



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2012

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mademoiselle **Gaëlle LECOSSOIS**

Le 07 décembre 2012

EVALUATION DE LA TRANSMISSION DES CARACTERISTIQUES DE LA MEDECINE GENERALE LORS DU STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE EN DEUXIEME CYCLE : ANALYSE DE 290 RECITS REDIGES EN FIN DE STAGE

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur Annick BARBAUD

M. le Professeur Marc KLEIN

Mme le Maître de conférences Elisabeth STEYER

Mme le Maître de conférences associé Sophie SIEGRIST

Présidente

Juge

Juge et directrice

Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARD
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE
Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs

- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- Développement Professionnel Continu :

Professeur Bruno CHENUÉL
M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Paolo DI PATRIZIO

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Assesseurs Relations Internationales

Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN
Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY Jean Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
Gérard FIEVE - Jean FLOQUET Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI
Pierre HARTEMANN Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN
Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL- Jean PREVOT - Francis Raphaël - Antoine RASPILLER - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI - Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeur Marie Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD

Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

54^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston

(U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO

(1982)

Massachusetts Institute of Technology

(U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco

(U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER

(1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-

PAPADOPOULOS

(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA

(1996)

Research Institute for Mathematical

Sciences de Kyoto

(JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG

(1997)

Centre Universitaire de Formation et

de

Perfectionnement des Professionnels

de Santé d'Hô

Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de WUHAN (CHINE)

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Présidente,

*Madame le Professeur **Annick BARBAUD***

Professeur de Dermatologie Vénérologie.

Vice Doyen Mission « sillon lorrain ».

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques.

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre admiration

et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

*Monsieur le Professeur **Marc KLEIN***

Professeur d'Endocrinologie et de Maladies métaboliques,

Nous vous témoignons notre profonde reconnaissance

pour avoir mis vos compétences et votre expérience

au service de l'évaluation de ce travail.

A notre Juge et Directrice de thèse,

*Madame le Docteur **Elisabeth STEYER***

Maître de conférences des universités de Médecine générale,

Médecin généraliste à Talange

Un grand merci pour nous avoir proposé ce travail, pour son aide précieuse,

sa rigueur scientifique et ses conseils.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

A notre Maître et Juge,

*Madame le Docteur **Sophie SIEGRIST***

Maître de conférences associé de Médecine générale

Médecin généraliste à Ban Saint Martin

Nous sommes honorées de vous compter parmi nos juges.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

E t surtout merci encore pour votre accueil chaleureux au sein de votre cabinet.

A mes parents,

Vous n'avez pas ménagé votre peine en me soutenant durant toutes ces années étudiantes. Trouvez en ce travail l'aboutissement de cette partie de ma vie. Qu'il fasse aussi partie de votre fierté.

A ma sœur Aude,

Qui m'a toujours montré le chemin à suivre. Merci pour sa force de caractère.

A ma sœur Vanessa,

Et ses deux magnifiques enfants : Jules et Elorine.

A leur joie de vivre communicative.

A ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines,

Mais surtout merci à ma grand-mère pour son amour inconditionnel et son sens de la famille.

A Hermine et Robert qui ne sont plus parmi nous mais que nous n'oublions pas.

Merci à mes amis,

A Anne pour son optimisme, A nos fous rires et multiples escapades.

A Alex pour son intelligence et son amitié depuis plus de quinze ans déjà.

A Habiba pour sa générosité et son enthousiasme pendant nos années d'internat.

A Alice pour sa gentillesse.

A Nassima pour son humour et autodérision, à notre aventure à la Réunion.

A Elise et son soutien au moment opportun.

A Béa, Aurélie, Céline de Paris, Myriam l'ex martiniquaise, Nicolas, Johan parti en Tasmanie.

A Mohsin du Koweït, A Kahlil du Qatar, A Yasser du Liban et Olivier d'Inde, A toutes ces rencontres cosmopolites et enrichissantes. A la France et l'égalité des chances.

A mon millionnaire Frédéric, à l'Afrique du Sud et la Business class qu'il m'a fait découvrir.

A Docteur Koffi Abotchi et Omar Zaid pour leur accueil aux urgences de BSM.

A Docteur Siegrist pour son humanité, et ses grandes qualités pédagogiques.

Aux enfants réunionnais qui m'ont fait aimer la pédiatrie,

A l'équipe paramédicale de Bar le duc et de Saint Denis.

Table des matières

Sommaire des illustrations.....	23
Glossaire des abréviations.....	24
1 INTRODUCTION	25
2 SPECIFICITES DE LA MEDECINE GENERALE A DECOUVRIR AU COURS DU STAGE	26
2.1 Stage chez le médecin généraliste en deuxième cycle	26
2.1.1 Enjeux.....	26
2.1.2 Contexte législatif et historique	27
2.1.3 Modalités pratiques du stage	28
2.1.4 Objectifs pédagogiques	29
2.1.5 Maîtres de stage	30
2.2 La Médecine générale : nombreuses définitions de ses caractéristiques....	32
2.2.1 Leeuwenhorst (1974) :	32
2.2.2 WONCA (1991).....	34
2.2.3 Collège national des généralistes enseignants (1995).....	35
2.2.4 OMS Europe (1998).....	36
2.2.5 Olesen et al. (2000)	37
2.2.6 Collège national des généralistes enseignants 2005.....	38
2.2.7 Syndicats de Médecin généraliste : Référentiel professionnel de MG France	40
2.2.8 WONCA Europe (2002)	41
2.2.9 Révision 2005 de la définition de la WONCA.....	47
2.2.10 Révision 2011 de la définition de la WONCA	48
3 MATERIEL ET METHODE.....	51
3.1 Récit et son canevas	51
3.1.1 Première question du canevas du récit :	52
3.1.2 Deuxième question du canevas du récit :	53

3.1.3	Troisième question du canevas du récit:.....	53
3.1.4	Quatrième question du canevas du récit :	54
3.1.5	Cinquième question du canevas du récit :	54
3.1.6	Sixième et dernière question du canevas du récit:.....	55
3.2	Grille d'observations réalisée à partir de la définition de la WONCA.....	57
4	RESULTATS.....	61
4.1	Spécificités de la médecine générale retranscrites dans les récits.....	61
4.1.1	Caractéristique de « premier recours ».....	61
4.1.1.1	Premier contact.....	61
4.1.1.2	Accès ouvert à tous les individus	62
4.1.1.3	Diversité des disciplines rencontrées	63
4.1.1.4	Au total.....	64
4.1.2	Rôle de coordination des soins	65
4.1.2.1	Médecine générale et autres professions de santé.....	65
4.1.2.2	Rôle de défenseur du patient	67
4.1.2.3	Au total.....	68
4.1.3	Approche centrée sur l'individu	68
4.1.3.1	Approche individuelle	68
4.1.3.2	Approche familiale	69
4.1.3.3	Approche communautaire	69
4.1.3.4	Au total.....	69
4.1.4	Relation dans la durée	70
4.1.4.1	Relation adaptée	70
4.1.4.2	Relation de confiance	71
4.1.4.3	Autonomie du patient.....	71
4.1.4.4	Au total.....	71

4.1.5	Disponibilité dans la durée	72
4.1.5.1	Suivi	72
4.1.5.2	Permanence des soins	72
4.1.5.3	Dossier médical	72
4.1.5.4	Disponibilité devant les besoins du patient.....	73
4.1.5.5	Soins palliatifs	73
4.1.5.6	Au total.....	73
4.1.6	Prise de décision selon l'incidence et la prévalence	73
4.1.7	Approche de façon simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques	74
4.1.7.1	Problème de santé aigu	74
4.1.7.2	Problème de santé chronique.....	74
4.1.7.3	Gestion de plusieurs problèmes de santé aigus OU chroniques	74
4.1.7.4	Gestion de problèmes de santé aigus ET chroniques	74
4.1.7.5	Hiérarchisation des soins	74
4.1.8	Prise en charge à un stade précoce de la maladie et parfois en urgence.	75
4.1.8.1	Notion d'incertitude.....	75
4.1.8.2	Temps limité de la consultation.....	75
4.1.8.3	Urgence	76
4.1.8.4	Au total.....	76
4.1.9	Promotion et éducation pour la santé	76
4.1.9.1	Education	76
4.1.9.2	Prévention.....	76
4.1.9.3	Dépistage	77
4.1.9.4	Au total.....	77
4.1.10	Responsabilisation du patient.....	77

4.1.11	Approche communautaire.....	78
4.1.11.1	Gestion des dépenses de santé	78
4.1.11.2	Référentiel.....	78
4.1.11.3	Au total.....	78
4.1.12	Approche holistique	79
4.1.12.1	Approche psychologique	79
4.1.12.2	Approche de l'individu dans sa dimension communautaire	79
4.1.12.3	Au total.....	79
4.1.13	Notions décrites dans les trois dimensions et champs d'activité	80
4.1.13.1	Gestion du cabinet.....	80
4.1.13.2	Respect du cadre règlementaire et financier, éthique.....	80
4.1.13.3	Personnalité du médecin, équilibre personnel, gestion des émotions	80
4.1.13.4	Formation médicale continue, maintien de la performance des soins, recherche et enseignement	80
4.2	Diffusion des caractéristiques de la médecine générale parmi les étudiants d'après leurs récits	81
4.3	Conclusion.....	82
4.3.1	Caractéristiques fréquemment présentes dans l'analyse des récits	83
4.3.2	Caractéristiques plus rarement présentes dans les récits.....	85
4.3.3	Caractéristiques et aspects non retrouvées	86
5	DISCUSSION.....	87
5.1	Comparaison des résultats à ceux retrouvés dans la littérature	87
5.1.1	Résultats similaires	87
5.1.1.1	Caractéristiques fréquemment perçues	87
5.1.1.1.1	Quatre caractéristiques sont considérées comme acquises	87
5.1.1.1.2	Diversité des pathologies rencontrées	91
5.1.1.1.3	Coordination de soins	93

5.1.1.1.4	Coordination avec les spécialistes	94
5.1.1.1.5	Approche centrée sur l'individu	95
5.1.1.1.6	Relation médecin-malade et type de communication	95
5.1.1.1.7	Disponibilité	97
5.1.1.1.8	Relation thérapeutique.....	97
5.1.1.1.9	Approche psychologique et holistique	97
5.1.1.1.10	Approche sociale et holistique	99
5.1.1.1.11	Résumé et commentaires.....	99
5.1.1.2	Caractéristiques moins présentes.....	102
5.1.1.2.1	Prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires	102
5.1.1.2.2	Incertitude	102
5.1.1.2.3	Education, Prévention et Responsabilisation	103
5.1.1.2.4	Référentiel	104
5.1.1.2.5	Permanence des soins	104
5.1.1.2.6	Résumé et commentaires.....	105
5.1.1.3	Autres caractéristiques et notions très peu présentes.....	107
5.1.1.3.1	Premier recours	107
5.1.1.3.2	Approche communautaire et efficience.....	107
5.1.1.3.3	Efficacité	107
5.1.1.3.4	Soins palliatifs	108
5.1.1.3.5	Respect du cadre réglementaire et juridique.....	108
5.1.1.3.6	Gestion des émotions	108
5.1.1.3.7	Personnalité du médecin	108
5.1.1.3.8	Résumé et commentaires.....	109
5.1.2	Résultats divergents	110
5.1.2.1	Caractéristiques et notions PLUS représentées dans NOTRE étude	110

5.1.2.1.1	Coordination avec les spécialistes	110
5.1.2.1.2	Coordination avec les autres professionnelles de santé	110
5.1.2.1.3	Urgences	111
5.1.2.1.4	Rôle de défenseur	112
5.1.2.1.5	Respect de l'autonomie du patient	112
5.1.2.1.6	Dépistage	112
5.1.2.1.7	Résumé et commentaires.....	113
5.1.2.2	Caractéristiques et notions MIEUX représentées dans les AUTRES études...	114
5.1.2.2.1	Dossier médical.....	114
5.1.2.2.2	Motifs de consultation.....	114
5.1.2.2.3	Hiérarchisation des soins.....	116
5.1.2.2.4	Résumé et commentaires.....	117
5.1.3	Autres caractéristiques et notions décrites dans la WONCA et non évaluables dans les récits.	119
5.1.3.1.1	Formation médicale continue.....	119
5.1.3.1.2	Consumérisme	119
5.1.3.1.3	Gestion du cabinet.....	120
5.1.3.1.4	Equilibre vie privée-vie professionnelle	121
5.1.3.1.5	Les conditions de travail	122
5.1.3.2	En résumé	124
5.1.4	Caractéristiques et notions NON décrites dans la WONCA et NON évaluées.....	125
5.1.4.1	Aspect commerciale de la relation et Clientélisme	125
5.1.4.2	Visites à domicile	126
5.1.4.3	Démarche clinique	127
5.1.4.4	Gestes techniques et hygiène au cabinet.....	127

5.1.4.5	Gestion des demandes urgentes et trousse d'urgence	128
5.1.4.6	Gestion du temps de consultation.....	128
5.1.4.7	Autoévaluation et représentation de la profession	129
5.1.4.8	En résumé	129
5.1.5	Synthèse	130
5.2	Forces et faiblesses de ce travail	132
5.2.1	Forces.....	132
5.2.1.1	Liées au travail en lui-même	132
5.2.1.2	Liées à l'évaluation par un récit.....	133
5.2.1.3	Liées à l'utilisation de la définition de la WONCA	135
5.2.2	Limites	136
5.2.2.1	Liées au travail en lui-même	136
5.2.2.2	Liées à l'évaluation par un récit.....	137
5.2.2.3	Liées à l'utilisation de la définition de la WONCA	139
5.3	Facteurs pouvant influencer les acquisitions. Perspectives d'amélioration.	140
5.3.1	Déroulement pratique du stage.....	140
5.3.2	Cursus hospitalier et projet professionnel de l'étudiant.....	141
5.3.3	Maître de stage et Formation pédagogique	142
5.3.4	Position d'observation.....	143
5.3.1	Relation Etudiant - Maître de stage.....	143
5.3.2	Relation triangulaire avec le patient.....	144
5.3.3	Proposition d'objectifs de stage aux étudiants et aux MDS	144
5.3.4	Supports pédagogiques.....	146
5.3.5	Méthode d'évaluation.....	146
5.3.6	En Résumé	147

6	CONCLUSION	148
6.1	Stage : un bon moyen de transmission des caractéristiques de la médecine générale.	148
6.2	Récit : un bon outil d'évaluation.....	149
6.3	Définition de la WONCA : un bon référentiel	150
6.4	Pédagogie à poursuivre.....	150
	Bibliographie.....	151
	Sommaire des annexes.....	158

Sommaire des illustrations

Figure 1 : Répartition des âges des patients	62
Figure 2 : Répartition des contenus de consultation en disciplines décrites par la CISP	63
Figure 3 : Orientation vers les professionnels de santé	65
Figure 4 : Orientation vers les spécialistes	66
Figure 5 : Répartition des recours aux professions paramédicales et assistantes sociales.....	67
Figure 6 : Type de communication utilisée	70
Figure 7 : Pourcentage des résultats de consultation.....	75
Figure 8 : Pourcentage d'étudiant ayant témoigné d'un nombre donné de caractéristiques.	81
Figure 9 : Présence des différentes caractéristiques dans les récits.....	82
Tableau 1: Prise en compte de l'individu dans ses différentes dimensions	68

Abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire

EURACT: European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine

FMC : Formation médicale continue

FDRCV : Facteur de risque cardio-vasculaire

IRPES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecine Générale

MGi : Médecin Généraliste

MDS : Maître de stage

PDS : Permanence Des Soins

PEC : Prise en charge

UFR : Unité de Formation et de Recherche

WONCA : World Organization of Family Doctors

1 INTRODUCTION

A la grande satisfaction des étudiants en médecine, le Conseil pédagogique et le Département universitaire de Médecine générale (DUMG) de la faculté de médecine de Nancy a mis en place en 2007 un stage chez le médecin généraliste pour les étudiants en deuxième cycle, soit en cinquième année (DCEM3).

Cette démarche s'inscrit dans un contexte de décision nationale visant à sensibiliser les étudiants à l'intérêt de la médecine générale (MG) en réponse à la diminution de la vocation pour la médecine générale au profit des autres spécialités. Cette diminution d'intérêt est de plus associée à une baisse globale de la densité médicale qui répond de plus en plus difficilement aux besoins croissants d'une population vieillissante.

Le stage de deuxième cycle est un moyen de mettre l'étudiant en contact avec l'exercice de la médecine générale de façon plus précoce, et de lui permettre alors un choix éclairé et positif de cette spécialité à l'issue de l'examen national classant en fin de sixième année. Ce contact n'avait alors lieu au plus tôt qu'en septième année et donc après le choix décisif.

Le travail que nous avons réalisé vise à apprécier dans quelle mesure l'externe a pu appréhender les caractéristiques de la médecine générale lors de ce stage. Pour cela nous avons analysé 290 récits rédigés en fin de stage. Ces récits consistent en un travail de description de la démarche décisionnelle lors d'une consultation de leur choix.

Dans un premier temps, il nous paraît nécessaire de rappeler les caractéristiques de la médecine générale qui vont servir de référentiel à notre évaluation ainsi que les travaux qui ont permis leur élaboration. Nous effectuerons également un rappel des conditions dans lesquelles est réalisé ce stage.

2 SPECIFICITES DE LA MEDECINE GENERALE A DECOUVRIR AU COURS DU STAGE

2.1 Stage chez le médecin généraliste en deuxième cycle

2.1.1 Enjeux

Aux yeux des étudiants, la médecine générale souffre d'une dévalorisation depuis quelques années, associée à une baisse de la densité médicale, la situation devient préoccupante pour la **satisfaction des besoins de la société**. Le stage a pour but de répondre à cette problématique. Les enjeux sont donc de taille.

L'université médicale est ainsi dépositaire d'une responsabilité sociale par ses missions pédagogiques et de recherche. Boelen et Heck, au nom de l'Organisation mondiale de la santé, formulaient déjà en 1995 l'exigence que *« les institutions de formation des professionnels de santé centrent leurs activités d'enseignement, et de recherche sur les préoccupations et les besoins prioritaires en matière de santé de la communauté... »* (1).

Les expériences rapportées respectivement par Renoux, Gelly et leurs collaborateurs *« confirment à la fois la viabilité, la pertinence et la puissance d'une modélisation précoce, auprès des externes, des rôles professionnels et du mode d'exercice qui devraient concerner au moins la moitié d'entre eux »* (1).

Le stage permettrait donc de répondre en partie à la crise des vocations pour la médecine générale, favorisée par l'absence de processus d'identification possible auparavant. Il permettrait de **susciter des vocations de médecine générale** et de potentialiser celles déjà existantes.

La moitié des étudiants choisira la médecine générale à l'issue des Epreuves Classantes Nationales. Une approche de l'exercice de la médecine générale paraît donc d'autant plus indispensable pendant l'externat : elle permettrait une augmentation des performances de ceux qui choisiront cette voie et **favoriserait par ailleurs les futures relations interdisciplinaires** en sensibilisant ceux qui se dirigeront vers d'autres spécialités.

2.1.2 Contexte législatif et historique

En 1997, un premier arrêté ministériel régissait la mise en place d'un stage en médecine générale ambulatoire pour les externes. Cet arrêté du **4 mars 1997** prévoyait que chaque étudiant devrait effectuer pendant la deuxième partie du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) un stage d'initiation à la médecine générale (2). Malheureusement, les manques de moyens humains et financiers n'ont pas permis une mise en place effective de ce stage dans les différentes facultés (3).

Un deuxième arrêté parut alors le **23 novembre 2006** et était censé répondre aux difficultés rencontrées depuis 1997, et être un pas supplémentaire vers la concrétisation du stage (4). Mais cela n'a pas suffi à susciter la réalisation du stage dans toutes les facultés (3). A Nancy, le stage n'était alors qu'au début de sa conception.

Le **18 juin 2009**, un nouvel arrêté abroge le précédent et cadre beaucoup plus précisément que les précédents le stage obligatoire en médecine générale de DCEM (annexe 1) (5). Il affirme son financement sur le budget du ministère de la santé. La rémunération du maître de stage, frein majeur à la mise en place du stage, est enfin assurée, rendant possible sa généralisation dans les unités de formation et de recherche (UFR) (3).

La faculté de Médecine de Nancy a été ensuite confrontée à de nombreux problèmes logistiques : elle a fait face à la difficulté de recrutement de maîtres de stage en nombre suffisant, ce qui a pu se faire en utilisant les ressources de toute la région Lorraine. Les cabinets médicaux étant parfois assez éloignés de la faculté, des problèmes d'hébergement, de restauration, de déplacement et de réorganisation des emplois du temps des étudiants ont dû être résolus pour permettre la dispersion des étudiants dans toute la région pour ce stage.

2.1.3 Modalités pratiques du stage

Comme les autres stages, le stage en médecine générale s'intègre dans le cursus des études médicales. Il figure comme **stage obligatoire**, tout comme les stages de gériatrie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, chirurgie et médecine interne (2).

En cohérence avec la démarche pédagogique choisie, cette formation doit avoir lieu dans le contexte des soins primaires ambulatoires et plus précisément dans des cabinets de médecine générale (4).

La durée de stage est de **3 mois à mi-temps ou 6 semaines à temps complet**. L'étudiant effectue un stage chez un ou des médecins généralistes appelés « maîtres de stage agréés », dans la limite de trois maîtres de stage par étudiant.

L'activité ambulatoire permettra ainsi aux étudiants de découvrir les spécificités d'une activité médicale extrahospitalière de première ligne. Il s'agit d'un **stage d'observation et de sensibilisation à la médecine générale**. *« Pendant ce stage d'observation, l'étudiant s'approprie ce nouvel environnement socioprofessionnel, il apprend à travailler en collaboration avec son maître de stage. Le stagiaire n'a pas de réelle responsabilité mais porte un regard attentif sur une pratique nouvelle pour lui »* (4).

A Nancy, il s'agit pour les étudiants de DCEM3 de réaliser un stage, chez un médecin généraliste maître de stage, d'une durée de 100 heures à répartir en concertation sur une durée de 3 mois.

Les étudiants suivent donc ainsi le médecin **au cabinet et lors de ses visites** à domicile afin de découvrir la pratique de la médecine générale ambulatoire.

2.1.4 Objectifs pédagogiques

En fin de deuxième cycle, les étudiants devraient avoir assimilé « *l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique, les principaux processus anatomophysiopathologiques, l'examen somatique et les principaux gestes techniques, les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques, leurs thérapeutiques et leur prévention ; la démarche médicale selon la prévalence, la gravité et les possibilités thérapeutiques ; la réponse aux urgences les plus fréquentes, la maîtrise des outils de la relation et de la communication avec les patients et leur entourage* » (6).

Les objectifs du stage sont fixés par l'article 4 de l'arrêté du Journal Officiel (JO) du 18 juin 2009 (annexe 1) :

« _ appréhender les **conditions de l'exercice** de la médecine générale en structure ambulatoire ;

– appréhender la prise en **charge globale** du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de **premier recours** ;

– appréhender la **relation médecin-patient** en médecine générale ambulatoire et **la place du médecin** généraliste au sein du système de santé ;

– se familiariser avec la **démarche clinique** en médecine générale, la sémiologie des **stades précoces** des maladies et des **maladies prévalentes** en ambulatoire : entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination d'une thérapeutique ;

– se familiariser avec la démarche de **prévention** et les enjeux de **santé publique** ;

– appréhender les notions **d'éthique**, de droit et de **responsabilité médicale** en médecine générale ambulatoire » (4).

Ce stage permet donc de valider des objectifs de formation spécifiques ou transversaux du second cycle des études médicales et complète l'enseignement théorique partiellement fourni au sein des facultés.

L'étudiant y découvre pour la première fois les caractéristiques de la médecine générale et des soins primaires ; il est confronté aux modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

2.1.5 Maîtres de stage

Devant le nombre grandissant d'étudiants à chaque nouvelle promotion, conséquence de l'élargissement du numerus clausus, il est nécessaire de former régulièrement de nouveaux maîtres de stage (MDS) pour permettre à tous les étudiants d'effectuer ce stage nouvellement instauré, mais aussi le stage ambulatoire obligatoire de troisième cycle, ou encore le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour tous ceux qui le souhaiteraient.

Le médecin souhaitant devenir MDS, doit être habilité par le DUMG, selon des modalités définies par arrêtés des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé (annexe 1).

Avant de devenir MDS, le médecin généraliste doit avoir exercé son activité professionnelle depuis au moins trois ans pour accueillir un interne, **un an** pour accueillir un externe (7).

Il devra avoir un exercice professionnel principal en médecine générale et attester d'une formation médicale continue (FMC) régulière (7).

Par ailleurs tous les MDS doivent suivre une formation initiale avant d'accueillir les étudiants dans les différents stages ambulatoires. Ils s'engagent à participer à **2 rencontres pédagogiques** (sur 3 ans) organisées par le DUMG et le Collège des Généralistes Enseignants (CNGE). Cette condition est nécessaire et obligatoire pour leur renouvellement d'agrément tous les 3 ans (annexe 1).

Les MDS doivent pouvoir développer les compétences des médecins en formation et non plus seulement délivrer un savoir (8).

Pour cela un MDS qualifié doit posséder des compétences pédagogiques comme être capable d'identifier *« les besoins de formation des étudiants, de choisir la méthode pédagogique adaptée et l'évaluer. Il doit être en mesure d'utiliser plusieurs méthodes différentes d'enseignement et de formation. Il est amené à organiser un programme de formation large tenant compte de tous les aspects de l'exercice quotidien »* (8).

L'apprentissage technique, l'acquisition de méthodes, la réflexion sur la pratique et des confrontations d'expériences entre pairs permettent de développer ces aptitudes. Par ailleurs les critères nécessaires à la fonction de MDS concernent également les compétences en gestion, ainsi que l'exercice dans un cabinet apportant un environnement favorable à la formation (7).

2.2 La Médecine générale : nombreuses définitions de ses caractéristiques

Afin de déterminer la grille d'analyse des récits, nous avons repris les définitions du rôle du médecin généraliste et des caractéristiques de la pratique de la médecine générale. Grâce à cette étude des données existantes que nous allons développer nous expliquerons la raison de notre choix de la définition de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) et la grille d'observations que nous en avons tirée.

Depuis 1970, une partie de la recherche en médecine générale européenne est consacrée à définir ce qu'est la médecine générale, et à décrire quels sont les rôles du médecin généraliste. Ces recherches ont été initiées dans un but de reconnaissance universitaire de la médecine générale car elles permettent de développer l'enseignement et la recherche en soins primaires.

Ces travaux vont nous être utiles dans notre étude.

2.2.1 *Leeuwenhorst (1974) :*

Le groupe de travail de Leeuwenhorst a été formé lors de la deuxième « European Conference in the teaching of General Practice » en 1974. Il était formé de quinze médecins provenant de onze pays européens différents (9).

Il publia la première définition de la médecine générale (annexe 2). Depuis la profession a évolué et sa définition également.

Ainsi dès 1974 des caractéristiques essentielles de la médecine générale ont déjà été décrites par le groupe Leeuwenhorst sous forme de **tâches** à accomplir par le médecin généraliste. Le médecin généraliste est défini par son mode d'exercice, ses missions et sa place dans un système de soins. Cette approche est donc centrée sur le médecin et définit un **cadre** d'exercice de la médecine générale.

Selon la définition du groupe Leeuwenhorst, la médecine générale est une discipline ouverte à tout individu, elle est ouverte à tous, « *aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie.* » Elle n'exclut aucun organe et est donc très diversifiée.

La nécessité de faire des diagnostics à un stade précoce et donc indifférencié de la maladie est caractéristique de la MG, médecine de premier recours : le médecin généraliste : « *tente d'établir un diagnostic précoce* », « *Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui* ».

Le médecin généraliste « *fournit des soins primaires, personnalisés et continus* », il construit une « *relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles* » : le médecin généraliste assure un suivi, une relation médecin-patient unique est rendue possible grâce à une prise en charge sur la durée. Cette relation peut avoir un effet thérapeutique.

Cette définition insiste sur le fait que l'individu est pris en charge dans son ensemble : ses particularités psychologiques, son statut social doivent être pris en compte pour une meilleure prise en charge. De plus le médecin généraliste assure une synthèse des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la prise en charge de la personne.

Dans cette définition, le médecin doit faire preuve d'une grande disponibilité. La prise en charge peut se faire « *au sein de son cabinet médical, à domicile* » et doit s'adapter aux besoins du patient : « *selon un rythme adapté au patient* ».

La nécessité d'une coordination avec d'autres professionnels de santé est également une notion abordée dans cette définition.

Le médecin généraliste a aussi un rôle de prévention et d'éducation. Ces deux notions s'élaborent dans un cadre personnalisé, elles sont adaptées à chaque patient.

Le médecin apporte des soins curatifs, il assure souvent un soutien, un suivi lors de maladie chronique, et assure des soins palliatifs.

Les objectifs communautaires du médecin généraliste sont également évoqués.

Cette définition a l'avantage d'avoir résisté au temps. Elle n'est cependant pas exhaustive, elle n'est par exemple pas tournée vers des objectifs de formation ou de recherche, ces notions étant peu développées à cette époque.

2.2.2 WONCA (1991)

La WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays (9).

En 1991, la WONCA dans sa déclaration sur le rôle du médecin généraliste – médecin de famille au sein des systèmes de santé a produit une définition du rôle du médecin généraliste (annexe 3) en s'appuyant sur les travaux du groupe de travail de Leeuwenhorst. Les rôles du médecin généraliste sont alors reliés à des particularités de la médecine générale et ces particularités sont décrites comme des **engagements** du médecin.

La MG apparaît comme une discipline avec des caractéristiques propres, le médecin généraliste a des compétences médicales de soins propres.

C'est une définition qui reprend les notions de médecine diversifiée ouverte à tout individu. Elle doit se tenir à la disposition du patient, assurer une continuité et une permanence des soins : le médecin « *assume personnellement la responsabilité de la continuité* ». Sa prise en charge est curative et palliative. Elle assure la coordination des soins. Elle est centrée sur l'individu dans son contexte familial et communautaire. Elle prend également « *en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques* ». C'est une médecine globale qui assure également la prévention. Le médecin doit « *fournir des soins complets* ». Elle a un rôle communautaire et doit tenir compte des « *ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert* ».

Cette définition reprend donc l'ensemble des notions précédemment décrites, excepté la particularité de la relation médecin-patient, l'éducation du patient, et la notion de diagnostic fait à un stade précoce. Elle insiste sur la continuité des soins et la prise en charge globale.

Par contre elle n'aborde toujours pas les particularités de la démarche décisionnelle selon l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires, ni la gestion des urgences.

L'efficacité et la formation médicale continue ne sont pas encore des notions d'actualité.

2.2.3 Collège national des généralistes enseignants (1995)

En France au sein du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), les fonctions du médecin généraliste ont également été décrites. B.Gay a développé une approche alternative en essayant de définir les **principes fondamentaux** de la discipline médecine générale. Il suggère une relation dynamique entre ces principes et les tâches, avec une influence des patients et du système de soins sur ces tâches requises. Cet ensemble détermine ce que doit être le contenu de formation en médecine générale (9).

Les dix principes suggérés par B.Gay et présentés lors de la réunion inaugurale de la WONCA Europe à Strasbourg en 1995 sont les suivants :

- « 1. *Un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes*
- 2. *Une réponse à la plupart des demandes de santé*
- 3. *Une approche centrée sur le patient*
- 4. *Une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté)*
- 5. *Le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples*
- 6. *La continuité des soins, une capacité de suivi au long cours*
- 7. *La coordination des soins*
- 8. *Une faible prévalence des maladies graves*
- 9. *Des soins à un stade précoce des pathologies*
- 10. *Une efficience en termes de coûts.»*

De nouvelles notions apparaissent dans ces dix principes : le traitement simultané de plaintes, la faible prévalence des maladies graves en soins primaires, l'efficience.

Cette définition met en avant l'influence des patients (leurs besoins, leurs demandes) et du système de santé (efficience exigée) sur la définition du médecin généraliste.

L'aspect « ouvert à tous » et la disponibilité sont par contre deux notions qui transparaissent peu à travers cette définition.

L'éducation, la prévention, et la relation médecin-patient ne sont pas abordés.

Cette définition apporte donc de nouvelles notions mais est incomplète.

2.2.4 OMS Europe (1998)

La branche européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS Europe a publié un document cadre pour le développement de la médecine générale, avec une approche similaire à celle du CNGE. Elle décrit des principes fondamentaux et des tâches déterminées à la fois par le système de soins dans lequel le médecin généraliste travaille, et par les besoins changeants des patients (9).

Dans cette description les caractéristiques de la MG sont regroupées sous forme de **sept principes fondamentaux** (annexe 4). C'est une définition détaillée qui insiste sur la prise en charge de l'individu dans son environnement. Ces caractéristiques croisent beaucoup les principes définis par B.Gay.

La MG est dite *générale* car elle s'adresse à toute la population et prend en charge tous les problèmes de santé, c'est une médecine *continue* qui assure un suivi, elle est *globale*, axée sur la prévention, les soins curatifs et palliatifs, sur la prise en charge de l'individu dans son ensemble avec ses particularités psychologiques et sociales. Une relation médecin-patient s'établit en mettant en œuvre à la fois des aspects cliniques, humains et éthiques.

C'est une médecine *coordonnée et collaboratrice* qui oriente et coordonne les soins.

Elle est *orientée vers la famille* et prend en compte les circonstances de vie et les conditions socio-environnementales du patient.

C'est une *médecine orientée vers la communauté* qui prend en compte les besoins en soins de santé de la communauté.

Par contre la définition ne prend pas en compte la notion de démarche diagnostique selon la faible prévalence des maladies graves en soins primaires. Par ailleurs l'intervention à un stade précoce des maladies à un stade indifférencié ou en urgence n'est pas non plus évoquée. La notion de gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples est également absente.

Le modèle biopsychosocial d'Engel, modèle holistique qui prend en compte les facteurs organiques, humains et environnementaux est peu détaillé dans cette définition. La relation médecin- patient, ses particularités et ses effets sont également peu détaillées. Enfin la notion d'efficience n'est pas reprise dans cette définition.

2.2.5 Olesen et al. (2000)

Olesen et al ont publié, en 2000, un projet de révision de la définition du rôle du médecin de famille, qui s'enracine dans la définition de Leeuwenhorst mais considère celle-ci dépassée (9).

Selon eux certains systèmes de santé ne permettent pas aux médecins généralistes de se conformer à toutes les caractéristiques définies par la WONCA en 1991, notamment en ce qui concerne la prise en compte du cadre communautaire et la continuité des soins dans la durée. Ils s'appuient sur l'exemple des médecins généralistes qui travaillent dans les services d'urgence.

Dans cette définition (annexe 5), la médecine générale se présente comme une médecine spécialisée dans les soins primaires, qui prend en charge des maladies à un stade précoce : le médecin généraliste est formé à « *prendre les mesures initiales* ». Elle est diversifiée et ouverte à tous. Elle prend en charge l'individu dans ses dimensions psychologiques et sociales. Elle a une action dans le domaine de la prévention. Elle coordonne également les soins. S'y ajoute la notion de « défenseur du patient ».

Cette définition est davantage tournée vers les besoins des patients qui deviennent de plus en plus demandeurs et impliqués en termes de soin : ils deviennent « *des individus autonomes* » qui ont leur mot à dire dans la prise en charge.

Elle n'évoque pas la particularité de la relation médecin-patient, le suivi du patient, les soins curatifs, palliatifs, et de maladies chroniques, l'approche communautaire et la disponibilité même à domicile comme le faisait la définition du groupe Leeuwenhorst. La prise en charge de façon simultanée de pathologies aiguës et chroniques, la faible prévalence des maladies graves et l'efficacité sont également absentes. Par contre l'autonomisation est un concept nouveau.

