : Dr LATROUS/ Dr FREYENS**
**Qualité : Codirectrice de thèse**
**Adresse :**
**Courriel : latrous.leila@wanadoo.fr/anne.freyens@gmail.com**
**Numéro de téléphone : 06 09 44 23 98/06 72 05 66 66**

**Titre complet de la recherche : Etude du ressenti des patientes sur la présence d'un interne au cours d'une consultation de gynécologie en cabinet de médecine générale en Midi-Pyrénées.**

**Domaine de l'étude : Etude qualitative.**

**AVIS DE LA COMMISSION** **Avis favorable**

**Le secrétaire Dr Serge BISMUTH**

**ANNEXE 9**

Exemple d'analyse longitudinale : l'entretien D

L'entretien s'est déroulé dans le salon de la patiente. Nous parlons à voix basse car elle gardait deux enfants qui dormaient à l'étage. L'un d'entre eux, refusant de faire la sieste, a interrompu l'entretien à plusieurs reprises.
J'ai senti la patiente sur la réserve au début. Elle était tendue et m'a demandé pour quelles raisons on ne pouvait pas faire l'entretien par téléphone, ce qui aurait été plus simple à son sens. Elle parlait plus librement à la fin.

L'idée principale de cet entretien est la notion de **choix, de demande de consentement**.
La présence de l'interne ne lui a pas posé de problème. Elle lui a même semblée naturelle car il y a un **besoin de formation** indispensable.
Pour cette patiente la recherche du consentement et **le respect** sont primordiaux car elle a eu des expériences antérieures traumatisantes. Elle a apprécié le fait qu'il n'y ait **qu'une seule interne**, qui plus est, attentionnée.

**ANNEXE 10**

Extrait du tableau d'analyse

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **V) Place de l'interne dans la consultation** | a) Actif | | | Considère que l'interne peut être active au cours des consultations gynéco | Et qu'elle peut faire, (E4.6) |
| | | | | le MSU a fait allongé la patiente ensuite, puis l'interne est intervenue | Alors elle m'a allongé. Là après l'interne... (EC.2) |
| | | | | L'interne n'était pas passif lors de la consultation de Gynéco | Ah non non parce qu'il prenait des notes de tout ce que je disais et après euh... Non franchement. (E7.3) |
| | | Dans sa propre formation | | L'interne est actif dans sa formation par l'observation, les questions | Ben dans le sens où, il regarde il pose des questions (E8.5) |
| | | | | L'interne posait des questions lors de l'examen | Et c'est vrai que voilà, elle regardait, elle posait des questions. (E8.5) |
| | | Conseils donnés par l'interne | Acceptés | N'est pas génée que l'interne lui donne des conseils avec l'accord du médecin | Ca me dérange pas moi si elle est d'accord (E2.3) |
| | | | | Tient compte des conseils donnés par l'interne | J'en tiens compte. (E5.3) |
| | | | | Prend bien le conseil donné par l'interne | Ah ben bien (E7.2) |
| | | | | Prend bien le conseil venant de l'interne | Bien, je le prends bien le conseil. (E7.2) |
| | | | | Prend le conseil que lui donne l'interne | Oui ! oui oui c'est ça en fait ! (E8.3) |
| | | | Pas de problème | Le fait que l'interne lui donne des conseils ou s'adresse directement à elle ne la dérange pas | Et si elle était intervenu, si elle vous avait donné des conseils, si elle vous avait posé des questions, vous auriez vécu ça comment ? A la place de Mme L. E3 : Pareil. Non je... Non, que ce soit elle ou le Dr L. |
| | | | | N'a pas de souci avec le fait que l'interne lui donne des conseils | Ben non, parce que c'est assez euh... (E8.3) |
| | | | Pas de différence avec le médecin traitant | Accorde la même importance/crédibilité aux conseils de l'interne par rapport à ceux du médecin | I: "Vous y accordez la même euh... pas forcément la même importance mais la même euh... Comment dire. La même crédibilité entre guillemets? Le conseil que vous donnera l'interne et le conseil que vous donnera Mme F.?" E2: "Franchement, |
| | | | | Ne fait pas de différence entre les interventions/conseils de son médecin et de l'interne | Ah non, ça ne fait pas de différence pour moi. Du tout. (E3.3) |
| | | | | Prend de la même manière un conseil émanant de l'Interne et un conseil émanant de son MT | Pareil. Pareil (E4.4) |