Cette définition n'a pas obtenu de consensus international. Le travail d'Olesen et de ses collaborateurs a été perçu comme l'expression d'un mécontentement. Cependant l'existence de ce contre courant traduit la complexité de l'élaboration d'une définition et de caractéristiques universelles. Il montre que l'universalité des caractéristiques est limitée par les contraintes de chaque système de santé.

2.2.6 Collège national des généralistes enseignants (2005)

Le groupe Certification du CNGE, Collège national des généralistes enseignants a souhaité proposer une liste de compétences en médecine générale afin de fixer des objectifs à atteindre aux internes au cours de leur formation (10).

Il organise alors la définition en décomposant les compétences, en compétences génériques, en compétences décisionnelles spécifiques, et en compétences en rapport avec l'activité professionnelle (annexe 6).

Il reprend également la notion de champs d'activité et de dimensions spécifiques, en soulignant l'interrelation entre ces différents domaines.

Cette définition reprend la majorité des concepts décrits dans celle de la WONCA 2002 (développée en fin de chapitre avec ses révisions 2005 et 2011).

Les **compétences génériques** font appel à une notion non mentionnée dans la définition de la WONCA, celle du respect de la loi et de la déontologie.

L'intitulé « collaboration » mentionne les partenaires médico-sociaux, et le système de permanence de soins en vigueur.

La permanence des soins est définie par le fait d'« organiser ou faire organiser les soins lors des absences (vacances, formations, autres activités) ».

Le suivi du patient est possible grâce au dossier médical. La gestion du « retour à domicile » suite à une hospitalisation est évoquée.

Les **compétences décisionnelles spécifiques** sont organisées en « aptitude à la résolution de problèmes », en « soins centrés sur la personne » et en « approche globale » et « communautaire ».

La gestion de l'urgence est détaillée de la façon suivante : « 1- gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires, 2- répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un des patients, 3- constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice ». Ces deux dernières notions ne sont pas décrites dans la définition de la WONCA.

La capacité d'« exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours » est également une notion nouvellement décrite dans cette définition.

La prise de décision basée sur des référentiels est décrite de la façon suivante : « les décisions intègrent les principes de données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte (EBM) ».

La hiérarchisation des motifs de consultation y est également décrite : elle est nécessaire, elle se fait selon les priorités du médecin et du patient.

Ces deux dernières notions étaient décrites dans la définition 2005 de la WONCA.

La relation patient-médecin est détaillée de la façon suivante : elle est basée sur « une écoute active et empathique et demande une maîtrise des techniques de communication verbale et non verbale, elle intègre dans sa pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient ». Le médecin doit gérer les émotions du patient mais aussi les siennes.

La définition insiste aussi sur l'éducation du patient qui nécessite : « 1- d'établir un diagnostic éducatif, 2- d'impliquer le sujet dans un projet de prise en charge, 3- de décliner des stratégies éducatives, 4- d'accompagner et motiver le sujet dans sa démarche ».

Les **compétences décrites en rapport avec l'activité professionnelle** apportent une nouvelle notion, celle d' « évaluer sa pratique professionnelle ».

L'outil de travail est décrit et évoque l'exercice en commun, l'hygiène, et la maintenance du cabinet. L'hygiène est abordée pour la première fois dans la définition de la MG.

On peut remarquer qu'une synthèse intéressante des compétences décrites par le CNGE et par la WONCA a été adoptée par le Département de Médecine Générale de Paris Ile de France Ouest (PIFO) (11).

Elle est constituée de treize compétences, chacune étant divisée en composantes de compétence (annexe 7). Elle a l'avantage de reprendre les notions nouvellement décrites dans la définition de la WONCA 2005 et du CNGE.

Les compétences sont également partagées en compétences spécifiques et transversales, les compétences spécifiques ne pouvant s'acquiescent qu'en milieu ambulatoire.

2.2.7 Syndicats de Médecin généraliste : Référentiel professionnel de MG France

Plusieurs groupes de professionnels ont élaboré leurs propres définitions et référentiels. Chaque définition est axée sur des utilités spécifiques au statut des auteurs. Ici le Référentiel professionnel du médecin généraliste a été élaboré selon une méthode rigoureuse décrivant précisément le métier du médecin généraliste. Il a été réalisé collectivement par MG Form, branche formation de MG France dès 1999(13).

Les activités sont décrites en individualisant celles au service du patient, qui sont soit liées aux fonctions, soit aux types de situation clinique, soit au type de patient (annexe 8). Elle aborde également les activités au service de la qualité en distinguant celles liées à l'organisation personnelle et celles destinées à développer la compétence professionnelle. Finalement elle évoque les activités au service de la profession.

Elle distingue 14 compétences qui sont visualisées en deux grands groupes : les compétences touchant aux soins donnés au patient, et les compétences touchant aux moyens de la qualité (annexe 9).

Pour chacune de ces compétences, sont décrites les ressources devant être mobilisées et combinées pour les constituer et les utiliser. Ces ressources, soit internes, soit extérieures, et peuvent varier en fonction du contexte.

Le contexte décrit peut se résumer de la façon suivante : le médecin prend en charge une patientèle plus exigeante car mieux informée, plus complexe car plus agée (polypathologie) entre autre, avec plus de moyens technologiques mais moins de liberté économique. L'évolution démographique des professions de santé (féminisation, inégalité nord/sud) intervient également dans la prise en charge.

C'est une définition très complète et détaillée qui reprend toutes les notions évoquées précédemment, elle apporte une pierre incontestable aux travaux d'aujourd'hui mais sa complexité rend son utilisation pour un travail de recherche compliqué.

2.2.8 *WONCA Europe (2002)*

La WONCA Europe est la branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), encore appelée Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille (9).

Sa composition comprend les organisations académiques nationales de médecine familiale de 30 pays européens, et l'adhésion directe individuelle des médecins de famille.

Depuis la première définition, élaborée par le groupe Leeuwenhorst en 1974, et reprise par la communauté européenne, les concepts de la MG n'ont pas beaucoup évolué. Le texte d'Oleson en 2000 apporte peu d'élément nouveau mais motive le processus de définition au sein du conseil de l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), travail modifié ensuite lors des réunions de WONCA Europe en 2001 et 2002. Depuis ces caractéristiques sont considérées comme consensuelles.

Le rôle principal de la WONCA est de promouvoir et développer la discipline pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche et de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté. La Wonca cherche à établir une définition qui pourrait être complète, clarifiée et universelle.

Selon elle, la médecine générale n'est pas une compilation des autres disciplines ni une autre façon d'exercer la même médecine dans un contexte différent. Elle est une réelle entité avec des caractéristiques propres qui la différencient des autres spécialités : elle se consacre aux soins primaires et elle privilégie la démarche clinique par rapport à l'intervention technique. Le médecin généraliste est un professionnel qui a reçu une formation spécifique.

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

Pour la WONCA, la médecine générale est une discipline scientifique, fondée sur des **principes fondamentaux** qui doivent apparaître dans sa définition (annexe 10). Les tâches professionnelles du médecin généraliste découlent des caractéristiques de la discipline.

Les compétences qui sont également décrites dans cette définition individualisent les tâches de leur contexte. Elles sont dites fondamentales car peuvent s'appliquer dans n'importe quel système de santé, elles s'adaptent aux caractéristiques de la société qui diffèrent d'un pays à l'autre (aspect religieux, politiques), et qui évoluent avec le temps (patients plus autonomes).

La définition de la WONCA traite donc des caractéristiques et des compétences fondamentales de la MG.

Elle décrit également et de façon séparée les champs d'activité et les dimensions spécifiques qui interagissent avec ces compétences (détaillées plus loin).

C'est une définition qui par conséquent est universelle, complète, sa « décortication » permet une utilisation facile pour la recherche.

Cette définition est très complète, elle est organisée en **11 caractéristiques** :

(annexe 11) (9).

« 1- Elle est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ».

Le médecin généraliste est chargé de donner des soins personnels primaires et d'entretien à quiconque se présente, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier.

« 2- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient ».

Son travail s'inscrit également dans un réseau relationnel par lequel il est en relation permanente avec le patient, le système administratif, les professions paramédicales, les services hospitaliers et les médecins spécialistes, il intervient en *« se plaçant si nécessaire en défenseur du patient »*.

Il répond à une demande de prise en charge, en mettant en jeu sa responsabilité personnelle, dans le but d'assurer la meilleure réponse possible.

« 3- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ».

Il doit répondre aux demandes, aux besoins de ses patients, en tenant compte de son mode de vie, de ses ressources et de l'identité de son patient, de son environnement social et familial. Leur pratique se situe entre science et humanité. Leur mode d'exercice les astreint à tenir compte de l'environnement et de l'histoire des maladies et des individus.

« 4- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ».

Le médecin généraliste est d'abord celui qui reçoit, écoute et parfois décrypte la plainte du patient qui vient le voir. La médecine générale nécessite un système de formation spécifique visant à l'acquisition de compétences scientifiques et

relationnelles qui respectent une éthique. Elle *« construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée »*. Cette relation peut parfois avoir un pouvoir thérapeutique.

« 5- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient ».

Le médecin généraliste est donc le spécialiste de la santé : il assure les soins, le traitement et le suivi des malades de sa collectivité, dans une vision à long terme de la santé et du bien être de ceux qui le consultent. Il assure des soins curatifs ou palliatifs. La médecine générale est la branche de la médecine prenant en charge le suivi durable et les soins médicaux généraux d'une communauté. Le dossier médical est la preuve explicite de cette constance. La WONCA utilise le terme de « continuité des soins », elle n'évoque pas la permanence des soins 24h /24 pour répondre à la demande du patient.

« 6- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ».

Le médecin généraliste assure le plus souvent le premier contact avec la population, et est confronté à des problèmes de santé très divers, ceci implique qu' *« elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires »*. Les pathologies rares et/ ou graves sont effectivement moins fréquentes en soins primaires qu'à l'hôpital, le plus souvent le médecin est amené à rassurer le patient après avoir éliminé toute gravité. Mais il doit aussi être capable de dépister les cas graves parmi toutes ces pathologies bénignes.

« 7- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient ».

Elle prend en charge l'individu dans son ensemble, ce qui l'amène à gérer parfois simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques.

« 8- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide ».

Elle intervient également à un stade précoce des maladies, qui sont alors à un stade indifférencié. Le temps peut alors être utilisé comme moyen diagnostique. L'incertitude doit pouvoir être tolérée dans certains cas.

Mais le temps peut parfois être un ennemi, plutôt qu'un outil, il faut alors intervenir en urgence. Le médecin généraliste doit donc pouvoir gérer le temps et l'incertitude.

Les urgences étant rares, le médecin doit cependant maintenir sa capacité d'intervenir dans des situations à « haut risque », comme par exemple une réanimation cardio-vasculaire face à un patient faisant un arrêt cardiaque, ou intervenir dans une situation délicate telle que le placement en hospitalisation d'office (HO) d'un patient potentiellement dangereux.

« 9-Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace ».

La MG favorise également la promotion et l'éducation pour la santé. La prévention et le dépistage personnalisés évitent des gaspillages et sont donc efficaces pour le système de soin.

« 10- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ».

Cette responsabilité communautaire consiste en partie à gérer les ressources du système de santé : elle peut donc être source de conflit avec le patient en cas de demande injustifiée de sa part ».

« 11-Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».

Enfin le médecin généraliste rencontre ses patients dans leur cadre de vie. Il réalise en permanence un travail de synthèse dans l'immédiat et dans la durée, de tous les facteurs somatiques, psychologiques et sociaux. Cette prise en charge est nécessaire pour comprendre totalement le fondement de la maladie et assurer des soins adaptés à la personne dans toutes ses dimensions, et ne pas se retrouver face à un sentiment d'incompréhension et d'insatisfaction du patient.

Des notions modernes apparaissent donc dans cette définition et sont également à transmettre aux stagiaires telles que : les qualités de communication qu'impliquent la relation médecin-patient, l'éthique, la prise en charge simultanée de plusieurs doléances ou demandes, et cela parfois en urgence, la démarche diagnostique tenant compte de l'incidence et de la prévalence des maladies, la prise en charge de maladies à un stade précoce qui induit une notion d'incertitude inévitable, la notion de prévention et d'approche communautaire. Le respect de l'autonomie du patient n'est pas abordé dans ces caractéristiques.

Ces onze caractéristiques peuvent être regroupées sous forme de compétences.

Les **compétences fondamentales** au nombre de six sont (annexe 12):

- _ La gestion des soins de santé primaires. Elle reprend le concept de médecine ouverte à tous, et de nécessité de coordination des soins.
- _ Les soins centrés sur la personne prennent en compte la personne dans son environnement et sont basés sur une relation médecin-patient appropriée. Les « *soins sont continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.* »
- _ L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes reprend la notion d'incidence et de prévalence en soins primaires, et d'incertitude à gérer devant des diagnostics précoces.
- _ L'approche globale, comprend la prévention et l'éducation du patient, et la gestion simultanée de problème de santé aigus et chroniques.
- _ L'orientation communautaire,
- _ L'adoption d'un modèle holistique.

Cette définition prend également en compte l'interrelation entre *ces compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques qui caractérisent* la discipline (annexe 12). Elle souligne ainsi la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

Les trois champs d'activité sont à la fois la démarche clinique, la communication avec les patients, et la gestion du cabinet médical.

La communication avec le patient doit se faire en respectant son autonomie et doit donc permettre une négociation entre le médecin et lui. Elle doit utiliser un vocabulaire simplifié afin d'assurer la compréhension du patient. Le médecin doit pouvoir comprendre et gérer des émotions de façon adéquate.

La gestion du cabinet, les relations avec les confrères associés, l'organisation matérielle et les démarches administratives qu'implique la profession sont des notions nouvellement décrites dans cette définition.

Enfin, les trois dimensions spécifiques sont contextuelles, comportementales, et scientifiques.

La dimension contextuelle considère l'individu dans son environnement familial, culturel, et social comme on l'a abordé précédemment. Elle prend en considération ces éléments pour la compréhension de la maladie et pour sa prise en charge : le médecin évaluera par exemple les conséquences familiales et professionnelles d'une maladie.

La dimension comportementale est basée sur les capacités professionnelles du médecin, sur sa personnalité, ses valeurs, et son éthique.

Sa vie privée interagit avec sa vie professionnelle et inversement. Le MG doit donc s'assurer d'un bon équilibre entre les deux.

La dimension scientifique met en avant la nécessité de maintenir les connaissances médicales par une formation médicale continue, et le rôle de la recherche afin de rechercher et de maintenir les fondements de soins de meilleures qualités possibles.

Cette définition est très complète, et novatrice par cette individualisation des caractéristiques de la MG, des compétences, des champs d'activité et des dimensions spécifiques. Elle peut ainsi s'appliquer dans n'importe quel pays et contexte européen. Elle facilite ainsi la recherche et le perfectionnement en MG.

Elle apporte des notions nouvelles telles que la formation médicale continue, l'intervention des valeurs personnelles du médecin, l'objectif de qualité de soin. Par contre elle n'évoque pas concrètement la permanence des soins, la hiérarchisation des demandes de soins, et l'autoévaluation de sa pratique.

2.2.9 Révision 2005 de la définition de la WONCA

Un groupe de travail du Conseil EURACT dirigé par le Dr Justin Allen, a révisé en 2005 la définition WONCA 2002 au nom de la WONCA Conseil européen (11).

L'EURACT a été créée en 1992 ; son principal but est de permettre et maintenir un haut niveau de soin en médecine générale en Europe en favorisant l'apprentissage et l'enseignement.

La révision de 2005 a conservé tous les éléments de la précédente définition, elle a été réalisée afin d'améliorer sa clarté, et de la rendre plus compréhensible.

Elle sépare ce qui est fondamental à la discipline et ce qui intervient dans sa définition et qui peut être variable.

Elle insiste sur l'influence du contexte dans la prise en charge du patient, comme par exemple « les conditions de travail, le cadre financier et réglementaire ».

Elle insiste également sur la notion de qualité des soins (efficacité), et de rentabilité des soins (efficience) : la « surmédication » doit être évitée, la coordination des soins doit se faire de façon efficiente.

Elle ajoute l'intervention selon des « preuves solides » qui suppose l'utilisation de référentiel.

Elle décrit clairement l'importance du dossier médical.

La notion de « permanence des soins » 24h / 24 est également acceptée de l'ensemble des membres de la Wonca, ce qui n'était pas le cas en 2002.

Par ailleurs la notion de « hiérarchisation des soins » y est également décrite : « la réponse simultanée à plusieurs demandes rend nécessaire, une gestion hiérarchique des problèmes qui tienne compte à la fois du patient et des priorités du médecin ».

2.2.10 Révision 2011 de la définition de la WONCA

La définition Européenne de la médecine de famille vient d'être révisée par la WONCA en automne 2011 (14).

Cette révision mineure vise à mettre à jour les définitions et les rendre plus conformes à la réalité de la pratique générale en soins primaires et aux besoins changeants de la société. Elle prend en compte le contexte épidémiologique actuel associant une pénurie de la population médicale et une population vieillissante, de plus en plus en demande d'informations.

Le médecin doit permettre, dans ce contexte, une autonomisation de ses patients en leur fournissant des informations appropriées et intelligibles.

L'éducation du patient à la gestion de sa santé et de sa maladie fait partie des compétences du médecin généraliste. Patient et médecin sont considérés comme partenaires. Cette notion s'insère dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé au cabinet médical. Il s'agit d'apporter aux patients un conseil leur permettant de mieux exploiter le grand potentiel des mesures comportementales par rapport aux risques de santé les plus importants. Enseigner aux patients la prise en charge initiale des pathologies courantes et les signes nécessitant une consultation médicale permet de les autonomiser et de diminuer le nombre de consultations pour des pathologies banales. Cette culture du conseil centré sur le patient s'effectue dans la durée.

Cette définition comme celle de 2005 est illustrée par l'arbre Wonca produit par la Haute école suisse de soins primaires pour illustrer l'interaction complexe entre les caractéristiques, les compétences fondamentales, les champs d'activité et les différentes dimensions (annexe 13).

Les particularités liées au système de santé, au médecin et aux patients sont imagées par les racines de l'arbre.

Le tronc de cet arbre WONCA 2011 reprend les 3 champs d'activité : la communication, la clinique, la gestion de l'outil de travail décrits dans la définition 2002.

Les compétences et caractéristiques fondamentales sont réparties dans le feuillage.

La tâche intitulée « responsabilisation du patient » (« promotes patient empowerment ») est considérée comme une caractéristique fondamentale, au même titre que les onze autres décrites précédemment. Elle est représentée dans l'arbre de la WONCA par une feuille, qui se trouve parmi les onze autres.

Le deuxième concept détaillé dans la nouvelle définition est « l'amélioration continue de la qualité des soins ». Il ne fait pas partie des caractéristiques fondamentales car il peut s'appliquer dans n'importe quelle autre discipline.

Nous avons choisi la définition de la WONCA (avec ses révisions 2005 et 2011) comme référence et support dans l'évaluation des récits rédigés par les externes. Cette définition a l'avantage d'être à la fois universelle, complète et facile d'utilisation pour un travail de recherche. Elle va nous permettre, grâce à la confection d'une grille d'observation, d'évaluer la transmission des caractéristiques de la MG, lors du stage de l'externe chez le médecin généraliste. Une réflexion sur l'enseignement et la formation pourra s'en dégager.

3 MATERIEL ET METHODE

3.1 Récit et son canevas

Cette étude qualitative est réalisée à partir de récits de consultations rédigés par les étudiants de cinquième année à la fin de leur stage chez le médecin généraliste en Lorraine sur la période de novembre 2007 à septembre 2009.

Le récit est un travail de synthèse de fin de stage qui consiste à décrire une consultation choisie par l'étudiant. Il peut être rédigé avec l'aide du MDS, qui le valide et participe ainsi à l'évaluation de stage.

Ce récit est guidé par des questions orientant l'étudiant vers la réflexion sur les particularités de la médecine générale (annexe 14). L'étudiant peut ainsi y exprimer les différentes caractéristiques de la médecine générale qu'il a pu rencontrer au cours de son stage, en particulier l'application d'une démarche décisionnelle spécifique, et la prise en charge du patient en tant qu'individu.

Ce travail est introduit auprès des étudiants de la façon suivante :

« Travail participant à l'évaluation de l'acquisition du raisonnement en soins primaires. A partir d'une consultation choisie parmi les dernières journées de stage, analyser la démarche décisionnelle selon le schéma suivant : »

Il ne s'agit donc pas seulement pour l'étudiant de rédiger la consultation en s'intéressant uniquement aux données médicales, mais bien de mettre en avant le raisonnement qui l'a conduit à une prise en charge adaptée, en milieu ambulatoire.

Nous avons recueilli 290 récits au département de médecine générale afin d'être analysés selon la méthode détaillée au chapitre suivant.

3.1.1 Première question du canevas du récit :

« Quel est la (ou les) plainte(s) ou demande(s) initiale(s) du patient ? »

Les problèmes relatés par l'étudiant pourront être aigus ou chroniques et parfois relever d'une urgence.

L'étudiant pourra également évoquer le fait que le médecin doive gérer des demandes urgentes sans qu'il s'agisse le plus souvent de réelles urgences.

L'analyse des récits, à travers cette question permettra aussi de vérifier si tous les appareils et toutes les pathologies sont abordés et si la consultation est perçue comme ouverte à toute la population, homme, femme, enfants, de tous les âges.

A travers cette question l'étudiant peut aussi mettre en évidence le fait que le médecin est souvent amené à résoudre plusieurs problèmes en une consultation.

Les demandes des patients pourront concerner des domaines variés comme réaliser des actes de prévention ou de dépistage.

Le motif de consultation pourra également mettre en évidence la fonction communautaire du médecin généraliste.

L'orientation du travail demandé permet ainsi à l'étudiant de mettre en avant une des caractéristiques les plus reconnues de la MG : la prise en charge globale du patient (acte de prévention, approche communautaire). La diversité de l'exercice liée à des soins de premier recours peut également transparaître à travers cette question ainsi que la PEC en urgence, et la hiérarchisation nécessaire des soins.

3.1.2 Deuxième question du canevas du récit :

« Quelles sont vos premières hypothèses ? »

A travers cette question, l'étudiant pourra mettre en avant le fait que la MG est une médecine de premier recours, les pathologies rencontrées sont souvent à un stade précoce et indifférencié. Les hypothèses diagnostiques seront donc élaborées dans ce contexte et devront donc tenir compte d'un niveau d'incertitude élevé.

L'étudiant pourra également évoquer la nécessité de prendre en compte la faible prévalence des maladies graves en soins primaires dans l'élaboration des hypothèses.

Par ailleurs, l'étudiant pourra retranscrire les informations contenues dans le dossier médical ou des données issues de nouvelles recommandations pour l'élaboration de ces hypothèses.

3.1.3 Troisième question du canevas du récit:

« Quelles sont les premières données recueillies par l'entretien (écoute et observation du patient) ? » « Par l'examen clinique ? »

L'étudiant est encouragé à évoquer les qualités relationnelles requises lors du recueil des doléances du patient. Il pourra retranscrire la particularité de la relation médecin-patient qui doit respecter une éthique et être basée sur une communication appropriée à la compréhension du patient.

L'étudiant pourra retranscrire des informations sur l'identité de son patient, son mode de vie, son histoire, l'histoire de sa maladie, son environnement, et d'éventuels événements de vie. L'aspect de soins « centrés sur le patient » pourra ainsi être mis en évidence. L'étudiant est également encouragé à détailler les éléments cliniques qu'il a pu recueillir.

Une synthèse des éléments cliniques, environnementaux, sociaux, et psychologiques pourra ainsi transparaître dans les récits et reflètera l'aspect holistique de la prise en charge en MG.

3.1.4 Quatrième question du canevas du récit :

« Quel est le contexte (antécédents, évènement de vie, personnalité du patient) ? »

L'objectif de ce questionnaire est d'inviter l'étudiant à une démarche centrée sur le patient, adaptée à ses caractéristiques propres médicales (antécédents) mais aussi existentielles (événements de vie) et psychologiques (personnalité du patient). La dimension globale, holistique de la prise en charge du médecin généraliste est ainsi soulignée.

3.1.5 Cinquième question du canevas du récit :

« Quelle est l'influence de ce contexte ? »

A travers cette question l'étudiant pourra aborder le fait que « l'approche centrée sur la personne » et non seulement sur une pathologie intervient dans le déroulement de la consultation et dans la démarche décisionnelle.

Par exemple, le type de communication sera adapté à chaque type de situation, celle ci dépendant de la personnalité et de l'environnement général du patient. Une relation patient-médecin de qualité pourra ainsi s'instaurer et permettre une prise en charge optimum. Les antécédents pourront aussi intervenir dans la consultation. Ils apportent effectivement des informations indispensables à la gestion du déroulement de la consultation. Par exemple une mère de famille venant d'accoucher de son troisième enfant n'aura sans doute pas les mêmes inquiétudes et questions au sujet de la prise en charge de la santé de son troisième enfant, qu'une mère primipare.

Le contexte sera également pris en compte pour formuler des hypothèses et pour adapter une prise en charge adéquate. La démarche décisionnelle prendra en compte tous ces éléments d'ordre affectif et matériel afin d'assurer des soins de qualité. Par exemple les évènements de vie tels qu'un divorce ou encore le décès d'un membre de la famille proche peuvent intervenir dans la prise en charge psychique, somatique et préventive du patient. Dans un sens plus large l'environnement aura aussi son importance comme le type de logement, de travail, le niveau de ressource financière.

La personnalité du patient pourra également être prise en compte car par exemple un patient dynamique ne participera pas à la consultation et à son traitement de la même façon qu'un patient anxieux hypochondriaque.

On peut remarquer que le plus souvent le contexte est connu du maître de stage qui suit souvent ses patients depuis des années.

Les notions de « continuité des soins », de « prise en charge centrée sur l'individu » et « selon un modèle holistique » peuvent donc à nouveau être retranscrites grâce à ce questionnement.

3.1.6 Sixième et dernière question du canevas du récit:

« Quel est le résultat de la consultation ? A-t-elle reçue l'adhésion du patient ? »

A travers la prise en charge diagnostique et thérapeutique, l'étudiant pourra évoquer les particularités de la démarche décisionnelle en particulier la prise en compte de la prévalence et de l'incidence des pathologies en médecine générale, et de la nécessité de tolérer l'incertitude en utilisant parfois le temps comme outil diagnostique. L'étudiant pourra aborder la nécessité que la consultation s'achève par une prise de décision, qui doit pouvoir s'opérer avec plusieurs niveaux d'incertitude possible. Parfois la décision se prendra en urgence.

L'étudiant pourra également retranscrire la réalisation d'actes techniques pendant la consultation : examen gynécologique avec frottis cervico-vaginal, ablation de fils de suture, électrocardiogramme.

La nécessité d'orienter et de coordonner les soins pourra également être évoquée dans cette partie. La coordination pourra s'effectuer avec les spécialistes, et les services hospitaliers, les professions paramédicales, les systèmes administratifs. Le « rôle défenseur du patient » pourra aussi être abordé par l'étudiant.

Les soins procurés pourront être curatifs, d'entretien, ou encore palliatifs.

L'avis sur l'adhésion du patient permet à nouveau à l'étudiant de relater la particularité de la relation médecin-patient et les négociations éventuelles qu'elle implique, ainsi que la notion « de respect de l'autonomie du patient ».

L'évaluation sous forme de récit libre mais encadré devrait permettre également à l'étudiant d'y aborder d'autres notions décrites précédemment, telles que le respect de la loi, du cadre réglementaire, de la déontologie, la notion de responsabilité médicale, la nécessité d'autonomisation du patient, d'efficacité, d'efficience, ou encore la notion de permanence des soins, de disponibilité.

La gestion du cabinet, la formation médicale continue, les qualités personnelles et humaines du médecin, sa personnalité, sa capacité de remise en question et d'auto-évaluation sont également des critères qui interviennent dans la prise en charge du patient et qui peuvent apparaître dans les récits.

Ainsi les caractéristiques de la médecine générale, relatées dans les récits rédigés par les étudiants, vont pouvoir être recueillies selon la méthode décrite dans le chapitre suivant. Les données recueillies permettront, après analyse, d'évaluer dans quelle mesure l'étudiant a pu cerner les caractéristiques de la MG lors de son stage.

3.2 Grille d'observations réalisée à partir de la définition de la WONCA

Nous avons élaboré une grille d'observations (annexe 15) à partir des caractéristiques de la MG et des compétences du médecin généraliste décrites par la WONCA, texte de référence abordé précédemment.

Nous avons également tenu compte des critères évoqués dans la description des dimensions comportementales, contextuelles, et scientifiques et des trois champs d'activités de cette définition.

Vingt récits ont été analysés par deux observateurs ce qui a permis d'améliorer la grille en ajoutant de nouveaux mots clés qui paraissaient nécessaires et en ôtant d'autres qui paraissaient inutiles.

Cette grille d'observation nous a permis de rechercher dans les 290 récits de consultation, les caractéristiques retranscrites par le stagiaire.

Les récits sont numérotés de 8A1 à 9D32. Le premier chiffre correspondant à l'année 2008 ou 2009, la lettre au trimestre de l'année (A pour premier trimestre, D pour le quatrième), et le dernier chiffre au numéro du récit dans son sous groupe.

Un codage des résultats s'est révélé nécessaire afin de permettre leur analyse statistique (annexe 16).

Tout d'abord pour illustrer « les soins de première ligne », et les notions de « premier recours », et de coordination qui s'y rapporte nous avons identifié les critères suivants :

Les « disciplines et pathologies » dont traitent les récits, ainsi que les « doléances » des patients, sont recueillies et codées grâce à la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP 2) (annexe 17).

La CISP 2 est la version française de l'International Classification of Primary Care (ICPC), développée par l'Organisation internationale des médecins généralistes (WONCA). C'est une classification adaptée aux soins primaires car elle a l'avantage de permettre de coder à la fois le motif de consultation, le diagnostic et les procédures de soin.

Le « type d'individu » est décrit selon le genre, « M » pour masculin, « F » pour féminin et selon l'âge en année.

L'« orientation vers les spécialistes radiologues ou biologistes » est également recherchée et codée de la façon suivante : 0 = Non, 1 = Oui (codage binaire).

L'« orientation vers les autres spécialistes » est codée grâce à la classification CISP.

Les « soins paramédicaux », s'ils sont retranscrits par l'étudiant, sont codés de la façon suivante :

1=Infirmière, 2=Kinésithérapeute, 3=Orthophoniste, 4=Ostéopathe, 5=Psychologue, 6=Diététicienne, 7=Podologue.

Finalement le « premier contact », l'« orientation vers les services administratifs », l'« hospitalisation », le « rôle défenseur » sont codés de façon binaire.

Ces premiers critères vont donc être recherchés dans chaque récit afin d'évaluer l'acquisition par l'étudiant de « soins de première ligne ». Ces critères répondent aux caractéristiques 1 et 2 décrites par la WONCA (annexe 11).

De la même façon nous recherchons les critères mettant en avant des « soins centrés sur la personne ». Cet aspect de la prise en charge de l'individu fait appel à l'application des caractéristiques 3, 4, 5 et 6 décrites par la WONCA (annexe 11).

Les notions de « prise en compte de l'environnement du patient », « de relation adaptée », de « respect de l'autonomie du patient », « de disponibilité », de « continuité des soins » et de « soins palliatifs » sont donc recherchées.

Plus précisément les critères recherchés sont les suivants :

Les « circonstances de vie » sont codées en *Facteur extrinsèque* : 0=Non évoqué, 1=Vie stable, 2=Conflit familial (Dimension familiale), 3=Stress professionnel ou scolaire (Dimension communautaire), 4=contexte de maladie grave ou chronique, 5=Deuil, 6=Accident, 7=Violence extraconjugale (Dimension communautaire), 8=Epidémie ou contagion (Dimension communautaire), 9=Voyage.

Et en Facteur intrinsèque : a = Addiction, b = Tabagisme (b- : patient non tabagique), c = Obésité et FDRCV, d = Handicap.

Le « contexte socio environnemental » est codé comme suit : *Statut familial* : 0=Pas évoqué, 1=Célibataire, 2=Marié(e), 3=Veuf (ve) ou séparé(e), 4=Avec enfants, 5=Isolé(e) *Aspect communautaire* : a = Actif, b = Mère ou père au foyer, c = Chômeur, d = Retraité, e = Précarité.

La « communication » peut être : 1=Neutre, 2=Explicative, 3=Empathique, 4=Conciliante, 5=Directive.

L'« histoire biomédicale », le « budget du patient », la « relation thérapeutique », le « respect de l'autonomie », le « suivi à long terme », le « dossier médical », les « soins palliatifs », et la « permanence des soins » sont codés de façon binaire.

La « particularité de la démarche en soins primaires » fait appel aux caractéristiques 6 et 8 décrites par la WONCA (annexe 11). Les critères suivants sont recherchés :

La « démarche selon l'incidence et la prévalence » est recherchée et codée de façon binaire.

Le « résultat de consultation » apparaît sous forme de : 1=Symptôme, 2=Syndrome, 3=Tableau de maladie, 4=Diagnostic confirmé. Il permet d'évaluer le niveau d'incertitude.

Les « urgences » sont codées de la façon suivante : 1=Pas d'urgence, 2=Urgence relative, 3=Urgence absolue.

La notion d'« unité de temps » traduit l'utilisation du temps comme outil diagnostic, elle est codée de façon binaire.

L'exigence de qualité des soins et donc d'« efficacité » est codée de façon binaire.

L'« approche globale » (9^e caractéristique) met en jeu des soins de « prévention », d'« éducation », et de « dépistage » qui sont codés de façon binaire.

Les « motifs de consultation aigus ou chroniques » sont codés en fonction de leur nombre est reflètent la prise en charge simultanée de plusieurs problèmes de santé

L' « aspect communautaire » (10^e caractéristique) est recherché au travers des concepts d' « efficience » (rapport coût/efficacité), de « responsabilité professionnelle » ou d'utilisation d'un « référentiel », concept décrit dans la définition 2005.

L'« approche bio-psycho-sociale » est également recherchée (11^e caractéristique) et codées de façon binaire.

La révision 2011 de la définition de la Wonca apporte la notion d' « autonomisation » (12^e caractéristique) qui a également été recherchée et codée de façon binaire.

Les notions suivantes, décrites dans les trois champs d'activité et les trois dimensions de la définition de la WONCA ont également été recherchées : « gestion du cabinet », « personnalité du médecin », « équilibre personnel », « éthique », « formation médicale continue », « performance », « recherche et enseignement médicale ».

Cependant la recherche de ces dernières notions ainsi que celle d' « efficacité » de « responsabilité professionnelle » et d' « autonomisation » s'est révélée systématiquement infructueuse au cours des cinquante premiers dossiers et a donc été abandonné par la suite afin d'alléger et de rentabiliser la grille d'observation.

La grille d'observations, ainsi élaborée selon les critères définis dans la définition de la WONCA, et complétée selon ce codage, a permis l'analyse de 290 récits.

Les résultats et leur analyse sont développés dans le chapitre suivant.

4 RESULTATS

4.1 Spécificités de la médecine générale retranscrites dans les récits

4.1.1 Caractéristique de « premier recours »

4.1.1.1 Premier contact

Le médecin généraliste assure le « *premier contact avec le système de soins* » dans 99 % des récits.

Dans de rares cas, le patient se présente au cabinet adressé par un confrère. Il est adressé par exemple par un confrère médecin urgentiste pour surveillance à distance d'une entorse de cheville dans un récit. Dans un autre récit un médecin chirurgien viscéral adresse le patient au médecin généraliste pour suite de la prise en charge d'une appendicectomie avec surveillance de la plaie et ablation de fils entre autre. Un autre récit traite d'un patient adressé par le médecin du travail pour une exploration biologique d'une protéinurie découverte à la bandelette urinaire.

Mais le plus souvent le récit met en scène le médecin généraliste comme premier contact du patient avec le système de soins.

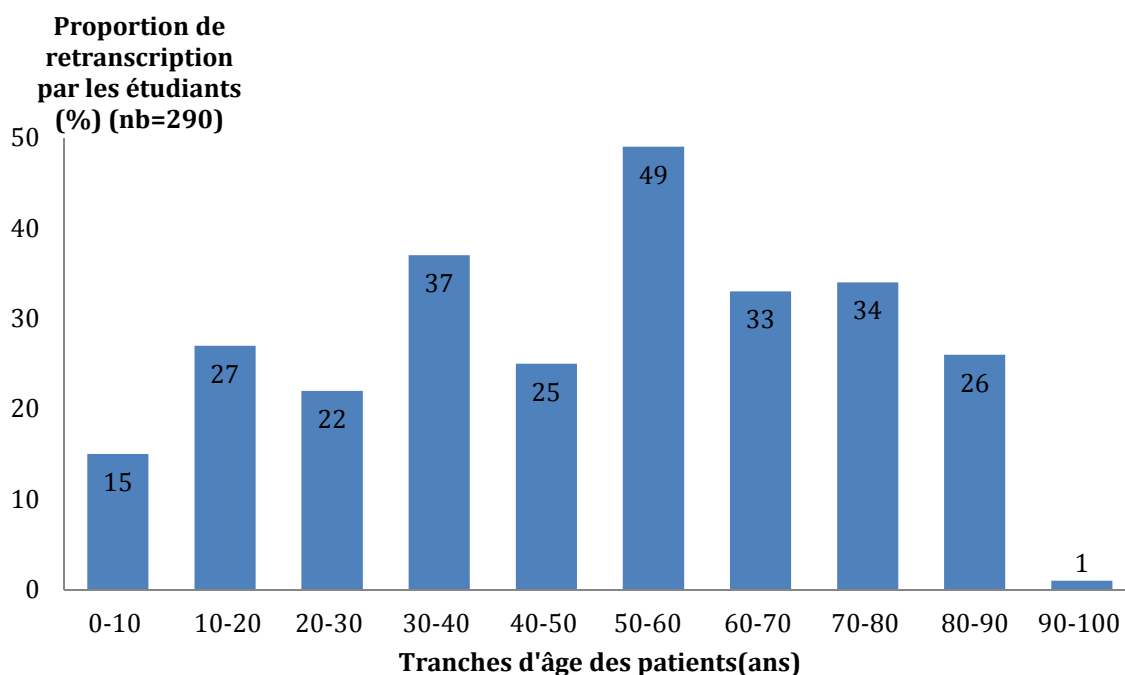
4.1.1.2 Accès ouvert à tous les individus

L'accès aux soins est défini par la WONCA comme « ouvert ...aux usagers... indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ».

Dans notre étude le patient est une femme dans 48,6 % des cas, et un homme dans 51,4 % des cas.

Les patients auxquels les étudiants font référence dans leur récit sont d'âge très différent. Leur répartition est la suivante :

Figure 1 : Répartition des âges des patients



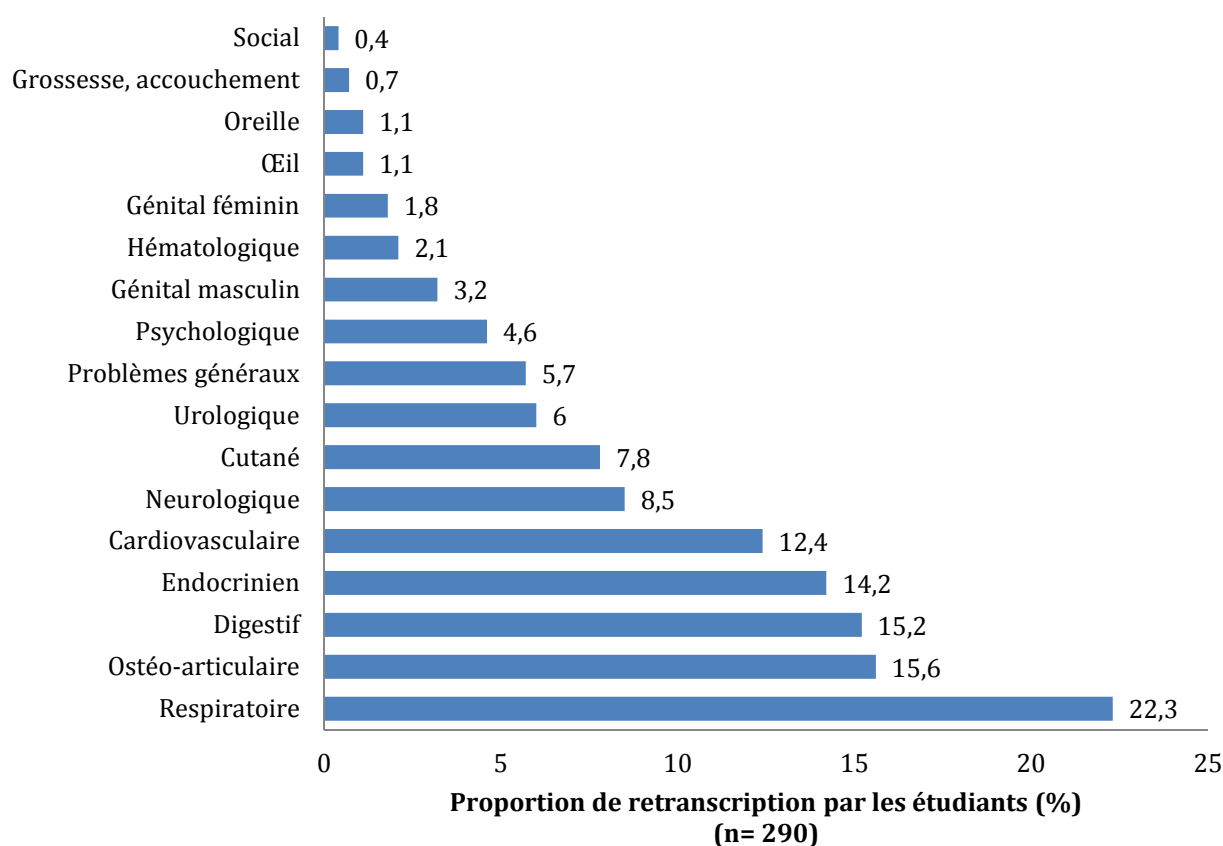
La catégorie de personne qui fait le plus souvent l'objet du récit est la catégorie des 50-60 ans puis des 30-40 ans, suivi de près des catégories des 70-80 et 60-70. L'étudiant rencontre effectivement des enfants, des adolescents, des hommes, des femmes de 0 à 100 ans. Les récits retranscrivent donc bien l'aspect de la médecine « ouvert à tous ».

4.1.1.3 Diversité des disciplines rencontrées

Selon la définition de la WONCA : la MG prend « *en compte tous les problèmes de santé* ».

Dans notre étude les disciplines rencontrées sont les suivantes :

Figure 2 : Répartition des contenus de consultation en disciplines décrites par la CISP



Dix-sept disciplines sont ainsi représentées dans des proportions différentes. Le stage permet donc la découverte de la variété des champs d'exercice du médecin généraliste.

Les pathologies le plus souvent rencontrées sont celles du système respiratoire dans 22,3 % des récits, puis ostéo-articulaire et digestif dans 15 % des cas, et endocrinien ou métabolique dans 14 % des récits.

Les pathologies respiratoires sont de loin les plus retranscrites.

Les pathologies cardiovasculaires n'apparaissent qu'en cinquième position.

Les pathologies gynéco-obstétricales ne sont relatées que dans 2,5 % des récits.

La classification CISP 2 ne permet pas de quantifier la pédiatrie.

L'identification de problèmes psychologiques a eu lieu dans 4,6 % des récits.

Les motifs de consultations à caractère social ne sont présents que dans 0,4 % des récits.

4.1.1.4 ***Au total***

L'analyse de l'ensemble des récits met en évidence une grande diversité des disciplines rencontrées, la totalité de la population y est rencontrée. Elle est le premier recours dans 99 % des cas.

4.1.2 Rôle de coordination des soins

4.1.2.1 Médecine générale et autres professions de santé.

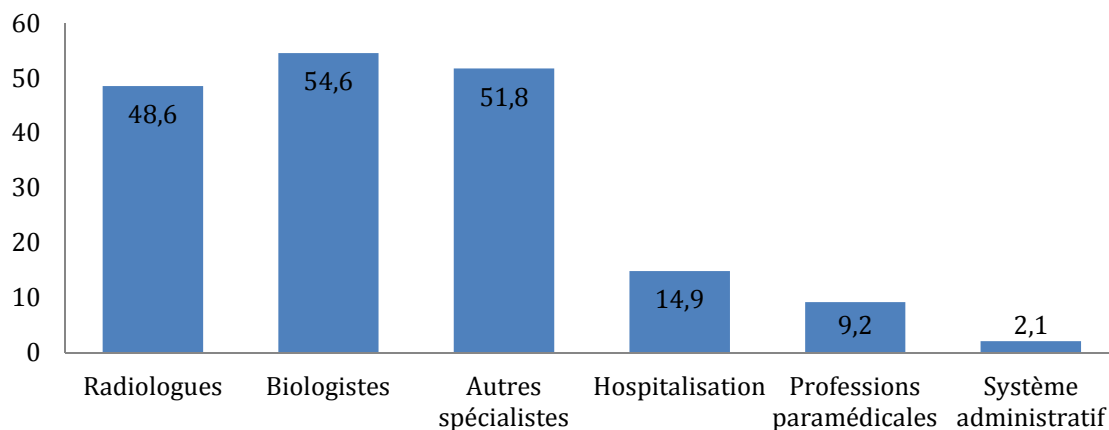
Selon la WONCA « La MG utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités ».

Les orientations vers d'autres professionnels de santé sont rapportées dans le graphe ci-dessous:

Globalement 85,6 % des récits évoquent la coordination des soins. L'orientation vers d'autres professionnels de santé n'a donc pas été évoquée dans 14,4% des récits.

Figure 3 : Orientation vers les professionnels de santé

**Proportion
de retranscription
par les étudiants
(%) (n= 290)**



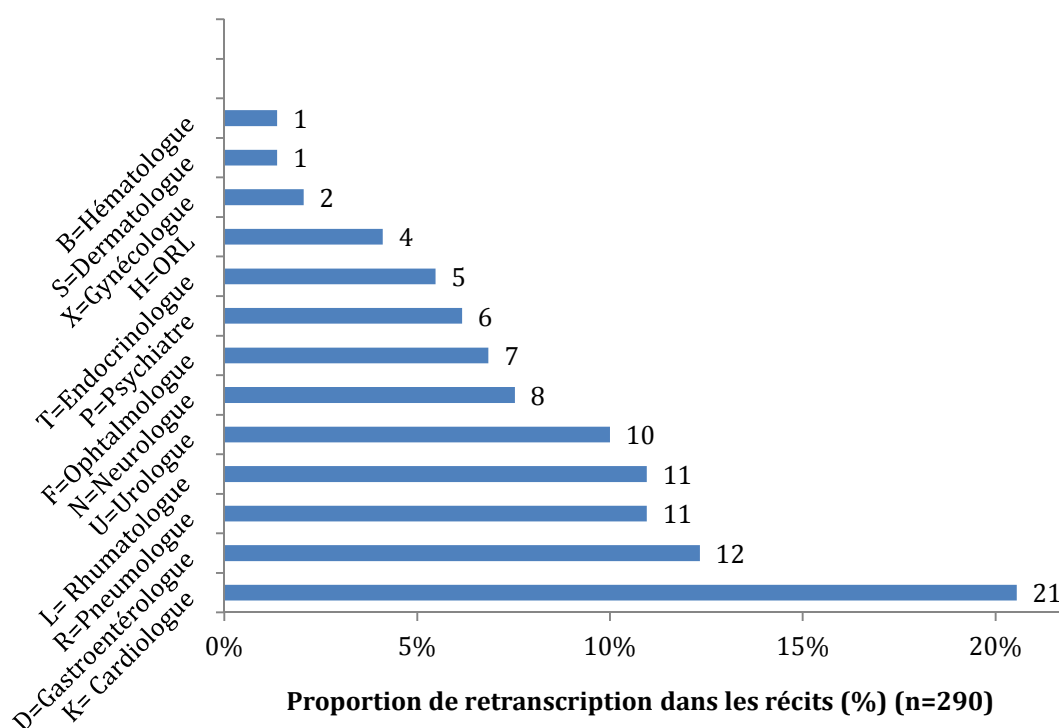
Dans environ une consultation sur deux, le médecin prescrit un examen biologique. C'est également le cas des prescriptions d'imagerie.

Une hospitalisation ou un retour d'hospitalisation est relatée dans 14,9 % des cas.

La prise en charge du patient nécessite parfois des actes administratifs tels que le renouvellement ou la demande de prise en charge en ALD (affection longue durée), la rédaction de certificats, de dossier de demande d'entrée en maison de retraite. Six dossiers sur 290 évoquent seulement cette notion.

L'orientation vers les spécialistes est rapportée dans 51,8 % des récits, dans les proportions suivantes :

Figure 4 : Orientation vers les spécialistes



Les quatre spécialistes vers lesquels les patients sont le plus souvent orientés sont le cardiologue, le pneumologue, le gastro-entérologue et le rhumatologue. Le cardiologue est de loin en première position.

Les pathologies évoquées le plus souvent dans les récits concernaient également ces disciplines.

L'orientation vers les endocrinologues est beaucoup moins fréquente.

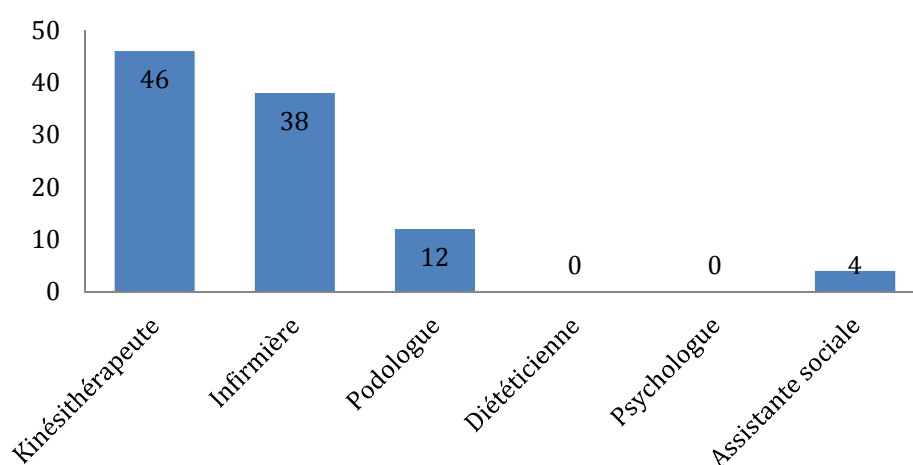
L'orientation vers les cardiologues est fréquente par rapport à la proportion des pathologies cardiaques rencontrées.

Elle est prépondérante, alors que l'orientation vers les rhumatologues, les pneumologues et les gastro-entérologues s'effectue de façon moins fréquente.

La coordination des soins avec les professions paramédicales a lieu dans 9,2 % des cas et se fait de la façon suivante :

Figure 5 : Répartition des recours aux professions paramédicales et assistantes sociales

Proportion de retranscription
par les étudiants(%) (n=290)



La profession paramédicale la plus souvent sollicitée est la kinésithérapie. Les soins infirmiers sont également fréquemment prescrits.

Les autres professions telles que les psychologues, diététiciennes ou orthophonistes ne sont pas abordées dans les récits. On met ainsi en évidence un manque de perception de la diversité des collaborateurs.

Les podologues sont assez bien représentés avec une orientation vers cette profession dans 12% des récits.

Le médecin fait appel à une assistante sociale que dans 4% des récits.

4.1.2.2 **Rôle de défenseur du patient**

Le médecin généraliste « se place si nécessaire en défenseur du patient ».

Cette notion apparaît dans 9,6 % des récits. Le rôle défenseur du patient est donc peu perçu par les étudiants.

4.1.2.3 ***Au total***

Globalement le rôle de coordination de soins apparaît donc dans 85,6% des récits.

4.1.3 ***Approche centrée sur l'individu***

La MG « *développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires* ».

Cette notion est retrouvée dans les proportions suivantes :

Tableau 1: Prise en compte de l'individu dans ses différentes dimensions

	Proportion de retranscription par les étudiants (%) (n=290)
Dimension individuelle	56
Dimension familiale	56,8
Dimension communautaire	54,3

4.1.3.1 ***Approche individuelle***

L'approche individuelle apparaît dans les récits par l'évocation **d'évènements de vie** plus ou moins graves comme par exemple un accident de la voie publique, un deuil ou un simple retour de voyage. Ces évènements interviennent dans la consultation et dans la prise en charge.

Les **conditions de vie** tel que le handicap, le tabagisme ou d'autres addictions sont également relatés dans les récits.

Le « budget du patient » faisant parti de l'approche individuelle n'est abordé que dans deux cas, chez des patients bénéficiant de la CMU (couverture maladie universelle). Les problèmes financiers du patient sont donc très peu évoqués dans les récits.

4.1.3.2 *Approche familiale*

L'approche familiale avec l'évocation du contexte socio environnemental et du **statut marital** en particulier, est présente dans 56,8 % des cas. Le statut : marié, célibataire, divorcé avec ou sans enfant est pris en compte dans l'approche du patient, les conflits familiaux également.

L'**histoire biomédicale** du patient permet de recueillir des informations à la fois sur le plan individuel et familial parfois. Elle consiste en la recherche d'antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et familiaux et est présente dans 100 % des récits. Ceci s'explique par des automatismes acquis par les étudiants lors de l'anamnèse car une démarche de recueil de données est enseignée et appliquée par les étudiants dès les premiers examens cliniques de patient en milieu hospitalier en deuxième année.

4.1.3.3 *Approche communautaire*

L'approche communautaire est présente dans 54,3 % des récits par l'intermédiaire du recueil du **statut professionnel** surtout, mais aussi de notion d'épidémie, de précarité, ou de violences (conflit de voisinage par exemple).

4.1.3.4 *Au total*

L'approche de l'individu dans ses différentes dimensions apparaît dans 89,4 % des récits (en complément des données biomédicales). Cette caractéristique est donc très largement représentée.

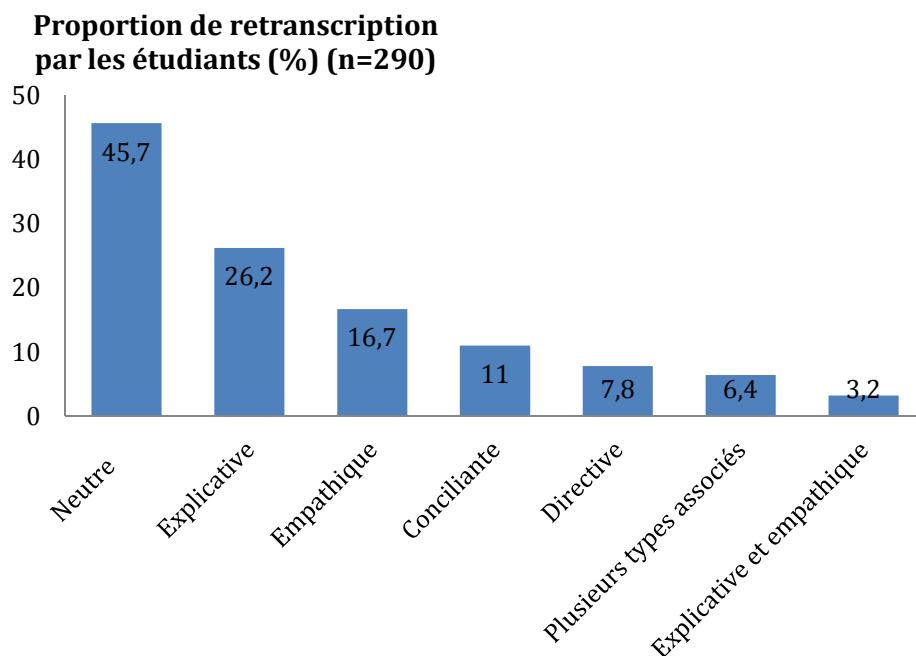
4.1.4 Relation dans la durée

4.1.4.1 Relation adaptée

Selon la définition de la WONCA, la MG « *utilise un mode de consultation spécifique qui construit une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* ».

Dans notre étude les principaux types de communication recueillis sont les suivants :

Figure 6 : Type de communication utilisée



La communication est explicitée dans 55% des récits. Elle est adaptée à la personnalité du patient et reflète la relation, qui s'établit entre le médecin et son patient. Cette relation nécessite, d'après les récits, souvent de l'empathie, parfois des concessions, plus rarement de la motivation. Le plus souvent elle nécessite des explications, le médecin utilise alors un langage approprié compréhensible par le patient.

4.1.4.2 **Relation de confiance**

Selon la WONCA la MG « *utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient* ».

Cette notion est fréquemment évoquée et est présente dans 29,4 % des récits.

Dans les récits, les étudiants décrivent une relation particulière entre le médecin et son patient, elle est possible grâce à des consultations répétées dans le temps. Les contacts répétés et la proximité qui en découle a permis l'établissement d'une relation de confiance. L'étudiant décrit un échange émotionnel entre le médecin et son patient, qui participe parfois à l'amélioration de l'état de santé voire à la guérison de ce dernier. Le patient est rassuré, en confiance et est moins anxieux.

4.1.4.3 **Autonomie du patient**

Cette notion est présente dans 14,5 % des récits.

Dans les récits, les étudiants évoquent la nécessité de respecter l'autonomie du patient, dans les soins qui lui sont prodigués. Ce dernier est de plus en plus sensibilisé et informé au sujet des problèmes de santé via les médias. Il demande à être informé et s'implique dans la prise de décision. Les décisions sont prises en concertation, grâce à une information éclairée. Le respect de l'autonomie du patient implique également une communication conciliante que l'on retrouve effectivement dans 11 % des récits.

4.1.4.4 **Au total**

66,3 % des récits mettent en avant la relation médecin-patient selon ces trois critères.

4.1.5 Disponibilité dans la durée

4.1.5.1 Suivi

Selon la WONCA la MG « a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux ».

Cette notion est évoquée dans 82,6 % des cas.

Un suivi clinique, biologique, radiologique est souvent évoqué dans les récits.

L'étudiant évoque fréquemment la nécessité de reconvoquer le patient pour élucider le diagnostic grâce à des examens complémentaires ou simplement en observant l'évolution de la maladie au fil du temps.

4.1.5.2 Permanence des soins

La MG « a la responsabilité d'assurer des soins...selon les besoins du patient ».

La WONCA évoque clairement la permanence des soins dans sa définition 2005.

Cette notion est présente dans seulement 9,6 % des récits. L'étudiant paraît donc peu sensibilisé à la permanence des soins au cours de son stage.

Il relate parfois l'information du patient au sujet de cette permanence des soins ou le patient a parfois bénéficié de cette permanence des soins et vient consulter de nouveau.

4.1.5.3 Dossier médical

Le dossier médical n'est évoqué que dans 8,2 % des récits.

L'étudiant y associe les informations essentielles concernant la santé du patient.

4.1.5.4 ***Disponibilité devant les besoins du patient***

Selon la WONCA, le MG*i* s'organise « ... *selon les besoins du patient* ».

Les doléances et besoins du patient sont nombreux et non limités.

Dans 37,2 % des cas, le médecin recueille deux doléances lors de la consultation.

Dans 14,2 % des cas, il en recueille au moins trois.

Il se rend donc disponible devant les besoins du patient.

4.1.5.5 ***Soins palliatifs***

Ils sont évoqués dans seulement 3,4 % des récits.

4.1.5.6 ***Au total***

La disponibilité dans la durée se fait ressentir dans 95,3 %.

4.1.6 Prise de décision selon l'incidence et la prévalence

Selon le WONCA, la MG « *base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires* »

Dans notre étude l'étudiant évoque dans 24,5 % des récits, le fait que la prise de décision concernant la PEC du patient a pu se faire grâce aux notions de prévalence et d'incidence des maladies rencontrées en soins primaires.

4.1.7 Approche de façon simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques

4.1.7.1 Problème de santé aigu

86,6 % des récits traitent au moins d'un problème de santé aigu.

4.1.7.2 Problème de santé chronique

L'approche d'au moins un problème de santé chronique a lieu dans 25% des récits.

L'étudiant a donc beaucoup plus fréquemment choisi de relater une situation aiguë.

4.1.7.3 Gestion de plusieurs problèmes de santé aigus OU chroniques

Le récit traite de plusieurs problèmes de santé dans 18% des cas, ce qui semble assez peu.

4.1.7.4 Gestion de problèmes de santé aigus ET chroniques

Le récit traite à la fois d'un problème de santé aigu et chronique dans 15,20 % des récits. Donc lorsque le médecin généraliste gère plusieurs problèmes de santé, il s'agit le plus souvent (15% comparé à 18%) à la fois d'un problème de santé chronique et d'un problème de santé aigu (plutôt que deux problèmes de santé aigus ou deux problèmes de santé chroniques).

4.1.7.5 Hiérarchisation des soins

Cette notion n'a pas été recherchée directement dans notre étude mais elle transparaît grâce à notre analyse :

Comme décrites précédemment les doléances des patients sont très nombreuses (dans plus de 50 % des cas l'étudiant recueille au moins deux doléances) et pourtant on s'aperçoit que l'étudiant ne retranscrit la PEC simultanée de plusieurs problèmes de santé que dans 18 % des récits. Il a donc ainsi déjà sélectionné les motifs de consultation dont il souhaitait privilégier la retranscription et qui avait donc été privilégié lors de la consultation. Cette sélection a eu lieu dans 30 % des cas.

Cette caractéristique est donc bien présente dans les récits.

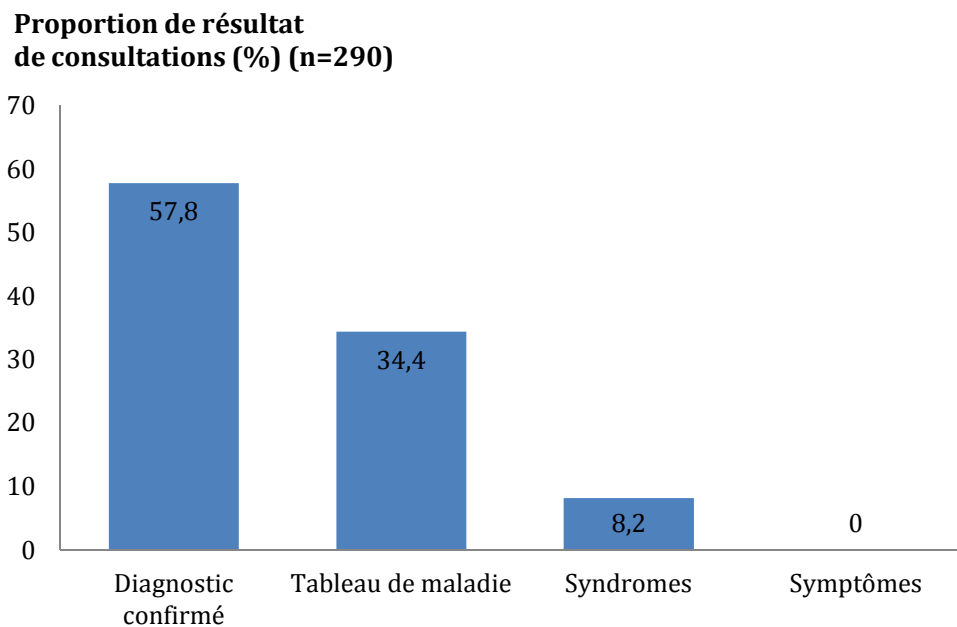
4.1.8 Prise en charge à un stade précoce de la maladie et parfois en urgence

4.1.8.1 Notion d'incertitude

Selon la WONCA, la MG « *intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies* ».

Dans notre étude :

Figure 7 : Pourcentage des résultats de consultation.



Le stade précoce de la maladie (au stade de symptôme ou syndrome) n'est perçu que dans 8,2% dans récits. L'incertitude, liée à une médecine de premier recours et à une prise en charge des maladies à un stade précoce souvent présente en médecine générale, est donc ici peu représentée.

4.1.8.2 Temps limité de la consultation

L'« unité de temps » qui implique de conclure la consultation, à des niveaux d'incertitude différents est une notion fréquemment présente.

Cette notion rejoint le suivi du patient.

Notion présente dans 82,3 % des cas.

4.1.8.3 ***Urgence***

Selon la WONCA les patients « ... *pourraient éventuellement requérir une intervention rapide* ».

Dans notre étude 37,6% des récits traitent d'une urgence relative. 1% d'urgence absolue.

L' « hospitalisation », notion décrite dans la coordination des soins, avait lieu dans 14,9 % des cas.

Les récits retranscrivent donc bien cette caractéristique de la MG.

4.1.8.4 ***Au total***

Cette caractéristique est présente dans 41,8 % surtout au travers des urgences car l'incertitude est peu mise en avant.

4.1.9 Promotion et éducation pour la santé

4.1.9.1 ***Education***

Cette notion est présente dans 35,1% des récits.

Il peut s'agir par exemple d'éducation alimentaire devant une hypercholestérolémie, ou d'éducation thérapeutique devant l'initiation d'un traitement anticoagulant.

4.1.9.2 ***Prévention***

Cette notion est présente dans 30,5 % des cas.

Les vaccinations sont des actes de prévention de maladies contagieuses souvent relatés dans les récits.

4.1.9.3 *Dépistage*

Cette notion est présente dans 8,5 % des récits.

La notion de dépistage n'apparaît que rarement, il s'agit alors de dépistage de cancer colorectal ou de cancer du sein le plus souvent.

4.1.9.4 *Au total*

Cette approche globale est présente dans 56,6 % des récits.

L'étudiant a donc bien perçu l'approche globale de la médecine générale. La sensibilisation au dépistage est à poursuivre.

4.1.10 *Responsabilisation du patient.*

Cette nouvelle caractéristique de la médecine générale a été récemment intégrée à la définition de la MG de la WONCA en 2011. Elle permet de s'adapter à l'évolution actuelle de la société qui est de plus en plus en demande d'informations médicales, et permet également de lutter contre le déficit de l'offre de soin. Le patient est considéré comme acteur de sa santé. L'autonomisation du patient permet à celui-ci de mieux gérer sa santé et de mieux bénéficier du système de santé.

Nous n'avons pas recherché spontanément la notion de « responsabilisation du patient » (car décrite en 2011 et donc au cours de notre travail) mais la notion d'éducation qui permet la responsabilisation est présente dans 35 % des cas.

La notion de « respect de l'autonomie » où le patient est informé mais passif est présente dans 14 % des cas.

On peut donc penser que les étudiants sont en bonne voie d'acquisition de cette caractéristique.

4.1.11 Approche communautaire

Selon la WONCA la MG « a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ».

4.1.11.1 Gestion des dépenses de santé

Dans notre étude la notion de gestion des dépenses de santé est présente dans 6,4 % des cas.

Un examen biologique pourra, par exemple, ne pas être réalisé devant son absence d'intérêt thérapeutique et donc son coût inutile à la société. L'étudiant évoque parfois les médicaments génériques qui sont également un moyen de diminuer les dépenses de santé. Le refus direct de prestation est très rarement évoqué (arrêt de travail, bon de transport).

4.1.11.2 Référentiel

L'utilisation d'un référentiel n'apparaît que dans 12,1 % des récits.

4.1.11.3 Au total

L'approche communautaire selon ces deux notions n'apparaît que dans 15,4 % des cas. Ce n'est pas une notion qui paraît prioritairement retranscrite dans les récits.

4.1.12 Approche holistique

Selon la WONCA la MG « *répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* ».

4.1.12.1 Approche psychologique

Elle est présente dans 50,4 % des cas.

Tout type de personnalité est abordé : hystérique, anxieuse, opposante, volontaire...

Cette approche est importante car elle peut être source d'incompréhension, de conflits, de non adhésion aux thérapeutiques.

Cette caractéristique est fréquemment perçue par les étudiants.

4.1.12.2 Approche de l'individu dans sa dimension communautaire

Elle avait lieu dans plus de 50 % des récits.

Les motifs de consultations sociaux sont pourtant rares.

4.1.12.3 Au total

L'approche holistique est perçue dans 50 % des cas.

Cette caractéristique est donc assez bien perçue par les étudiants.

4.1.13 Notions décrites dans les trois dimensions et champs d'activité

4.1.13.1 Gestion du cabinet

Cette notion n'est pas décrite dans les caractéristiques de la MG mais dans les compétences requises et leurs champs d'activité.

La gestion du cabinet n'est pas une notion évoquée dans les récits, que ce soit au niveau matériel, logistique, comptable...

L'ensemble des notions de ce chapitre (4.1.13) était absente lors de l'analyse des 50 premiers dossiers, leur recherche a été abandonnée dans les récits suivants.

4.1.13.2 Respect du cadre règlementaire et financier, éthique

4.1.13.3 Personnalité du médecin, équilibre personnel, gestion des émotions

4.1.13.4 Formation médicale continue, maintien de la performance des soins, recherche et enseignement

Le médecin généraliste se doit de fournir des soins de qualités et donc d'assurer le maintien et le développement de ses connaissances pour la sécurité et la satisfaction de ses patients. Cette notion est absente des récits.

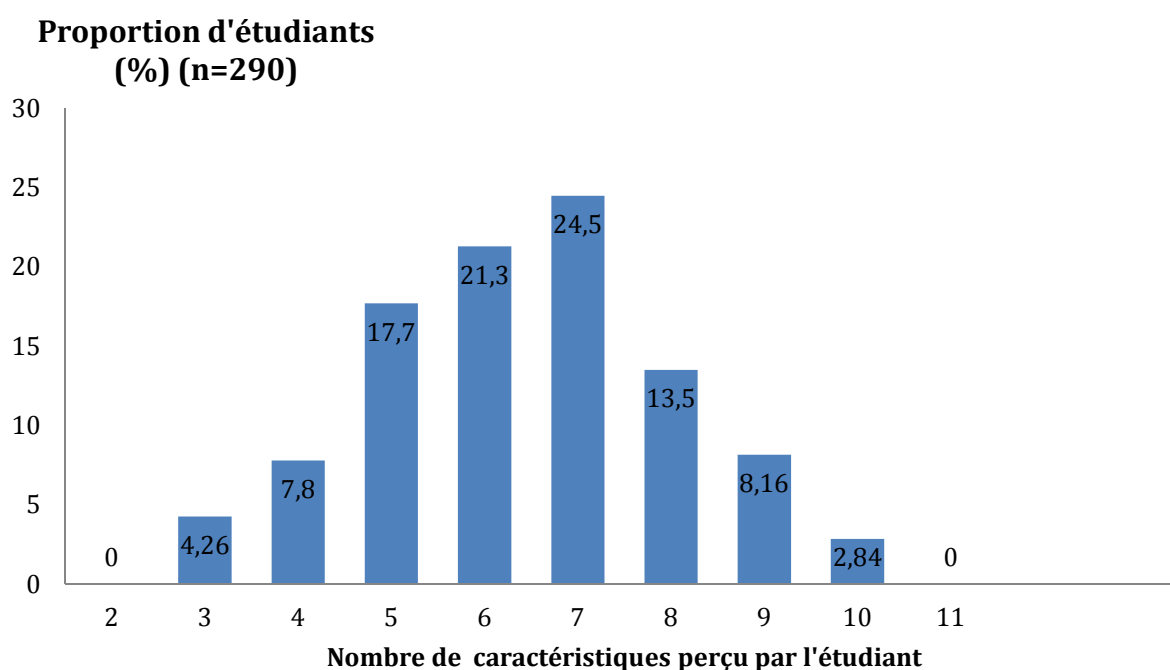
Les objectifs de « maintien de soins de qualités » sont très peu perçus par l'étudiant.