## ANNEXE 11

Talon sociologique

| | Age | Situation familiale | Profession | Lieu de vie | Religion | Antécédants gynécologiques | Sexe du médecin | Sexe de l'interne |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Entretien 1** | | | | | | | | |
| **Entretien 2** | 53 | mariée, 2 enfants | Agent administratif | semi-urbain | athée | ménopause, THS | féminin | les deux |
| **Entretien 3** | 54 | mariée, 3 enfants | Contrôleur du travail | rural | catholique non pratiquante | cancer du sein, curetage pour endométriose | féminin (n'est pas son MT) | féminin |
| **Entretien 4** | 73 | mariée, 3 enfants | Retraitée, ancienne couturière | rural | catholique peu pratiquante | anomalie de la perméabilité tubaire (hypofertilité) chirugie de désobstruction, ligature des trompes | féminin | féminin |
| **Entretien 5** | 44 | mariée, 2 enfants | IDE de nuit | semi-urbain | athée | 2 FCU, DIU hormonal | féminin | féminin |
| **Entretien 6** | 36 | célibataire, 1 enfant | peintre en batiment | semi-urbain | catholique non pratiquante | IST | féminin | masculin |
| **Entretien 7** | 20 | en couple, 2 enfants | Etudiante en BTS | rural | protestante | Stérilet au cuivre | féminin | masculin |
| **Entretien 8** | 24 | en couple, sans enfant | Etudiante en Master de sciences politiques | urbain | athée | Mycose, arrêt de la pilule | féminin | les deux |
| **Entretien A** | 41 | mariée, 3 enfants | Professeur des écoles | semi-urbain | catholique non pratiquante | IVG, césarienne, stérilet | féminin | féminin |
| **Entretien B** | 62 | mariée, sans enfant | retraitée | rural | catholique peu pratiquante | aucun | féminin | féminin |
| **Entretien C** | 28 | pacsée, 1 enfant | employée d'un supermarché | rural | catholique non pratiquante | aucun | féminin | féminin |
| **Entretien D** | 60 | mariée, 3 enfants | assistante familiale | semi-urbain | catholique non pratiquante | ligature des trompes, ménopause | féminin (mais MT masculin) | féminin |
| **Entretien E** | 29 | pacsée, 2 enfants | assistante de gestion | rural | athée | stérilet au cuivre | féminin | féminin |
| **Entretien F** | 31 | mariée, 1 enfant | vendeuse | urbain | musulmane pratiquante | IVG, CIN traité par laser, grossesse en cours | masculin | les deux |

**ANNEXE 12**

Les règles d'or de la consultation en gynécologie avec un interne

1) INFORMER

- Qui ? Les patientes.
- Quand ? **En amont** de la consultation et au mieux, lors de la prise de rendez-vous.
- Où et comment ? Par oral par le médecin ou le secrétariat.
  Par une **fiche d'information** en salle d'attente.
- A propos de quoi ? Le statut de l'interne et son rôle.
  Expliquer les raisons de sa présence.
  Les droits des patientes.

*En annexe, nous vous proposons une fiche d'information à afficher dans vos salles d'attentes à destination de vos patientes.*

2) RECHERCHER LE CONSENTEMENT

- Condition du recueil : dans un **espace de confidentialité** (éviter la salle d'attente ou le secrétariat).
- Laisser le libre choix : s'assure que la patiente à conscience qu'elle **peut refuser à tout moment.**
- Renouveler cette recherche : ne pas hésiter à **redemander l'accord** de la patiente avant l'examen ou la réalisation d'un geste.