La fonction de recherche n'est pas relatée dans ses récits.

L'enseignement de la MG est présent au cours de ce stage, mais n'est pas relaté dans les récits.

4.2 Diffusion des caractéristiques de la médecine générale parmi les étudiants d'après leurs récits

Figure 8 : Pourcentage d'étudiant ayant témoigné d'un nombre donné de caractéristiques.



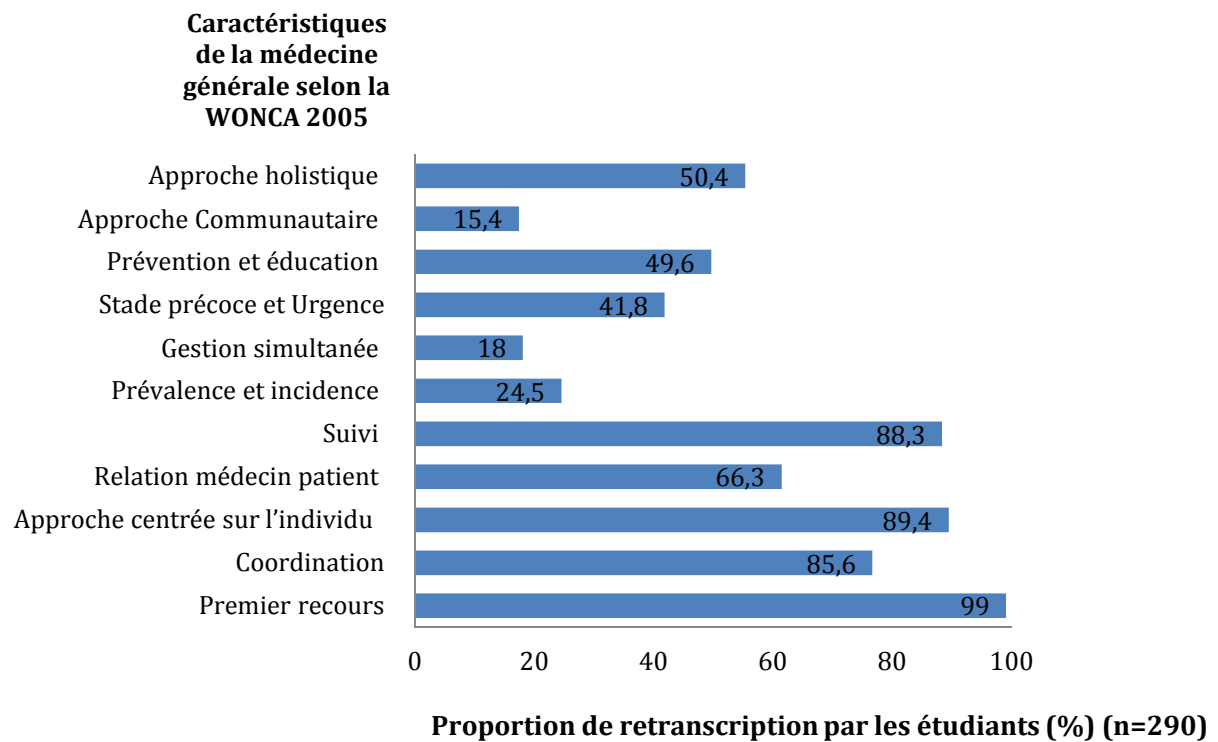
Parmi les 11 caractéristiques de la définition de la WONCA (Annexe 11), 50% des étudiants ont pu appréhender plus de 7 caractéristiques, 11% en ont perçu plus de 9, soit presque la totalité des caractéristiques.

Par contre 30 % n'en ont perçu que 5 ou moins. et 4% des étudiants n'en n'a perçu que trois.

4.3 Conclusion

La perception des caractéristiques de la MG par l'étudiant peut se résumer de la façon suivante.

Figure 9 : Présence des différentes caractéristiques dans les récits



4.3.1 Caractéristiques fréquemment présentes dans l'analyse des récits

Les caractéristiques de « soins de premier recours », de « coordination avec les autres professions de santé », de « suivi au long cours respectant une relation médecin-patient appropriée » sont présentes dans plus de 50 % des récits. L'« approche holistique » et « centrée sur l'individu dans ses différentes dimensions » est également retranscrite dans plus de 50 % des récits.

La MG est le **premier contact** avec le système de soins.

Elle est ouverte à tous les individus sans distinction d'âge ou de sexe. La catégorie de personne la plus souvent concernée dans les récits est la catégorie des 50-60 ans.

Les pathologies rencontrées sont très **diversifiées** avec au moins dix sept spécialités représentées. Les pathologies le plus souvent rencontrées sont celles du système respiratoire dans 22,3 % des cas, puis ostéo-articulaire et digestif dans 15 % des cas, puis endocrinien ou métabolique dans 12 % des récits. Les pathologies cardiovasculaires n'apparaissent qu'en cinquième position. Les pathologies gynéco-obstétricales sont relatées dans 2,5 % des récits. Les motifs de consultation tels que la souffrance psychologique, ou les motifs médico-administratifs sont très rares.

La **coordination des soins** avec les professionnels de santé : professions médicales, paramédicales (et assistantes sociales), et les services hospitaliers apparaît fréquemment. Les quatre spécialistes vers lesquels les patients sont le plus souvent orientés sont le cardiologue, le pneumologue, le gastro-entérologue et le rhumatologue. La prescription d'actes de biologie ou de radiologie est retranscrite dans plus de la moitié des récits. La profession paramédicale la plus souvent sollicitée est la kinésithérapie. Les soins infirmiers sont également fréquemment prescrits. L'orientation vers les professions paramédicales autres qu'infirmiers et kinésithérapeutes est très rare. La coordination avec les assistantes sociales reste également rare. Le rôle de **défenseur** du patient est peu perçu par les étudiants.

Le médecin généraliste approche l'individu **dans son ensemble** avec ses particularités individuelles, familiales, et communautaires. On remarque que les problèmes financiers du patient sont très peu évoqués dans les récits.

Le MGï construit une relation basée sur une **communication appropriée**, qui peut se révéler thérapeutique et qui doit respecter l'autonomie du patient. La communication est explicitée dans 55% des récits. Elle est adaptée à la personnalité du patient et reflète la relation, qui s'établit entre le médecin et son patient, qui nécessite souvent de l'empathie, parfois des concessions, plus rarement de la motivation. Le plus souvent elle nécessite des explications.

La **continuité des soins** et la **disponibilité** dans la durée semblent acquises. Par contre la permanence des soins, le dossier médical et les soins palliatifs sont des notions rarement évoquées.

L'**approche holistique** est également fréquemment perçue. Une approche psychologique est relatée dans plus de 50 % des récits.

Six caractéristiques sur 11 sont donc fréquemment perçues par les étudiants (dans plus de 50 % des récits) avec une faiblesse de perception de quelques aspects tels que la permanence des soins (PDS), le dossier médical ou le rôle défenseur du patient par exemple.

4.3.2 Caractéristiques plus rarement présentes dans les récits

La démarche décisionnelle particulière qui implique la prise en compte de la notion de « prévalence et d'incidence des problèmes de santé primaires » apparaît plus rarement. La « prise en charge à un stade précoce de la maladie et parfois en urgence » est également moins fréquemment perçue. Ce sont des notions qui demandent une réflexion plus poussée de l'étudiant pour en prendre conscience.

La gestion des soins globaux qui se caractérise par la gestion simultanée de plusieurs motifs de santé aigus et chroniques et la promotion et l'éducation sont des notions également moins fréquentes.

L'approche communautaire est la notion la moins souvent abordée, l'utilisation d'un référentiel est une notion très peu évoquée.

La démarche décisionnelle particulière qui implique la prise en compte de la notion de « **prévalence et d'incidence** des problèmes de santé primaires » apparaît dans 24,5 % des récits.

Le récit ne relate la prise en charge (PEC) de plusieurs problèmes de santé que dans 18% des cas, ce qui semble assez peu. Pourtant le médecin généraliste fait face à de nombreuses doléances : les récits recueillent plus de deux motifs de consultation dans 50 % des récits. La **hiérarchisation** des soins par l'étudiant transparait à travers ces chiffres. Dans 15 % des cas le médecin gère un problème de santé aigu associé à un problème de santé chronique. Ce sont les problèmes de santé aigus qui sont le plus souvent relatés (dans 86,6%).

La « prise en charge à un **stade précoce** de la maladie » n'est perçue que dans 8,2% des récits. La notion d'urgence est mieux perçue car 37,6% des récits traitent d'une **urgence relative**, 1% traitent d'urgence **absolue**. L'« hospitalisation », notion décrite dans la coordination des soins, est évoquée dans 14,9 % des cas. La notion de temps limité de la consultation est souvent perçue.

L'« **éducation** » est présente dans 35,1% des récits, la « **prévention** » dans 30,5 %. La notion de **dépistage** est abordée dans 8,5 % des récits. L'« efficacité des soins » n'est quasiment jamais abordée.

L'**approche communautaire** à travers de la notion d'efficience est présente dans 6,4 % des récits. L'utilisation d'un référentiel n'apparaît que dans 12,1 % des cas.

Six des 11 caractéristiques sont donc moins bien perçues par les étudiants.

4.3.3 Caractéristiques et aspects non retrouvées

La gestion du cabinet au niveau logistique, comptable ou matériel, notion décrite dans les **trois champs d'activité**, n'est pas abordée dans les récits.

La nécessité de formation médicale continue, la fonction d'enseignement et de recherche, l'objectif de performance sont des notions décrites dans la **dimension scientifique** du métier. Elles sont absentes des récits.

La **dimension comportementale** décrite par la WONCA rapporte les notions de personnalité, d'éthique, de gestion des émotions, d'équilibre vie privée-vie professionnelle et de conditions de travail qui sont également absentes des récits.

La **dimension contextuelle** décrite par la WONCA rapporte les notions de responsabilité professionnelle et de respect du cadre réglementaire et juridique qui sont également absentes des récits.

5 DISCUSSION

A partir de 290 récits d'une situation clinique observée par des étudiants de DCEM3 lors de leur stage de six semaines de Médecine générale nous avons observé que le premier recours, l'approche globale, la coordination des soins et le suivi sont observés dans plus de 85% des récits. La relation médecin-patient, l'approche holistique, la prévention et l'éducation, le stade précoce et l'urgence sont observés dans 41 à 66% des récits. La prise de décision selon l'incidence et la prévalence en soins primaires, la gestion simultanée des doléances, et l'approche communautaire sont observés dans moins de 24% des récits.

5.1 Comparaison des résultats à ceux retrouvés dans la littérature.

5.1.1 Résultats similaires

5.1.1.1 *Caractéristiques fréquemment perçues*

Plusieurs travaux ont été effectués ces dernières années portant sur le stage chez le médecin généraliste au cours du deuxième cycle, mais aucun dans une démarche identique à la nôtre. Pourtant, certains d'entre eux dégagent les mêmes conclusions.

5.1.1.1.1 Quatre caractéristiques sont considérées comme acquises

Les étudiants dans notre étude perçoivent les caractéristiques suivantes dans plus de 66 % des récits : le suivi au long cours, la PEC globale (centrée sur l'individu), la particularité de la relation médecin-patient. Grâce à l'effectif important de notre population étudiante étudiée, nous pouvons également souligner la diversité des situations cliniques qu'ils ont pu appréhender au cours de leur stage de 2^{ème} cycle.

Nous pouvons comparer ces résultats à ceux retrouvés dans le travail de thèse de Lisa Navarro (15) qui a été réalisé à Lyon en 2007 à partir de mémoires d'externes. Il étudie l'impact d'un stage de 3 demi-journées sur la vision de la MG de 142 étudiants de 2004 à 2006. Il s'agit d'un des premiers stages chez le médecin généraliste qui a été mis en place et proposé aux externes en France. C'est un stage expérimental de très courte durée. A l'issue du stage, l'étudiant a rédigé un mémoire exprimant son vécu, son sentiment et son expérience (nous reprendrons en annexe 18 les caractéristiques des principales études ayant permis la discussion).

La MG y est décrite comme riche par sa diversité. Elle est choisie pour la particularité de la relation médecin-patient, pour une prise en charge globale et un suivi au long cours : « *Elle suit des familles sur le long terme. Elle accompagne, écoute beaucoup, conseille* ».

Dans ce travail de thèse, Navarro (15) réalise également une étude par focus groupe sur quinze étudiants de sixième année. Une retranscription écrite intégrale et une analyse interprétative des propos sont effectuées. Treize étudiants évoquent l'importance de la relation au patient pour faire leur futur choix d'orientation professionnelle vers la MG. Neuf parlent de leur souhait de prise en charge globale (centrée sur l'individu). Cinq évoquent le long cours : le chronique. Cinq évoquent la diversité de la MG.

En 2007, le DUMG de Tours (16) expérimente également un stage en médecine générale de 2 semaines, à temps plein, pour tous les étudiants en 3^e année du deuxième cycle (DCEM3). La faculté de Tours est alors la première en France à pouvoir proposer ce type de stage à une promotion entière. L'objectif du stage est d'exposer les étudiants à une expérience authentique de la MG, dans le but qu'ils en comprennent les spécificités d'exercice.

Cécile Renoux (16) réalise une étude qualitative explorant le vécu des externes par quatre « *focus group* » auprès de 29 des 104 externes ayant effectué ce stage entre juillet et septembre 2007. Le ressenti de 29 étudiants y est exprimé avec une grande richesse. Ces étudiants apprécient les différentes spécificités de la médecine générale abordées lors du stage et en particulier « *la globalité de la prise en charge, la relation médecin-patient* ».

Les étudiants « *observent, même sans l'aide pédagogique des MDS, les spécificités de l'exercice de la médecine générale, qu'ils ont toujours comparé au **système hospitalier*** ». Ils comprennent la notion de « *médecin de famille* ». Le médecin est « *au plus près des patients, intégré dans la dynamique familiale et la vie locale* ».

Les étudiants relèvent le caractère « *global* » de l'approche en MG, différente de la démarche hospitalière. Ils sont également étonnés de la « *diversité de l'exercice* ».

La relation médecin-patient est l'objet de nombreuses réactions. Ils aiment l'observer en pratique. Le médecin est un « *confident* » extrêmement proche de ses patients, les tutoyant, ce qui en a surpris certains : « *Et ce qui m'a surpris un petit peu au début, c'est le tutoiement !* ».

Certains regrettent de ne pas pouvoir, en **deux semaines** de stage, avoir une idée plus précise du « *suivi au long cours* », qui caractérise selon eux la spécialité.

Une autre enquête effectuée à la faculté de médecine de Brest en 1997 (17), ayant portée sur 89,6 % d'une promotion d'étudiants en quatrième année de médecine, a même montré que, sans avoir eu de contact formel avec ce type d'exercice au cours de leurs études, les étudiants ont une bonne perception de ce qu'est la MG en particulier en ce qui concerne les notions de diversité, de relation médecin patient, de prise en charge globale et de suivi.

En effet l'expérience personnelle des étudiants, la relation qu'ils ont avec leur propre médecin traitant a très bien pu déjà les sensibiliser à ces caractéristiques.

Une autre étude est réalisée durant l'année universitaire 2008/2009 à Nancy par Emilie Bour (18).

Des étudiants de DCEM3 de cette année là sont interrogés avant et après leur stage à l'aide de questionnaires à choix multiples. Ils rapportent les attentes et la vision des étudiants au sujet de la MG.

Cette étude a l'avantage de pouvoir évaluer la progression de la perception de l'étudiant (avant et après stage) et ainsi l'impact réel du stage.

Certains thèmes définissant la MG subissent **une progression** proche de 10% dans les propositions des étudiants entre les enquêtes « avant » et « après le stage » : la globalité de la prise en charge, le premier recours, la diversité mais aussi la relation médecin/malade.

La MG est considérée comme une prise en charge globale de la personne, dans le sens d'une prise en charge sociale, familiale, professionnelle, par 69% des étudiants « avant leur stage ». Après stage, les étudiants sont plus nombreux (74 et 75%) à être totalement en accord avec cette proposition.

Concernant la diversité des pathologies et des patients, l'apport du stage est significatif, il existe une vraie progression de l'accord avec cet item après l'observation de la pratique réelle que constitue le stage. La possibilité de diversification de l'activité est plus appréciée après le stage, lequel a probablement permis la découverte de ces différentes pratiques.

Par contre, que ce soit avant ou après stage, les étudiants sont dans la même proportion à considérer que la médecine générale assure un suivi du patient dans la durée (80 %).

L'étude consiste également en la réalisation d'un focus groupe « avant stage » qui recueille l'image que se font les étudiants de la MG avant la réalisation de leur stage. Un focus groupe « après stage » permet ensuite d'analyser leur vision de la MG après le stage. La MG est à nouveau perçue dans ce travail comme une médecine de **proximité**. Cette affirmation est acquise avant même le stage car la différence d'appréciation sur cet item « avant » et « après stage » est faible.

L'enquête par focus groupe retrouve les quatre grandes lignes des définitions de la MG décrites précédemment. Et ces caractéristiques sont plus fortement présentes lorsque le stage a été effectué.

Les entretiens montrent également qu'ils regrettent **l'image** négative qui leur a été renvoyée durant leurs études.

Globalement les 4 caractéristiques suivantes de la MG sont donc déjà fortement perçues avant le stage : diversité, PEC globale, particularité de la relation médecin-patient, et suivi au long cours. Le stage permettrait d'enrichir cette perception déjà très présente.

5.1.1.1.2 Diversité des pathologies rencontrées

L'aspect diversifié de la MG est très souvent perçu. Il constitue d'ailleurs un **avantage** : dans la thèse d'Elodie Cattin (19), 57,3 % des étudiants citent cet avantage. La population étudiée dans cette thèse est celle des étudiants de second cycle des études médicales accomplissant leur stage de médecine générale lors de l'année universitaire 2008-2009, dans les facultés de l'inter-région Rhône-Alpes-Auvergne: Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne. Il s'agit d'une enquête déclarative, prospective et comparative, par l'intermédiaire de deux questionnaires, l'un avant le stage en médecine générale, l'autre après.

Les étudiants y expliquent ne pas avoir été attiré par une spécialité en particulier pendant leurs études et la MG leur évite de se limiter à une discipline pour oublier toutes les autres. Ils préfèrent rester polyvalents.

Ils veulent conserver l'acquisition des notions médicales de bases comme, par exemple, des réflexes permettant de porter secours aux individus en détresse ou savoir comment réagir face à des situations très diversifiées pouvant mettre en danger l'intégrité physique, sociale et morale d'une personne.

La différence entre la MG et les autres spécialités est également décrite de la façon suivante : « le généraliste, c'est celui qui ne sait rien sur tout et le spécialiste, celui qui sait tout sur rien ». Ce concept est plutôt valorisé parmi les étudiants qui préfèrent se débrouiller dans la plupart des situations plutôt que de se cloisonner à une infime partie du corps (19).

Mais cette diversité peut aussi faire peur, il est plus rassurant de pouvoir maîtriser un sujet que d'en « survoler » plusieurs (18).

Dans notre étude les pathologies rencontrées sont très diversifiées avec au moins dix sept spécialités représentées. Les pathologies le plus souvent rencontrées sont celles du système respiratoire dans 22,3 % des récits, puis ostéo-articulaire et digestif dans 15 % des cas, puis endocrinien dans 12 % des récits. Les pathologies cardiovasculaires n'apparaissent qu'en cinquième position. Les pathologies gynéco-obstétricales ne sont relatées que dans 2,5 % des récits.

Or l'étude de l' institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (20) montre que la plupart des motifs de consultation sont pris en charge majoritairement en MG avec en particulier, un fort pourcentage concernant les maladies endocriniennes et métaboliques, les affections digestives, les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ou respiratoire, et les lésions ostéo-articulaires ou traumatiques.

Les principaux motifs de consultations évoqués dans notre étude correspondent donc globalement à ceux habituellement rencontrés en MG. La diversité de la MG est donc bien perçue.

En ce qui concerne la PEC palliative, qui n'est évoquée que dans 3 % de nos récits, les autres études montrent également qu'elle est une notion peu abordée par les étudiants (15) (16) (18).

L'étude de Navarro (15) évoque, par ailleurs, le « renouvellement d'ordonnance » : Le **renouvellement d'une ordonnance** ne constituerait pas un travail passionnant aux yeux de l'étudiant même si celle-ci permet d'assurer un suivi.

L'étudiant est habitué aux cas hospitaliers très lourds, avec à disposition des moyens techniques performants et rapidement disponibles ; alors « *voir des patients qui paraissent bien portant, habillés en civil et auxquels il faut prendre la tension à chaque consultation* » leur paraît « *futile et inintéressant* ».

Dans l'étude de Renoux (16), la consultation de renouvellement d'ordonnance, a également suscité beaucoup de réactions, soit d'ennui, soit d'intérêt pour l'observation de la « *démarche globale de soin* » et du « *contact avec les patients* ».

Par ailleurs, dans la thèse de Navarro (15), 26 % des étudiants ont eu une impression négative du fait notamment du caractère répétitif et rapide des actes.

Nous pouvons remarquer, en comparaison aux études précédemment citées, que notre étude n'a pas pour objectif de recueillir l'**avis** des étudiants au sujet des pathologies rencontrées lors de leur stage ou plus largement au sujet des caractéristiques de la MG. Elle permet par contre d'avoir une vision de la diversité des situations cliniques auxquelles ils ont été confrontés et qu'ils ont choisi de rapporter.

5.1.1.1.3 Coordination de soins

La coordination des soins est une caractéristique de la MG très souvent perçue par les étudiants dans notre étude. Les étudiants sont conscients du fait que le médecin généraliste est au centre du système de soins, il occupe une place centrale.

Les étudiants remarquent même dans la thèse de Renoux (16) : « *Quelle que soit la spécialité qu'on fera, on aura affaire à des médecins généralistes !* ».

Dans la thèse de Navarro(15), la coordination des soins est évoquée dans 70 % des rapports de stage. Elle est également décrite comme un moyen de lutter contre **l'isolement** : le médecin généraliste peut adresser son patient « *auprès de confrères d'une autre discipline ou de paramédicaux ou encore auprès de réseaux qui se crée en France autour de pathologies comme par exemple la toxicomanie* ».

Par ailleurs, la coordination des soins et la gestion des examens complémentaires sont perçues comme une fonction plus ou moins **compliquée**, leur accès étant considéré comme difficile.

La coordination des soins en milieu libéral est différente de ce qu'ils connaissent en milieu hospitalier : « *On a plus les moyens à l'hôpital ! Les examens, on les a sous la main ! C'est vrai que là chez le médecin généraliste, du coup, on est obligé de se limiter à l'essentiel ! Au strict nécessaire. . .* » (16).

D'autres étudiants ont au contraire constaté que l'accès aux examens complémentaires pouvait se faire sans difficulté et même parfois plus rapidement qu'à l'hôpital. Dans la thèse de Navarro(15), l'absence de plateau technique n'est citée que par 12% des étudiants interrogés, il ne semble pas être un obstacle à la pratique ambulatoire.

Le stage permettrait par ailleurs de diminuer ces appréhensions : dans la thèse de Bour (18) 25,8% des étudiants qui n'ont pas effectué leur stage chez le praticien pensent qu'il s'agit de l'un des principaux inconvénients de la MG, alors que parmi ceux qui ont l'expérience du stage, ils ne sont plus que 8,7%.

5.1.1.1.4 Coordination avec les spécialistes

Dans notre étude, les quatre spécialistes vers lesquels les patients sont le plus souvent orientés sont le cardiologue, le pneumologue, le gastro-entérologue et le rhumatologue (après les radiologues et biologistes). Le cardiologue est de loin en première position. Ces résultats correspondent à l'étude réalisée en 2003 par Boisguerin.B et al (21) qui décrit également ces cinq spécialistes dans les correspondants prioritaires du médecin généraliste (MGi). L'étudiant est donc bien conscient de la **nature des coordinations** avec les spécialistes.

L'étude de Bour (18) montre, qu'avant le stage chez le MG, les étudiants ont tendance à percevoir l'orientation vers les spécialistes de façon systématique : « *La place du MGi dans le système de soins, est plutôt floue. Il est au centre, assure le suivi mais adresse au spécialiste et renouvelle simplement les ordonnances* ». Après le stage, ils envisagent la prise en charge par le médecin généraliste seul.

Le rôle du MGi est plus défini : « *il a une place **centrale**, assure la continuité des soins et fait le relais avec le spécialiste d'organes de façon moins systématique* ».

Dans notre étude l'orientation vers les cardiologues est fréquente par rapport à la proportion des pathologies cardiaques rencontrées. Elle est prépondérante, alors que l'orientation vers les rhumatologues s'effectue de façon moins fréquente : la coordination des soins ne semble donc pas non plus être systématique, elle s'effectue au cas par cas.

Les étudiants semblent donc dans l'ensemble avoir saisi les différents aspects de l'orientation vers les spécialistes.

5.1.1.1.5 Approche centrée sur l'individu

L'« approche centrée sur l'individu » (approche globale) est très fréquemment perçue par les étudiants dans notre étude (89,4%). L'étudiant évoque les caractéristiques du patient que ce soit au niveau individuel, familial ou communautaire.

Dans la thèse de Cattin (19), la PEC globale du patient est citée comme avantage de la profession par 50,3 % des étudiants. La MG ne soigne pas des organes mais bien une personne. La connaissance du patient dans sa globalité semble un peu moins prioritaire pour les étudiants qui n'ont pas effectué leur stage (48,5 % contre 54,3 % dans l'autre groupe). Le stage chez le praticien aide donc à prendre conscience de ce concept.

On peut remarquer que cette notion **est peu enseignée** dans l'apprentissage actuel de la médecine qui se fait organe par organe avec très peu d'interactions entre les différents modules.

5.1.1.1.6 Relation médecin-malade et type de communication

Dans la thèse de Cattin (19), 77,6 % des étudiants ont cité comme principal avantage de la médecine générale la relation du médecin avec son patient. Nous constatons que les étudiants qui sont passés en stage sont un peu plus nombreux à citer cet avantage (80,4 %).

Comme le souligne P. Aïach, sociologue chercheur au sein de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (22), la relation au malade et à sa famille reste un critère essentiel de valorisation du médecin généraliste.

Cette relation est possible grâce à un suivi dans la durée : le MG*i* « *connaît la plupart de ses patients de longue date, il les suit parfois depuis plusieurs générations et connaît leur vie de tout point de vue, médical, social, professionnel, familial* » (22).

Il souligne également que la pratique ambulatoire « offre la possibilité d'instaurer une relation de confiance avec des patients fidélisés, alors que l'hôpital s'apparente à un univers déshumanisé, où la technique prévaut sur le contact humain. Seul le médecin généraliste peut avoir cette proximité intimiste avec son patient, qui lui confère un rôle de première ligne et constitue un intérêt intellectuel certain » (22).

Les études citées précédemment et réalisées auprès de populations d'externes n'abordent pas les particularités de l'approche relationnelle nécessaire en médecine générale.

Notre étude a par contre permis de montrer que la communication était explicitée dans 55% des récits et était adaptée au contexte. Le type de communication reflète la relation, qui s'établit entre le médecin et son patient. Dans notre étude cette communication nécessite souvent de l'empathie, parfois des concessions, plus rarement de la motivation. Le plus souvent elle nécessite des explications.

Une étude réalisée auprès d'internes par François Martin à Poitiers en 2010 (23) a permis de mettre également en évidence ces aspects relationnels : dans cette étude l'« écoute, l'empathie, l'humanité » est pour 83% des répondants une des qualités essentielles du médecin généraliste. 62% pensent qu'une des grandes fonctions du médecin traitant est de rassurer. 34 % pensent d'ailleurs qu'il est possible de faire de la psychothérapie en MG et 37% admettent la nécessité de « négociation ».

On peut donc remarquer que dans notre étude l'externe a su cerner les différents aspects les plus fréquents de la relation médecin-patient, même si ceux-ci sont moins fréquemment perçus que par les internes.

L'étude de Martin (23) souligne également que les qualités relationnelles sont considérées comme au moins aussi importantes que les connaissances médicales : deux tiers des étudiants rapportent que « *les qualités requises du MG*i* sont la **disponibilité** et l'**accessibilité**, bien **avant ses connaissances** et ses **compétences*** ».

5.1.1.1.7 Disponibilité

La disponibilité est une condition nécessaire à l'instauration d'une relation de qualité. Cet aspect est fréquemment perçu dans notre étude.

Une autre étude (16) montre que les externes ont été étonnés de la « *disponibilité* » des MDS envers les patients. Ils ont également admiré la grande disponibilité de leur MDS qui arrivait à gérer au cours de la consultation les divers appels téléphoniques.

5.1.1.1.8 Relation thérapeutique

Certains étudiants ont perçu lors de leur stage, cette particularité de la relation médecin-patient : de nombreuses doléances se solutionnent en partie par une réassurance du patient, possible grâce à une relation de qualité (30%).

Dans l'étude de Navarro (15) basée sur l'analyse de mémoire d'externes, 89% des étudiants soulignent le soutien psychologique apporté par le MGi. Ce soutien permet une amélioration de la santé du patient.

Cet aspect est donc bien perçu par les étudiants dans notre étude, mais il pourrait l'être encore davantage.

5.1.1.1.9 Approche psychologique et holistique

L'étudiant identifie dans les récits, la nécessité de prendre en compte le fonctionnement psychologique du patient. Celui-ci y est décrit comme opposant, anxieux, dynamique ou encore curieux (dans 50 % des récits).

On peut remarquer que le stage est vraiment la meilleure solution pédagogique pour permettre à l'étudiant de percevoir les différents types de personnalités existantes.

L'étudiant est sensibilisé à cette nécessité même avant le stage. Dans l'étude de Bour (18) une **formation à la relation à autrui** (avec approche du fonctionnement psychologique) était attendue par 89% des étudiants «avant stage». 93% d'entre eux disent d'ailleurs avoir bénéficié de cet apprentissage après le stage. Ce qui paraît tout de même assez optimiste comparé à d'autres études.

L'étude de Valérie Tranchée-Vergé (24), réalisée à Poitiers en 2008 auprès de 18 médecins généralistes, montre au contraire que les étudiants ne sont pas préparés à affronter ces prises en charge. Il propose de mieux former les externes et les internes à la relation médecin-malade afin de permettre aux futurs médecins d'envisager avec moins d'appréhension les psychothérapies et d'aller vers une meilleure maîtrise de la relation **thérapeutique**.

Dans la formation des étudiants (25), on remarque par exemple que les parties dépistage et diagnostic des pathologies psychiatriques sont abordées à différents moments de la formation, par contre, le traitement de ces pathologies qui consiste à appliquer une technique de thérapie, n'est enseigné qu'à titre optionnel dans le cadre d'un Diplôme Universitaire de psychiatrie. Il serait intéressant de rendre cette formation plus accessible surtout qu'il a déjà été montré qu'à terme les médecins formés assurent chaque année une fréquence de diagnostic « psy » supérieure aux médecins non formés.

Dans notre étude, les motifs de consultations psychologiques ou psychiatriques rapportés par les étudiants sont très rares. Ces motifs de consultation semblent avoir été délaissés par rapport à la réalité. Ces résultats reflètent peut être une faiblesse de formation à la PEC psychiatrique et à la relation à autrui. L'étudiant éviterait de relater des situations dans lesquelles il ne se sent pas à l'aise.

Les techniques relationnelles qui s'appuient sur une bonne connaissance de la médecine, du patient et de son environnement pourraient être mises en avant dès le premier stage ambulatoire ou dans des cours enseignant la relation médecin-malade au deuxième cycle. On pourrait ainsi, tôt dans la formation, s'attacher à présenter concrètement les annonces de mauvaises nouvelles, les techniques d'entretien en MG avec les patients dépressifs, celle avec les anxieux, la recherche de motifs cachés, la communication avec l'adolescent... Ces compétences sont utiles quotidiennement alors qu'elles ne semblent que peu et très tardivement enseignées.

La nécessité d'une approche psychologique paraît donc bien perçue par les étudiants par contre leur capacité à la mettre en œuvre et la formation à cette approche mériterait d'être développée.

5.1.1.1.10 Approche sociale et holistique

L'approche de l'individu sur le plan physique, psychique et également social est une caractéristique très présente dans notre étude. L'approche sociale est présente dans 50 % des récits. C'est une notion souvent présente également dans les autres études.

Les étudiants interrogés par exemple dans la thèse de Renoux (16) font remarquer que le médecin généraliste est devenu un acteur social incontournable qui est parfois amené à déceler des problèmes sociaux non avoués transparaissant à travers de plaintes somatiques : « *Non seulement il apporte des réponses aux problèmes qui se présentent comme sociaux, mais son rôle est aussi de les dépister* ».

La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (26) définit en effet la santé comme « *un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » On peut ainsi noter que le médecin généraliste est le seul spécialiste à prendre en charge la santé de son patient dans son ensemble conformément à la définition de la « bonne santé ».

Effectivement contrairement aux autres spécialistes, le MGï doit répondre à la demande sociale qui dépasse la médecine. Il doit alors dépasser les solutions techniques pour donner une réponse globale aux besoins des patients. Cette utilité sociale est décrite décrite comme une **contrainte** dans la thèse de Navarro (15).

Au contraire, des étudiants interrogés dans la thèse de Renoux (16) évoquent cet aspect comme l'un des éléments de motivation pour faire médecine générale : « *ce métier permet réellement de se sentir investi d'une utilité sociale en participant à l'effort collectif de l'amélioration des conditions de vie de chacun* ».

5.1.1.1.11 Résumé et commentaires

Dans un premiers temps on retrouve donc dans les autres études (15) (16) (18) (19) les principales caractéristiques fréquemment retranscrites dans les récits : la prise en charge centrée sur l'individu, la diversité des pathologies rencontrées, le suivi et la particularité de la relation médecin-patient sont bien perçus par l'ensemble des externes et ce parfois même avant le stage.

La **progression** de l'étudiant, grâce au stage, n'a pas pu être évaluée dans notre étude. D'autres études (18) (19) permettent d'affirmer que le stage augmente la sensibilisation de l'étudiant à ces caractéristiques.

Les autres études (15) (16) (18) (19) permettent par ailleurs de recueillir l'**avis** des étudiants au sujet de ces caractéristiques. Elles constituent parfois un avantage, parfois un inconvénient, parfois elle fait peur, motive ou rassure.

Ainsi la **diversité** des pathologies rencontrées constitue un avantage car elle permet à l'étudiant de rester **polyvalent**. Mais d'un autre côté elle fait peur par la multitude de connaissances et de performances à maintenir.

La diversité de la MG est bien perçue : les principales pathologies retranscrites par les étudiants correspondent à celles habituellement rencontrées en MG.

La **coordination** des soins est également fréquemment perçue. Le MG_i est décrit « *au centre du système de soins* » (18). La coordination permet de rompre avec l'**isolement** (15) , sa pratique en milieu ambulatoire sans plateau technique est parfois décrite comme **compliquée** (15). Certains étudiants (18) apprécient le moindre recours aux examens complémentaires. La nature des coordinations avec les spécialistes est également bien perçue.

La prise en charge (**PEC**) **centrée sur l'individu** est fréquemment perçue (19), elle constitue un des premiers avantages cités par l'étudiant. Les étudiants regrettent qu'elle soit peu enseignée. Ils remarquent également que l'exercice le plus bénéfique semble être l'apprentissage sur le terrain lors **d'un stage**. Même si cela apparaît parfois insuffisant.

La qualité de la **relation médecin-patient** est par ailleurs le premier avantage cité par les étudiants (19) (22), elle passe même parfois avant les **connaissances** pour définir les qualités d'un MG_i. Les étudiants perçoivent également la grande **disponibilité** dont doit faire part le MG_i dans cette relation.

Cette **relation de confiance** et de soutien est perçue comme thérapeutique.

La description de la relation médecin-patient dans les études (19) (22) met également en évidence un concept non retrouvé dans les récits : la **proximité** du médecin et de son patient, « *le médecin connaît son patient et sa famille depuis parfois plusieurs générations, ils se tutoient* ».

Par ailleurs l'étudiant discerne bien les principaux types de **communication** entre le médecin et son patient : empathique, rassurante, négociatrice, directive ou explicative.

La nécessité d'une approche du **fonctionnement psychologique** du patient est également souvent perçue par les étudiants (19) (22).

Finalement l'approche **sociale** de l'individu est fréquente et constitue le plus souvent un avantage.

Nous pouvons également remarquer, que dans les autres études (15) (16) (18) (19), les caractéristiques sont souvent comparées à celles du **milieu hospitalier** qui constitue le seul point de référence de l'étudiant à ce stade des études. Le milieu ambulatoire est souvent décrit comme l'opposé du système hospitalier. La proximité du médecin avec son patient en est un exemple ainsi que la prise en charge globale de l'individu. La coordination des soins est moins systématique en milieu ambulatoire car il n'y a pas de plateau technique.

Dans le **chapitre 5.2**, nous reprendrons tous les **avantages et inconvénients** de l'évaluation des perceptions des caractéristiques par un récit en fin de stage. Un inconvénient mis en évidence, par exemple, dans cette partie est l'absence de recueil du ressenti de l'étudiant au sujet des caractéristiques. L'approche de ce ressenti permettrait d'adapter et d'améliorer la transmission.

Par ailleurs la **progression** des perceptions des étudiants n'a pas pu être évaluée dans notre étude.

D'un autre côté, notre étude à l'avantage d'être basée sur le recueil d'un grand nombre de données (290 récits), les résultats sont donc plus représentatifs que ceux obtenus lors d'entretien de petits groupes d'étudiants (9 à 29 dans les études précédemment citées).

5.1.1.2 **Caractéristiques moins présentes**

5.1.1.2.1 Prévalence et incidence des maladies en soins primaires

La démarche décisionnelle selon l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires est une notion abordée dans 25% des récits.

Dans la thèse de Renoux (16), les étudiants évoquent un « *arbre diagnostique plus large* » qu'en milieu **hospitalier**. La prise de décision est adaptée à la prévalence des pathologies en médecine générale. Certains étudiants ont par contre eu l'impression qu'elle était faite « *au feeling* ». La démarche diagnostique était « *spécifique* », jugée plus **ardue**.

La thèse de Favelle Brousse Caroline (27), réalisée à Tours en 2010, et basée sur l'étude d'un cas clinique avant et après stage, permet d'affirmer que les étudiants ont acquis grâce au stage, une démarche décisionnelle plus adaptée à la population soignée (prévalences spécifiques des pathologies).

Cette étude (27) a l'avantage de démontrer la **progression** de l'étudiant grâce au stage et évalue par ailleurs **la compétence** de l'étudiant et non plus seulement sa perception.

5.1.1.2.2 Incertitude

L'incertitude en MG, est liée en partie à la PEC de maladies à un **stade précoce**. Elle est perçue par les étudiants dans 8 % des récits. Une explication possible à cette faible perception est que l'étudiant en cinquième année retrace plus facilement des situations, qui lui sont habituelles et qui calquent plus à des apprentissages **théoriques stéréotypés** laissant peu de place à l'incertitude.

L'incertitude est aussi liée au fait que la consultation **est limitée dans le temps**. Cet aspect est souvent relevé dans les récits. Le patient est reconvoqué avec des examens complémentaires afin d'élucider le diagnostic.

Les étudiants interrogés dans la thèse de Navarro (15) observent que le **rapport au temps** y est différent : le médecin généraliste « soigne une personne qui va rentrer

chez elle et faire ce qu'elle veut », ce qui diffère de l'**hôpital** où le patient est surveillé, et doit sortir avec un diagnostic en un temps limité.

La notion d'incertitude doit être acceptée. L'étudiant est confronté pour la première fois lors de ce stage à cette notion. Elle ne lui a pas été enseignée auparavant.

Le temps est parfois utilisé comme **outils diagnostique** pour solutionner cette incertitude. Des étudiants (15) remarquent que la PEC s'inscrit dans la durée : « *C'est vraiment ce côté anti-urgence de la médecine générale !* ».

La MG est également une discipline aux moyens diagnostiques limités responsables également d'un certain degré d'incertitude. La démarche clinique y est différente. Les étudiants (15) remarquent que le médecin suit son patient dans la durée et ne peut pas « *étiqueter* » tous les symptômes du patient. Le **moindre recours aux examens complémentaires**, est perçu comme « la marque de la médecine générale » et est source d'incertitude.

Par ailleurs, l'étude de Renoux (16) montre qu'à une époque où la notion de responsabilité est de plus en plus importante, l'incertitude indissociable de la prise en charge en MG **fait peur**.

5.1.1.2.3 Education, Prévention et Responsabilisation

La notion d'éducation est présente dans 35 % des récits, la prévention dans 30 %.

Dans la thèse de Navarro (15) , le dépistage, la prévention, l'éducation à la santé font parti des rôles du médecin généraliste pour plus de 50 % des externes.

Dans la thèse de Favelle Brousse (27) les notes au critère suivant : « Prendre en compte les facteurs de risques cardiovasculaires » sont plus élevées après le stage. Les FRCV sont pourtant bien connus des étudiants de DCEM 3, mais ils ne les ont pas intégrés automatiquement à la prise en charge initiale du patient. Cette étude permet donc de démontrer que le stage permet à l'étudiant d'être plus sensibilisé et également plus **efficace** en matière de prévention après son stage.

L'enquête de Bour (18) permet de recueillir l'avis des étudiants au sujet de cette caractéristique. La comparaison de la même promotion avant et après stage, montre

que le rôle de prévention est moins considéré comme un **avantage** de la profession après le stage. La perception de la difficulté à convaincre les patients de suivre les règles de prévention serait à l'origine de ce changement. Concernant la promotion des DCEM4 (après stage), elle (18) considère au contraire le rôle de prévention comme un avantage de l'exercice du médecin généraliste, et elle constituerait un bénéfice incontestable à la santé des patients.

La « responsabilisation du patient » est une notion décrite dans la définition de la WONCA 2011, elle permet au patient d'acquérir une autonomie en matière de prévention, et même de traitement, elle permet de répondre en partie au problème de pénurie médicale et de demande de soins croissante et est basée sur les notions d'« éducation », de « soins continus », « centrés sur la personne ». Toutes ces notions sont bien présentes dans les études, bien que la notion de « responsabilisation » ne soit pas clairement évoquée.

5.1.1.2.4 Référentiel

L'utilisation de **référentiel** est une notion peu retranscrite dans les différentes études. Elle est présente tout de même dans 12 % des récits.

La **sensibilisation** à l'utilisation de référentiel ne paraît pas suffisante. Elle pourrait être améliorée en proposant systématiquement de la documentation aux étudiants. Cette attitude pourrait se révéler efficace.

5.1.1.2.5 Permanence des soins

La permanence des soins est une nécessité peu évoquée dans les récits.

Les étudiants abordent la notion de continuité des soins dans la thèse de Renoux (16) , en observant l'organisation des systèmes de garde, la gestion des absences et la difficulté à trouver des remplaçants.

Dans l'étude de Cattin (19), parmi les étudiants qui ont effectué leur stage, la permanence des soins est considérée comme un **inconvenient** majeur de la profession car elle restreint la liberté individuelle.

Il est possible que les étudiants citant cet inconvénient aient fait leur stage chez un praticien exerçant seul, de façon isolée et soient ainsi obligé à une permanence de soins contraignante que l'exercice moderne de la MG évitera de plus en plus. Les **circonstances de stage** peuvent donc influencer la perception des caractéristiques de la MG.

L'étudiant reste en général peu sensibilisé à la permanence des soins au cours de son stage. Il participe le plus souvent exclusivement à l'activité de consultation programmée du médecin généraliste. La participation aux **gardes** pourrait l'y sensibiliser.

5.1.1.2.6 Résumé et commentaires

La démarche décisionnelle selon l'incidence et la prévalence, l'intervention à un stade précoce de la maladie, l'éducation (la responsabilisation), la prévention, l'utilisation de référentiels et la PDS sont des notions **peu perçues**.

La prise de décision en fonction de l'incidence et de la prévalence des maladies en soins primaires est faiblement perçue, certains (16) imaginent qu'elle est faite « au **feeling** », d'autres la jugent **difficile** à mettre en œuvre.

La notion d'incertitude est peu perçue par les étudiants lors du stage. Elle est en partie liée à la prise en charge à un stade **précoce** de la maladie, mais aussi au moindre recours aux **examens complémentaires** et au **temps limité** de la consultation. L'incertitude fait **peur** aux étudiants (16).

Ces notions s'opposent encore au système **hospitalier (15) (16)**. La démarche décisionnelle est décrite comme plus ardue en milieu ambulatoire qu'à l'hôpital. L'incertitude semble être plus tolérable à l'hôpital car le patient est « sous surveillance » (15).

On remarque également que notre étude n'évalue que la perception de l'étudiant : il perçoit la particularité de la démarche décisionnelle. Cela ne signifie pas qu'il est

capable de la mettre en application et qu'il a **acquis une compétence**. Les compétences de l'étudiant ne sont pas évaluées, simplement sa perception.

La prévention est parfois perçue comme un inconvénient de la profession (15). L'**éducation** et la responsabilisation des patients contribuent à une meilleure **efficacité** des soins, elles gagnent à être davantage présentées aux étudiants de deuxième cycle.

Le récit a l'inconvénient de ne pas mettre en évidence les **explications** possibles de certaines faiblesses d'acquisition.

Les étudiants gagnent également à être davantage sensibilisés à l'utilisation de référentiels.

La PDS est également une notion insuffisamment perçue par les étudiants. Elle est plus ou moins bien appréciée en fonction du **type d'exercice du MDS**. Les étudiants en stage dans des cabinets de groupes auront une image moins négative de celle-ci car moins contraignante.

Une simple observation ne suffit pas à la perception des particularités de la démarche décisionnelle. Une réflexion approfondie est nécessaire.

Plus l'étudiant sera donc stimulé et aura une **participation active** à la consultation et plus il prendra conscience de ces différentes caractéristiques.

Nous détaillerons dans le **chapitre 5. 3** les différents facteurs (**extérieurs à l'étude**) qui ont pu influencer la perception des caractéristiques de la MG par l'étudiant (condition de stage). Des perspectives pourront en être dégagées.

Nous étudierons également dans le **chapitre 5.3**, les différents aspects pédagogiques permettant de potentialiser les acquisitions, l'un d'entre eux est par exemple l'utilisation de supports pédagogiques tels que les objectifs de stage.

5.1.1.3 *Autres caractéristiques et notions très peu présentes*

5.1.1.3.1 Premier recours

Le MG*i* assure le plus souvent le premier contact entre le patient et le système de santé. Dans les études précédemment citées, les étudiants ne perçoivent pas directement la notion de « premier contact ». Ils évoquent par contre les notions qui en découlent c'est-à-dire : la diversité des populations et pathologies rencontrées, la coordination des soins... « Le premier contact » semble être une évidence, l'étudiant omettrait donc de le citer, il ne le mentionne ni comme un avantage, ni comme un inconvénient. Dans notre étude, le médecin assure le premier contact du patient avec le système de soins dans 99 % des récits, mais on ne peut pas avoir la certitude que l'étudiant en a réellement pris conscience. Ainsi nous remarquons que les notions « **retranscrites** » dans le récit ne sont pas toujours réellement « **perçues** ».

5.1.1.3.2 Approche communautaire et efficience

L'efficience est une notion très peu perçue par les étudiants, elle est pourtant une notion d'actualité qui pourrait répondre au problème de déficit de la sécurité sociale et de pénurie des médecins généralistes. Le récit permet l'évocation de cette notion. Il faut **encourager la transmission** de cette caractéristique plus difficile à acquérir par l'étudiant car elle demande du recul et une prise de hauteur par rapport à la profession.

5.1.1.3.3 Efficacité

L'efficacité des soins est également peu mise en avant dans les récits et dans les autres études. Une MG de qualité est pourtant la garantie d'une « bonne santé » pour la population, elle gagnerait donc à être davantage enseignée.

5.1.1.3.4 Soins palliatifs

On peut remarquer que les soins palliatifs décrits dans la prise en charge sur la durée est peu présente dans les études.

Dans la thèse de Cattin (19), 5/182 étudiants seulement déclarent avoir découvert les soins palliatifs.

5.1.1.3.5 Respect du cadre réglementaire et juridique

Les notions d'éthique, d'aspect médico-légal sont peu abordées dans les différentes études.

5.1.1.3.6 Gestion des émotions

La gestion des émotions n'est quasiment jamais évoquée dans les récits comme dans les études. L'étudiant n'est pas sensibilisé à cette particularité. De plus il n'est pas habituel que le MDS exprime son ressenti, par pudeur surement.

5.1.1.3.7 Personnalité du médecin

La personnalité du médecin intervient dans la relation au patient. Il semble exister autant de façons d'exercer la MG que de praticiens. Ces notions sont peu abordées par les étudiants.

Un étudiant remarque tout de même dans une enquête par focus groupe (16) que « la patientèle est à l'image du médecin ».

Un autre étudiant (15) évoque par ailleurs la possible influence de la personnalité du médecin sur la transmission des caractéristiques : « *Chaque médecin a une façon de travailler qui lui est propre* ». Par exemple « *si celui-ci pratique les renouvellements d'ordonnance tous les 15 jours, il est vrai que celui-ci en devient strictement inintéressant et rébarbatif* ».

5.1.1.3.8 Résumé et commentaires

D'une façon générale, la notion de « premier contact », l'approche communautaire et la gestion des dépenses de santé, la qualité des soins et la performance, la gestion des émotions et l'importance de la personnalité du médecin, les soins palliatifs et les notions d'éthique ou d'aspect médico-légal, sont des notions **très peu perçues** par les étudiants.

Ce sont des notions qui demandent, pour certaines, **une vue d'ensemble** de la profession de la part de l'étudiant : elles ne sont pas prioritairement perçue par l'étudiant. L'étudiant doit prendre du recul, de la hauteur, ce qui n'est pas forcément possible lors d'un stage de découverte.

Toutes ces notions gagnent à être davantage transmises aux étudiants. L'étudiant devrait pouvoir accéder à ces caractéristiques **grâce à l'aide du MDS**.

Celui-ci est d'ailleurs décrit comme **influent** sur la perception des caractéristiques par l'étudiant. Sa personnalité entre en jeu entre autres.

On remarque également que le récit ne permet pas d'apporter la certitude que les **notions transcrites sont réellement perçues**.

5.1.2 Résultats divergents

5.1.2.1 Caractéristiques et notions PLUS représentées dans NOTRE étude

5.1.2.1.1 Coordination avec les spécialistes

Dans notre étude, la coordination des soins avec les spécialistes a lieu dans 54 % des récits. En réalité, en MG, la coordination des soins est beaucoup moins fréquente : une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (28) montre que le MG*i* adresse son patient à un spécialiste dans 20 % des cas. La coordination des soins avec les spécialistes paraît donc trop transcrite dans les récits. Les étudiants ont sans doute privilégié des récits de consultation de pathologies aiguës nécessitant une coordination avec les spécialistes.

Cette différence peut être liée à un biais de notre étude lié au choix du récit par l'externe. La surreprésentation de cette notion dans notre étude est peut être liée au fait que l'étudiant a souvent choisi de relater pour ce **récit qui sert d'évaluation**, des pathologies complexes ayant un intérêt clinique médical nécessitant des examens complémentaires et l'avis de spécialistes. L'**expérience hospitalière** de l'étudiant oriente en plus le récit vers des pathologies complexes qu'ils jugent à ce stade plus intéressantes. **Cette notion paraît en fait bien perçue mais trop retranscrite.**

5.1.2.1.2 Coordination avec les autres professionnelles de santé

Notre étude permet de mettre en évidence la perception des étudiants au sujet de la coordination des soins avec les autres professionnelles de santé. Cet aspect est peu relaté par les étudiants dans les autres études.

Les résultats montrent que l'étudiant perçoit peu la coordination des soins avec les professions autres qu'infirmières ou kinésithérapeutes. Le MG*i* collabore peu avec les psychologues, podologues, diététiciennes, assistantes sociales.

Par contre la collaboration avec les infirmières ou kinésithérapeutes paraît de nouveau trop retranscrite avec 38 % de prescriptions d'actes infirmiers et 46 % d'actes de kinésithérapie. La méthode de notre évaluation est assez précise et nous permet d'évaluer **des notions parfois peu étudiées**. Elle est aussi à l'origine d'une probable **surreprésentation** de certaines notions liées à son utilisation comme évaluation. L'ex statut hospitalier de l'étudiant favorise également la retranscription de certaines notions telles que la coordination.

5.1.2.1.3 Urgences

Une **urgence relative** fait l'objet du récit dans 37,6%, une **urgence absolue** est retranscrite dans 1% des récits. Dans notre étude une hospitalisation ou un retour d'hospitalisation est relatée dans 14,9 % des cas. Notre étude permet de mieux évaluer la perception de ces notions par les étudiants. La méthode que nous utilisons permet de **quantifier** cette perception. Pour les mêmes raisons que citées précédemment, ces notions sont encore **surreprésentées**.

L'urgence est peu évoquée dans d'autres études (16) (18) (19). La coordination des soins en particulier avec le milieu **hospitalier** est par contre parfois mise en avant par les étudiants (15) : les externes en stage chez le MG*i* découvrent que le patient prend conseil chez son MG*i* avant une hospitalisation et qu'il vient voir son MG*i* dès sa sortie de l'hôpital. Le médecin « *écoute, explique et rassure ; il fait le lien* ».

Cet aspect de la coordination des soins **surprend** l'étudiant qui a peu été sensibilisé aux relations entre le milieu hospitalier et les MG*i* pendant ces stages hospitaliers.

D'ailleurs l'Académie de Médecine (29) dans son rapport sur les propositions pour améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes recommande « une amélioration des relations professionnelles avec les hôpitaux ».

Elle relève bien la « coupure » qu'il y a actuellement entre ces deux pratiques. Elle souligne en 2002 que « l'une des plaintes unanimes des médecins généralistes est l'insuffisance, sinon l'absence, de relations régulières et suivies avec l'hôpital ».

La MG réalise donc le lien entre l'hôpital et le patient et les étudiants le **perçoivent bien**.

5.1.2.1.4 Rôle de défenseur

Cette notion apparaît dans 9,6 % des récits et est absente des autres études.

La définition des caractéristiques de la MG par la **WONCA** est très complète et nous permet de rechercher dans les récits des **notions parfois subtiles**. Les autres études n'abordent pas cet aspect.

Cette notion reste tout de même **faiblement** perçue. L'**étudiant évite** probablement la retranscription de consultations qui ont été sources de discorde.

5.1.2.1.5 Respect de l'autonomie du patient

Cette notion est également bien plus présente dans notre étude (14%), elle est peu abordée dans les autres. Les caractéristiques de la **WONCA** ont la particularité d'être régulièrement remises à jour. Elle permet de suivre l'évolution de la société, sa définition prend en compte des notions modernes dont fait partie l'autonomie du patient.

5.1.2.1.6 Dépistage

Cette notion est assimilée à la prévention dans les autres études et est peu citée. Notre étude est assez précise et permet de distinguer et de quantifier la perception de cette notion. Dans notre étude le dépistage est une notion assez bien perçue par les étudiants.

5.1.2.1.7 Résumé et commentaires

La coordination des soins avec les spécialistes, avec les professions paramédicales (infirmiers et kinésithérapeutes), avec le système hospitalier, ainsi que les PEC des urgences sont des notions très bien perçues par les étudiants.

Le récit est en faveur de la retranscription de ces notions. **L'étudiant privilégie** leur retranscription, il est fortement influencé par son expérience hospitalière antérieure. Et l'évaluation le pousse sans doute à retranscrire des cas complexes qu'il juge intéressants.

On remarque que par contre la coordination avec les psychologues, podologues, diététiciennes, assistantes sociales reste peu perçue.

Le dépistage, le rôle « défenseur du patient » et le « respect de l'autonomie » de celui-ci sont des notions assez bien perçues. Elles ont pu être analysées grâce à notre méthode basée sur l'utilisation de la définition de **la WONCA** qui se révèle très efficace.

Un autre avantage de cette méthode également mis en évidence est la possibilité de quantifier certains aspects.

Les avantages et inconvénients de notre méthode, basée sur la rédaction d'un récit et l'utilisation de la définition de la WONCA, seront repris dans le **chapitre 5.2**.

5.1.2.2 **Caractéristiques et notions MIEUX représentées dans les AUTRES études**

5.1.2.2.1 Dossier médical

Le dossier médical n'est évoqué que dans 8,2 % des récits. Il est pourtant consulté par le MG à chaque consultation.

Cette notion est beaucoup plus abordée dans les autres études.

Dans la thèse de Navarro (15), le dossier informatisé est cité comme élément positif dans plus de 50% des rapports.

Dans la thèse de Renoux (16), les externes ont trouvé les logiciels « *pratiques* » d'utilisation et se les sont appropriés facilement. Ils comprenaient le frein qu'ils pouvaient être pour certains médecins, du fait « *d'un temps d'adaptation* » nécessaire, source de « *perte de temps* » au début.

Dans notre étude, l'étudiant retranscrit peu cette notion dans les récits. Il n'a peut être **pas assez accès** au dossier lors des consultations (dossier informatisé). Il n'est peut être pas **suffisamment sensibilisé** à la gestion du dossier, à son utilisation. Ou peut être que le récit n'est pas favorable à son retranscription. Notre étude contrairement aux entretiens par focus groupe ne permet pas de déterminer les **causes** exacts de la faible retranscription de certaines notions.

5.1.2.2.2 Motifs de consultation

D'après le CNGE (30), les situations à forte prévalence en MG sont tout d'abord les situations de soins autour de l'éducation du patient dans un contexte de « maladie chronique à forte prévalence » telle que l'HTA, le diabète, l'asthme.

Dans notre étude la retranscription de **pathologies chroniques** est délaissée au profit de pathologies aiguës. Elles ne sont retranscrites que dans 25 % des récits alors que selon une étude réalisée par la société française de médecine générale (SFMG) (20), elles représenteraient 47 % des prises en charges en MG.

Cet aspect semble être lié au choix de l'étudiant pour son **récit** qu'à un réel défaut de sensibilisation car l'étudiant perçoit bien les notions de prévention, d'éducation qui sont en lien avec les pathologies chroniques.

Les motifs de consultation psychiatriques (ou à orientation **psychologique**) ou sociaux sont peu évoqués dans notre étude (5%).

Dans une autre étude (16), la prise en charge sociale des patients est perçue comme trop importante : « *Ce qui m'a frappé, c'est qu'il y avait pas mal de **social** ! À l'hôpital, on en voit un petit peu mais pas trop.* » D'autres étudiants regrettent la place importante laissée à la **psychiatrie** en MG. Ils ont une appréhension de la prise en charge de ces pathologies.

La thèse de Cattin (19) va également dans ce sens car sur 72 étudiants qui ont déclaré avoir découvert un champ d'action de la MG, 22 disent avoir découvert le suivi psychologique, et 12 la relation médecin-malade et son rôle social.

L'étudiant n'a donc pas privilégié le récit de problèmes psychologiques ou sociaux, ou peut être n'y a-t-il pas été assez sensibilisé. Notre étude ne permet pas de déterminer exactement **la cause de ce déficit**, mais nous avons vu auparavant dans notre étude que l'approche psychologique et sociale et le soutien psychologique étaient des notions bien perçues. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit probablement plus d'un **biais lié au choix du récit** par l'étudiant qu'un manque de perception.

Les motifs de consultation pour virose sont peu retranscrits dans notre thèse. Ils sont évoqués dans la thèse de Cattin (19) : 9,4 % des étudiants considèrent le soin des petites pathologies telles que les **viroses** comme un inconvénient de la MG. Ils sont déçus par l'activité de « bobologie ». Certains considèrent au contraire qu'elle fait partie de l'exercice du médecin généraliste et a une importance considérable dans la relation du médecin avec son malade car « *elles cachent parfois d'autres maux sous jacentes qu'il faut savoir décrypter* ».

Dans notre étude la **gynécologie** est peu relatée. Dans la thèse de Cattin (19) 14/72 étudiants interrogés découvrent pourtant le suivi de grossesse et la gynécologie. Cette pratique favorisait en plus l'envie de faire de la MG.

Elle gagnerait donc à être plus enseignée lors des stages hospitaliers.

5.1.2.2.3 Hiérarchisation des soins

L'étudiant dans notre étude a procédé à une hiérarchisation des soins dans au moins 30 % des récits. Il a perçu la nécessité de gérer simultanément plusieurs problèmes de santé dans 15 % des cas.

Une des raisons possibles au fait que l'étudiant est peu sensibilisé à la hiérarchisation des soins est le fait qu'il est confronté pour la première fois à cette nécessité lors de ce stage. En effet dans les services **hospitaliers** le nombre et la diversité des professionnels intervenants, la disponibilité des plateaux techniques et des prises en charge spécialisées masquent la hiérarchie des besoins du patient. Cela est d'autant plus vrai quand un éventuel contexte initial d'urgence (réel ou non) donne lieu à un bilan d'entrée large.

La **position d'observation** dans laquelle se trouve l'étudiant lors de son stage ne le sensibilise peut être pas assez à la difficulté de gérer plusieurs problèmes simultanément (hiérarchisation).

Cette notion est mieux perçue dans les autres études, elle est abordée dans 61% des rapports de la thèse de Navarro (15) par exemple.

La thèse de Favelle Brousse (27) a également montré qu'au cours du stage chez le médecin généraliste, les étudiants améliorent significativement leurs notes au critère suivant : « hiérarchiser le suivi médical du patient en fonction du temps ».

Cette thèse a été réalisée à Tours en 2010 et évalue en fait les acquisitions des externes suite à leur stage chez le médecin généraliste. Pour cela, 105 étudiants ont dû proposer par écrit la prise en charge d'un patient virtuel consultant en soins primaires, une première fois avant le stage, de deux semaines seulement (en zone déficitaire), puis une deuxième fois après. Le cas clinique proposé est le même pour tous les étudiants, il est identique avant et après stage. Il porte sur une consultation de soins primaires. Il s'agit d'un patient de 46 ans, à haut risque cardiovasculaire, alcool-dépendant, qui vient pour son renouvellement de traitement et pour une toux sèche gênante l'empêchant de dormir. Les résultats avant et après le stage ont été comparés.

Il s'agissait de savoir si un tel stage (que deux semaines), au-delà de la découverte de l'exercice de la médecine générale, permettait aux étudiants de mieux cerner l'approche globale d'une situation clinique et de l'utiliser dans la prise en charge d'un patient.

A la fin du stage, les différents symptômes et FRCV du patient ont été abordés par l'étudiant de façon plus hiérarchisée, selon **l'urgence et la gravité**. Ils ont pu alors proposer une prise en charge tenant mieux compte du **temps imparti** à la consultation et de la perspective du suivi à court, moyen et long terme.

Le stage a donc eu un impact sur la capacité de l'étudiant à hiérarchiser les demandes. Il prend conscience de la nécessité de cerner les priorités et de s'organiser devant les multiples doléances du patient.

La hiérarchisation des soins est mieux perçue dans les autres études. La méthode utilisée dans notre étude est peut être **moins adaptée** pour évaluer cette notion. Nous remarquons que la thèse de Favelle Brousse (27) a l'avantage d'évaluer la **progression** et la **compétence** de l'étudiant.

5.1.2.2.4 Résumé et commentaires

Le dossier médical est une notion peu retranscrite dans les récits.

Les motifs de consultations suivants sont peu retranscrits : gynécologiques, psychologiques ou psychiatriques, sociaux. Les consultations pour viroses sont vécues comme plus ou moins ennuyeuses. La gynécologie gagnerait à être plus enseignée car stimule l'intérêt de l'étudiant pour la MG. Les motifs de consultation chroniques sont délaissés en faveur des motifs aigus.

La hiérarchisation des soins est également peu retranscrite.

L'expérience antérieure de l'étudiant à **l'hôpital** exclusivement, influence ses capacités à hiérarchiser les soins, il choisit également la retranscription de pathologies aiguës qui lui sont plus habituelles.

Notre étude contrairement aux entretiens par focus groupe (15) (16) ne permet pas de mettre en évidence les **causes exactes** des déficits de perception.

Ces notions sont plus relatées dans les autres études, notre méthode est donc en partie en cause dans cette sous représentation.

Par ailleurs le modèle de notre étude n'est pas fait pour évaluer la **progression et la compétence** de l'étudiant.

5.1.3 Autres caractéristiques et notions décrites dans la WONCA et non évaluables dans les récits.

5.1.3.1.1 Formation médicale continue

La FMC est très peu évoquée dans notre étude. Elle est abordée dans d'autres études et est citée par exemple comme éléments positifs dans plus de 50% des rapports dans la thèse de Navarro (15).

Les étudiants interrogés dans la thèse de Renoux (16) se sont intéressés aux activités de formation médicale continue, suivies par leurs MDS et ont discuté leur pertinence.

Dans la thèse de Cattin (19), l'étude par focus groupe montre que le manque de formation médicale initiale à la MG et la possibilité d'avoir accès à la FMC par la suite ont été les sujets d'un grand nombre de questions. La FMC contribue même à calmer la peur des étudiants. Il est donc utile de la faire connaître.

Notre étude ne permet pas d'évaluer la perception d'obligation de FMC, par contre au cours de ses études l'étudiant doit remplir lui-même des objectifs de FMC, on peut donc penser qu'il y est donc déjà sensibilisé.

5.1.3.1.2 Consumérisme

La notion de « consumérisme » décrite par la WONCA n'est pas abordée dans les récits.

Elle est évoquée dans la thèse de Navarro (15), dans la relation médecin-patient, elle peut être source de difficultés pour le médecin et le patient.

Le patient est devenu un consommateur de soins averti et est de plus en plus exigeant. La perte d'autonomie de prescription qui en découle est perçue par l'étudiant comme un **inconvenient** dans la relation médecin-patient.

D'autres étudiants (16) remarquent que les patients réclament souvent des traitements symptomatiques pour des pathologies virales bénignes. Les médecins ont « *du mal à dire non* » à « *ces patients qu'ils connaissent trop bien* ».

L'exigence des patients est également citée comme un inconvénient de la MG par 15,3 % des étudiants dans la thèse de Cattin (19). Les étudiants ont peur d'une médecine qui se réduirait à des « actes » de consommation.

5.1.3.1.3 Gestion du cabinet

Notre thèse ne nous a pas permis d'évaluer la perception des étudiants concernant cet aspect de la MG.

Dans la thèse de Cattin (19), 20 étudiants sur 70 auraient aimé découvrir la gestion du cabinet. Cette notion semble insuffisamment transmise.

La thèse de Bour (18) montre que 85% des étudiants attendait une formation à la gestion du cabinet. Après le stage ils ne sont finalement que 65 % à estimer avoir reçu ces apports. Le stage ne remplirait donc pas cet objectif de formation.

Dans cette étude 76,2 % des étudiants estiment que les formalités administratives constituent l'un des principaux inconvénients de la médecine générale, en particulier la comptabilité. Nous constatons qu'elles apparaissent comme un **inconvénient** plus important une fois le stage effectué (82,6 % contre 73,2 %). Le stage chez le praticien rendrait donc les étudiants **plus lucides sur cette difficulté**.

Cette vision semble se rapprocher de la réalité, l'Académie de Médecine (29) propose d'ailleurs : « l'allègement, le transfert ou la suppression de certaines tâches administratives, une aide significative au recrutement d'auxiliaires, secrétaires ou même standardistes-téléphonistes, capables de soulager les médecins d'une partie au moins de leurs tâches non médicales. »

L'étude par focus groupe, dans la thèse de Renoux (16), montre que « l'aspect administratif » est un thème peu cité mais constant entre les différents groupes. Les étudiants se sont intéressés au domaine de la fiscalité et ont interrogé leurs MDS sur les charges et la comptabilité du cabinet. Ils estiment qu'« à la différence de l'exercice salarié, l'aspect administratif constitue un inconvénient obligatoire de l'exercice libéral ».

Les formalités administratives sont décrites (16) comme « **consommatrices de temps** » et elles n'apportent aucune « **satisfaction intellectuelle** » mais restent pourtant « **indispensables** au fonctionnement d'une petite entreprise telle qu'un cabinet médical ». Ils estiment que « *la secrétaire, c'est indispensable* ».

Le travail administratif est évoqué également comme point négatif dans 32% des rapports dans la thèse de Navarro (15). Les charges administratives étaient « chronophages » et source d'une **diminution de la qualité** des soins fournis. Elles devaient être déléguées.

Le stage est l'occasion de promulguer des informations sur la gestion d'un cabinet, au niveau administratif mais également matériel et logistique. Ces notions peuvent être davantage enseignées.

5.1.3.1.4 Equilibre vie privée-vie professionnelle

La WONCA définit également l'importance de maintenir un bon équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée afin de pouvoir fournir des soins de qualité.

Une charge de travail trop importante peut être problématique pour la vie personnelle et retentir sur la qualité de son travail.

L'étude de Renoux (16) montre que les étudiants sont sensibles à cette notion. Ils apprécient la « **liberté dans les horaires** » : « *La possibilité d'organiser son temps et de travailler moins, rend l'activité du MG compatible avec une vie de famille* ». Ils ont découvert l'exercice **libéral**, pour la première fois au cours de leurs études. Le statut libéral constitue, pour eux, un atout de la spécialité : « *C'est le point fort !* », un certain « *confort* » de vie, qui rimait avec « *liberté* ».

La liberté d'exercice est également appréciée par les étudiants dans la thèse de Navarro (15), ils la citent comme avantage dans 35 % des rapports. Les étudiants ont observé la qualité de vie et les **horaires** de leurs MDS. L'emploi du temps paraissait « *chargé* » mais modulable et adaptable à une vie de famille : « *Je pense qu'on peut, même en campagne, dans une zone désertée (. . .) organiser sa vie. . .* ». Le médecin généraliste n'est plus perçu comme esclave de sa profession.

La vie de famille ne serait plus seulement une prérogative pour la femme mais également pour l'homme. Navarro (15) parle de « féminisation des esprits ».

Les étudiants (15) perçoivent aussi que **l'exercice de groupe**, l'organisation d'un système de garde, les consultations sur rendez-vous permettent d'atténuer en partie les difficultés liées à une charge de travail trop importante et aux contraintes de la PDS.

Notre étude basée sur la rédaction d'un récit n'a pas permis d'évaluer la perception de cet aspect de la MG par l'étudiant.

5.1.3.1.5 Les conditions de travail

Les conditions de travail ne sont pas retranscrites dans les récits. Celles-ci sont par contre largement évoquées dans d'autres études.

L'attente des étudiants en matière de connaissance des conditions d'exercice en médecine générale **est forte** dans la thèse d'Emilie Bour (98%) (18). Après le stage, les étudiants n'estiment avoir acquis cette connaissance que pour 85 % d'entre eux. La vision qu'ont alors les étudiants de la médecine générale est **plus positive**. L'image de la profession s'est améliorée.

Une autre étude (15), au contraire, montre que le stage n'influence pas de façon significative le ressenti des inconvénients de la médecine générale.