3) S'ASSURER DU BON DEROULEMENT DE LA CONSULTATION

- Etre vigilants aux **signes de gêne** de la patientes (attitude renfermée, regard fuyant, grimaces, rires gênés, difficultés à s'exprimer …)
- Respecter l'**intimité** de la patiente (ne faire enlever que les vêtements nécessaires, poser des questions ouvertes concernant les sujets intimes pour offrir à la patiente un espace de parole sans indiscrétion)
- Assurer une **supervision directe** ou **indirecte** qui rassure la patiente.

4) FACILITE L'INTEGRATION DE L'INTERNE

- Rendre **l'interne actif** dans la consultation quel que soit l'avancement du stage pour éviter « l'effet voyeur »
- Favoriser le **dialogue** entre l'interne et la patiente

5) VALORISER LA PATIENTE

- Pour sa **participation** à la formation de l'interne.

**ANNEXE 13**

Fiche d'information à destination des patientes

Chères patientes,

Notre cabinet vous propose des consultations et des actes de gynécologie.
Nous sommes également un terrain de stage agréé pour recevoir des internes de Médecine Générale. Ces internes sont des **médecins généralistes en formation**. Ils sont en 8ème année de médecine.
Afin de pérenniser une offre de soins de qualité en gynécologie, il nous paraît important de **participer à leur formation**. Nous y contribuons en leur permettant d'évoluer à nos côtés lors de consultations de gynécologie afin de renforcer leurs connaissances et compétences dans ce domaine. L'interne évolue alors toujours sous notre **supervision.**
Nous tâcherons, autant que faire se peut, de vous **prévenir** de sa présence lors de la prise de rendez-vous et d'obtenir votre **accord** avant chaque consultation.
Sachez que vous êtes **libre de refuser** à tout moment sa présence ou sa participation à une partie de la consultation, à un acte technique…

Nous vous remercions pour votre compréhension et pour votre éventuelle participation à la formation de vos médecins de demain.

Dr XXX

*"Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères…" (Hippocrate).*

Noms : VERDON
ROUX

Prénoms : Mathilde
Délia

**ETUDE DU RESSENTI DES PATIENTES SUR LA PRESENCE D'UN INTERNE EN CONSULTATION DE GYNECOLOGIE EN MEDECINE GENERALE EN MIDI-PYRENEES.**

Toulouse le 22 octobre 2015

Introduction : En raison de la démographie médicale actuelle, la pratique de la gynécologie médicale tend à se développer en Médecine Générale (MG). Elle requiert des praticiens formés. A Toulouse, les internes de MG ont la possibilité de réaliser leur stage de gynécologie et pédiatrie en ambulatoire depuis 5 ans. Nous nous sommes donc intéressées au ressenti des patientes face à la présence d'un interne en consultation de gynécologie en MG en Midi-Pyrénées.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés d'octobre 2014 à juillet 2015, et analyse thématique à posteriori et à mesure jusqu'à saturation des données.

Résultats : Il existe un large panel de ressentis et de mécanismes d'acceptation face à la présence de l'interne. La présentation de ce dernier est un moment clé car il existe une méconnaissance du statut et du rôle de l'interne par les patientes. La recherche du consentement doit être systématique et le libre choix de la patiente respecté. S'ils sont rares, les refus existent et sont liés à un défaut d'information au sujet de l'interne ou au caractère intime de la consultation. Cette dimension intime est au cœur des consultations de gynécologie et les patientes recherchent avant tout une relation de confiance au sein du trio médecin-interne-malade. Pour la très grande majorité d'entre elles, l'expérience s'avère finalement positive.

Conclusion : Nos résultats vont dans le sens des études concernant le ressenti des patients lors d'une consultation en présence d'un interne quel qu'en soit le motif. La dimension intime de la gynécologie ne doit pas être un frein à la formation initiale ambulatoire. Afin d'en favoriser le bon déroulement, nous proposons un guide à destination des Maîtres de Stage Universitaires et une fiche d'information pour les patientes.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Médecine Générale, Gynécologie, Ressenti, Patiente, Interne

Faculté Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directrices de thèse : LATROUS Leila, FREYENS Anne