Les étudiants (18) apprécient la grande **autonomie** dont bénéficie leur MDS, ils apprécient le fait d'être son propre patron et estiment que le médecin jouit d'une grande **indépendance** en libéral, contrairement à son collègue hospitalier « *qui est soumis au poids de la hiérarchie, au pouvoir de ses chefs et à des horaires et gardes imposés* ».

Les étudiants soulignent dans la thèse de Renoux (16) que la liberté d'exercice reste relative : « *On n'est pas si libre que ça !* » et de nombreuses contraintes sont tout de même relevées comme les formalités administratives ou **l'isolement professionnel**.

Les étudiants (16) apprécient les associations qui leur rappellent l'univers hospitalier et ses échanges autour des cas difficiles. Pour eux, l'**association** améliore la qualité de vie des médecins généralistes.

Le cabinet de groupe est également perçu (15) comme un moyen permettant la concertation entre les médecins et la rupture de l'isolement, « *à condition que l'objectif de l'association ne soit pas seulement limité au partage des locaux et des frais* ».

En réalisant un stage chez le praticien, les étudiants (15) découvrent également l'existence de **groupes de pairs**. Des étudiants apprécient le travail en équipe. Il permet le partage de la réflexion sur un dossier : « la stimulation ». Ils découvrent une possibilité de partager et réfléchir sur les patients dits « difficiles ». En effet, cet exercice consiste pour des MG d'un secteur de se retrouver en soirée pour partager leur expérience, d'enrichir leurs connaissances théoriques. Cela permet de rompre un isolement.

Le sentiment d'insécurité lié à l'isolement est une notion également citée mais seulement dans 3% des rapports de la thèse de Navarro (15). Un étudiant évoque également la difficulté à trouver un remplaçant.

Un autre point d'inquiétude soulevé par les étudiants (15) durant les entretiens est la remise en cause de la liberté d'installation.

Les étudiants (16) sont également conscients des **nombreuses possibilités** de prise en charge ambulatoire en MG et donc d'orientation professionnelle diversifiée.

Le médecin généraliste peut « *s'exercer un peu à toutes les médecines, travailler dans différentes structures, orienter ensuite sa pratique en fonction de ses affinités et de son idéal et cela constitue un avantage indéniable !* ».

Ils (16) évoquent l'homéopathie, la mésothérapie, l'acupuncture, la petite chirurgie, l'addictologie, la gériatrie ou la gynécologie, la médecine du sport, la visite en centre de polyhandicapés, les vacations au sein des hôpitaux, ou encore la recherche de spécialisations tels que médecin expert, médecin du travail, médecin pompier, régulateur SAMU ou médecin urgentiste.

La **rémunération** du MG est également abordée. Elle est perçue comme beaucoup plus confortable qu'à l'hôpital (15).

D'autres perçoivent les revenus comme insuffisants par rapport aux **responsabilités** médico-légales et à la charge de travail.

Un étudiant (15) évoque le salariat en médecine libérale plutôt que le paiement à l'acte : « *Peut-être que cela améliorerait la qualité des soins en permettant aux médecins de prendre davantage de temps avec leurs patients et éviterait l'abattage des patients* ». Les charges sociales sont également perçues comme trop élevées.

Avant le stage, les étudiants interrogés dans la thèse de Bour (18) définissent la profession comme une spécialité assurant la **permanence des soins** les soirs et le week-end, avec une **charge de travail** importante pour une faible rémunération.

Après le stage, les sources d'inquiétudes sont différentes : les étudiants confrontés à la réalité regrettent plus le manque de **moyens techniques à disposition**, les attentes des **patients à satisfaire**, la charge importante de travail dont la charge **administrative**. Le stage influencerait donc la vision qu'ont les étudiants des conditions de travail en MG.

5.1.3.2 **En résumé**

Le récit ne permet pas l'évaluation de la perception par l'étudiant de certaines dimensions de la MG décrites dans la WONCA.

D'autres études ont en fait déjà permis de mettre en évidence qu'elles sont en général bien perçues par les étudiants. Les étudiants portent beaucoup d'intérêt aux conditions de travail, à l'équilibre vie privée-vie professionnelle, au consumérisme, et à la FMC. La sensibilisation à la gestion du cabinet peut encore être améliorée.

On peut ainsi remarquer qu'une association de différents types d'évaluation, permettrait une évaluation plus complète des perceptions de l'étudiant.

5.1.4 Caractéristiques et notions NON décrites dans la WONCA et NON évaluées

5.1.4.1 Aspect commerciale de la relation et Clientélisme

L'exercice libéral, c'est aussi le paiement à l'acte. Les étudiants interrogés dans la thèse de Renoux (16) décrivent cela comme quelque chose de nouveau pour eux, les mettant « *assez mal à l'aise* », ils trouvent difficile de « *réclamer* ». Ils sont « *confrontés violemment* » à cet aspect, du fait de la méconnaissance de cette relation pécuniaire à l'hôpital mais aussi en raison de l'aspect « *commercial* » qui s'en dégagent. Ils sont d'ailleurs étonnés de la confiance des patients, laissant leur médecin remplir lui-même le chèque.

Le paiement à l'acte est aussi abordé et considéré comme point négatif dans 23% des mémoires étudiés dans la thèse de Navarro (15).

Dans la thèse de Bour (18) , plus de 52% des étudiants ayant effectué leur stage chez le praticien considèrent cet inconvénient comme majeur contre 38% de ceux qui ne l'ont pas effectué. L'expérience du stage chez le praticien permet donc aux étudiants de se confronter à cet inconvénient.

Des étudiants (19) remarquent que le lien commercial qui unit le médecin et son patient rend difficile la possibilité de dire « non » et impose de recourir à des stratégies dialectiques d'évitement afin de ne pas céder au patient ou de se fâcher avec lui. La relation médecin-patient basée sur la disponibilité, la proximité rend ce refus encore plus délicat. Cet aspect est d'autant plus important que l'exigence du patient se fait de plus en plus ressentir.

Les prescriptions à la demande du patient, non justifiées médicalement sont également citées comme un inconvénient de la médecine générale dans la thèse de Navarro (15) : « *Des médicaments de complaisance ou des produits non indiqués dans la pathologie présentée comme les antibiotiques peuvent être prescrit dans un banal rhume par exemple* ». Cette pratique est décrite comme la conséquence de la concurrence qui existe entre les médecins généralistes, les obligeant « *à séduire leurs patients en répondant à toutes leurs demandes* ».

Cette pratique choque l'étudiant car est souvent en désaccord complet avec ce qui est enseigné à la faculté.

Cet aspect commercial de la relation médecin-patient n'a pas été recherché dans notre étude mais semble avoir été peu retranscrit.

5.1.4.2 **Visites à domicile**

Cet aspect de la MG non décrit dans la définition de la WONCA n'a pas été évalué.

La MG reste la seule spécialité où le médecin se déplace chez ses patients, les étudiants imaginent dans la thèse de Renoux (16) que « *la relation médecin-malade est vraiment différente dans ce contexte* ». Ils ont envie de découvrir cet aspect particulier, de « *voir le patient dans son environnement, son entourage* ».

Ils ont vécu ces visites à domicile (VAD) comme un moment privilégié dans la relation médecin patient : « *En visite, je trouve qu'on voit vraiment le côté humain, enfin le côté relationnel du médecin généraliste* ». Ils expriment ainsi le souhait de découvrir la médecine générale dans sa globalité.

Les VAD sont également perçues comme des éléments positifs dans plus de 50% des rapports dans la thèse de Navarro (15).

Une étudiante (15), par contre, décrit les VAD comme « *déprimantes* », en révélant la misère des patients, invisible à l'hôpital. Mais elles permettraient du coup d'« *adapter la démarche décisionnelle* ».

D'après d'autres études les étudiants **perçoivent bien** la nécessité de VAD dans l'activité du MG. Lors du stage chez le médecin généraliste, l'étudiant a la possibilité de faire des visites à domicile et pourtant cette particularité transparaît peu dans les récits après coup.

5.1.4.3 **Démarche clinique**

La définition du CNGE décrit les différentes étapes d'une consultation et la démarche diagnostique.

La rédaction des récits laisse transparaître **la perception** et l'application de ces aspects par les étudiants mais elles n'ont pas fait l'objet de notre étude.

Dans la thèse de Renoux (16), un étudiant mentionne le fait que la consultation était gérée autour d'un « *interrogatoire rapide et efficace* », exercice qui leur semblait « *difficile* ». Il est suivi d'un examen clinique « *ciblé* », « *adapté* » ou « *éclair* ». L'étudiant regrette également l'absence d'explication, de formation et de documentation et à la particularité de cette PEC.

5.1.4.4 **Gestes techniques et hygiène au cabinet**

Les caractéristiques de la WONCA ne décrivent pas ces aspects de la MG, elles n'ont donc pas été recherchées dans notre étude.

La réalisation de gestes techniques est par contre évoquée dans 58 % des rapports dans la thèse de Navarro (15). Ils apprécient la possibilité de réaliser des gestes à visée diagnostique ou thérapeutique au cabinet.

Dans la thèse d'Elodie Cattin (19) 4/182 étudiants disent avoir découvert la petite chirurgie.

Un seul des quatre groupes d'étudiants interrogé dans la thèse de Renoux (16) a abordé la notion d'hygiène dans les cabinets médicaux. Pour eux, le lavage des mains n'était pas systématique mais il ne leur semblait « *pas forcément justifié* » et les médecins savaient « *s'adapter* » à chaque situation.

Ces deux notions semblent **peu perçues** par l'ensemble des étudiants.

5.1.4.5 ***Gestion des demandes urgentes et trousse d'urgence***

La demande de disponibilité plus ou moins immédiate, en temps et en lieu, comme par exemple l'exigence de consultation en urgence, n'est pas décrite par la WONCA et n'a donc pas été recherchée dans les récits.

Ces notions sont **peu retranscrites** dans les études et pourtant les MGⁱ prennent en charge une part considérable des soins urgents ou non programmés, répondant de ce fait à une demande spécifique de soins. Une étude réalisée en 2004 (31), estime effectivement à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la Médecine Générale de ville, soit 12% des consultations ou visites des généralistes pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages.

La notion et la confection d'une trousse d'urgence, évoquée dans la définition de la MG par le CNGE, n'a pas été recherchée dans notre étude, elle reste **peu évoquée** dans les récits et serait peut être peu transmise aux étudiants à ce stade de leurs études.

5.1.4.6 ***Gestion du temps de consultation***

La « nécessité de gérer les besoins du patient en un temps donné » n'a pas été évaluée dans notre étude.

Une enquête de la DREES (32) réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux retrouve une durée moyenne de consultations et de visites de 16 minutes.

Dans la thèse de Favelle Brousse (27), les étudiants ont appris une démarche décisionnelle, plus adaptée au temps de la consultation (15 à 20 minutes) et à la population soignée (prévalences spécifiques des pathologies). Ainsi, les étudiants, après leur stage, semblent avoir intégré le facteur « temps » comme un élément essentiel à leur raisonnement.

D'autres étudiants (16) ont été « *impressionnés* » par l'aptitude de leurs MDS à gérer les consultations dans leur durée. Cette gestion spécifique du temps les surprend car n'existe pas à l'hôpital.

Certains (15) soulignent la difficulté du changement d'une consultation à la suivante ce qui demande une grande disponibilité.

Cette notion paraît donc dans l'ensemble **assez bien perçue par les étudiants**.

5.1.4.7 ***Autoévaluation et représentation de la profession***

L'« autoévaluation de sa pratique » est une notion peu abordée dans les études précédemment citées. Elle semble **peu perçue** par les étudiants en général.

La représentation de la profession comme par exemple le syndicalisme n'a pas été étudiée, elle semble également peu perçue par les étudiants.

Ces notions sont **difficiles à retranscrire** dans le contexte d'un récit concernant une situation de soin d'un patient. Elles ne sont pas évoquées par les étudiants dans les récits.

Ces notions sont également peu retranscrites dans d'autres études laissant plus de liberté d'expression à l'étudiant : le syndicalisme est par exemple évoqué dans seulement 10% des rapports de l'étude de Navarro (15).

5.1.4.8 ***En résumé***

Ces différentes notions de la MG, non décrites dans la définition de la WONCA n'ont pas été évaluées dans notre étude.

D'autres études montrent que certaines d'entre elles sont en général bien perçues par les étudiants tels que le clientélisme, les VAD, la particularité de la démarche clinique, la gestion du temps de consultation.

L'autoévaluation, la représentation de la profession, la gestion des demandes urgentes et la trousse d'urgence, les gestes techniques et l'hygiène au cabinet sont des notions par contre peu abordées par les étudiants. Ils gagneraient donc à y être davantage sensibilisés.

5.1.5 Synthèse

L'ensemble de l'évaluation des récits montre que **l'étudiant perçoit la MG** de la façon suivante :

La MG assure une prise en charge centrée sur l'individu dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires, et le suivi du patient. La relation médecin-patient est basée sur une grande disponibilité. Cette relation construite sur la durée a souvent un bienfait thérapeutique. La communication entre le médecin et son patient peut être empathique, rassurante, négociatrice, directive ou explicative. Il respecte l'autonomie de son patient. Le MG*i* assure le premier contact avec le patient. Les pathologies rencontrées sont très diversifiées. Elles sont le plus souvent pneumologiques, ostéo-articulaires, digestives, cardiologiques. Le médecin généraliste coordonne les soins avec les spécialistes : en particulier avec les cardiologues, gastro-entérologues, rhumatologues, et pneumologues et ce de façon adaptée. Il a parfois un rôle de défenseur du patient. Il prescrit fréquemment des actes de biologie et de radiologie et collabore souvent avec les infirmières et les kinésithérapeutes. Il gère de nombreuses urgences. La MG assure également des missions d'éducation, (responsabilisation), de prévention, et de dépistage. Pour une prise en charge de qualité, le MG*i* utilise des référentiels.

L'étudiant nécessite d'être **davantage sensibilisé** aux notions suivantes, ces notions sont peu retranscrites :

La démarche décisionnelle spécifique selon l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires, l'incertitude qui est lié à une intervention qui s'effectue, le plus souvent, à un stade précoce de la maladie, la hiérarchisation des soins, l'approche communautaire et la gestion des dépenses de santé, le dossier médical, le premier contact, les consultations gynécologiques, la coordination avec les psychologues, podologues, diététiciennes, assistantes sociales, la PDS, la qualité des soins et la performance, les soins palliatifs et les notions d'éthiques ou d'aspect médico-légal.

Le récit **n'est pas favorable** (raisons évoquées dans le chapitre 5.2) à la retranscription des notions suivantes : les motifs de consultation psychologique, social et infectieuse banale, les motifs de consultation pour des problèmes de santé chroniques en générale, le rôle de défenseur du patient.

Le **récit ne permet pas** l'évocation des notions suivantes :

Le consumérisme, la gestion du cabinet, la FMC, l'équilibre vie privée-vie professionnelle, les conditions de travail, la gestion des émotions et l'importance de la personnalité du médecin.

De même la **définition de la WONCA** ne permet pas l'analyse des notions suivantes:

La gestion du temps de consultation, le clientélisme, la gestion des demandes urgentes, les visites à domiciles, la confection d'une trousse d'urgence, la démarche clinique, les gestes techniques, l'hygiène, l'autoévaluation et la représentation de la profession.

D'autres travaux montrent que parmi toutes ces notions qui n'ont pas pu être évaluées dans notre étude, certaines sont généralement peu perçues par les étudiants ; l'autoévaluation, la représentation de la profession, la gestion des demandes urgentes et la trousse d'urgence, les gestes techniques et l'hygiène au cabinet sont effectivement des notions peu abordées par les étudiants. Ils gagneraient donc à y être davantage sensibilisés. La sensibilisation à la gestion du cabinet pourrait également encore être améliorée.

Par contre le consumérisme, le clientélisme, la FMC, l'équilibre vie privée-vie professionnelle, et les conditions de travail semblent être des notions bien perçues par les étudiants.

La perception par les étudiants de certaines notions de la MG au cours de ce stage peut être améliorée. Nous développerons entre autres dans le chapitre 5.3 certains concepts pédagogiques permettant d'améliorer la transmission de connaissances dans le contexte d'un stage en milieu ambulatoire.

Par ailleurs la perception de la MG qui ressort de notre étude est également influencée en partie par les caractéristiques de notre étude. **Ces facteurs inhérents à l'étude sont développés dans le chapitre suivant.**

5.2 Forces et faiblesses de ce travail

5.2.1 Forces

5.2.1.1 *Liées au travail en lui-même*

L'intérêt du stage chez le médecin généraliste et de notre thèse est de permettre à l'étudiant de **découvrir** la MG dans les meilleures conditions possibles.

Une étude (33) a mis en évidence que la MG était source d'appréhension car peu connue et peu enseignée aux étudiants, elle était donc peu attractive et choisie quasi systématiquement en dernier lors des choix ECN. Le stage et notre étude qui a pour but d'aider les étudiants à percevoir toutes les caractéristiques de la MG permettrait donc d'augmenter **l'attractivité** de la MG et à plus long terme de lutter contre la **pénurie** de médecin généraliste.

Par ailleurs, une autre étude (34) confirme que la simple présence de MG sur un territoire entraîne une diminution du taux de mortalité et une meilleure efficacité des soins secondaires et tertiaires. Notre étude participerait donc en augmentant l'attractivité de la MG, à améliorer à long terme la **qualité des soins** à tous les niveaux.

Le sujet de notre thèse porte sur l'évaluation du stage chez le MG. Il permet de faire le point sur la transmission des caractéristiques de la MG lors de ce stage. Les résultats obtenus vont pouvoir être utilisés afin d'assurer un « feed back » auprès des MDS et d'**optimiser la pédagogie** au cours de ce stage. Or la littérature internationale (35) a également démontré que les systèmes de santé avec des médecins généralistes qui ont un niveau de formation élevé, fournissent des soins plus efficaces et plus efficaces. A travers une formation de qualité, le stage participe donc à **revaloriser** la MG et à **améliorer la qualité** des soins.

D'autres travaux (36) (37) concernant le stage chez le praticien au deuxième cycle ont été réalisés ces dernières années dans plusieurs villes françaises.

Ces travaux convergent vers le même bilan : le stage chez le praticien est bien accueilli par les étudiants et semble avoir un impact positif sur la vision qu'ils ont de la MG. Leurs attentes et l'influence de ce stage sur leur projet professionnel a également fait l'objet d'autres thèses (38) (39). Il nous semblait plus important d'explorer, non plus l'impact et l'intérêt porté à ce stage, mais l'efficacité de celui-ci sur la découverte des caractéristiques de la MG. Ce travail est donc **innovant** par son sujet.

5.2.1.2 *Liées à l'évaluation par un récit*

Notre travail de recherche est donc innovant par son sujet mais aussi par la méthode employée.

L'évaluation des transmissions des caractéristiques de la MG est basée sur l'analyse de récits. Aucune autre thèse basée sur l'analyse de récit n'a été retrouvée dans la littérature. Le plus souvent il s'agit de mémoire ou de rapport de stage comme dans la thèse de Navarro (15) par exemple.

Le récit par certains côtés est un bon outil d'évaluation, basé sur des situations authentiques laissées au choix de l'étudiant. Le travail de thèse de Bour (18) réalisée à Nancy évalue entre autre les acquisitions de l'étudiant lors de son stage. Mais cette évaluation à partir de questions fermées avait l'inconvénient d'**influencer** les réponses des étudiants, ce qui n'est pas le cas lors de l'analyse à partir d'un récit.

Notre travail a par ailleurs l'avantage d'être basé sur un support concret ; la perception des caractéristiques de la MG par l'étudiant est analysée à partir de leur récit. Cette méthode ne laisse aucune place à la **subjectivité** de l'étudiant qui peut exister dans des études basées sur l'autoévaluation. Dans la thèse de Bour (18) l'étudiant estime avoir par exemple perçu « la particularité de la démarche décisionnelle », mais est-ce vraiment le cas ? Et serait-il capable de la mettre en application ?

Notre étude basée sur l'analyse d'un récit à partir d'une grille d'observation laisse peu de place à des **biais d'interprétation**. L'étude par focus groupe telle que celle réalisée par Renoux (16) consiste en un recueil des propos des étudiants, elle a davantage l'inconvénient d'être biaisés par de mauvaises interprétations.

Le stage est obligatoire pour tous les étudiants, chaque récit est analysé. Il n'y a donc aucun **biais de sélection**, contrairement à la rédaction de questionnaires qui pourrait sélectionner seulement les étudiants fortement intéressés par la MG.

Par ailleurs, les récits au nombre de 290, permettent un recueil important de données et donc une meilleure **représentativité** des résultats, contrairement aux groupes focaux qui par exemple dans la thèse de Renoux (16) ne collectent l'avis que de 29 étudiants seulement.

Nous remarquons que l'évaluation par un cas clinique avant et après stage s'est révélée peu fructueuse dans la thèse de Favelle Brousse (27) à Tours en 2010. La rédaction d'un même cas clinique imposé avant et après stage est perçue comme un mode d'évaluation trop répétitif, scolaire et **ennuyeux** pour certains étudiants. Sa rédaction a été parfois négligée. Notre évaluation laisse à l'étudiant le choix du récit qu'il désire rédiger et n'a donc pas cet inconvénient.

Par ailleurs, le récit permet de mettre en évidence la diversité des situations de soins rencontrées par les étudiants, ce qui n'est pas le cas d'un cas clinique imposé.

Le récit guidé par des canevas incite l'étudiant à retranscrire le maximum de caractéristiques. Comparé à l'évaluation par un cas clinique imposé, l'évaluation par un récit **potentialise** donc la retranscription des acquisitions de l'étudiant.

5.2.1.3 *Liées à l'utilisation de la définition de la WONCA*

La définition de la MG par la WONCA est utilisée comme texte de référence et permet l'analyse des récits. Cette définition est reconnue universellement et permet donc la **comparaison** des résultats à ceux d'autres thèses.

C'est une définition adaptée à un travail de recherche. Sa description est **simple** et **détaillée** sous forme de douze caractéristiques entre autre, elle permet une analyse guidée, simplifiée et précise des récits permettant par exemple la recherche de notions telles que le dépistage ou « le rôle de défenseur du patient ».

La définition de la WONCA étant très complète, elle permet une analyse plus **performante** qu'avec d'autres définitions. Par exemple les critères CNGE n'ont pas permis une analyse exhaustive des transmissions des caractéristiques de la MG en particulier au niveau de la démarche décisionnelle dans la thèse de Navarro (15).

L'analyse des récits des étudiants permet une approche objective de la transmission des caractéristiques de la MG. Cette approche permet une **quantification** à partir d'un grand nombre de sources, ce qui n'est pas possible par des méthodes qualitatives plus exploratoires telles que les groupes focaux. Une comparaison avec des données chiffrées est donc plus facile.

La définition de la Wonca est tenue régulièrement à jour. Elle permet une analyse adaptée au contexte actuelle de la MG. L'exigence du patient se fait par exemple de plus en plus ressentir en MG, la version actualisée de la Wonca aborde alors la notion de "consommérisme" et de "respect de l'autonomie du patient" et permet ainsi leur analyse dans les récits.

5.2.2 Limites

Ce travail comporte plusieurs limites inhérentes pour certaines à la méthodologie utilisée et pour d'autres au travail lui-même.

5.2.2.1 *Liées au travail en lui-même*

Ce travail d'évaluation se limite à la transmission des caractéristiques de la MG. Les **connaissances médicales** et la qualité de **l'approche clinique** acquises lors de ce stage ne sont pas évaluées. Effectivement ce stage permet probablement de nombreuses acquisitions pratiques : approche des pathologies fréquentes, examen clinique, stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Mais notre thèse ne permet pas d'évaluer ces acquisitions.

Notre étude évalue la perception des caractéristiques de la MG par les étudiants, la compétence c'est-à-dire la capacité à mettre en œuvre ces caractéristiques n'est pas évaluée. Ainsi l'étudiant est conscient de la nécessité d'une approche psychologique du patient mais est-il en **capacité** de la mettre en œuvre ? Il perçoit la nécessité de prendre en compte l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires, mais serait-il capable de mettre en application cette démarche décisionnelle ?

Notre étude va probablement permettre grâce à un feedback auprès des MDS d'améliorer indirectement les performances des étudiants. Cependant il aurait été également bénéfique d'utiliser le récit comme support de formation et d'améliorer ainsi directement les capacités de l'étudiant. Cette technique qui consiste à enchâsser **l'évaluation dans la formation** de l'étudiant est un principe pédagogique reconnu que nous développerons dans le chapitre 5.3.

Il aurait été également intéressant d'étudier les **moyens pédagogiques** mis en œuvre pour assurer la transmission de ces caractéristiques.

5.2.2.2 *Liées à l'évaluation par un récit*

Le récit présente des limites dans l'évaluation des acquisitions car il n'est demandé le récit que **d'une seule** consultation sur l'ensemble de celles que l'étudiant a rencontré au cours de son stage. Ce qui est relaté ne correspond sans doute qu'à une petite partie de ce qui est transmis. La perception des caractéristiques de la MG, tiré de ce récit ne représente donc que la partie émergée de « l'iceberg de leur connaissance ».

Par ailleurs le récit n'est pas propice à la **retranscription** de certaines notions telles que la gestion du cabinet, les conditions d'exercice, la FMC par exemple. Toutes les caractéristiques de la MG ne peuvent pas être évaluées simplement par un récit.

De plus le choix lui est laissé, et son expérience hospitalière antérieure influence le type de consultation qu'il **estime utile** de relater. La perception des caractéristiques s'en retrouve biaisée. Par exemple il ne privilégiera pas le récit de virose, de problèmes psychologiques ou sociaux. Il préférera retranscrire des pathologies aiguës plutôt que chroniques. Des pathologies complexes attireront plus son attention et leur récit conduit à une surreprésentation de certaines notions telles que la coordination avec les spécialistes, l'urgence ou l'hospitalisation.

Le récit sert d'évaluation de stage, un biais **lié à la performance** peut donc intervenir. L'étudiant choisira par exemple de retranscrire une situation dans laquelle il se sent à l'aise. Il évitera sans doute les situations d'incertitude ou de conflit. Les notions d'« incertitude », de « négociation » de « rôle défenseur » du patient sont donc probablement sous évaluées.

D'un autre coté cette évaluation n'a pas d'impact réel sur leur **validation**. La rédaction de ce récit ne compte pas pour leurs examens. Certains étudiants n'ont pas adhéré à la notion de récit malgré les recommandations. Le récit est perçu alors comme un cas clinique et les six questions du canevas ne sont pas respectés. Sa rédaction est négligée.

L'absence de communication autour de la rédaction du récit ou d'éventuelles corrections ou discussion en petits groupes d'étudiants ne permet pas aux étudiants **d'être stimulés** à améliorer leurs performances dans la rédaction du récit.

L'inconvénient de cette méthode est de ne pas recueillir les éléments d'**explications** des résultats observés. L'étude par focus groupe de Renoux (16) met par exemple en évidence le fait que l'étudiant perçoit beaucoup certaines caractéristiques telles que l'importance de la coordination avec l'hôpital ou encore la relation particulière médecin-patient parce que celles-ci sont à l'opposé de ce qu'il a l'habitude de voir en milieu hospitalier. Notre travail est descriptif, il ne met pas évidence les causes possibles des faiblesses d'acquisition. La comparaison des résultats permet tout de même de dégager des **explications et des améliorations possibles que nous détaillerons dans le chapitre 5.3.**

Le **canevas** peut être à l'origine d'un biais, car influence en partie le récit de l'étudiant. Par exemple, la question suivante du canevas : « *Quel est le contexte (antécédents, évènement de vie, personnalité du patient) ?* » influence l'évocation des circonstances et évènements de vie et donc la perception de l'approche centrée sur l'individu.

Le récit ne recueille pas l'avis de l'étudiant au sujet des caractéristiques. Il peut être intéressant de prendre en compte **le ressenti** de l'étudiant concernant leur découverte de la MG. Le rapport de stage utilisé comme évaluation dans la thèse de Navarro (15) permet par exemple le recueil de l'avis des étudiants : ils sont 17% à reconnaître leur « *peur* » d'être nuls et parmi eux 7% se disent rassurés par la découverte de la FMC qui leur permettrait de pallier aux lacunes qu'ils ressentent dans leur formation à la MG. Certains étudiants (15) sont « *désemparés* » par le fait de ne pas réaliser de façon systématique des examens paracliniques alors que d'autres "*apprécient*" le fait de s'en passer. La description de ces appréhensions et de ce vécu est intéressante à prendre en compte pour adapter au mieux les apprentissages.

Le MDS pourrait par exemple adapter sa pédagogie et intervenir en fournissant les outils adéquats pour rassurer l'étudiant devant la polyvalence que nécessite la MG, ou l'incertitude inéluctable de sa pratique. Le canevas du récit pourrait servir à interroger l'étudiant sur son ressenti.

La **progression** de la perception de la MG par l'étudiant n'est pas évaluée dans cette étude. Les études de Bour ou de Cattin (18) (19) permettent de faire un état des lieux avant et après stage. On peut ainsi remarquer que la « perception des caractéristiques » n'est pas forcément synonyme de « transmission grâce au stage » car certaines caractéristiques comme le suivi ou la prise en charge globale sont perçues d'emblée. Une évaluation basée sur un récit **au début et à la fin** du stage permettrait d'évaluer la progression des étudiants.

D'un autre côté, certaines caractéristiques retranscrites ne sont pas forcément perçues comme le « premier contact » par exemple.

5.2.2.3 ***Liées à l'utilisation de la définition de la WONCA***

Certaines caractéristiques de la MG ne sont pas décrites dans la Wonca telles que la gestion des demandes urgentes par exemple ou la réalisation de VAD. Ces notions s'avèrent être peu retranscrites après coup. Il existe donc une légère perte de données, par manque de lignes d'analyse correspondantes

En outre, la recherche des caractéristiques de la MG, dans les 290 récits, grâce à la grille d'observation réalisée à partir de la définition de la Wonca, a pu comporter des erreurs ou des oublis.

Notre étude n'a pas pu évaluer les méthodes pédagogiques mises en œuvre lors de ce stage, ni les conditions réunies pour favoriser les acquisitions. Celles ci ont pourtant probablement joué un rôle important dans les acquisitions des étudiants et sont probablement en cause dans les forces et faiblesses de nos résultats. Nous allons les aborder dans le chapitre suivant.

5.3 Facteurs pouvant influencer les acquisitions. Perspectives d'amélioration.

5.3.1 Déroulement pratique du stage

Le **moment** du cursus au cours duquel le stage est proposé, la **durée de stage**, le **lieu de stage** et le **nombre de MDS accueillant l'étudiant** sont des **éléments pouvant** jouer sur la qualité des acquisitions.

Des études (19) (16) montrent que le meilleur moment pour réaliser ce stage serait en DCEM 3 car les connaissances sont plus importantes qu'en DCEM 2 et la disponibilité meilleure qu'en DCEM 4. La durée idéale de stage serait de 3 mois à mi-temps ou 6 semaines à temps complet. Par ailleurs le stage en milieu rural favoriserait l'envie de faire cette spécialité car faciliterait l'exercice d'« une médecine de famille » et ferait davantage découvrir **l'activité de pédiatrie** (13). Les étudiants (19) évoquent également les avantages qu'ils requièrent lorsqu'ils bénéficient de l'accueil de **plusieurs maîtres de stage** et donc de différents types d'exercice.

A Nancy le stage est proposé en DCEM 3 (et DCEM2 depuis 2011) et dure six semaines comme les autres stages d'externes, mais sa durée effective correspond à 100h de travail clinique, en économisant le temps « administratif » du travail d'externe en milieu hospitalier. Par contre les étudiants ne bénéficient que d'un seul lieu de stage.

Il pourrait être intéressant d'exploiter les pistes d'amélioration proposées par les étudiants et proposer dans la mesure du possible au moins deux lieux d'exercice dont un rural, ce qui aurait l'avantage de montrer deux types d'exercice avec des praticiens différents. Cette mesure a ses limites car une rotation trop rapide sur le lieu de stage risque de rebuter les MDS et un stage trop bref ne favorisera pas l'apprentissage en profondeur de l'organisation du cabinet. Par ailleurs le nombre croissant des étudiants en médecine ne facilite pas cette mesure.

Durant le stage on pourrait également favoriser la découverte des activités de pédiatrie et gynécologie qui favorisent l'envie de faire de la MG.

Nous avons vu précédemment que les freins à cette amélioration étaient en partie financiers. Il faudrait poursuivre la rémunération des maîtres de stage, leur formation, indemniser les étudiants pour les longs trajets et faciliter la possibilité de logement pour une meilleure accessibilité. En pratique les étudiants ont pu bénéficier de ce stage grâce à un hébergement chez des proches et une réduction des coûts de transport par des subventions du conseil régional.

5.3.2 Cursus hospitalier et projet professionnel de l'étudiant

Avant ce stage ambulatoire, les étudiants n'ont réalisé que des stages hospitaliers, or le travail en milieu hospitalier s'oppose en de nombreux points à l'exercice libéral. L'étudiant se retrouve un peu désarmé devant l'exercice de la MG.

Par ailleurs une étude (16) montre que les étudiants ayant comme projet professionnel la MG, sont les plus motivés et les mieux disposés à développer les qualités requises en MG, ils ont progressé plus rapidement dans leurs acquisitions.

Ces deux aspects peuvent expliquer en partie la faiblesse d'acquisition de certaines caractéristiques.

5.3.3 Maître de stage et Formation pédagogique

La vision qu'ont les MDS, eux-mêmes, des caractéristiques de la MG influence certainement la transmission de celles-ci auprès des étudiants. Une étude réalisée par Aniel Thibaut (40) à Lyon auprès de MG_i a consisté à réaliser des entretiens semi-dirigés de 10 médecins généralistes installés. Chaque médecin interrogé a évoqué au moins six des onze caractéristiques de la WONCA, avec un maximum de 9 et une moyenne de 7, ce qui correspond aux résultats de notre étude. La notion de premier recours est évoquée par tous les médecins. Les 5 premières caractéristiques décrites par la WONCA 2002 sont partagées par quasiment tous les médecins interrogés (premier recours, coordination, relation, approche globale, suivi). Le MG_i est souvent attiré en médecine par un goût pour le contact humain. On peut donc penser que ces caractéristiques seront donc davantage transmises.

A Nancy les MDS ont accepté très rapidement cette nouvelle charge pédagogique que représente la PEC d'un étudiant en cinquième année pendant six semaines au sein de leur cabinet. Nous les en remercions.

Il pourrait être bénéfique d'approfondir les formations suivies par le MDS, selon leur disponibilité, dans le but d'améliorer la qualité de l'enseignement dispensé en stage. Les MDS pourraient également se rencontrer pour échanger autour de leurs difficultés et partager leur expérience.

5.3.4 Position d'observation

Au cours du stage chez le MGi en 2ème cycle, l'étudiant a essentiellement une place d'observateur.

La position d'observation dans laquelle se trouve l'étudiant lors de son stage lui permet de découvrir une grande partie des caractéristiques de la MG mais ne le sensibilise peut être pas assez à la difficulté de l'exercice. Il faudrait diminuer la passivité de l'étudiant lors des consultations et inciter une **attitude réflexive** lui permettant par exemple de mettre en évidence certaines particularités de la MG telle que la prise de décision selon l'incidence et la prévalence des maladies en soins primaires par exemple.

Pour améliorer la transmission des caractéristiques de la MG, il serait donc bénéfique de stimuler intellectuellement l'étudiant en se basant sur ses objectifs de stage.

5.3.1 Relation Etudiant – Maître de stage

Les conditions pratiques de la relation entre l'omnipraticien expérimenté et le jeune stagiaire, novice en MG, mérite d'être abordé car c'est directement en fonction de ce cadre matériel et relationnel que peut s'opérer la transmission.

Une enquête sociologique qualitative a été réalisée auprès de stagiaires et de MDS par Géraldine Bloy (41) sur la transmission des savoirs professionnels en MG :

Le concept de « **discussion explicative** » pourrait s'appliquer aux étudiants en cinquième année. Cette activité permettaient au MDS et à l'étudiant de s'entretenir au sujet d'un cas clinique vu ensemble au cabinet (en dehors de la présence du patient), d'échanger leur point de vue, leur questionnement et d'ainsi de stimuler la réflexion autour des caractéristiques de la MG.

L'accès des étudiants à cette particularité pédagogique pourrait permettre de potentialiser leurs acquisitions.

5.3.2 Relation triangulaire avec le patient

L'étudiant en cinquième année a un rôle passif et observateur lors de son stage chez le MGi.

Il est nécessaire qu'il soit présenté au patient comme un jeune confrère respectant le secret médical (42).

Dans cette relation triangulaire intervient également la configuration de l'espace ou même du mobilier, celle-ci est laissée à l'initiative et au bon sens des praticiens.

Dans ces conditions l'apprentissage pourra s'initier.

5.3.3 Proposition d'objectifs de stage aux étudiants et aux MDS

Le fait de définir et de suivre des objectifs peut être déterminant dans la réussite de l'apprentissage.

Les objectifs de stage permettraient à l'étudiant de mettre en place un **apprentissage autodirigé** (42).

Mis à la connaissance des MDS, ces objectifs pourraient être **réévalués** régulièrement, selon un rythme à déterminer entre MDS et stagiaire.

C'est dans cette optique qu'est proposé à Nancy à l'externe et à son maître de stage de choisir 3 à 4 objectifs dans une liste ouverte comprenant des objectifs de comportement (savoir accueillir un patient, faire la synthèse des plaintes, expliquer un traitement...) et des objectifs techniques (examiner les tympans, examiner une épaule..) et d'en évaluer l'acquisition à mi-stage et en fin de stage.

5.3.4 Supports pédagogiques

L'utilisation de supports pédagogiques devrait permettre à l'étudiant d'être encadré, de bénéficier d'une supervision et d'une évaluation accompagnée d'un **feed-back régulier** de son apprentissage. Les supports pédagogiques pourraient ainsi motiver la progression des étudiants dans l'acquisition des caractéristiques de la MG (43).

Grâce à la volonté des DUMG divers outils pédagogiques se développent sous forme de référentiel (44). Le contenu du référentiel est en adéquation avec la spécialité de MG.

Il permet de motiver les étudiants en fixant des **objectifs d'apprentissage clairs**. Ainsi il permet de faire progresser les étudiants et met en évidence ce progrès. Il potentialise la position d'observateur.

Il permet également aux MDS de **s'investir** davantage dans la formation des étudiants. Le référentiel permet au MDS de réfléchir à sa pratique et de l'argumenter. Il développe ainsi une pratique réflexive. Il permet donc également une **auto-formation** des MDS.

Exemples de supports pédagogiques : (44)

- La grille d'observation du CNGE est un document qui permet d'évaluer les performances cognitives, gestuelles et comportementales. Son intérêt est d'essayer de quantifier la progression de l'étudiant et de focaliser les efforts sur des points précis. Le référentiel permet aux stagiaires de progresser plus vite car il l'aide à prendre conscience et à analyser les différents aspects de la démarche généraliste (annexe 19 et 20).

Des fiches décrivant les 11 caractéristiques de la MG pourraient être proposées. L'étudiant et le MDS pourrait s'entretenir chaque jour au sujet d'une caractéristique en cherchant des illustrations dans les consultations du jour, et cela de façon régulière tout au long du stage, en fin de journée par exemple. Ce support aurait l'avantage d'être simple et facilement utilisable. La réflexion pourrait s'initier autour des caractéristiques les plus accessibles pour finir par les caractéristiques les plus difficilement perçues par les étudiants.

5.3.5 Méthode d'évaluation

Afin de proposer un apprentissage de qualité, nous avons vu qu'il est nécessaire de définir des objectifs à suivre, ceux-ci étant basés sur les définitions des caractéristiques de la MG. Des conditions propices à un apprentissage doivent également être réunies. L'évaluation doit aussi répondre à certains concepts afin d'être la plus efficace possible :

L' « évaluation formative » est un concept qui permet à l'étudiant et à l'enseignant d' « *ajuster et d'optimiser respectivement leur stratégie d'apprentissage et leurs interventions pédagogiques* » (45). Une évaluation répétitive ou continue semble plus appropriée qu'une évaluation ponctuelle et finale. « *L'étudiant peut ainsi progresser et l'évaluation accompagne cette progression. Pour cela les outils d'aide à l'évaluation doivent être simples, facilement maniables, et avoir un mode d'emploi peu contraignant* »(45).

Dans notre étude, la rédaction d'un récit seulement en fin de stage, n'a pas l'avantage de favoriser l'interaction entre étudiants et enseignants tout au long du stage, elle n'intervient pas directement dans la formation de l'étudiant.

Elle va permettre par contre d'optimiser la transmission des caractéristiques de la MG, de façon indirecte grâce à un retour de l'analyse de ces évaluations auprès des MDS et à un ajustement de la pédagogie.

On pourrait également envisager les méthodes suivantes :

Un récit pourrait être rédigé à **mi-stage** et servir de support pour stimuler la communication entre MDS et étudiants et ajuster certains apprentissages. Il constituerait de surcroit un entraînement à la rédaction du récit. Les commentaires des MDS pourraient participer à une meilleure compréhension du concept du récit et à une amélioration de la qualité de ceux-ci, il éviterait la confusion que certains étudiants ont pu faire entre un récit et un cas clinique.

Nous avons vu également que cette méthode d'évaluation ne permet pas d'analyser la transmission de toutes les caractéristiques de la MG. Pour que l'évaluation soit la plus complète possible il serait plus favorable de **combiner** plusieurs types d'évaluation : un **rapport de stage** pourrait par exemple être proposé à l'étudiant et favoriserait l'évocation de notions difficilement retranscriptibles dans les récits (conditions d'exercice, FMC...), des **fiches d'évaluation** pédagogiques des MDS par les étudiants et vice-versa pourraient apporter des informations intéressantes sur le ressenti et sur la pédagogie. Cependant trop d'évaluations pourraient nuire à la qualité de celles-ci.

La rédaction d'un récit à mi-stage et fin de stage, l'évaluation régulière autour d'un support pédagogique basée sur les 11 caractéristiques de la MG semblent être un bon compromis.

5.3.6 En Résumé

Pour améliorer les connaissances dans les domaines spécifiques de la MG et s'assurer qu'elles sont acquises par l'ensemble des étudiants en cinquième année, on pourrait proposer aux étudiants d'expérimenter des modes d'activités différents, perfectionner l'encadrement en formant plus spécifiquement les maîtres de stage, proposer aux étudiants des objectifs de stage et l'utilisation d'outils pédagogiques, potentialiser la position d'apprentissage et utiliser le principe d'évaluation formative.

6 CONCLUSION

Toutes les facultés s'interrogent et travaillent pour permettre aux étudiants d'accéder à la meilleure formation possible. C'est dans cet objectif que ce travail a été réalisé, il a pour but d'évaluer les acquisitions des étudiants en cinquième année lors de leur stage chez le MG_i et de permettre ainsi un retour auprès des MDS afin d'optimiser la pédagogie.

6.1 Stage : un bon moyen de transmission des caractéristiques de la médecine générale.

Les récits de 290 étudiants rédigés en fin de stage ont été analysés grâce à une grille d'observation réalisée à partir des caractéristiques de la MG décrites par la WONCA. Il en ressort les points suivants :

Quatre caractéristiques décrites par la WONCA sont considérées comme acquises par les étudiants : les « soins de premier recours », la « coordination avec les autres professions de santé », le « suivi au long cours » et l'approche « centrée sur l'individu dans ses différentes dimensions ». Elles sont évoquées dans plus de 86 % des récits.

Trois autres caractéristiques de la MG sont également fréquemment perçues et présentes dans plus de 50 % des récits : « la relation médecin-patient », « l'approche holistique » et la « prévention et l'éducation ».

Par contre la transmission de ces quatre dernières caractéristiques reste à améliorer : la démarche décisionnelle particulière qui implique la prise en compte de la notion de « prévalence et d'incidence des problèmes de santé primaires », la « prise en charge à un stade précoce de la maladie » (la prise en charge en urgence est par contre plus fréquemment perçue (38%)), la gestion des soins globaux qui se caractérise par « la gestion simultanée de plusieurs motifs de santé aigus et chroniques », « l'approche communautaire ».

Le stage est donc incontestablement formateur. Il fonctionne comme une très bonne mise en situation. L'étudiant y découvre l'univers ambulatoire, il semble avoir une idée précise de la MG à l'issue de son stage.

6.2 Récit : un bon outil d'évaluation

L'analyse de l'ensemble des récits a permis d'évaluer ce que les étudiants ont pu percevoir des caractéristiques de la MG lors de leur stage. Elle a permis d'avoir un regard sur l'action des MDS et devrait permettre d'adapter indirectement la pédagogie.

Le récit a permis la retranscription de la majeure partie des caractéristiques de la MG par l'étudiant.

Il a par contre eu l'inconvénient de favoriser dans un contexte d'évaluation la retranscription de certaines notions par rapport à d'autres : le choix du récit étant laissé à l'étudiant, celui-ci a préféré relater des situations qu'il a jugées plus intéressantes d'après son expérience hospitalière. Le récit n'a d'autre part pas été favorable à l'évocation des dimensions scientifiques, comportementales et contextuelles du métier de MG.

Pour pallier à ces faiblesses, il pourrait être bénéfique de combiner plusieurs types d'évaluation. L'évaluation pourrait aussi se faire tout au long du stage et serait alors un support de formation. Les onze caractéristiques de la MG définies par la WONCA pourraient servir de supports pédagogiques à la formation et à l'évaluation.

La progression de l'étudiant pourrait aussi être mise en évidence grâce à la rédaction d'un récit à mi-stage.

6.3 Définition de la WONCA : un bon référentiel

La définition de la WONCA a permis la recherche complète et détaillée des grandes caractéristiques de la MG, elle n'a cependant pas permis l'analyse des quelques notions suivantes (décrites par le CNGE):

La gestion du temps de consultation, le clientélisme, la gestion des demandes urgentes, les visites à domiciles, la confection d'une trousse d'urgence, la démarche clinique, les gestes techniques, l'hygiène, l'autoévaluation et la représentation de la profession.

6.4 Pédagogie à poursuivre

Il serait intéressant de refaire une étude similaire dans quelques années afin d'évaluer la progression de la transmission des caractéristiques de la MG et de perpétuer la réflexion sur l'encadrement pédagogique.

Bibliographie

1. BAIL P., GIET D. *Enjeux et promesses de la formation initiale en contexte de médecine ambulatoire et de soins primaires*. Pédagogie Médicale ; 2009. 3 :157-159.
2. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études Médicales. J.O.R.F 26-03-1997
3. *Enquête sur la mise en place du stage de médecine générale de 2ème cycle dans les facultés de médecine avec le concours du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG)*. Paris 2010. Disponible sur le site :
http://www.snemg.fr/IMG/pdf/080502_SNEMG_Enquete_stage2emecycle.pdf
(Consulté le 15/01/12)
4. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. J.O.R.F 25-11-2006
5. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Disponible sur le site :
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-07/ste_20090007_0100_0109.pdf
(Consulté le 01/11/2011)
6. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). *La médecine générale*. Rapport 2004. 54p. Disponible sur le site :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000455/index.shtml>
(Consulté le 20/01/12)
7. CNGE. *Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale*. Paris : Editions scientifiques L&C ; 2010. 3 : 66-67.

8. *Charte des maitres de stage et enseignants*. Département de médecine générale de la faculté de médecine de Paris sud. 10 p. Disponible sur le site :

<http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Organis/Charte.pdf>

(Consulté le 25/01/12)

9. WONCA Europe. *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*, 2002. Disponible sur le site :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

(Consulté le 01/05/2010)

10. Groupe Certification. CNGE. *Les compétences du médecin généraliste*, 2005. Disponible sur le site :

<http://www.cnge.fr/exercer/exercer76/031.pdf>

(Consulté le 10/01/2012)

11. Collège de Médecine Générale de PARIS ÎLE-DE-FRANCE-OUEST. Compétences du médecin généraliste. Disponible sur le site

http://www.parisouest.cnge.fr/article.php3?id_article=125

(Consulté le 24/12/2011)

12. WONCA Europe. *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*, 2005. Disponible sur le site :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%202nd%20ed%202005.pdf>

(Consulté le 14 /07/2010)

13. MG France. *Le référentiel métier du médecin généraliste*. Disponible sur le site

<http://www.mgform.org/referentiel/>

(Consulté le 11/11/2011)

14. WONCA Europe. *European definition of general practice, 2011 revision*. Disponible sur le site :

<http://www.globalfamilydoctor.com/publications/woncanews/WN%20Dec%2011/WoncaNews.pdf>

(Consulté le 05/02/2010)

15. NAVARRO L. *Les raisons du choix de l'orientation de 15 étudiants lyonnais lors des ECN de 2006 : étude analytique*. Thèse de doctorat de médecine, Lyon, 2007. 162 p

16. JACQUET RENOUX C. *Stage en médecine générale en second cycle à la faculté de médecine de Tours : attentes et vécu des étudiants*. Thèse de doctorat de médecine, Tours, 2008. 261 p

17. POMEY MP., BAIL P., JOUQUAN J., et al. *Connaissances et croyances des étudiants en quatrième année des études de médecine à l'égard des pratiques professionnelles en médecine générale*. Santé publique, 1997, 2 : 207-220.

18. BOUR E. *évaluation du stage en médecine générale en deuxième cycle des études médicales à Nancy*. Thèse de doctorat de médecine, Nancy, 2010. 142 p

19. CATTIN E., FACCHINETTI S. *Stage de second cycle en Médecine Générale en Rhône-Alpes-Auvergne : impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être généraliste*. Thèse de doctorat de médecine, Grenoble1, 2010. 136 p

20. Société Française de Médecine Générale. *Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la médecine générale*. Document de recherche en médecine générale, 1998, 52 : 87 p

21. BOISGUERIN B., RAYNAUD D. *Les trajectoires de soins en 2003*, DREES, Etudes et résultats, 2006, 15 : 12 p

22. AÏACH P., DELANOË D. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas.* Economica, Coll. Sociologiques, 1998, 20 : 211-251
23. MARTIN F. *Représentations de la Médecine Générale auprès des jeunes internes de Médecine Générale Enquête auprès de 65 internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes.* Thèse de doctorat de médecine, Poitiers, 2010. 67p
24. TRANCHÉE-VERGÉ V. *De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste : Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne.* Thèse de doctorat de médecine, Poitiers, 2008. 103 p
25. MORO MR., LACHAL C. *Introduction aux psychothérapies.* Paris, Nathan Université, 1996. 128 p
26. Organisation Mondiale de la Santé. *Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/médecine de famille en Europe.* Copenhague 1998. Disponible sur le site :
<http://www.unaformec-ra.com/fichiers/aeu/aeu200607cd/DOCUMENTS/5BIBLIOGRAPHIE/BIBLIO%20Medecine%20Genenrale/MG-OMS%20Europe.pdf>
(Consulté le 25/10/11)
27. FAVELLE BROUSSE C. *Impact d'un stage en médecine générale sur la prise en charge globale d'une situation de soins chez les étudiants de deuxième cycle.* Thèse de doctorat de médecine, Tours, 2010.106 p
28. GOUYON M. *L'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville en 2007.* DREES, Sources et méthodes, 2010, 5 : 170 p
29. AMBROISE-THOMAS P. *Propositions pour améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.* Académie de médecine, rapport adopté en séance du 25

Février 2005. Disponible sur le site :

www.academie-medecine.fr/Upload/.../rapports_224_fichier_lie.rtf

(Consulté le 23/04/11)

30. Situation à forte prévalence. Disponible sur le site :

http://www.parisouest.cnge.fr/doc/Situations_forte_prevalence.pdf

(Consulté le 01/01/2012)

31. COLLET M., GOUYON M. *Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale*. DREES, Etudes et résultats, 2007, 20 : 8 p

32. BREUIL-GENIER P., GOFFETTE C. *La durée des séances des médecins généralistes*. DREES, Etudes et résultats, 2006, 15 : 8 p

33. Pestiaux D., Vanwelde C. *Devenir médecin généraliste*. Official publication of the College of Family Physicians of Canada, 2007. Disponible sur le site :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949058/>

(Consulté le 24/03/11)

34. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. (O.N.D.P.S.). *La médecine générale*. Rapport 2004. Disponible sur le site :

www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../0000.pdf

(Consulté le 22/06/11)

35. WHO-WONCA. *Making medical practice and education more relevant to people's needs : the contribution of the family doctor*. Conférence in Ontario, Canada, 1994.

Disponible sur le site :

<http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/55633.pdf>

(Consulté le 01/05/2012)

36. LE NEEL H., HONNORAT C., GROSBOIS B., et al. *Un stage en médecine générale au cours du 2eme cycle. Expérimentation à la faculté de médecine de Rennes*. Revue du Praticien, 2007, 16 : 407-409

37. LEMASSON JL. *Bilan de la mise en place du stage de 2ème cycle en médecine générale à Bordeaux 2*. Actes du congrès national du CNGE, Angers, 28 novembre 2008

38. JEBLI-LUNEAU E. *Evaluation par les étudiants de DCEM 3 du premier stage lillois en soins primaires ambulatoires*. Thèse de docteur en médecine, Lille, 2009. 93p

39. GARNIER F., BOUTON C., BELLANGER W., *Evaluation des acquis pendant le stage 2e cycle à Angers*. Actes du 9e Congrès national du CNGE, Toulouse, 27-28 novembre 2009

40. ANIEL T. *Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ?* Thèse de doctorat de médecine, Lyon 1, 2008. 146 p

41. G. BLOY. *La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien*. Revue française des affaires sociales, 2005, 1 : 103-125

42. DUMAS REAM I. *Contenu pédagogique pratique et théorique du stage de second cycle de médecine générale*. Mémoire pour le diplôme inter universitaire de pédagogie médicale, Poitiers, 2010. 31 p

43. *Les traces d'apprentissage ; Mode d'emploi*. DUMG Tours, 2012.

Disponible sur le site :

http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/LES_TRACES_D_APPRENTISSAGE_-_2012.pdf

(Consulté le 01/05/2012)

44. GHASAROSSIAN C. *Projet national de stage en médecine générale pour les étudiants du second cycle des études de médecine*. CNGE, 2007. 22 p

Disponible sur le site :

<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Stage%20D2/docadmin/projcng.pdf>

(Consulté le 08/05/2011)

45. LE MAUFF P, BAIL P, GARGOT F et al. *L'évaluation des compétences des internes de médecine générale ; Aspects théoriques réflexions pratiques*. La Revue Exercer, 2005, 73 : 63-68

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997.....	159
Annexe 2 : Définition de Leeuwenhorst.....	161
Annexe 3 : Définition de la WONCA 1991.....	162
Annexe 4 : Définition de l'OMS 1998.....	163
Annexe 5 : Définition d'Oleson.....	165
Annexe 6 : Liste des compétences en médecine générale définies par le CNGE	166
Annexe 7 : Les compétences selon le DMG de Paris Ile de France Ouest.....	168
Annexe 8 : Les activités du MG <i>i</i> décrites par MG France.....	170
Annexe 9 : Les compétences décrites par MG France.....	172
Annexe 10 : Définition de la WONCA 2002.....	173
Annexe 11 : Les onze caractéristiques essentielles de la WONCA 2002.....	174
Annexe 12 : Les compétences de la WONCA 2002 . <i>Champs d'activité et dimensions spécifiques</i>	175
Annexe 13 : Arbre de la WONCA 2011.....	176
Annexe 14 : Le récit	177
Annexe 15 : Grille d'observations.....	178
Annexe 16 : Légende de la grille d'observations.....	180
Annexe 17 : Classification de la CISP 2.....	181
Annexe 18 : Récapitulatif des principales études ayant permis la discussion.....	184
Annexe 19 : CNGE. Grille 1 de l'étudiant observateur.....	185
Annexe 20 : CNGE. Grille 2 de l'étudiant observateur.....	186

Annexe 1

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, Page 134.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997

Modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

NOR : SASH0930634A

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre de la santé et des sports, et le ministre du budget, des comptes publics, et de la fonction publique,
Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 632-1 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études Médicales ;

Vu l'arrêté du 16 mai 1997 modifié relatif à l'indemnisation des maîtres de stage exerçant leur activité en cabinet libéral conformément aux dispositions du décret n° 97-495 du 16 mai 1997 modifié, relatif aux stages pratiques des résidents auprès des praticiens généralistes agréés ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 18 mai 2009,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Conformément aux dispositions de l'article 8-II de l'arrêté du 4 mars 1997 susvisé, les étudiants, durant la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, effectuent un stage chez un ou des médecins généralistes appelés « maîtres de stage agréés », dans la limite de trois maîtres de stage par étudiant.

Article 2

Le maître de stage agréé doit exercer son activité professionnelle depuis au moins trois ans. Il est agréé pour cinq ans par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'étudiant, sur proposition du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale, après avis motivé du département de médecine générale ou de toute structure équivalente et du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Article 3

Le stage est effectué, sous la responsabilité du (des) maître(s) de stage agréé(s), en liaison avec le directeur du département de médecine générale ou de la structure équivalente, désigné par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

L'étudiant accompagne son (ses) maître(s) de stage, sous sa (leur) responsabilité, lors des visites à domicile ou lors d'interventions dans d'autres structures.

Article 4

Les **objectifs de stage** sont les suivants :

- appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire ;
- appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours ;
- appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire et la place du médecin généraliste au sein du système de santé ;
- se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale, la sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en ambulatoire : entretien avec le patient, analyse des informations recueillies, examen clinique médical, démarche diagnostique, prescription, suivi d'une mise en œuvre et coordination d'une thérapeutique ;
- se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique ;
- appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire ;
- comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire.

Annexe 1 (suite)

Article 5

Les conditions dans lesquelles l'étudiant effectue son stage sont fixées dans le cadre d'une convention. Cette convention est conforme à un modèle type annexé au présent arrêté.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale peut suspendre le stage ou y mettre fin à la demande soit du maître de stage agréé, soit de l'étudiant.

Article 6

A l'issue de chaque stage, le maître de stage agréé et l'étudiant renseignent une fiche d'évaluation.

La validation du stage est prononcée par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, sur avis motivé du ou des maîtres de stage.

Article 7

Le stage de médecine générale comporte **un minimum de six semaines à temps plein, ou trois mois à mi-temps, ou soixante demi-journées**, selon l'organisation retenue pour ce stage.

L'ensemble du stage se déroule sur une période maximale de trois mois.

Article 8

Le stage est financé sur le **budget du ministère chargé de la santé**.

Le financement couvre :

1^o Le remboursement à l'établissement d'affectation des rémunérations allouées aux étudiants, en application des dispositions prévues par la section II, chapitre III, titre V, livre I^{er}, sixième partie du code de la santé publique.

2^o Le remboursement à l'unité de formation et de recherche médicale des honoraires pédagogiques versés au maître de stage dans les conditions prévues par l'arrêté du 16 mai 1997 susvisé pour l'accueil d'un étudiant à temps plein. Ces honoraires mensuels sont calculés *prorata temporis* en fonction de la quotité d'**accueil de l'étudiant** chez le maître de stage chaque mois. Dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs maîtres de stage, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois.

3^o Le remboursement à l'unité de formation et de recherche médicale des indemnités forfaitaires versées, le cas échéant, au maître de stage exerçant une activité libérale en vue de compenser la perte de ressources professionnelles durant **la formation** qui lui est dispensée sous l'égide de l'Université. Ces indemnités forfaitaires sont égales à quinze fois la valeur de la consultation de médecin généraliste, telles qu'elles résultent de l'application des articles L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite de deux journées par maître de stage agréé.

Article 9

L'arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1977 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales est abrogé.

Article 10

Le directeur général pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé.

Fait à Paris, le 18 juin 2009.

Pour les ministres et par délégation :

*Le directeur général pour l'enseignement supérieur
et l'insertion professionnelle,*

P. HETZEL

Par empêchement de la directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins :

La chef de service,

C. D'AUTUME

Par empêchement du directeur du budget :

Le sous-directeur,

Annexe 2

DEFINITION DE LEEUWENHORST

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaitra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. »

Annexe 3

DEFINITION DE LA WONCA 1991

«Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. »

Annexe 4

DEFINITION DE L'OMS 1998

C'est une médecine :

- Générale
- Continue
- Globale
- Coordonnée
- Collaboratrice
- Orientée vers la famille
- Orientée vers la communauté

Une médecine générale car :

- il n'y a pas de sélection de problèmes de santé au niveau de la population générale
- pas d'exclusion en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de la religion, ou d'autres catégories.
- elle est d'accès facile, sans limites géographiques, culturelles, administratives ou barrières financières.

Une médecine continue :

- Centrée sur la personne
- Ce sont des soins de santé longitudinaux, non limités à un épisode de maladie

Une médecine globale :

- Axée sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, de réhabilitation et de support
- Impliquant les aspects physiques, psychologiques et sociaux
- Et les aspects cliniques, humains, et éthiques de relation médecin – patient.

Annexe 4 (suite)

Une médecine coordonnée qui :

- Gère les soins dès le premier contact.
- Renvoie vers les services spécialisés.
- Informe les patients sur les services disponibles.
- Gère et coordonne les soins.

Une médecine collaboratrice qui :

- Travaille en équipes multidisciplinaires.
- Délègue des soins quand cela est approprié.
- Assure le leadership.

Une médecine orientée vers la famille :

S'adressant aux problèmes individuels dans le contexte :

- des circonstances familiales,
- des réseaux sociaux et culturels,
- des circonstances liées à l'emploi et au lieu de vie

Une médecine orientée vers la communauté :

Considérant les problèmes individuels dans un contexte qui prend en compte :

- les besoins en soins de santé de la communauté,
- les autres professionnels et les organisations.»

Annexe 5

DEFINITION D'OLESON

« Le médecin généraliste - médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste - médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste parcourt avec des individus autonomes les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale »

Annexe 6

Liste des compétences en médecine générale définies par le CNGE

Pour exercer la spécialité, la médecine générale requiert les compétences suivantes dans **trois champs d'activité** :

- la démarche clinique,
- la communication avec les patients,
- la gestion de l'outil professionnel.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, **trois dimensions** spécifiques sont fondamentales :

- Dimension scientifique : l'approche critique basée sur la recherche des connaissances et son maintien par une formation continue visant une amélioration permanente de la qualité des soins.
- Dimension comportementale : les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- Dimension contextuelle : le contexte de la personne et du médecin, la famille, la communauté, le système de soins et la culture.

LES COMPETENCES GENERIQUES :

La gestion des soins de santé primaire dans le contexte réglementaire :

- Gérer le premier contact avec les patients.
- Prendre en charge des problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés.
- Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés : - organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés ; - accompagner et protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux.
- Respecter la loi et le code de déontologie.
- Assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles et les contraintes, tout en assumant un rôle de défenseur du patient si cela est nécessaire : - collaborer avec les partenaires médico-sociaux, - collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur, - organiser l'hospitalisation et le retour à domicile, - organiser ou faire organiser les soins lors des absences (vacances, formations, autres activités).
- Privilégier le modèle biopsychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles : - fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science ; - négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.

LES COMPETENCES DECISIONNELLES SPECIFIQUES :

1. L'aptitude à la résolution de problèmes :

- Développer un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer (intégrer) l'incertitude dans la décision
- Gérer des situations au stade précoce et indifférencié d'une part, au stade avancé voire "terminal" d'autre part.
- Prendre des décisions qui intègrent les principes de données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte (EBM).
- Intervenir dans l'urgence si nécessaire c'est-à-dire : - gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires, - répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un des patients, - constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice.
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours.

2. Les soins centrés sur la personne

- Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.
- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie : - manifester une écoute active et empathique, - maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale, - adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet, - prendre en compte ses émotions et celles du patient sujet, - intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient.

Annexe 6 (suite)

Liste des compétences en médecine générale définies par le CNGE (suite)

3. L'approche globale (prévention, dépistage, soins curatifs et palliatifs, réadaptation) :

- Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.
- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de ses maladies : - promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies, - assurer la prévention des maladies, - mettre en place l'éducation thérapeutique, - établir un diagnostic éducatif, - impliquer le sujet dans un projet de prise en charge, - décliner des stratégies éducatives, - accompagner et motiver le sujet dans sa démarche.
- Articuler et assurer dans la pratique l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins y compris palliatifs et de réadaptation.

4. L'orientation communautaire :

- Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision.
- Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé :
 - repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité, - identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention
 - gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation

LES COMPETENCES EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

1. Se préparer à son exercice professionnel :

- Organiser le temps de travail de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement.
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités et aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance.
- Gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice

2. Actualiser et développer ses compétences

- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche.
- Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée.
- Evaluer sa pratique professionnelle

Annexe 7

LES COMPETENCES selon le DMG de Paris ile de France Ouest.

T = Transversales S = Spécifiques

1 -S- Prendre en charge des problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés

- 1.1 Gérer le premier contact avec les patients
- 1.2 Recueillir, analyser et hiérarchiser les demandes du sujet et de son entourage
- 1.3 Examiner de manière pertinente le sujet
- 1.4 Synthétiser les différentes données recueillies afin d'aboutir à un diagnostic de situation
- 1.5 Elaborer une prise en charge globale adaptée au sujet et au contexte
- 1.6 Communiquer et argumenter cette prise en charge
- 1.7 Prendre une décision partagée et construire une alliance thérapeutique

2 -S- Coordonner la prise en charge du patient

- 2.1 Coordonner la prise en charge autour du sujet
- 2.2 Organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés
- 2.3 Accompagner et protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux

3 -T- Respecter la loi et le code de déontologie

- 3.1 Tenir compte du code de Déontologie
- 3.2 Tenir compte des différentes législations concernant les droits à l'information du patient
- 3.3 Intégrer la nécessité du secret médical
- 3.4 Connaître et tenir compte des principes éthiques

4 -S- Assurer la continuité des soins dans la durée

- 4.1 Collaborer avec les partenaires médico-sociaux
- 4.2 Collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur
- 4.3 Organiser l'hospitalisation et le retour à domicile
- 4.4 Organiser les soins lors de ses absences

5 -T- Privilégier un modèle bio-psycho-social

- 5.1 Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science
- 5.2 Prendre en compte les dimensions culturelles et existentielles
- 5.3 Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée

6 -S- Développer un processus spécifique de prise de décision

- 6.1 Se déterminer en fonction de la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- 6.2 Utiliser le temps comme outil décisionnel
- 6.3 Tolérer l'incertitude
- 6.4 Gérer les situations au stade précoce
- 6.5 Gérer les situations au stade avancé, voire terminal
- 6.6 Prendre des décisions qui intègrent les principes des DAS aux besoins du patient dans son contexte

7 -S- Intervenir dans l'urgence si nécessaire

- 7.1 Connaître l'organisation des soins d'urgence en ville
- 7.2 Gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires
- 7.3 Répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un de ses patients
- 7.4 Constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice

8 -T- Exécuter avec sécurité les gestes techniques

- 8.1 Pratiquer des actes de prévention et de dépistage
- 8.2 Pratiquer des actes diagnostiques et thérapeutiques
- 8.3 Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en situation d'urgence
- 8.4 Entretenir ses habiletés sur les actes pratiqués

Annexe 7 (suite)

LES COMPETENCES selon le DMG de Paris ile de France Ouest. (suite)

9 -T- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient

- 9.1 Manifester une écoute active et empathique
- 9.2 Maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale
- 9.3 Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet
- 9.4 Prendre en compte ses émotions et celles du patient
- 9.5 Vérifier que le patient a compris les enjeux, qu'il y adhère et est capable de suivre les prescriptions
- 9.6 Intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient

10 -S- Pratiquer une approche globale

- 10.1 Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient
- 10.2 Promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées
- 10.3 Assurer la prévention des maladies
- 10.4 Mettre en place l'éducation thérapeutique
 - 10.4.1 Etablir un diagnostic éducatif
 - 10.4.2 Impliquer le sujet dans un projet de prise en charge
 - 10.4.3 Décliner des stratégies éducatives
 - 10.4.4 Accompagner et motiver le sujet dans sa démarche
- 10.5 Articuler l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins, y compris palliatifs et de réadaptation

11 -S- L'orientation communautaire

- 11.1 Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement
- 11.2 Intégrer les logiques de santé individuelles et de santé publique dans la décision
- 11.3 Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé
 - 11.3.1 Repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité
 - 11.3.2 Identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention
 - 11.3.3 Gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette situation

12 -T- Actualiser et développer ses compétences

- 12.1 Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche
- 12.2 Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée
- 12.3 Evaluer sa pratique professionnelle

13 -S- Se préparer à son exercice professionnel

- 13.1 Organiser, gérer, exploiter et actualiser le dossier médical
- 13.2 Organiser le temps de travail
- 13.3 Adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités et aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance
- 13.4 Gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice

Annexe 8

Les activités décrites par MG France

A) Les activités au service du patient

- **1. Les activités liées aux fonctions**

1. Le premier recours
2. l'approche globale
3. la coordination des soins
4. la continuité des soins
5. le rôle d'acteur de santé publique

- **2. Les activités liées aux types de situation clinique.**

1. Cogérer le "capital santé" d'un patient
2. Gérer la demande urgente
3. Assurer la prise en charge d'un problème aigu
4. Assurer la prise en charge d'une situation chronique
5. Assurer la prise en charge d'une pathologie lourde à domicile
6. Assurer le suivi d'un patient en situation complexe.

- **3. Les activités liées aux types de patient**

1. Assurer le suivi d'un enfant.
2. Assurer le suivi d'un adolescent.
3. Assurer le suivi d'une femme aux différentes étapes de sa vie.
4. Assurer le suivi d'une personne âgée à domicile ou en institution.
5. Gérer une problématique familiale.

B) Les activités au service de la qualité

- **Les activités liées à l'organisation personnelle**

1. Gérer le temps de l'activité professionnelle
2. Gérer et moderniser l'équipement matériel du cabinet
3. Gérer le personnel du cabinet médical
4. Assurer la gestion économique, et juridique du cabinet
5. Organiser le recueil des données et gérer le dossier médical
6. Adapter la gestion de l'outil professionnel et le fonctionnement du cabinet aux évolutions du métier et de l'environnement
7. Entretenir des relations de collaboration avec le milieu professionnel et institutionnel environnant

- **Les activités destinées à développer la compétence professionnelle**

1. S'informer et se documenter
2. Evaluer ses besoins en formation
3. Participer à des actions de formation médicale continue
4. Participer à des groupes d'assurance qualité entre pairs.
5. Participer à des actions de recherche en médecine générale

Annexe 8 (suite)

Les activités décrites par MG France (suite)

C) Les activités au service de la profession

1. Participer à l'organisation de la formation médicale continue
2. Participer à l'organisation de la formation médicale initiale et de l'enseignement en médecine générale
3. Participer à l'organisation d'activités de recherche en médecine générale.
4. Assurer la représentation de la profession,
5. Contribuer au fonctionnement d'un système de coordination des soins

Annexe 9

Les compétences décrites par MG France Un ensemble de 14 compétences, dites " de base "

1) Les compétences au service du patient

- **Compétences touchant à l'identification et à la gestion d'une problématique de santé**

- 1 Elaborer un diagnostic global de situation d'un patient, dans le but d'identifier le ou les problèmes à résoudre.
- 2 Elaborer et proposer un projet de santé adapté à la situation du patient. (négocier, décider, planifier, réévaluer)
- 3 Elaborer et proposer un projet de soins adapté à la situation du patient. (négocier, décider, orienter, planifier, réévaluer)
- 4 Réaliser les gestes techniques utiles à la prise en charge du patient en pratique de soins primaires.
- 5 Réaliser une prescription personnalisée conforme aux données actuelles des sciences et techniques médicales et aux réglementations en vigueur.
- 6 S'assurer la coopération d'autres intervenants des domaines sanitaire et social pour une prise en charge coordonnée du patient.
- 7 Collaborer à la réalisation d'objectifs de santé publique.

- **Compétences touchant aux interactions médecin-patient**

- 8 Etablir et entretenir une relation d'aide personnalisée avec le patient et son entourage, dans l'instant et dans la durée.
- 9 Informé, conseiller et éduquer le patient, afin de lui permettre de s'impliquer dans la gestion de sa santé.

2) Les compétences touchant à l'organisation et à l'objectif de qualité

- 10 Gérer la micro entreprise qu'est le cabinet, aux plans matériel, humain, administratif et économique.
- 11 Organiser le fonctionnement du cabinet de façon à assurer continuité et permanence des soins
- 12 Organiser et gérer l'information médicale, quelle qu'en soit l'origine
- 13 Organiser l'entretien de sa compétence.
- 14 Maîtriser la qualité des prestations

Annexe 10

DEFINITION DE LA WONCA 2002

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

Annexe 11

LES ONZE CARACTERISTIQUES ESSENTIELLES DE LA WONCA 2002

« 1- Elle est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

2- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

3- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

4- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

5- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

6- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

7- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

8- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

9-Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

10- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

11-Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

Annexe 12

LES COMPETENCES DE LA WONCA 2002

Champs d'activité et dimensions spécifiques.

Six compétences fondamentales :

- La gestion des soins de santé primaires
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

Trois champs d'activité :

- La démarche clinique,
- La communication avec les patients,
- La gestion du cabinet médical.

Trois dimensions spécifiques :

- Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique
- Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche »

Annexe 13

Arbre de la WONCA 2011



Annexe 14

Le récit.

Il est introduit comme un « Travail participant à l'évaluation de l'acquisition du raisonnement en soins primaires ».

Canevas du récit :

- 1 - « Quel est la (ou les) plainte(s) ou demande(s) initiale(s) du patient ? »
- 2 - « Quelles sont vos premières hypothèses ? »
- 3 - « Quelles sont les premières données recueillies par l'entretien (écoute et observation du patient) ? »
« Par l'examen clinique ? »
- 4 - « Quel est le contexte (antécédents, évènement de vie, personnalité du patient) ? »
- 5 - « Quelle est l'influence de ce contexte ? »
- 6 - « Quel est le résultat de la consultation ? A-t-elle reçue l'adhésion du patient ? »

Annexe 15

GRILLE D'OBSERVATIONS			Récit n°
CARACTÉRISTIQUES			8A1
1- Soins de première ligne			
Premier recours			
Discipline et pathologie			
Doléance(s)			
Type d'individu :		Sexe	
		Age	
Orientation vers :	• Spécialistes	• Radiologues	
		• Biologistes	
		Autres	
	• Paramédicaux		
Coordination avec les systèmes administratifs			
Hospitalisation			
Rôle défenseur du patient			
2- Soins centrés sur la personne			
Contexte :	Circonstance de vie		
	Histoire biomédicale		
	Aspect socio - environnemental		
Adaptation au budget du patient			
Type de communication			
Relation thérapeutique			
Respect de l'autonomie			
Suivi à long terme			
Permanence des soins			
Dossier médical			
Disponibilité			
Soins palliatifs			
Autonomisation			
3- Démarche selon			
Incidence et la prévalence			
Résultat de consultation			
Urgence			
Unité de temps			
Efficacité			
4- Globalité			
Prise en charge pluridisciplinaire		Consultation aigue	
		Consultation chronique	
Éducation à la santé			
Prévention			
Dépistage			
5- Aspect communautaire			
Rapport coût / efficacité = efficience			
Responsabilité professionnelle			

Recours à un référentiel	
6- Modèle holistique	
Approche bio-psycho-sociale	
7- Champs d'activité et dimensions	
Gestion du cabinet	
Personnalité du médecin	
Equilibre personnel	
Ethique	
Formation médicale continue	
Performance	
Recherche et enseignement	

Annexe 16

Légende de la grille d'observations

Les DISCIPLINES, PATHOLOGIES, DOLEANCES, et ORIENTATION vers les SPECIALISTES sont codés à l'aide de la classification CISP2 (annexe 16).

PROFESSIONS :

- 1-Infirmière
- 2-Kinésithérapeute
- 3-Orthophoniste
- 4-Ostéopathe
- 5-Psychologue
- 6-Diététicienne
- 7-Podologue
- 8-Assistante sociale

COMMUNICATION :

- 1- Neutre
- 2- Explicative
- 3- Empathique
- 4- Conciliante
- 5- Directive
- 6- Autoritaire

INCERTITUDE :

- 1- Symptôme
- 2- Syndrome
- 3- Tableau de maladie
- 4- Diagnostic confirmé

URGENCE :

- 0- Pas d'urgence
- 1- Relative
- 2- Absolue

CIRCONSTANCE DE VIE :

Facteur extrinsèque :

- 1-Vie stable
- 2-Conflit familial
- 3-Stress professionnel ou scolaire
- 4-Contexte de maladie grave, chronique
- 5-Deuil
- 6-Accident
- 7-Violence extraconjugale
- 8-Epidémie ou contagion
- 9-Voyage

Facteur intrinsèque :

- A/ Addiction
- B/ Tabagisme (B- : patient non tabagique)
- C/ Obésité et FDRCV
- D/ Handicap

CONTEXTE SOCIO ENVIRONNEMENTAL :

- 0-Pas évoqué
- 1-Célibataire
- 2-Marié(e)
- 3-Veuf (ve) ou séparé(e)
- 4-Avec enfants
- 5-Isolé(e)
 - A/ Actif
 - B/ Sans emploi
 - C/ Chômeur
 - D/ Retraité
 - E/ Précarité

Annexe 17

CLASSIFICATION CISP2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

-30 Ex médical/bilan santé détaillé
-31 Ex médical/bilan santé partiel
-32 Test de sensibilité
-33 Ex microbiologique/immunologique
-34 Autre analyse de sang
-35 Autre analyse d'urine
-36 Autre analyse de selles
-37 Cytologie/histologie
-38 Autre analyse de laboratoire
-39 Epreuve fonctionnelle
-40 Endoscopie
-41 Radiologie diagnostique/imagerie
-42 Tracé électrique
-43 Autre procédure diagnostique
-44 Vaccination/médication préventive
-45 Recom./éducation santé/avis/régime
-46 Discussion entre dispensateurs SSP
-47 Discussion dispensateur spécialiste
-48 Clarification de la demande du patient
-49 Autre procédure préventive
-50 Médication/prescription/injection
-51 Incision/drainage/aspiration
-52 Excision/biopsie/cautér/débridation
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
-54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse
-55 Traitement local/infiltration
-56 Pansement/compression/bandage
-57 Thérapie manuelle/médecine physique
-58 Conseil thérap/écoute/examens
-59 Autres procédures thérapeutiques
-60 Résultats analyses/examens
-61 Résultats ex/procéd autre dispensateur
-62 Contact administratif
-63 Rencontre de suivi
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers
-66 Référence à dispens. SSP non médecin
-67 Référence à médecin
-68 Autre référence
-69 Autres procédures

Général et non spécifié A

A01 Douleur générale/de sites multiples
A02 Frissons
A03 Fièvre
A04 Fatigue/faiblesse générale
A05 Sensation d'être malade
A06 Evanouissement/syncope
A07 Coma
A08 Gonflement
A09 P. de transpiration
A10 Saignement/hémorragie NCA
A11 Douleur thoracique NCA
A13 Préoc. par/peur traitement médical
A16 Nourrisson irritable
A18 Préoc. par son aspect extérieur
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie
A21 Facteur de risque de cancer
A23 Facteur de risque NCA
A25 Peur de la mort, de mourir
A26 Peur du cancer NCA
A27 Peur d'une autre maladie NCA
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA
A29 Autre S/P général
A70 Tuberculose
A71 Rougeole
A72 Varicelle
A73 Paludisme
A74 Rubéole
A75 Mononucléose infectieuse
A76 Autre exanthème viral
A77 autre maladie virale NCA
A78 Autre maladie infectieuse NCA
A79 Cancer NCA
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA
A81 Polytraumatisme/lésions multiples
A82 Effet tardif d'un traumatisme
A84 Intoxication par subst. médicamente
A85 Effet sec. subst. médicamente

A86 Effet toxique subst. non médicamente
A87 Complication de traitement médical
A88 Effet sec. de facteur physique
A89 Effet sec. de matériel prothétique
A90 Anom. congénitale NCA/multiple
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA
A92 Allergie/réaction allergique NCA
A93 Nouveau-né prématuré
A94 Autre morbidité périnatale
A95 Mortalité périnatale
A96 Mort
A97 Pas de maladie
A98 Gestion santé/médecine préventive
A99 Maladie de nature/site non précisé

Sang, syst. hématop/ immunol. B

B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux
B04 S/P du sang
B25 Peur du SIDA/du VIH
B26 Peur du cancer du sang/lymph.
B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate
B28 Limitation de la fonction/incap. (B)
B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.
B70 Adénite aiguë
B71 Adénite chronique/non-spécifique
B72 Maladie de Hodgkin/lymphome
B73 Leucémie
B74 Autre cancer du sang
B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.
B76 Rupture traumat. de la rate
B77 Autre traumat. sang/lymph/rate
B78 Anémie hémolytique héréditaire
B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate
B80 Anémie par déficience en fer
B81 Anémie carence vit B12/ac. folique
B82 Autre anémie/indét.
B83 Purpura/défaut de coagulation
B84 Globules blancs anormaux
B87 Splénomégalie
B90 Infection par le virus HIV, SIDA
B99 Autre maladie sang/lymph/rate

Syst. Digestif D

D01 Douleur/crampes abdominales gén.
D02 Douleur abdominale/épigastrique
D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac
D04 Douleur rectale/anale
D05 Démangeaisons périanales
D06 Autre douleur abdominale loc.
D07 Dyspepsie/indigestion
D08 Flatulence/gaz/renvoi
D09 Nausée
D10 Vomissement
D11 Diarrhée
D12 Constipation
D13 Jaunisse
D14 Hématémèse/vomissement de sang
D15 Méléna
D16 Saignement rectal
D17 Incontinence rectale
D18 Modification selles/mouvem. intestin
D19 S/P dents/gencives
D20 S/P bouche/langue/lèvres
D21 P. de déglutition
D23 Hépatomégalie
D24 Masse abdominale NCA
D25 Distension abdominale
D26 Peur du cancer du syst. digestif
D27 Peur d'une autre maladie digestive
D28 Limitation de la fonction/incap. (D)
D29 Autre S/P du syst. digestif
D70 Infection gastro-intestinale
D71 Oreillons
D72 Hépatite virale
D73 Gastro-entérite présumée infectieuse
D74 Cancer de l'estomac
D75 Cancer du colon/du rectum
D76 Cancer du pancréas
D77 Autre cancer digestif/NCA
D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.
D79 CE du syst. digestif
D80 Autre traumat. du syst. digestif
D81 Anom. congénitale du syst. digestif
D82 Maladie des dents/des gencives
D83 Maladie bouche/langue/lèvres
D84 Maladie de l'oesophage
D85 Ulcère duodénal
D86 Autre ulcère peptique
D87 Trouble de la fonction gastrique

D88 Appendicite
D89 Hernie inguinale
D90 Hernie hiatale
D91 Autre hernie abdominale
D92 Maladie diverticulaire
D93 Syndrome du colon irritable
D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse
D95 Fissure anale/abcès périanal
D96 Vers/autre parasite
D97 Maladie du foie NCA
D98 Cholécystite/cholélithiasie
D99 Autre maladie du syst. Digestif

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Oeil F

F01 Oeil douloureux
F02 Oeil rouge
F03 Ecoulement de l'oeil
F04 Taches visuelles/flottantes
F05 Autre perturbation de la vision
F13 Sensation oculaire anormale
F14 Mouvements oculaires anormaux
F15 Apparence anormale de l'oeil
F16 S/P de la paupière
F17 S/P lunettes
F18 S/P lentilles de contact
F27 Peur d'une maladie de l'oeil
F28 Limitation de la fonction/incap. (F)
F29 Autre S/P de l'oeil
F70 Conjonctivite infectieuse
F71 Conjonctivite allergique
F72 Blépharite, orgelet, chalazion
F73 Autre infection/inflammation de l'oeil
F74 Tumeur de l'oeil et des annexes
F75 Contusion/hémorragie de l'oeil
F76 CE dans l'oeil
F79 Autre lésion traumat. de l'oeil
F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant
F81 Autre anom. congénitale de l'oeil
F82 Décollement de la retire
F83 Rétinopathie
F84 Dégénérescence maculaire
F85 Ulcère de la cornée
F86 Trachome
F91 Défaut de réfraction
F92 Cataracte
F93 Glaucome
F94 Cécité
F95 Strabisme
F99 Autre maladie de l'oeil/annexes

Oreille H

H01 Douleur d'oreille/otalgie
H02 P. d'audition
H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille
H04 Ecoulement de l'oreille
H05 Saignement de l'oreille
H13 Sensation d'oreille bouchée
H15 Préoc. par l'aspect des oreilles
H27 Peur d'une maladie de l'oreille
H28 Limitation de la fonction/incap. (H)
H29 Autre S/P de l'oreille
H70 Otite externe
H71 Otite moyenne aiguë/myringite
H72 Otite moyenne séreuse
H73 Salpingite d'eustache
H74 Otite moyenne chronique
H75 Tumeur de l'oreille
H76 CE dans l'oreille
H77 Perforation du tympan
H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille
H79 Autre lésion traumat. de l'oreille
H80 Anom. congénitale de l'oreille
H81 Excès de cérumen
H82 Syndrome vertigineux
H83 Otosclérose
H84 Presbyacousie
H85 Traumatisme sonore
H86 Surdité
H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde
R24 Hémoptysie
R25 Expectoration/glaire anormale

Annexe 17 (suite 1)

Cardio-vasculaire K

K01 Douleur cardiaque
K02 Oppression/constriction cardiaque
K03 Douleur cardiovasculaire NCA
K04 Palpitat./perception battements card.
K05 Autre battement cardiaque irrégulier
K06 Veines proéminentes
K07 Oedème, gonflement des chevilles
K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire
K24 Peur d'une maladie de coeur
K25 Peur d' de l'hypertension
K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire
K28 Limitation de la fonction/incap. (K)
K29 Autre S/P cardiovasculaire
K70 Infection du syst. cardio-vasculaire
K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale
K72 Tumeur cardio-vasculaire
K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire
K74 Cardiopathie ischémique avec angor
K75 Infarctus myocardique aigu
K76 Cardiopathie ischémique sans angor
K77 Décompensation cardiaque
K78 Fibrillation auriculaire/flutter
K79 Tachycardie paroxystique
K80 Arythmie cardiaque NCA
K81 Souffle cardiaque/artériel NCA
K82 Coeur pulmonaire
K83 Valvulopathie NCA
K84 Autre maladie cardiaque
K85 Pression sanguine élevée
K86 Hypertension non compliquée
K87 Hypertension avec complication
K88 Hypotension orthostatique
K89 Ischémie cérébrale transitoire
K90 Accident vasculaire cérébral
K91 Maladie cérébrovasculaire
K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.
K93 Embolie pulmonaire
K94 Phlébite et thrombophlébite
K95 Varices des jambes
K96 Hémorroïdes
K99 Autre maladie cardio-vasculaire

Ostéo-articulaire L

L01 S/P du cou
L02 S/P du dos
L03 S/P des lombes
L04 S/P du thorax
L05 S/P du flanc et du creux axillaire
L07 S/P de la mâchoire
L08 S/P de l'épaule
L09 S/P du bras
L10 S/P du coude
L11 S/P du poignet
L12 S/P de la main et du doigt
L13 S/P de la hanche
L14 S/P de la jambe et de la cuisse
L15 S/P du genou
L16 S/P de la cheville
L17 S/P du pied et de l'orteil
L18 Douleur musculaire
L19 S/P musculaire NCA
L20 S/P d'une articulation NCA
L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul.
L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
L29 Autre S/P ostéo-articulaire
L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
L72 Fracture du radius/du cubitus
L73 Fracture du tibia/du péroné
L74 Fracture de la main/du pied
L75 Fracture du fémur
L76 Autre fracture
L77 Entorse de la cheville
L78 Entorse du genou
L79 Entorse articulaire NCA
L80 Luxation et subluxation
L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
L83 Syndrome cervical
L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
L85 Déformation acquise de la colonne
L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
L89 Coxarthrose
L90 Gonarthrose
L91 Autre arthrose
L92 Syndrome de l'épaule
L93 Coude du joueur de tennis

L94 Ostéochondrose
L95 Ostéoporose
L96 Lésion aiguë interne du genou
L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
L98 Déformation acquise membres inf.
L99 Autre maladie ostéo-articulaire

Neurologique N

N01 Mal de tête
N03 Douleur de la face
N04 Jambes sans repos
N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
N06 Autre perturbation de la sensibilité
N07 Convulsion/crise comitiale
N08 Mouvements involontaires anormaux
N16 Perturbation du goût/de l'odorat
N17 Vertige/étourdissement
N18 Paralyse/faiblesse
N19 Trouble de la parole
N26 Peur d'un cancer neurologique
N27 Peur d'une autre maladie neurologique
N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
N29 Autre S/P neurologique
N70 Poliomyélite
N71 Méningite/encéphalite NCA
N72 Tétanos
N73 Autre infection neurologique
N74 Cancer du syst. neurologique
N75 Tumeur bénigne neurologique
N76 Autre tumeur indét. neurologique
N79 Commotion
N80 Autre lésion traumat. de la tête
N81 Autre lésion traumat. neurologique
N85 Anom. congénitale neurologique
N86 Sclérose en plaque
N87 Syndrome parkinsonien
N88 Epilepsie
N89 Migraine
N90 Algie vasculaire de la face
N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell
N92 Névralgie du trijumeau
N93 Syndrome du canal carpien
N94 Névrite/neuropathie périphérique
N95 Céphalée de tension
N99 Autre maladie neurologique

Psychologique P

P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
P02 Réaction de stress aiguë
P03 Sensation de dépression
P04 Sentiment/comport. irritable/colère
P05 Sensation vieux, comportement sénile
P06 Perturbation du sommeil
P07 Diminution du désir sexuel
P08 Diminution accomplissement sexuel
P09 Préoccupation sur identité sexuelle
P10 Bégaïement, bredouillement, tic
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant
P12 Enurésie
P13 Encoprésie
P15 Alcoolisme chronique
P16 Alcoolisation aiguë
P17 Usage abusif du tabac
P18 Usage abusif de médicament
P19 Usage abusif de drogue
P20 Perturbation de la mémoire
P22 S/P du comportement de l'enfant
P23 S/P du comportement de l'adolescent
P24 P. spécifique de l'apprentissage
P25 Problèmes de phase de vie adulte
P27 Peur d'un trouble mental
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
P29 Autre S/P psychologique
P70 Démence
P71 Autre psychose organique
P72 Schizophrénie
P73 Psychose affective
P74 Trouble anxieux/état anxieux
P75 Trouble somatoforme
P76 Dépression
P77 Suicide/tentative de suicide
P78 Neurasthénie, surmenage
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif
P80 Trouble de la personnalité
P81 Trouble hyperkinétique
P82 Syndrome de stress post-traumatique
P85 Retard mental
P86 Anorexie mentale, boulimie
P98 Autre psychose NCA
P99 Autre trouble psychologique

Respiratoire R

R01 Douleur du syst. respiratoire
R02 Souffle court, dyspnée
R03 Sibillance
R04 Autre P. respiratoire
R05 Toux
R06 Saignement de nez, épistaxis
R07 Congestion nasale, éternuement
R08 Autre S/P du nez
R09 S/P des sinus
R21 S/P de la gorge
R23 S/P de la voix
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)
R29 Autre S/P respiratoire
R71 Coqueluche
R72 Streptococcie pharyngée
R73 Furoncle/abcès du nez
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.
R75 Sinusite aiguë/chronique
R76 Angine aiguë
R77 Laryngite, trachéite aiguë
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite
R79 Bronchite chronique
R80 Grippe
R81 Pneumonie
R82 Pleurésie, épanchement pleural
R83 Autre infection respiratoire
R84 Cancer des bronches, du poulmon
R85 Autre cancer respiratoire
R86 Tumeur respiratoire bénigne
R87 CE du nez, du larynx, des bronches
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89 Anom. congénitale du syst. resp.
R90 Hypertrophie amygdales/végétations
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive
R96 Asthme
R97 Rhinite allergique
R98 Syndrome d'hyperventilation
R99 Autre maladie respiratoire

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

Social Z

Z01 Pauvreté/P. économique
Z02 P. d'eau/de nourriture
Z03 P. d'habitat/de voisinage
Z04 P. socioculturel
Z05 P. de travail
Z06 P. de non emploi
Z07 P. d'éducation
Z08 P. de protection sociale
Z09 P. légal
Z10 P. relatif au syst. de soins de santé
Z11 P. du fait d'être malade/compliance
Z12 P. de relation entre partenaires
Z13 P. de comportement du partenaire
Z14 P. du à la maladie du partenaire
Z15 Perte/décès du partenaire
Z16 P. de relation avec un enfant
Z18 P. du à la maladie d'un enfant
Z19 Perte/décès d'un enfant
Z20 P. relation autre parent/famille
Z21 P. comportem. autre parent/famille
Z22 P. du à la mal. autre parent/famille
Z23 Perte/décès autre parent/famille
Z24 P. de relation avec un ami
Z25 Agression/événement nocif NCA
Z27 Peur d'un P. social
Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)
Z29 P. social NCA

Abréviations

/ ou
Acc. Accouchement
Anom Anomalie
Bén. Bénin (igne)
CE Corps étranger
Gén Généralisé(e)

Annexe 17 (suite 2)

Peau S

S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
S02 Prurit
S03 Verrue
S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau
S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau
S06 Eruption localisée
S07 Eruption généralisée
S08 Modification de la couleur de la peau
S09 Doigt/orteil infecté
S10 Furoncle/anthrax
S11 Infection post-traumat. de la peau
S12 Piqûre d'insecte
S13 Morsure animale/humaine
S14 Brûlure cutanée
S15 CE dans la peau
S16 Ecchymose/contusion
S17 Eraflure, égratignure, ampoule
S18 Coupure/lacération
S19 Autre lésion traumat. de la peau
S20 Cor/callosité
S21 S/P au sujet de la texture de la peau
S22 S/P de l'ongle
S23 Calvitie/perte de cheveux
S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu
S26 Peur du cancer de la peau
S27 Peur d'une autre maladie de la peau
S28 Limitation de la fonction/incap. (S)
S29 Autre S/P de la peau
S70 Zona
S71 Herpes simplex
S72 Gale/autre acariose
S73 Pédiculose/autre infestation peau
S74 Dermatophytose
S75 Moniliase/candidose de la peau
S76 Autre maladie infectieuse de la peau
S77 Cancer de la peau
S78 Lipome
S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau
S80 Kératose actinique/coup de soleil
S81 Hémangiome/lymphangiome
S82 Naevus/naevus pigmentaire
S83 Autre anom. congénitale de la peau
S84 Impétigo
S85 Kyste/fistule pilonidal
S86 Dermateite séborrhéique
S87 Dermateite atopique/eczéma
S88 Dermateite et allergie de contact
S89 Erythème fessier
S90 Pytiriasis rosé
S91 Psoriasis
S92 Maladie des glandes sudoripares
S93 Kyste sébacé
S94 Ongle incarné
S95 Molluscum contagiosum
S96 Acné
S97 Ulcère chronique de la peau
S98 Urticaire
S99 Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit., endocrinien T

T01 Soif excessive
T02 Appétit excessif
T03 Perte d'appétit
T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant
T05 P. d'alimentation de l'adulte
T07 Gain de poids
T08 Perte de poids
T10 Retard de croissance
T11 Déshydratation
T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien
T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.
T28 Limitation de la fonction/incap. (T)
T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.,
T70 Infection du syst. endocrinien
T71 Cancer de la thyroïde
T72 Tumeur bénigne de la thyroïde
T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien
T78 Canal/kyste thyroïdologique
T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.
T81 Goitre
T82 Obésité
T83 Excès pondéral
T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxique
T86 Hypothyroïdie/myxoedème
T87 Hypoglycémie
T89 Diabète insulino-dépendant
T90 Diabète non insulino-dépendant
T91 Carence vitaminique/nutritionnelle
T92 Goutte

T93 Trouble du métabolisme des lipides
T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire U

U01 Dysurie/miction douloureuse
U02 Miction fréquente/impérieuse
U04 Incontinence urinaire
U05 Autre P. de miction
U06 Hématurie
U07 Autre S/P au sujet de l'urine
U08 Rétention d'urine
U13 Autre S/P de la vessie
U14 S/P du rein
U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire
U27 Peur d'une autre maladie urinaire
U28 Limitation de la fonction/incap. (U)
U29 Autre S/P urinaire
U70 Pyélonéphrite/pyélite
U71 Cystite/autre infection urinaire
U72 Urétrite
U75 Cancer du rein
U76 Cancer de la vessie
U77 Autre cancer urinaire
U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
U79 Autre tumeur indét. urinaire
U80 Lésion traumat. du tractus urinaire
U85 Anom. congénitale du tractus urinaire
U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique
U90 Protéinurie orthostatique
U95 Lithiase urinaire
U98 Analyse urinaire anormale NCA
U99 Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement et PF W

W01 Question de grossesse
W02 Peur d'être enceinte
W03 Saignement pendant la grossesse
W05 Nausée/vomissement de grossesse
W10 Contraception post-coïtale
W11 Contraception orale
W12 Contraception intra-utérine
W13 Stérilisation chez la femme
W14 Autre contraception chez la femme
W15 Stérilité - hypofertilité de la femme
W17 Saignement du post-partum
W18 Autre S/P du post-partum
W19 S/P du sein/lactation post-partum
W21 Préoc. par modif. image et grossesse
W27 Peur complications de la grossesse
W28 Limitation de la fonction/incap. (W)
W29 Autre S/P de la grossesse
W70 Infection puerpérale, sepsis
W71 Infection compliquant la grossesse
W72 Tumeur maligne avec grossesse
W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
W75 Lésion traumat. et grossesse
W76 Anom. congénitale et grossesse
W78 Grossesse
W79 Grossesse non désirée
W80 Grossesse ectopique
W81 Toxémie gravidique
W82 Avortement spontané
W83 Avortement provoqué
W84 Grossesse à haut risque
W85 Diabète gravidique
W90 Acc. non compliqué, enfant vivant
W91 Acc. non compliqué, enfant mort
W92 Acc. compliqué, enfant vivant
W93 Acc. compliqué, enfant mort
W94 Mastite puerpérale
W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation
W96 Autre complication puerpérale
W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst.génital féminin et sein X

X01 Douleur génitale chez la femme
X02 Douleur menstruelle
X03 Douleur intermenstruelle
X04 Rapport sexuel douloureux femme
X05 Menstruation absente/rare
X06 Menstruation excessive
X07 Menstruation irrégulière/fréquente
X08 Saignement intermenstruel
X09 S/P prémenstruel
X10 Ajournement des menstruations
X11 S/P liés à la ménopause
X12 Saignement de la post-ménopause
X13 Saignement post-coïtal femme
X14 Écoulement vaginal
X15 S/P du vagin
X16 S/P de la vulve

X17 S/P du petit bassin chez la femme
X18 Douleur du sein chez la femme
X19 Tuméfaction/masse du sein femme
X20 S/P du mamelon chez la femme
X21 Autre S/P du sein chez la femme
X22 Préoc. par l'apparence des seins
X23 Peur d'une MST chez la femme
X24 Peur dysfonction sexuelle femme
X25 Peur d'un cancer génital femme
X26 Peur d'un cancer du sein femme
X27 Peur autre mal. génitale/sein femme
X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
X29 Autre S/P génital chez la femme
X70 Syphilis chez la femme
X71 Gonococcie chez la femme
X72 Candidose génitale chez la femme
X73 Trichomonase génitale femme
X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme
X75 Cancer du col de l'utérus
X76 Cancer du sein chez la femme
X77 Autre cancer génital chez la femme
X78 Fibrome utérin
X79 Tumeur bénigne du sein femme
X80 Tumeur bénigne génitale femme
X81 Autre tumeur génitale indét. femme
X82 Lésion traumat. génitale femme
X83 Anom. génitale congénitale femme
X84 Vaginite/vulvite NCA
X85 Maladie du col de l'utérus NCA
X86 Frottis de col anormal
X87 Prolapsus utero-vaginal
X88 Maladie fibrokystique du sein
X89 Syndrome de tension prémenstruelle
X90 Herpes génital chez la femme
X91 Condylome acuminé chez la femme
X92 Infection génitale chlamydia femme
X99 Autre maladie génitale de la femme

Syst. génital masculin et sein Y

Y01 Douleur du pénis
Y02 Douleur des testicules, du scrotum
Y03 Écoulement urétral chez l'homme
Y04 Autre S/P du pénis
Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum
Y06 S/P de la prostate
Y07 Impuissance sexuelle NCA
Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme
Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme
Y13 Stérilisation de l'homme
Y14 Autre PF chez l'homme
Y16 S/P du sein chez l'homme
Y24 Peur dysfonction sexuelle homme
Y25 Peur d'une MST chez l'homme
Y26 Peur d'un cancer génital homme
Y27 Peur autre maladie génitale homme
Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)
Y29 Autre S/P génitale chez l'homme
Y70 Syphilis chez l'homme
Y71 Gonococcie chez l'homme
Y72 Herpes génital chez l'homme
Y73 Prostatite/vésiculite séminale
Y74 Orchite/épididymite
Y75 Balanite
Y76 Condylome acuminé chez l'homme
Y77 Cancer de la prostate
Y78 Autre cancer génital chez l'homme
Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
Y80 Lésion traumat. génitale homme
Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce
Y82 Hypospadias
Y83 Ectopie testiculaire
Y84 Autre anom. congénitale homme
Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate
Y86 Hydrocèle
Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

Annexe 18

Récapitulatif des principales études ayant permis la discussion.

Auteur	Ville	Année de stage	Durée de stage	Population étudiée (nb d'étudiants)	Type d'étude
Navarro (15)	Lyon	2004-2006	3 demi - journées	142	Mémoires
				15	Un focus groupe
Renoux (16)	Tours	2007	2 semaines	29	4 groupes focaux
Bour (18)	Nancy	2008-2009	6 semaines	192	Questionnaires Avant-après
				12	2 groupes focaux
Cattin (19)	Rhône Alpes Auvergne	2008-2009	Variable 5 à 60 demi-journées	287	Questionnaires Avant-après
Favelle Brousse (27)	Tours	2009	2 semaines	105	Cas cliniques Avant- après

Annexe 19

CNGE. Grille 1 de l'étudiant observateur

DOMAINE DU SAVOIR FAIRE :

- 1** Quelles sont les plaintes alléguées du patient ?
- 2** Quelle est l'attente du patient selon vous ? Votre perception de cette attente a-t-elle été modifiée au cours de la consultation ?
- 3** Remarquez-vous une technique particulière d'entretien ? Quelles informations apporte cet entretien
- 4** Comment se déroule l'examen clinique ? Quelles informations apporte-t-il ?
- 5** Décrivez le matériel et les techniques utilisés. Les maîtrisez-vous ?
- 6** Quelle est la décision prise ? A-t-elle été négociée et pourquoi ?
- 7** Le déroulement et le contenu de la consultation vous permettent-ils de supposer une démarche précise de la part du médecin ? Laquelle ?

DOMAINE DU SAVOIR THEORIQUE :

- 8** Quelles sont les connaissances biomédicales nécessaires à cette consultation ?
Vos lacunes :
Vos points forts
- 9** Quelles sont les connaissances non strictement biomédicales nécessaires à cette consultation ?
Vos lacunes :
Vos points forts :

DOMAINE DU SAVOIR ETRE :

- 10** Décrivez brièvement le patient.
- 11** Le médecin a-t-il été à l'aise ? Justifiez.
- 12** Le patient a-t-il été à l'aise ? Justifiez.
- 13** Quelle est la réponse du médecin à l'attente supposée du patient ?
- 14** Quelle est la réaction du patient à la réponse du médecin ?
- 15** Qu'avez-vous ressenti pendant la consultation ?

Annexe 20

CNGE. Grille 2 de l'étudiant observateur

Présentation

- 1** Prise de contact
- 2** Recherche le motif de la consultation. Ecoute
- 3** Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande
- 4** Alterne questions ouvertes et fermées ?
- 5** Reformule
- 6** Facilite par la parole, par les gestes
- 7** Tient compte de l'avis du patient

Formulation des hypothèses

- 8** Quelle est l'hypothèse retenue par le MDS
- 9** Tient-elle compte de la prévalence en Médecine Générale ?
- 10** Tient-elle compte du risque morbide à court et moyen terme

Examen physique

- 11** Continue la vérification de son hypothèse
- 12** Négocie l'examen en tenant compte des réticences exprimées ou non exprimées
- 13** Maîtrise les gestes
- 14** Continue l'échange durant l'examen physique
- 15** Modifie son hypothèse
- 16** Reprend l'entretien si nécessaire

Conclusion

- 17** Explique sa conclusion diagnostique et thérapeutique
- 18** Utilise un langage clair et accessible
- 19** Vérifie que le patient a compris
- 20** Adapte ses conseils aux réactions du patient
- 21** Met en attente et organise le suivi
- 22** maîtriser le temps

VU

NANCY, le **30 octobre 2012**

Le Président de Thèse

NANCY, le **9 novembre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur A. BARBAUD

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 5084

NANCY, le 15 novembre 2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les récits de 290 étudiants rédigés en fin de stage chez le médecin généraliste en deuxième cycle ont été analysés grâce à une grille d'observations réalisée à partir des caractéristiques de la médecine générale décrites par l'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA). Il en ressort les points suivants : Quatre caractéristiques décrites par la WONCA sont considérées comme acquises par les étudiants : les « soins de premier recours », la « coordination avec les autres professions de santé », le « suivi au long cours » et l'approche « centrée sur l'individu dans ses différentes dimensions ». Elles sont évoquées dans plus de 86 % des récits. Trois autres caractéristiques de la MG sont également fréquemment perçues et présentes dans plus de 50 % des récits : « la relation médecin-patient », « l'approche holistique » et la « prévention et l'éducation ». Par contre la transmission de ces quatre dernières caractéristiques reste à améliorer : la démarche décisionnelle selon la « prévalence et l'incidence des problèmes de santé primaires », la « prise en charge à un stade précoce de la maladie (et parfois en urgence) », la gestion des soins globaux qui se caractérise par « la gestion simultanée de plusieurs motifs de santé aigus et chroniques », et « l'approche communautaire ». Le stage est donc incontestablement formateur. Une auto-évaluation de l'apprentissage par l'étudiant (aidé de son maître de stage) grâce à une grille d'objectifs (inspirée de la définition de la médecine générale par la WONCA) pourrait potentialiser les apprentissages.

TITRE EN ANGLAIS

EVALUATION OF THE TRANSMISSION OF THE CHARACTERISTICS OF THE GENERAL MEDICINE DURING THE TRAINING COURSE AT THE GENERAL PRACTITIONER IN THE SECOND CYCLE FROM THE ANALYSIS OF 290 NARRATIVES DRAFTED AT THE END OF TRAINING COURSE.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS :

Stage chez le médecin généraliste- Deuxième cycle des études médicales- Maître de stage - Evaluation- Récits- Caractéristiques de la médecine générale- Définition de la WONCA

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex