UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sabine LEFEBVRE

(née le 13 septembre 1983, à Gien (45))

Le 4 juin 2015

Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Études Médicales en 2014.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Examinateurs de la thèse

M. le Professeur J-M. BOIVIN	Président
M. le Professeur M. DEBOUVERIE	Juge
Mme le Docteur E. STEYER	Juge
Mme le Docteur L. MILLET MALINGREY	Juge et Directrice

LISTE DES PROFESSEURS

Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - 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-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - 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 – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF
Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère 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
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –
Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*
Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire)*

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A mon maître et président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN,
Professeur des Universités de Médecine Générale

Mes très sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail et le soutien que vous avez apporté pour sa réalisation, depuis le début.
Je vous suis très reconnaissante de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury.

A mon maître et juge,

Monsieur le Professeur Marc DEBOUVERIE,
Professeur des Universités de Neurologie
Assesseur du doyen pour le 3ème cycle

Je vous prie de recevoir toute ma gratitude pour l'honneur que vous me faîtes de juger mon travail et la promptitude et la disponibilité avec lesquelles vous avez accepté de faire partie de mon jury.

A mon maître et juge,

Madame le Docteur Elisabeth STEYER,
Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Tous mes remerciements pour l'intérêt que vous portez à mon travail et l'honneur que vous me faîtes d'accepter de le juger.

A ma juge et directrice de thèse,

Madame le Docteur Laurène MILLET MALINGREY

Un immense merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis le début de mon travail : l'intérêt que tu as porté à mon projet, d'avoir accepté la direction de mon mémoire et de ma thèse, ton soutien et ton implication dans les différentes étapes de mon travail. Pour ton aide, ta collaboration, tes enseignements et ce que j'ai pu en apprendre, je te suis très reconnaissante et j'espère avoir été à la hauteur de ce que tu pouvais attendre de moi et ne pas te décevoir au moment où je présente mon travail achevé et que tu me fais l'honneur de juger.

A mes maîtres,

Dr Benoît SONDAG,
pour son intelligence, sa patience, sa bienveillance, sa pédagogie, son dévouement envers ses étudiants … tout ce qui a fait de mon premier semestre d'interne le meilleur semestre !

Drs Olivier DEFAUX et Jérôme WAGREZ,
pour m'avoir accueillie dans leur cabinet et dans leur maison. Au-delà des différences, nous nous retrouvions j'espère dans notre passion pour ce merveilleux métier !

Dr Francis KLOSSNER,
pour son intérêt pour les études médicales, les internes de médecine générales en particulier, leur représentation et leur défense. Et aussi pour le rock ! Et à tous les médecins urgentistes de FORBACH pour avoir réussi à me faire aimer ce stage malgré mon aversion naturelle pour les urgences.

Dr Guy ZENG,
pour sa confiance en moi lors de ce stage aux circonstances si particulières.

Drs Bernard WARY et Jean-François VILLARD,
pour m'avoir fait découvrir le monde des soins palliatifs, doucement mais sûrement, et ouvrir les yeux sur cette pratique si particulière, qui donne tout son sens à la médecine, aux soins et au principe premier de notre métier : *Primum, non nocere*.

Dr Emilie MOUCHET,
pour sa pédagogie douce et humaine et sa compréhension. Un immense merci pour l'aide que tu m'as si gentiment proposée pour le codage des entretiens ! Et des excuses pour n'avoir pas été l'interne que j'aurai voulu être en retour…

Dr Catherine LAMOUILLE,
pour son intérêt à la formation des futurs médecins, sa pédagogie et sa curiosité qui donnent envie de poser des questions pour les recherches que les réponses nécessiteront.

La thèse est un travail universitaire, qui vient clore un long parcours et ouvrir une porte vers une nouvelle vie, un nouveau parcours, différent, mais encore plus passionnant. De ce fait, les dédicaces suivantes sont plus personnelles, sans lien avec la part universitaire de mes études et de mon travail, mais avec tout le reste, et probablement le plus important, tout ce qui m'a conduit jusqu'ici, à cette étape, universitaire… mais pas que.

A mes parents, Luc et Maryline,

Pour votre amour, votre confiance en moi, votre patience, votre éducation si pertinente qui m'ont permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui. Tout n'a pas été tout rose ni facile, mais vous avez été mon lien, mon ancrage, permanent et indéfectible, le point d'attache qui m'a permis de m'éloigner et de faire toutes ces expériences qui m'ont grandi ; de tomber parfois, sachant toujours vers où et qui me tourner pour me relever. Quand le chemin que l'on choisi est long et potentiellement plein d'embûches, cette certitude de savoir entourée, aimée et protégée est inestimable. Merci, tout simplement, avec tout mon amour.

A mon frère et ma sœur, Cyril et Marion,

Pour tous ces moments, bons et mauvais que nous avons partagés ! Je vous aime et vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté hier et ce que vous m'apportez aujourd'hui. Je suis tellement heureuse de vous avoir dans ma vie. Merci pour m'avoir apporté une belle-sœur et quatre neveux et nièce que j'adore. J'espère être désormais plus présente dans vos vies, voir grandir mes « doudous », être une super « tata Bim », une super sœur et belle-sœur.

A ma meilleure amie d'enfance, Sandrine,

La vie nous a séparées. Nos chemins, bien différents aujourd'hui, ne me font pas oublier que les 18 premières années de ma vie ont été en ta compagnie. Merci pour tous ces merveilleux moments qui participent pleinement à ce que je vis aujourd'hui. Je te souhaite le meilleur.

A mes amis,

Les trèèèès anciens, Clarisse, Emilie, Lorette, merci de m'attendre, de me garder dans vos vies alors que je m'éloigne tellement et si souvent…
Les plus récents, Lulu, Lorraine, Manel, Mégaph, Mô, Makeu, Laurent, Rémy, quoi qu'en fait, presque 10 ans ont passé… ce n'est plus si récent que ça ! Les moments merveilleux passés à Tours sont les moments passés avec vous !
Les très récents, et notamment Marie-Anne, toi qui m'a rendu la Lorraine si douce et agréable (je ne parle pas du climat bien entendu, ça c'est impossible !) et m'aurait presque fait regretter de partir.

A l'ISNAR-IMG, tous les membres du bureau que j'ai connu, ses « admins » et ses secrétaires,

Je ne pourrais pas mesurer tout ce que cette expérience m'a apporté dans ma vie d'interne : des compétences liées à mon poste au sein du bureau, des connaissances administratives et législatives liées aux missions de l'ISNAR-IMG, des amis et un réseau avec un cœur grand comme ça ; et finalement, un sujet de thèse !!! Car, ce sujet ne me serait probablement pas venu à l'idée, sans ma rencontre avec le Dr Bernard GAVID : alors, merci !

Un merci tout particulier au Dr Elodie HERNANDEZ, qui m'a si spontanément apporté son aide, sans « Blabla », sans hésitation ! Sans toi, cette discussion ne serait pas ce qu'elle est !

Aux membres de l'EADSP 41,

Qui m'ont aidé, soutenu, qui ont accepté mes absences, au sens propre et figuré, sans jamais m'en tenir rigueur. Un immense merci à tous !
Tout particulièrement au Dr HIRSCH, pour sa patience, sa compréhension et son « épaisseur humaine » et à Mme Stéphanie GASNIER, qui m'a si bien orientée dans les méandres de la psychologie sociale.

Aux patients !

Quel courage finalement, d'accepter d'être pris en charge par les étudiants que nous sommes ! Alors merci à tous ! Ceux que j'ai détesté et ceux que j'ai adoré , ceux qui' mont fait hurler, que ce soit un cri extériorisé ou intérieur, et ceux qui m'ont fait rire et même ceux qui m'ont fait pleurer, de fatigue, de détresse, de joie et même parfois de rire !

Puis, cette thèse ne serait pas la mienne si je ne parlais pas un peu de moi. Toute l'aide et le soutien que tous m'ont apporté, seraient finalement vains sans la protagoniste principale. Ces études sont loin d'avoir été une sinécure. Il a fallu en subir des échecs et des humiliations, en gagner des combats sur soi-même, sur les « chefs », les administratifs et j'en passe et finalement en faire des sacrifices personnels pour en arriver là où j'en suis.
Je n'ai aucun regret ni aucun remord ; j'ai pour moi et mon estime mes petites batailles et mes grandes guerres gagnées. Je n'oublierai pas mes échecs et mes erreurs desquels j'ai appris beaucoup. J'ai toujours parlé de ces études comme d'une initiation, un désapprentissage de l'être humain que nous étions, pour devenir médecin avec l'obligation de ne pas oublier que nous sommes avant tout des êtres humains… difficile de ne pas s'y perdre. Mais en réalité, on « devient » médecin… ce n'est pas un métier, c'est une condition.

Alors, médecin sera mon état, Docteur sera mon titre et soigner sera mon métier. Et je l'exercerai avec comme premier principe celui qui nous a été appris dès les premiers jours sur les bancs de la faculté : *Primum, non nocere.*

Enfin, je me suis promis d'écrire dans cette thèse, deux locutions, que j'adore et que je n'aurai plus vraiment la possibilité de dire ensuite, pour l'exemple :

« Pour vivre vieux, vivons salement ! »
(Sabine LEFEBVRE)

« Le gras, c'est la vie ! »
(Seigneur Karadoc, Kaamelott, livre II, *Corpore Sano*)

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 ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS **3**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS **9**

SERMENT **15**

TABLE DES MATIÈRES **16**

ABRÉVIATIONS **19**

INTRODUCTION **20**

I. Contexte 20

II. Problématique 21

III. Hypothèse 21

IV. Objectifs 21

1. Objectif principal 21
2. Objectif secondaire 22

MÉTHODE **22**

I. Type d'étude 22

II. Population de l'étude 22

1. Critères d'éligibilité 22
2. Critères d'exclusion 22
3. Constitution de l'échantillon et mode de recrutement 22

III. Réalisation des entretiens 23

IV. Recueil des données 24

V. Analyse des données 25

VI. Éthique et sécurité des données 25

VII. Financement 26

VIII. Durée de l'étude et calendrier 26

RÉSULTATS **27**

I. Obtention des entretiens 27

II. Caractéristiques de la population 28

III. Durée des entretiens 29

IV. Codage ouvert 30

V. Codage thématique 30

1. Thème 1 : manque d'informations 30
   a. *Manque d'informations reconnu par les médecins* 31
   b. *Manque d'informations sur les stages d'interne de médecine générale* 32
   c. *Manque d'informations sur la maitrise de stage universitaire* 35
2. Thème 2 : freins liés aux modalités pour devenir Maître de Stage Universitaire 38
   a. *Des modalités contraignantes* 39
      - Lourdeur administrative 39
      - Difficultés d'aménagement de l'emploi du temps pour faire les démarches 39
      - Autres motifs 40
   b. *Médecins dépassés* 41

➢Âge du praticien comme frein à faire les démarches 41
3. Thème 3 : freins liés au manque de temps 42
a. *Médecins surmenés* 42
b. *Activité de Maître de Stage Universitaire chronophage* 45
➢ Augmentation du temps de consultation 46
4. Thème 4 : freins liés à la perception par le praticien de la maitrise de stage universitaire et de l'accueil d'un interne 47
a. L'accueil d'un stagiaire gênant pour le patient 47
➢ Perte de confidentialité 47
➢ Intrusion d'une tierce personne gênant la relation médecin/patient 48
➢ Recrutement des patients 49
b. Activité non adaptée 49
c. Cabinet non adapté 49
➢ Eloignement du cabinet par rapport à la ville facultaire 50
➢ Organisation logistique du cabinet non adaptée à recevoir un stagiaire 50
d. Interne gênant l'organisation d'un planning personnalisé 51
e. Peur de la remise en cause ou peur du jugement 52
f. Crainte d'un relationnel difficile 53
➢ Crainte d'avoir un interne non motivé / problème de ne pas pouvoir choisir son interne 54
g. Crainte de l'engagement que représente l'accueil d'un interne 55
➢ Engagement pour une durée de 6 mois 55
➢ Engagement pour la formation à sa spécialité 56
h. Doute sur la capacité à former ou transmettre des informations 56
➢ Formation nécessaire à la pédagogie 58
i. Croyances et préjugés 58
5. Thème 5 : motivations à devenir Maître de Stage Universitaire 60
a. Volonté de faire connaître la médecine générale 61
➢ Intérêt des stages ambulatoires en zone rurale ou sous dotée 62
b. Intérêt des stages ambulatoires de médecine générale 63
➢ Pour les internes de médecine générale 63
➢ Pour les médecins Maîtres de Stage Universitaires 64
o La réciprocité de formation par la discussion et la remise en cause apportées par l'interne 64
o L'apport d'informations et de connaissances récentes par l'interne 65
o L'incitation à approfondir sa réflexion ou ses connaissances dans un rôle de formation 65
o Des intérêts « matériels » 66
▪ *Compensation financière* 66
▪ *Se servir de l'interne comme d'un remplaçant* 66
▪ *Une compagnie pour le praticien* 66
➢ Pour les patients de médecins Maîtres de Stage Universitaires 67
o en apportant un avis différent menant à une discussion bénéfique pour le patient 67
o en apprenant au patient à être pris en charge par d'autres médecins 67
o en permettant aux patients de connaître un nouveau médecin 67
c. Motivations personnelles à devenir Maître de Stage Universitaire 68
d. La rémunération du Maître de Stage Universitaire n'est pas une motivation en soi 68
e. Adhésion ou avis non négatif sur les démarches et les conditions à devenir Maître de Stage Universitaire 70
VI. Les modalités d'information actuelles et souhaitées 72
DISCUSSION 74
I. Limites et points forts de l'étude 74
1. Points forts 74
2. Ecarts au protocole 74
3. Les biais de l'étude 75
a. Biais de sélection 75
b. Biais liés à la technique de l'entretien 76
c. Biais liés à la méthode d'analyse 76
II. Comparaison à la littérature existante 77
1. Les travaux d'autres régions 77
2. Les travaux en Lorraine 80
3. Synthèse de la littérature 80
III. Synthèse critique des résultats principaux 81

1. Des freins identifiés 81
a. Les modalités 81
b. La problématique du temps 82
c. Perceptions, croyances et préjugés 83
➢ L'intrusion de l'interne dans le « colloque singulier » de la consultation médicale 83
o la présente de l'interne gênante pour le praticien 84
o la présence de l'interne gênante pour le patient 84
➢ La crainte de ne pas savoir transmettre ? 86
➢ « Comment vivre avec une autre personne pendant six mois ? » 87
2. Le manque d'information comme frein principal ? 88

IV. Perspectives et ouverture 91
1. Le mémoire d'Olivier Hanriot (41) 91
2. Quelle suite ? 92

CONCLUSION 94

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 96

ANNEXES 101

Annexe I : La charte des MSU du CNGE 101

Annexe II : Recueil du consentement de participation et à l'enregistrement de l'entretien 108

Annexe III : Bordereau de description des caractéristiques de la population 109

Annexe IV : Canevas d'entretien 110

Annexe V : Table des codes 111

ABRÉVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales

IMG : Interne de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire ou Maîtrise de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

USER : Unités de Soins d'Enseignement et de Recherche.

INTRODUCTION

I. Contexte

Le nombre de postes offerts pour l'internat de médecine générale aux étudiants en médecine a presque doublé en un peu moins de 10 ans pour la subdivision de Nancy (1)(2)(3). Sur cette même période, le nombre d'internes en médecine générale (IMG) par promotion dans la subdivision de Nancy a presque triplé.(4)(5)(6)

De plus, le nombre d'internes affectés chaque année en médecine générale à Nancy, reste inférieur aux besoins de formation identifiés par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, ces chiffres étant en augmentation régulière depuis 2010.(7)(8)(9)

Au premier semestre de l'année universitaire de 2013-2014, le nombre de médecins généralistes agréés maître de stage universitaires (MSU) pour le Troisième cycle des Études Médicales (TCEM) dans la région de Lorraine était de 162 (10) et le nombre d'Unités de Soins d'Enseignement et de Recherche (USER), unités pouvant accueillir chacune un interne en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) était de 25 (11), permettant 50 stages SASPAS sur les deux semestres. Pour cette même année universitaire, les internes de médecine générale (IMG), de la première à la troisième année de TCEM de Médecine Générale étaient au nombre de 409. Les internes de troisième année ayant encore des stages à réaliser, toutes valences confondues, étaient au nombre de 135 (source : scolarité de la faculté de médecine de Nancy, en novembre 2013).

Actuellement, la maquette de l'internat de médecine générale ne comporte qu'un seul stage obligatoire chez le praticien, le stage de niveau 1. Le SASPAS ou stage chez le praticien de niveau 2, est un stage facultatif qui peut se réaliser lors de la dernière année d'internat (12). Les réformes en cours pour la formation des internes de médecine générale tendent à revaloriser les stages en ambulatoire. Parmi les mesures mises en place, nous pouvons relever, pour les stages tels que les SASPAS, la mise en place d'une prime de responsabilité pour les internes de médecine générale qui le réalisent (13) et d'une indemnité de transport pour les internes réalisant un stage ambulatoire quel qu'il soit (14). En Lorraine, il existe également des stages ambulatoires pour la valence gynécologie/pédiatrie, pour lesquels les groupes de praticiens comprennent notamment des médecins généralistes MSU ayant une activité de pédiatrie ou de gynécologie importante. Des études régionales tendent à montrer que la réalisation d'un SASPAS facilite l'installation, et notamment les installations dans des zones géographiques semblables à celles où le SASPAS a été effectué (15)(16).

Des enquêtes réalisées auprès des IMG tendent à montrer que ceux-ci souhaiteraient voir leur formation être moins hospitalo-centrée et que les stages ambulatoires soient favorisés (17)(18).

II. Problématique

L'offre de stages ambulatoires chez le médecin généraliste, de niveau 1 et de niveau 2, doit pouvoir être adaptée au nombre d'internes grandissant et à la volonté de voir notre formation coller au plus près de notre futur exercice. Pour l'année 2013-2014, l'ensemble des IMG de Nancy avait la possibilité de réaliser son stage ambulatoire de 1er niveau, et 50 des TCEM 3 pouvaient réaliser un SASPAS, soit environ un tiers de la promotion des IMG de TCEM 3 de cette année universitaire 2013-2014.

Pour continuer de satisfaire à la maquette de l'internat de médecine générale et augmenter l'accès à d'autres stages ambulatoires, le recrutement de MSU est nécessaire. Les critères pour devenir MSU sont regroupés dans la charte des MSU du CNGE (annexe 1).

III. Hypothèse

Parmi les médecins généralistes qui ne sont pas MSU pour le TCEM, certains doivent avoir des freins à la demande de maitrise de stage, de différents ordres (connaissance de la maitrise de stage, connaissance des procédures, idées fausses sur la maitrise...).

IV. Objectifs

1. Objectif principal

Explorer les freins à la maitrise de stage universitaire pour les médecins généralistes de Lorraine non MSU pour le TCEM en 2014.

2. Objectif secondaire

Déterminer les besoins et attentes en termes d'information sur la maitrise de stage universitaire des mêmes médecins, afin d'améliorer le recrutement et de cibler les messages.

MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés (19) auprès de médecins généralistes de Lorraine n'étant pas ou plus MSU pour le TCEM en 2014.

II. Population de l'étude

1. Critères d'éligibilité

Être installé en cabinet de médecine générale, en Lorraine.

2. Critères d'exclusion

Être MSU pour le TCEM au moment de l'étude.

3. Constitution de l'échantillon et mode de recrutement

Les médecins généralistes interrogés ont été choisis pour constituer un échantillon raisonné diversifié.

La diversité de l'échantillon a été recherchée sur les critères suivants : l'âge, le genre, le type d'exercice (en groupe ou individuel), l'exercice salarié ou libéral, le lieu géographique de l'installation (rural, semi-rural, et urbain) sur les quatre départements de la région de Lorraine, l'ancienneté d'installation et le statut par rapport à la maîtrise de stage pour le TCEM (installé depuis plus de 3 ans et n'ayant jamais été maître de stage ou ayant cessé d'être maître de stage ; installé depuis moins de 3 ans donc non encore éligible à la maitrise de stage de troisième cycle).

Le choix s'est fait de deux façons :

- Choix selon les critères précédemment cités parmi la liste des médecins fournis par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'un des départements de Lorraine.
- Pour les départements où une telle liste n'a pas été fournie, le choix s'est fait selon la modalité suivante :
  - Choix d'une zone géographique dans le département concerné selon la densité médicale sur Cartos@nté de la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé de Lorraine (densité médicale définie pour l'année 2012) ;
  - Consultation en ligne de l'annuaire téléphonique professionnel Pages Jaunes rubrique « médecins généralistes » pour la zone géographique concernée ;
  - Suppression des maitres de stages universitaires (10) ;
  - Etablissement d'une liste numérique aléatoire par tirage au sort via le logiciel en ligne www.dcode.fr/tirage-au-sort-nombre-aléatoire en définissant le nombre minimum, le nombre maximum, le nombre d'éléments à tirer par tirage, sans remise d'un nombre déjà tiré ;
  - Prise de contact avec les médecins correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion dans l'ordre défini par la liste numérique établie, jusqu'à obtention d'un rendez-vous pour réaliser un entretien avec un médecin dans chacune des trois zones de densité médicale définie sur Cartos@nté (faible, modérée, forte).

III. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins généralistes préalablement contactés par téléphone.

Ils se sont déroulés en trois temps :

- Présentation de la personne assurant l'entretien, de l'étude et du déroulé de l'entretien ;
- Recueil du consentement à l'entretien, à l'enregistrement de celui-ci (annexe II) et remplissage du bordereau de description (annexe III) ;
- Entretien à proprement parler suivant un canevas d'entretien (annexe IV), prévu pour durer 15 minutes.

Le canevas d'entretien a été testé au cours des deux premiers entretiens et n'a pas été modifié pour le reste de l'étude.

IV. Recueil des données

Tous les entretiens ont été réalisés par une seule et même personne.

Tous les entretiens ont été enregistrés, après obtention de l'accord des médecins généralistes interrogés.

Les enregistrements ont été retranscrits au fur et mesure par la personne ayant réalisé l'entretien. La retranscription a été faite mot pour mot, respectait le langage familier, rapportait les hésitations et le ton employé a été indiqué lorsque cela semblait pertinent de le rapporter. L'anonymisation des entretiens a été faite en retirant les données personnelles et géographiques autre que le département. Les médecins interrogés ont été identifiés par le numéro de leur entretien, dans l'ordre dans lequel ils avaient été interrogés. Le premier médecin est désigné par E1, le deuxième E2, etc. Pour retranscrire la conversation, l'enquêteur a été identifié par les initiales SL dans les verbatim.

V. Analyse des données

L'encodage des entretiens a été fait tous les quatre entretiens.

Il a été réalisé en deux temps :

- un premier codage ouvert, par lecture de l'ensemble des verbatim, permettant de définir des unités de signification,
- un deuxième codage thématique avec regroupement des unités de signification par thème.

Le nombre d'entretiens nécessaire à l'obtention de la saturation des données, définie par l'absence d'apparition de nouvelles idées lors des entretiens, confirmée par deux entretiens supplémentaires, a été de 11.

L'analyse a été faite selon une approche par théorisation ancrée avec analyse du discours, du contenu et du contexte. (19)

Pour mettre en perspective l'analyse, un tiers des entretiens a été analysé de façon indépendante par le Dr Laurène Millet-Malingrey et deux entretiens ont été analysés par le Dr Emilie Mouchet.

VI. Éthique et sécurité des données

Conformément à ce qui a été annoncé aux médecins interrogés, aucunes données personnelles ni données concernant l'activité de soins n'apparaissent dans l'analyse. Les verbatim ne sont pas publiés dans leur intégralité et les enregistrements des entretiens ont été détruits après retranscription. Les entretiens pour lesquels les médecins interrogés ont expressément demandé à ce qu'aucun tiers « n'entende ou ne lise » certains propos tenus ont été écartés de façon volontaire des entretiens fournis pour le codage indépendant par les Drs Millet et Mouchet.

Toutes les données concernant cette étude ont été stockées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les bordereaux nominatifs de recueil de consentement à l'enregistrement ont été archivés dans un local fermant à clé.

Conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les coordonnées de l'interviewer ont été laissées à disposition des médecins interrogés pour modification ou suppression des données recueillies le cas échéant.

Dans ce cadre, le recours au Comité de Protection de Personnes n'était pas nécessaire.

VII. Financement

Le financement de cette étude a été un financement personnel. Cela concerne les frais de déplacement au cabinet des médecins interrogés et l'achat du matériel d'enregistrement.

VIII. Durée de l'étude et calendrier

	juin 2014	juil. 2014	août 2014	sept. 2014	oct. 2014	nov. 2014	déc. 2014	janv. 2015	fév. 2015	mars 2015
Entretien et retranscription										
Analyse des données										
Rédaction de la thèse										

RÉSULTATS

I. Obtention des entretiens

Pour réaliser les 11 entretiens nécessaires à l'obtention de la saturation des données, 32 médecins généralistes ont été contactés par téléphone.

Pour les 21 médecins pour lesquels il n'y a pas eu de prise de rendez-vous pour entretien, les motifs ont été :

- Pour 8 d'entre eux : pas de réponse à l'appel téléphonique ;
- Pour 3 d'entre eux : réponse du secrétariat. Le secrétariat devait passer le message au médecin concerné et rappeler pour donner la réponse. Lorsque le rappel a été spontané, la réponse a été « le médecin n'est pas disponible pour un entretien ». Lorsque le rappel n'a pas été spontané, un deuxième appel a abouti au même schéma « secrétariat -> message laissé à l'attention du médecin -> rappel du secrétariat ultérieurement pour réponse » ;
- Pour 3 d'entre eux : refus par manque de temps à consacrer à l'entretien ;
- Pour 2 d'entre eux : refus car non intéressés, sans précision ;
- Pour 2 d'entre eux : erreur de sélection car étaient déjà MSU ;
- Pour 1 d'entre eux : refus par ressentiment envers la faculté ;
- Pour 1 d'entre eux : refus par « incompatibilité d'emploi du temps » ;
- Pour 1 d'entre eux : refus car allait partir à la retraite très prochainement et estimait ne pas avoir assez de connaissances sur le sujet pour être intéressant à interroger.

Parmi les onze médecins ayant accepté un entretien, sept avaient demandé des informations et des explications sur le sujet. Deux ont accepté de ne pas en avoir suite à l'explication sur les biais que pouvait engendrer le fait de connaître le sujet (recherches d'informations avant l'entretien, refus de participer du fait du sujet lui-même).

II. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des médecins interrogés sont regroupées dans un tableau (tableau 1). Les onze praticiens étaient tous médecins généralistes en activité en Lorraine pour l'année 2014. Il y a eu six hommes et cinq femmes interrogés, dans les quatre départements de la région. La moyenne d'âge était de 50,5 ans.

Un praticien était MSU pour les étudiants de DCEM. Un praticien avait fait les démarches pour être MSU, avait accueilli des étudiants du DCEM mais n'avait jamais reçu d'internes et n'avait plus l'agrément. Deux n'avaient pas le nombre d'années d'installation nécessaire pour être éligibles à la MSU. Neuf praticiens avaient le nombre d'années d'installation requis mais n'avaient jamais été MSU.

Tous les praticiens interrogés avaient une activité libérale et deux avaient une activité complémentaire salariée.

Six praticiens travaillaient dans un cabinet de groupe, dont deux étaient des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Quatre exerçaient en milieu urbain, trois en milieu semi-rural et quatre en milieu rural. Les quatre types démographiques urbains bénéficiaient tous d'une forte densité médicale. Les types démographiques ruraux et semi-ruraux avaient une densité médicale allant de forte à faible.

N° entretien	sexe	âge (ans)	ancienneté d'installation (ans)	statut MSU	type d'exercice	type d'installation	département d'installation actuel	type démographique d'installation	densité médicale de la zone géographique d'installation* (en 2012)
1	homme	59	29	a	libéral	individuelle	Meuse	urbain	forte
2	homme	54	24	b	libéral	groupe MSP	Meuse	rural	forte
3	femme	39	2,5	c	libéral	groupe MSP	Meuse	rural	forte
4	homme	59	19	a	libéral	individuelle	Vosges	rural	faible
5	homme	60	17	a (MSU pour DCEM)	mixte	groupe	Vosges	urbain	forte
6	femme	45	9	a	libéral	individuelle	Vosges	semi rural	moyenne
7	femme	31	3 mois	c	libéral	groupe	Moselle	semi rural	forte
8	homme	47	15	a	libéral	groupe	Meurthe et Moselle	urbain	forte
9	homme	62	25	a	mixte	individuelle	Meurthe et Moselle	rural	moyenne
10	femme	43	11	a	libéral	groupe	Meurthe et Moselle	semi rural	faible
11	femme	57	25	a	libéral	individuelle	Meurthe et Moselle	urbain	forte

Tableau 1 Caractéristiques de la population de l'étude

légende: a: installation ≥ 3 ans, n'ayant jamais été MSU b: installation ≥ 3 ans, ayant cessé d'être MSU c: installation ≤ 3 ans, non encore éligible à être MSU *: définie par Cartos@nté sur la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé de Lorraine (forte: > 10,3 médecins généraliste / 100000 habitants ; moyenne 6,3 < médecins généralistes / 100000 habitants < 10,3 ; faible : médecins généralistes / 100000 habitants < 6,3) ¤: données fournies par le CDOM en 2014

III. Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens a été de 15 minutes 54 secondes pour des entretiens allant de 8 minutes et 8 secondes à 34 minutes et 6 secondes. (Tableau 2)

N° d'entretien	durée de l'entretien (m= minutes; s= secondes)	N° d'entretien	durée de l'entretien (m= minutes; s= secondes)
1	9m 02s	7	10m 59
2	17m 47s	8	15m 00s
3	8m 08s	9	27m 18s
4	9m 35s	10	20m 39s
5	13m 30s	11	34m 06s
6	9m 36s	moyenne	15m 54s

Tableau 2 Durée des entretiens

IV. Codage ouvert

Le codage ouvert par lecture des entretiens a permis de dégager unités de signification, réunis en tableau EXCEL® ou table des codes (annexe V)

V. Codage thématique

Le codage thématique a permis de réunir ces unités de signification en cinq thèmes : le manque d'information, les freins liés aux modalités pour devenir MSU, les freins liés au manque de temps, les freins liés à la perception du praticien de la maitrise de stage universitaire et de l'accueil d'un interne et les motivations à devenir MSU.

1. Thème 1 : manque d'informations

Au cours des entretiens, il était demandé aux praticiens de dire ce qu'ils savaient des stages d'interne et de la maitrise de stage universitaire. La question était ouverte de manière à ne pas orienter les réponses.

Les réponses ont fait apparaitre un manque d'information, soit directement reconnu par le praticien, soit du fait que les réponses comportaient des erreurs ou que les connaissances étaient approximatives ou incomplètes. Certains praticiens émettaient d'eux même des réserves sur leurs connaissances et les informations dont ils disposaient. Mais certains praticiens ne semblaient pas remettre en cause leurs connaissances sur le sujet. Pour certains il existait une demande d'information spontanée sur la maîtrise de stage, avec une critique envers les instances chargées des études médicales, et notamment la faculté, qui ne communiquerait pas suffisamment avec les médecins installés sur la maitrise de stage universitaire.

a. *Manque d'informations reconnu par les médecins*

Certains médecins reconnaissaient directement être en manque d'information. Ils estimaient soit ne pas être assez informés soit être informés de façon inadaptée sur la MSU.

« E3 : je pense qu'il faudrait qu'ils (la fac) communiquent un petit plus à nous euuuh, médecins installés pour savoir… en tout cas nous transmettre quelles sont ces modalités, parce que, effectivement par le Dr… là, qui est un petit peu en contact avec la fac… si on avait pas lui, ba on serait un petit peu dans le brouillard. »

« SL : et dans les démarches…

E3 : ouiiii… (rires ironiques)

SL : est-ce que vous voyez des freins ?

E3 : oui !! Ba c'est tjrs… voilà, je pense qu'il faut reprendre contact avec la fac, déjà se renseigner comment est-ce qu'on doit faire, à qui on doit s'adresser pour le faire, et puis ba voilà… »

« E4 : j'ai eu une information, très vague, un courrier, quand ils en cherchaient… »

[…] SL : parce qu'il y a des informations par exemple sur le site du CNGE, le Collège National des Généralistes Enseignants, où on peut trouver la charte du maitre de stage…

E4 : Ah ! Je le connais celui-là et il me semble que j'avais visité une fois en vitesse, mais c'est loin, très loin. Vous voyez que ça ne m'a pas laissé des souvenirs impérissables. »

« E6 : pas de réels freins, mais un manque d'information des médecins généralistes sur les démarches à effectuer par contre, ça c'est un frein.

SL : par qui vous aimeriez être informée de ces démarches, des conditions, de la maitrise de stage en général ?

E6 : je ne sais pas. La fac de médecine de la région qui cherche certainement des maîtres de stage, apparemment… de ce que j'en sais. Et en fait, on ne reçoit rien, on est vraiment pas du tout informé sur les démarches justement à effectuer. »

« SL : du coup, est-ce que vous auriez besoin d'informations sur la maitrise de stage ?

E8 : (sur un ton de reproche) peut-être quand même, des informations, même si elles sont très simples, des démarches, quand même… »

« E9 : […]Les infos, elles viennent par courrier etc... Souvent on le pose, on se dit je vais réfléchir... mais on le met de côté »

« E9 : […] On aimerait bien avoir des nouvelles. Par exemple vous, vous venez, vous parlez... Si la faculté nous envoyait des jeunes comme ça, sans que ce soit une durée de 6 mois, par exemple un stage de 2 semaines pourquoi pas ?

« E9 : oh oui, ça, ça on aime plutôt que ce soit les jeunes... […] parce que si y'a une autre personne qui vient, alors on sait pas, on se pose toujours la question : « Ca ressemble à quoi un stagiaire ? »

Certains médecins rapportaient des difficultés à accéder aux informations, ne sachant pas de façon claire ou évidente où se renseigner.

« E2 : […] je crois qu'il y a un bureau à la fac dans lequel on se renseigne pour avoir ces renseignements là donc... »

« E8 : j'ai déjà appelé une fois, disant que je serai intéressé, on m'avait envoyé les papiers, y'a quelques temps, puis en fait je les ai jamais renvoyés […] mais alors, du coup, je ne les ai plus, et je ne sais plus... à qui il faut s'adresser. »

b. *Manque d'informations sur les stages d'interne de médecine générale*

Pour les médecins qui ne rapportaient pas directement un manque d'information, ce sont leurs réponses aux questions portant sur leurs connaissances de la formation actuelle des internes de médecine générale qui mettaient en évidence des connaissances approximatives, incomplètes voire parfois inexistantes.

Un médecin disposait d'informations anciennes, pouvant dater d'avant l'instauration de l'internat de médecine générale tel qu'il est connu actuellement, sans remise en question de ces informations.

« E1 : […] y'a quelques années déjà […], on en entendait parler puisque euh, on les dirigeait vers les maîtres de stage éventuels, et j'avais quelques rapports à cette époque-là avec la faculté et avec euh les instances régionales. »

« E1 : […] je sais que ça se pass…enfin, qu'il y a plusieurs types de stages, puisqu'il y a les, les euuh les stages d'internes et les stages de, deuuuh, pré-internes en quelque sorte, euuuh, donc, euuuh, qui se passent euuh, donc, en périphérie en général de Nancy, et qui se passent avec 2, 3 ou plusieurs médecins effectivement, chez lesquels les stagiaires se dispatchent régulièrement. »

D'autres praticiens avaient des connaissances approximatives ou incomplètes et que certains jugeaient eux-mêmes incertaines.

« E2 : mais globalement je crois que actuellement, il me semble hein, j'ai pas toutes les informations en cours, je crois que les internes c'est sur le système de volontariat qu'ils font leur stage chez les médecins généralistes, il me semble non ? »

« E2 : […] Mais c'est un peu biaisé parce que d'après ce que je sais eeuh, les SASPAS vont surtout sur Nancy sur l'université, (je fais une mimique dubitative) […] d'après ce que j'ai cru comprendre c'est que euuh, en longue périphérie par rapport à la ville universitaire, on nous donnerait plutôt des internes et les SASPAS resteraient plutôt sur le milieu universitaire. C'est ce que j'ai cru comprendre en me renseignant un petit peu. »

« E3 : alors, il y avait… nous les premiers qu'on a eu… moi concernant ma formation puisqu'on était pas obligé […] Euuuh, et puis avant je sais qu'il y avait siispas, sssiiiisp…

SL : SASPAS ?

E3 : voilà, Ca se passe bien ! »

« SL : […] Qu'est-ce que vous savez de ces stages?

E9 : donc ce que je sais c'est que les internes de médecine générale, on dit que c'est les remplaçants ; les internes, ils sont au cabinet, ils travaillent à la place des médecins. Le médecin peut travailler à l'hôpital ou faire ses dossiers, ou je sais pas quoi… donc voilà. »

SL : d'accord. Qu'est ce que vous en savez en termes de déroulement d'une journée, des conditions d'accueil… ?

E9 : pas trop… j'ai pas trop… disons que vu que ça m'intéressait pas, donc j'ai pas trop posé de questions sur le déroulement. Je sais que les stagiaires, ils viennent, ils travaillent au cabinet, ils remplacent le médecin. Je pense ou je présume qu'au début ils travaillent à 2, et puis après un certain moment… Et puis donc, le maître de stage, je pense qu'il doit aller à Nancy aussi, se perfectionner aussi, sûrement pour pouvoir prendre en charge les stagiaires, avoir quelque chose comme ça voilà. »

« SL : […] Alors qu'est-ce que vous savez de ces stages, du déroulé, de l'accueil, de la rémunération du maitre de stage etc. ?

E10 : euuuuh, ba pas grand-chose.

[…] il y a aussi, des internes qui ont fini, qui sont en SASPAS c'est ça ?

SL : oui, c'est le Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée… mais ils n'ont pas fini […]

E10 : voilà »

« E11 : donc, ba, alors, bon, par M. (médecin généraliste) je sais que ces stages, il a un interne, je crois que c'est en 6ème ou en 7ème année… c'est relativement tard, euh… ça, donc, il l'a une demie journée ou une journée par semaine, ils ont des réunions après pour parler etc…. En fait, ses stagiaires ne le remplacent pas plus que ça parce que je vois qu'il s'arrange avec un médecin du quartier quand il s'en va »

Le médecin E5, MSU pour le DCEM avait des connaissances exactes mais émettait des incertitudes.

« E5 : ba donc, je sais que ce sont des stages pour les internes de médecine générale, où il y a deux types de stages avec la partie « patients consultations » et puis le SASPAS, où l'interne travaille tout seul et il voit son maitre de stage le soir pour rediscuter des dossiers.

SL : d'accord.

E5 : la durée, je sais pas c'est 3 à 6 mois j'imagine, quelque chose comme ça… ? »

Un des médecins admettait qu'il n'avait quasiment aucune connaissance sur le sujet.

« SL : […] Est-ce que vous avez déjà entendu parler de stages d'interne en médecine générale ?

E4 : vaguement

SL : d'accord. Quand ? Comment ? Par qui ?

E4 : j'ai un ami qui le fait.

SL : qu'est-ce que vous savez de ces stages?

E4 : pas grand-chose

SL : d'accord, donc le déroulé, l'accueil de l'étudiant, la rémunération du médecin, ça ne vous dit rien ?

E4 : non. »

c. *Manque d'informations sur la maitrise de stage universitaire*

Sur le sujet de la MSU, les réponses aux questions sur les démarches et conditions montraient un réel manque d'information.

Un certain nombre de médecins n'avaient aucune connaissance sur le sujet.

« SL : Et au niveau des démarches, est-ce que vous les connaissez, est-ce que vous avez entendu parler ?

E3 : non… non pas du tout. »

« SL : est-ce que vous savez comment on devient maître de stage ?

E6 : non

SL : ni les conditions, ni les démarches à faire ?

E6 : non. »

« SL : Est-ce que vous savez les conditions à remplir pour pouvoir être maitre de stage ?

E8 : OUAIS ! Il faut avoir plus de 3 ans d'exercice !!!

Rires mutuels (cette condition fait partie des critères mis dans le formulaire d'identification que je fais remplir au médecin généraliste interviewé au début du rendez-vous pendant que j'installe le matériel audio !)

SL : bien. Bonne déduction ! En connaissez-vous d'autres ?

E8 : euh, non je ne sais pas. »

« SL : est-ce que vous savez comment on devient maitre de stage… (pas de réponse). Il y a des conditions et des démarches, est-ce ça vous parle ?

E11 : pas plus que ça non. »

Certains médecins disposaient de quelques informations, le plus souvent incomplètes et comportant des inexactitudes.

« SL : est-ce que vous savez comment on devient maître de stage ?

E1 : (ton sarcastique), oh ba je crois qu'il suffit de postuler à la faculté (rires !)

[…]

SL : est-ce que vous connaissez les conditions pour être maître de stage ?

E1 : je crois qu'il faut avoir plus de 3 ans d'exercice et puis euuuuh, ba c'est tout je crois (sourire interrogateur) ? »

« SL : […] Est-ce que vous sauriez comment on peut devenir maître de stage pour accueillir des internes en stage ?

E4 : vaguement. Faut faire de la formation continue régulièrement, et au départ je pense qu'il faut avoir des stagiaires, disons de dernière année, pendant leur stage obligatoire de dernière année je crois. »

« SL : est-ce que vous savez comment on devient maitre de stage ? Vous me disiez, il est allé en formation…

E10 : ouais, il est allé en formation à la fac,

SL : oui...

E10 : voilà.

SL : d'accord. C'est tout ce que vous savez ?

E10 : (en insistant, sur un ton étonné) il est allé en cours en tant que médecin généraliste !!! »

Certains médecins disposaient d'informations relativement exactes, même si elles étaient incomplètes, soit par expérience comme pour le médecin E5, soit par supposition comme pour le médecin E9. Tous deux exprimaient tout de même des incertitudes.

« SL : et du coup, est-ce que vous savez comment on devient maitre de stage pour les internes ?

E5 : et bien on devient maitre de stage en faisant la demande à la faculté et puis en participant à une formation, j'imagine et puis après, si on a participé à une formation de 2 ou 3 jours je pense, après on doit être maitre de stage.[…] Il faut avoir une activité supérieure à 3 ans d'installation, parce que j'ai vu le questionnaire, et puis d'avoir une activité suffisante, par exemple une personne qui doit avoir une autre activité salariée et qui a que quelques consultations en libéral ça doit pas être possible, donc il faut qu'il y ait une activité normale de médecin généraliste. Autre condition, je ne sais pas non… il faut avoir moins de 60 ans... ? (rires) »

« SL : est-ce que vous savez comment on devient maitre de stage ?

E9 : je pense qu'il faut faire la démarche, l'accepter, il doit y avoir au CHU ou à la fac de médecine... s'inscrire, et puis peut-être qu'il y a des stages à faire là-bas à valider avant de … bon, peut-être passer des examens, je sais pas moi… »

En plus des réponses aux questions spécifiquement destinées à recueillir leurs connaissances sur le sujet, certains médecins avaient eu, au cours de l'entretien, des remarques qui montraient des croyances erronées.

Le médecin E2 parlait de la difficulté de trouver un collègue MSU pour former le binôme de MSU pour recevoir un interne.

« E2 : j'ai pas reçu d'internes. Parce que 1. il faut être plus nombreux et moi je suis tout seul dans la structure à avoir le droit de recevoir un interne donc ici, je m'étais renseigné avec une femme de (ville), un médecin de (ville), qui avait fait la formation avec moi qui cherchait également à encadrer un interne. […] Le problème c'est de trouver après les médecins qui sont d'accord également pour fonctionner. Il faut qu'on soit 3 quoi, à peu près pour fonctionner ensemble et euuh, ici je pense que dans une ou 2 années on va se reposer la question de savoir si on le fait ou pas quoi. »

Le médecin E9 pensait que les stages d'interne ne se déroulaient que dans la ville universitaire et que le nombre de MSU y était suffisant pour permettre à tous les internes de réaliser un stage ambulatoire de médecine générale.

« E9 : mais il y a un besoin pour les maitres de stage universitaires ?

SL : oui !

E9 : un grand besoin ? Ceux qui sont tout près de Nancy n'arrivent pas à combler le besoin ? »

2. Thème 2 : freins liés aux modalités pour devenir Maître de Stage Universitaire

Au cours des entretiens, après avoir demandé aux praticiens ce qu'ils savaient des démarches et des conditions pour devenir MSU, celles-ci leur étaient énoncées et les praticiens pouvaient donner leur avis concernant ces modalités.

a. *Des modalités contraignantes*

- Lourdeur administrative

Certains des médecins estimaient que les modalités pour devenir MSU étaient contraignantes de par leur lourdeur administrative.

« SL : et sur les modalités pour devenir (en insistant sur devenir) maitre de stage, qu'est-ce que vous en pensez ?

E1 : je crois qu'elles sont relativement contraignantes. (Blanc) Voilà. Donc c'est pour ça que je les ai pas développées avant parce que je les connais un tout petit peu, mais, voilà, (petit rire narquois) mais, j'ai pas envie de m'étendre dessus (rires)

« E11 : oh, il y a peut-être 4 ou 5 ans, avec M. De Korvin comme doyen je crois. Donc voilà. Mais comme ça commençait… qu'il fallait écrire, qu'il fallait ci… qu'il fallait se réunir… et puis c'était…, bon…, à une période, où c'était dense. Oui… et je fais pas beaucoup de la danse !!! »

- Difficultés d'aménagement de l'emploi du temps pour faire les démarches

Un certain nombre de médecins rapportaient des difficultés à pouvoir intégrer le temps de faire les démarches dans leurs emplois du temps et la difficulté à envisager de prendre encore sur leur temps personnel pour notamment participer à la formation initiale à la pédagogie.

« E2 : euuuh, voilà. Après y'a le timing effectivement, en dehors de ça, y'a le timing de la formation où je crois il faut faire 2-3 week-ends de formation pour être maître de stage là, j'en ai qu'un, il faut trouver le temps effectivement, il faut se dire ba je me rebloque de nouveau 2 week-ends pour être eh, pour être effectivement, pouvoir être maître de stage. »

« E3 : et puis ba voilà… c'est le week-end de formation (petits rires entendus) »

« E5 : disons que c'est pas grand-chose, mais c'est toujours encore 2 week-ends à l'extérieur… etc... »

- Autres motifs

Le médecin E4, en plus de l'aspect jugé chronophage de la formation initiale, exprime un mécontentement plus général sur la contrainte que représente l'obligation de la formation continue.

« SL : donc je vais passer sur la question « est-ce que vous seriez intéressé par le fait de devenir maitre de stage » ?

E4 : oui en effet… la réponse est « non merci ». Parce que la formation il faut déjà avoir le temps de la faire, moi je suis déjà… si vous voulez, on vous oblige à faire des formations continues, depuis cette année, que je ne fais pas, parce que j'estime que moi j'ai passé des tas de diplômes durant toute ma carrière, je fais médecin gériatre, je fais des expertises, je suis médecin dommages corporels, je suis médecin d'assurance, tout ça, toutes ses études là, personne ne me les a payées, c'est moi qui me les suis payées, et on me demande maintenant de faire des formations continues. […] Et pour la formation continue, il faudrait qu'elle serve à quelque chose et non pas seulement à remplir des dates pour remplir une obligation »

Le médecin E2 avait été MSU pour les étudiants du DCEM et expliquait avoir initié les démarches pour être MSU pour les internes. Il rapportait lors de l'entretien son expérience de la formation à la pédagogie, qui ne motivait pas les médecins généralistes à devenir MSU.

« E2 : Le stage s'est pas trop bien déroulé, c'était une formation d'un week-end, avec un formateur qui venait deuuh la région parisienne, qui euuh à mon avis n'est pas là pour euuh, encourager les médecins qui veulent être maître de stage, tout du moins dans notre formule à nous. En tant que médecin de campagne on peut voir 40, 50 patients dans la journée, et je me rappelle du maître de stage qui a dit, enfin pas du maître de stage, du formateur de Nancy (?), qui a dit « moi si j'ai euuh, plus de 25 patients dans une journée je déconseille d'être maître de stage. J'aiii, j'ai pas osé me lever et partir en disant « j'ai plus rien à faire là ». (Rires mutuels). Voilà. »

b. *Médecins dépassés*

En réaction à l'énoncé des modalités pour devenir MSU, certains ont exprimé un sentiment d'être dépassé par rapport au cursus actuel des études médicales et aux pratiques pédagogiques actuelles.

« E4 : […] La pédagogie……. nos stages n'étaient que des stages en hospitalier, et on avait qu'une hâte, c'était de remplacer le plus rapidement possible pour mettre un petit peu de beurre dans les épinards. On se battait pour avoir des remplacements! Alors que maintenant c'est totalement l'inverse! »

« E11 : euh de toute façon, je vais vous dire, nous, comment on fait pour devenir… ? On a fait nos remplacements, c'était une façon, mais bon, on était mis à l'eau vite fait bien fait, sans nous prendre la température…»

- Âge du praticien comme frein à faire les démarches

Certains mettaient en avant que l'âge du médecin avait une importance dans la maitrise de stage universitaire.

Le médecin E2 incluait un âge maximal comme condition pour devenir MSU.

« E2 : […] Autre condition, je ne sais pas non… il faut avoir moins de 60 ans... ? (rires)

Le médecin E4 estimait être trop âgé pour se former à la pédagogie.

« E4 : non, je ne vois pas de freins. Sauf cette formation à la pédagogie… ce n'est plus de ma génération »

Le médecin E9 estimait que les efforts et le temps qu'il faudrait consacrer à sa formation pour devenir MSU étaient une perte de temps pour la faculté, au vu du peu de temps d'exercice qui lui restait avant de prendre sa retraite.

« E9 : c'est à dire que moi j'ai 62 ans, j'ai encore 3 ans à faire, je me dis, bon je vais pas me lancer dans quelque chose de nouveau et puis on aurait tendance à plutôt laisser à un jeune qui vient de s'installer, qui aura l'expérience. Moi je vais aller faire beaucoup de chose et puis dans 3 ans c'est fini ? Tandis que, un jeune qui prend le travail, il a des années devant lui, il bénéficie… Moi je pense que la faculté qui me forme pour 3 ans que je trouve que c'est un peu perdu…

SL : donc ce serait une perte de temps de faire les démarches maintenant. Ce serait un frein de…

E9 : pour les autres (la perte de temps) ! »

3. Thème 3 : freins liés au manque de temps

Le manque de temps, les difficultés d'organisation du temps, la crainte de perdre du temps, de devoir rajouter du temps à des journées qui paraissent déjà longues aux praticiens est un thème qui est très régulièrement revenu au cours des entretiens. Huit des onze praticiens ont soulevé cette problématique du temps, avec une plus ou moins grande intensité.

a. *Médecins surmenés*

Parmi les médecins interrogés, il est apparu que, pour deux d'entre eux, la problématique du manque temps et de la surcharge de travail était majeure. Il ressortait de ces entretiens que ces deux médecins étaient dépassés dans leur emploi du temps, par leur activité. Cela semblait être à l'origine d'un ressentiment général envers tout ce qui pouvait leur faire perdre du temps et un sentiment de manque de reconnaissance.

« E4 : (sur un ton abrupt) vous voulez que je vous dise, ça ne m'intéresse pas, je suis déjà surbooké, je vois pas comment faire alors… »

« SL : donc je vais passer sur la question « est-ce que vous seriez intéressé par le fait de devenir maitre de stage » ?

E4 : oui en effet… la réponse est « non merci ». Parce que la formation, il faut déjà avoir le temps de la faire, moi je suis déjà… si vous voulez, on vous oblige à faire des formations continues, depuis cette année, que je ne fais pas, parce que j'estime que moi j'ai passé des tas de diplômes durant toute ma carrière, je fais médecin gériatre, je fais des expertises, je suis médecin dommages corporels, je suis médecin d'assurance, tout ça, toutes ses études là, personne ne me les a payées, c'est moi qui me les suis payées, et on me demande maintenant de faire des formations continues »

« E4 : le frein principal, je pense, est qu'il ne faut pas cavaler autant que moi. »

« E4 : c'est ce que cherche beaucoup, enfin certains médecins pour leur permettre de se libérer du temps. Ce serait le seul truc pour moi, qui pourrait être intéressant... Par exemple du fait que je suis en libéral, avant je me faisais remplacer tous les jeudis, et depuis 5 ans, j'ai décidé de ne plus travailler le jeudi. C'est le seul moyen que j'ai trouvé pour essayer de travailler moins.

SL : d'accord.

E4 : et mon grand plaisir ce serait de terminer ma carrière en travaillant à mi-temps.

SL : c'est quoi un mi-temps pour un médecin généraliste libéral ? C'est un temps complet normal pour un travailleur… ?

E4 : en termes de temps c'est un plein temps d'hospitalier.

SL : donc 35-48h ?

E4 : voilà, et un mi-temps c'est… c'est un plein temps de certains généralistes, je dirais, installés en ville. »

« E11 :……. Parce que j'ai des enfants qui sont grands etc… voilà j'ai toujours une charge familiale. Ce qui n'est pas vrai pour toutes les femmes médecins. Toutes les femmes médecins n'ont pas forcément une vie de famille d'accord. Moi c'est le cas, et je vais vous dire, j'oserai pas dire « ba attendez, on s'arrête, on va mettre une machine en route et on repart », donc voilà. Voilà la… parce qu'il n'y a pas de franche barrière entre… parce que voilà… autant de temps en temps, on répond au téléphone, ou on fait quelque chose… y'a pas d'horaire strict, on navigue à vue pour avoir une plus grande disponibilité et pour les uns et pour les autres. Voilà.

SL : et pour soi ?

E11 : pour soi ? Non… vraiment, je n'ai pas de temps pour moi. C'est ça qu'on se dit, c'est que vraiment, à notre âge… Quand je vois que je fais toutes les aptitudes pour aller faire de la danse, du yoga, des trucs... on se dit « et nous » ? »

« E11 : oui voilà, je dirais c'est … encore que maintenant… avant c'était… il fallait caser une réunion de parents, ou aller récupérer des enfants quelque part… donc voilà, je dirais quelque part on a un peu honte… »

« E11 : voilà. Vous voyez par exemple, vous voyez ce qu'on essaie de faire là. On essaie de temporiser… on essaie de passer 1/4h… et vous voyez le nombre de fois… on marche toujours en crabe, en canard… et voilà, donc ça serait encore voilà… »

« SL : vous leur dites quoi quand ils vous posent la question « pourquoi tu deviens pas maitre de stage » ?

E11 : ba peut-être que, ils pensent que, ça y est, mes journées sont bien remplies. J'ai pas de... non non, ils me disent pas… non, non. Je vous dis c'est encore rajouter un truc…

SL : avec un manque de temps ?

E11 : un manque de temps… ba ça c'est sûr !!! On fait de la brasse coulée nous. Quand vous commencez la journée vous rentrez il est 20h30, j'ai pas fait ci, j'ai pas fait ça… donc voilà quoi. Voilà et j'ai… »

« SL : et du coup, ce n'est pas une motivation pour vous ? (d'avoir un interne qui permet de reprendre des dossiers et d'en rediscuter)

E11 : mais non mais non ! Je vous dis je voudrais aller au yoga, à la danse, faire du squash et du badminton !!!

SL : vous pensez que ce serait bénéfique mais que vous manquez de temps ?

E11 : oui voilà, mais quand ? Mais quand ? Mais quand ? »

A un niveau moins intense, le médecin E5, MSU pour les étudiants de DCEM, rapportait avoir une activité trop importante pour pouvoir envisager actuellement de devenir MSU pour les internes.

« E5 : voilà c'est ça. Mais s'il est possible que mon activité dans la maison de repos se termine, dans quelques mois, donc peut-être que là j'aurai une optique différente. Je serai plus cool quoi. Parce qu'il faut que j'y aille aussi tous les jours des fois, donc c'est vraiment prenant. […] Ça me prend 1h quand j'y vais. »

« E5 : Si déjà elle, elle a une journée par semaine, les gens vont le savoir, il y aura plein de monde qui ne viendra pas ce jour-là, je vais être débordé les autres jours quoi. Je suis déjà débordé naturellement, donc voilà, quoi, tout ça c'est des freins, parce que… »

b. *Activité de Maître de Stage Universitaire chronophage*

Plus de la moitié des médecins estimaient que l'accueil et la formation d'un interne demande au médecin MSU d'y consacrer du temps et que cela pouvait représenter une contrainte.

« E1 : […] Dans le sens où c'est quand même une contrainte, euuuh… qu'est quand même un petit peu, euuuh, euuh, de temps »

« E4 : il faut, du côté de celui qui reçoit les stagiaires, il faut qu'il y ait du temps »

« E4 : […] je pense qu'il faut quand même donner pas mal de son temps pour que ce soit efficace »

« E5 : […] ça prend quand même plus de temps que d'être tout seul »

« E6 : après 2ème (3ème du coup) frein ça pourrait être le temps à y consacrer »

« E9 : non c'est-à-dire, ça demanderait un peu de temps, s'habituer à faire quelque chose de nouveau. »

«E10 : […] je pense qu'il faut vraiment être disponible, énormément…

SL : en termes de temps ?

E10 : en termes de temps ouais… »

« SL : vous me disiez par exemple que pour le moment vous n'étiez pas prête parce que ça demande du temps… c'est à dire ?

E10 : ba pour faire bien…. Pour faire les choses correctement, ba oui il faut…. Peut-être reprendre certains dossiers de patients difficiles ou intéressants ensemble, pas que au moment de la consultation quoi...

SL: donc le fait d'avoir un interne pour vous ça voudrait dire qu'il faudrait prendre du temps en plus après les consultations pour bien former l'interne ?

E10 : oui c'est ça ».

« E11 : […] c'est rare qu'on ait ce travail de relecture d'un dossier… On l'a un petit peu avec le groupe de pairs, quand on doit présenter un patient… et ce travail de relecture, se dire tiens… de voir un petit peu, tiens pourquoi j'ai fait si, pourquoi j'ai pas fait ça…

SL : et ça c'est quelque chose que l'interne…

E11 : l'interne, c'est un aiguillon pour le faire !

SL : et du coup, ce n'est pas une motivation pour vous ?

E11 : mais non mais non ! Je vous dis je voudrais aller au yoga, à la danse, faire du squash et du badminton !!!

SL : vous pensez que ce serait bénéfique mais que vous manquez de temps ?

E11 : oui voilà, mais quand ? Mais quand ? Mais quand ? »

- <u>Augmentation du temps de consultation</u>

Dans cet aspect d'activité de MSU chronophage, certains médecins exprimaient de façon plus précises que le fait d'avoir un interne en stage demande de prendre plus de temps pendant les consultations, pour former l'interne, répondre à ses questions éventuelles et donner des explications. Ce point a été soulevé par trois médecins qui ont une expérience soit directe (E2 et E5 qui ont eu ou ont toujours l'expérience de la MSU pour le DCEM) soit indirecte (E10, dont l'associé est MSU pour les internes niveau 1 et 2, et qui doit travailler en collaboration une demi-journée par semaine avec l'interne en SASPAS de son associé.) de l'accueil d'un interne.

« E2 : donc ça, il faut prendre du temps. C'est sûr qu'y a besoin. A partir du moment où on a un stagiaire, il faut expliquer un peu plus de chose et ma consultation qui dure parfois 4 minutes sur une gastro-entérite va être forcément un peu prolongée à 8 et ceci s'accumulant la fin de journée risque d'être tardive (rires). »

« E5 : […] quand je suis avec le stagiaire, je peux y passer quasiment 1h de plus par jour. Parce que bon on discute, ça prend quand même du temps du discuter, et avec le patient, on l'examine à 2,… c'est quand même un peu chronophage ».

« E10 : […] Parce qu'effectivement il (son associé) le dit que les consultations durent plus longtemps, quand l'interne est là... ba oui, si vous voulez bien faire… le faire participer, expliquer les choses, discuter, dialoguer, oui ça prend un peu plus de temps pendant les consultations »

4. Thème 4 : freins liés à la perception par le praticien de la maitrise de stage universitaire et de l'accueil d'un interne

Les entretiens ont permis de mettre en évidence que tous les praticiens avaient des idées préconçues sur ce qu'était être MSU, d'accueillir un interne en stage et sur les répercussions supposées. Ces perceptions étaient d'ordre professionnel comme le fait que la présence d'un interne peut gêner les patients, nécessiter la modification de l'organisation de leur emploi du temps, ou alors que l'activité ou le cabinet n'est pas adapté ou encore le fait d'être jugé par l'interne ou d'être remis en cause devant le patient. Elles étaient aussi d'ordre personnel, comme le fait de se faire imposer un interne, que celui-ci ne soit pas motivé ou que le relationnel ne se passe pas bien.

Certains praticiens émettaient également des doutes sur leurs capacités à transmettre un savoir ou d'être formateur pour leur interne et estimaient qu'accueillir interne en stage représentait un engagement important.

a. L'accueil d'un stagiaire gênant pour le patient

- Perte de confidentialité

Un médecin exprimait sa crainte de la perte de la confidentialité de la consultation du fait qu'un interne soit présent à la consultation.

« E1 : […] c'est quand même une contrainte […] et puis deeuuh, de confidentialité éventuellement par instant quoi. »

- Intrusion d'une tierce personne gênant la relation médecin/patient

Certains médecins indiquaient craindre que la présence de l'interne gêne le patient ou gêne la mise en place de la relation médecin/patient nécessaire au cours de la consultation.

« E5 : non, non, les patients ! Ça me dérangeait pour le patient, je me disais pas « il va pas aimer etc… »

SL : d'accord. Donc c'était, le fait qu'il y ait un tiers…

E5 : oui voilà, qu'il y ait un tiers dans la consultation. Oui initialement c'était un frein. »

« E6 : […] Après 2ème frein qui je pense n'est pas un énorme frein c'est peut-être la réaction des patients mais je pense pas tellement. »

« E10 : après des fois les patients ils ont un petit peu de mal à accepter… j'entends ce que les patients me disent quand il est en vacances (son associé)… Après c'est pas la majorité, mais il y a quand même des patients qui vous disent… « ba ouais il a tout le temps quelqu'un a côté de lui, c'est un peu plus difficile de lui parler de certaines choses » ou « on a le sentiment qu'il est plus en train de former l'étudiant que s'occuper de nous »… ça c'est ce que les patients me racontent…après voilà c'est pas la majorité mais du coup voilà quoi…

SL: du coup l'un des freins ce serait qu'il y a toujours quelqu'un avec et que dans la relation médecin patient c'est une tierce personne…

E10 : ouais, et du coup les patients ils me disent que des fois c'est un petit peu gênant... des fois ils aimeraient bien… »

« E11 : […] Et puis, y'a les gens qui n'acceptent pas forcément… Il faut le faire passer auprès de ses patients. […] Une tierce personne peut très souvent… je vous dis, souvent la consultation de médecine générale, c'est un truc à poupées russes, on vient pour un truc et on soulève et on soulève... donc voilà…

SL : donc là, ça gênerait l'installation d'un dialogue…

E11 : ça gênerait le démontage des poupées russes ! »

- Recrutement des patients de son associé Maître de Stage Universitaire qui ne voulaient pas qu'il y ait un interne pendant leur consultation

Dr E8, quant à lui, avait dans sa patientèle, des personnes qui consultaient initialement son associé, MSU. Ces patients avaient choisi de changer de médecin car le fait d'avoir un interne pendant la consultation avec son associé ne leur convenaient pas. Dr E8 pensait qu'en accueillant à son tour un interne, il mécontenterait ces patients là.

« E8 : un troisième frein peut-être c'est avec le patient. Parce que moi par exemple je vois des patients qui ne veulent plus voir mon collègue parce qu'il a tout le temps un interne et qu'ils ont pas envie. Du coup ils viennent vers moi. Donc si je leur remets en plus un interne. »

b. *Activité non adaptée*

Certains médecins estimaient que leur activité n'était pas optimale pour permettre une bonne formation de l'interne que ce soit en termes de nombre de consultations quotidiennes, le type de patientèle, le nombre de visite à domicile, l'aménagement du temps de travail…

« E2 : la disponibilité. Effectivement ce professeur de la région parisienne avait raison un peu de dire qu'en accueillant 25 patients par jour on y arrive facilement. En hiver quand on a 50 patients par jour, c'est un peu délicat. »

« E3 : je me dis que j'ai peut-être une petite consultation, j'ai pas une …. Ouais je suis à mi-temps, donc c'est peut-être pas forcément le reflet de ce qu'est une vraie activité de médecine générale mais bon, voilà... »

c. *Cabinet non adapté*

D'autres médecins estimaient que leur cabinet, de par sa localisation ou son organisation matérielle, n'était pas adapté à l'accueil d'un interne.

- Eloignement du cabinet par rapport à la ville facultaire

Deux médecins estimaient que leur cabinet était trop éloigné de Nancy pour motiver des internes à venir y faire leur stage.

« E2 : […] parce qu'on est assez éloignés quand même, euuh, de la fac, et y'a peu d'étudiants qui viennent jusqu'ici (rires mutuels). Ils préfèrent s'organiser autour de leurs petites habitudes d'étudiants. »

«E9 : non, des freins… euh si…c'est-à-dire, la distance. Nous sommes à 60 km de la faculté, je me dis pour les stagiaires, faire 60 km, s'ils trouvent des collègues plus près, c'est tant mieux ! »

- Organisation logistique du cabinet non adaptée à recevoir un stagiaire

Le médecin E6 estimait qu'il était difficile voire impossible d'accueillir un interne du fait de l'organisation matérielle de son cabinet : manque de place, manque de local supplémentaire pour que l'interne puisse consulter de façon autonome.

« E6 : […] après étant donné que j'exerce seule dans un cabinet où il y a qu'une salle, qu'un bureau et qu'une salle d'examen, j'aurai un doute sur la possibilité de l'être. »

« E6 : voilà le frein c'est éventuellement les locaux parce que je pense que c'est bien d'avoir 2 salles d'examen possible. C'est à mon avis l'idéal parce que je sais que quand on est interne on a le droit d'examiner les patients seuls, donc c'est bien de laisser l'interne seul avec quelques patients dans la journée puis de pouvoir en reparler après, donc c'est sûr que n'ayant qu'un bureau qu'une salle de soins ce n'est pas évident. »

d. Interne gênant l'organisation d'un planning personnalisé

Certains médecins ont mis en avant que le fait de recevoir un interne et de l'avoir physiquement à ses côtés ne permettait pas d'organiser ses journées selon ses seules activités (activités professionnelles ou personnelles).

« E1 : sauf que si, sauf que quand même, moi j'ai mon planning, qui est fait si vous voulez, qui est fait au jour le jour, et que je fais avec des plages horaires que je m'adapte à mon idée à moi, comme je fais que du rendez-vous etc… effectivement ça peut être un peu compliqué d'avoir un stagiaire. Par exemple, là cet après-midi, j'ai fait exprès, de m'accorder une plage horaire d'une heure parce que [description d'une activité de soins], et je vais faire ça dans le courant de l'après-midi.

SL : d'accord.

E1: voilà, donc, euuh, après effectivement ça peut être un peu compliqué si j'ai quelqu'un à côté de moi je peux pas tout faire quoi. »

« E8 : […] j'aime bien mon autonomie complète, faire ce que je veux, regarder sur internet, faire des trucs entre 2 patients, enfin voilà bref, pas forcément en lien avec la médecine »

« E11 : […]. Toutes les femmes médecins n'ont pas forcément une vie de famille d'accord. Moi c'est le cas, et je vais vous dire, j'oserais pas dire « ba attendez on s'arrête on va mettre une machine en route et on repart », donc voilà »

« SL : donc pour vous ce serait le fait d'avoir… disons… le fait d'avoir l'interne avec vous empêcherait…

E11 : ba y'aurait cette gymnastique que…

SL : que vous faites d'habitude que vous ne pourriez pas faire… ?

E11 : oui, on pourrait pas faire… en se disant qu'il faut être, des fois, décent. Voilà… »

e. Peur de la remise en cause ou peur du jugement

Certains médecins exprimaient la crainte que l'interne ne le remette en cause devant le patient ou que l'interne diffuse un jugement négatif sur la pratique de son MSU.

« E3 : je pense qu'il faut une ouverture d'esprit, faut être très et de 1. Je pense qu'il y a en a beaucoup qui refuse parce qu'ils ont peur d'être remis en cause parce que vous avez quelqu'un de jeune qui arrive donc forcément avec des références et des compétences qui sont plus récentes que celles que vous avez eu et c'est peut être toujours angoissant de se dire qu'il y a quelqu'un qui va vous dire « attendez maintenant on fait ci comme ça ». »

« E8 : […] c'est que j'ai… alors c'est un peu le corollaire avec le fait que ça remet en question et que ça peut être intéressant, c'est que j'ai pas forcément envie d'avoir qqn à mes côtés qui va penser tout le temps que je fais pas bien etc…

SL : donc la remise en cause c'est bien mais…

E8 : voilà. Y'a le côté voilà, on a de bons retours, mais y'a le côté, d'avoir la critique. Parce que j'en entends aussi, parce que je sais que certains disent que untel machin chose, parce que j'ai déjà entendu des retours, je trouve que ça a un petit côté indiscret.

SL : c'est la peur non pas d'être remis en cause au cours de la consultation par l'interne sur place, qui donne son avis…

E8 : non pas du tout.

SL : mais plutôt le jugement de l'interne, qui par derrière…

E8 : oui c'est ça. Bon c'est peut être aussi un peu un manque de confiance personnel, mais bon je l'assume. »

« SL : qui est ouvert à la discussion sans jugement de valeur ?

E9 : qui est ouvert à la discussion sans jugement de valeur ou autre. Vous voyez, parce que des fois on peut avoir un jeune qui est un peu dirigiste, qui va vous dire, vous devriez faire ceci, vous devriez faire cela et puis en face de votre patient. Et puis le jeune qui prend… vous voyez ça, c'est on rentre un peu en rivalité ou en compétition. C'est pas … c'est assez… il faut, dans une relation…….

SL : être plus une discussion. Et là ce serait une peur un peu d'être jugé et d'une compétition entre le maître de stage avec son expérience et le stagiaire avec ses connaissance théoriques « fraiches »…

E9 : ça c'est des craintes que tout le monde a je pense. »

« E11 : […] on a… je dirai un petit peu cet amour propre… est-ce que je suis dans les clous, ce que je fais, je sais que c'est pas bien, que c'est pas dans les référentiels…

SL : du coup, là c'est encore autre chose… c'est la peur d'être jugé ?

E11 : ah ba oui, on a sûrement ba… la peur d'être…

SL : … d'être jugé par l'interne ?

E11 : oui, non d'être évalué dirons-nous ! Voilà quoi.

SL : du regard de l'interne sur votre pratique, parce que vous avez des habitudes avec votre pratique quotidienne… ?

E11 : oui, ou des choses... parce qu'on sait que on a pas été jusqu'au boutiste…

SL… ou de faire des choses dont on sait qu'elles ne sont pas dans les référentiels mais on les fait quand même ?

E11 : oui, donc voilà. »

f. Crainte d'un relationnel difficile

Certains médecins exprimaient une crainte de ne pas s'entendre avec l'interne ou de ne pas savoir s'adapter avec le fait de devoir avoir l'interne à ses côtés pendant les consultations et en dehors des consultations ou encore une crainte que l'interne ne s'intègre pas au cabinet et aux consultations.

« E1 : […] vivre avec euh.., vivre avec un étudiant toute la journée, ça doit pas être très facile hein. […] ni agréable, ni pour l'un ni pour l'autre, ni pour les… […] c'est quand même une contrainte »

« E2 : on peut se poser la question effectivement, c'est pour ça que j'avais déjà commencer par un externe en me disant euuh, travailler avec un externe, si l'externe est chiant ou ne correspondant pas à ma personnalité ça dure que 6 semaines ! Même plus, c'est 3 semaines à temps plein quoi. Au bout de 3 semaines ça y est quoi, c'est fini. Pour mémoire j'ai dû accueillir 6 ou 7 stagiaires. […] Y'en a 6 ça s'est bien passé, y'en avait une je trouvais ça pénible parce que relationnellement il ne se passait rien du tout. Et quand vous êtes toute une journée avec qui le relationnel ça se passe pas bien, je me rappelle cette personne disant « de toute façon, je veux pas faire de la médecine générale je veux faire de l'anapath », (rires mutuels), on se dit oulala le stage… c'est un petit peu un sacerdoce dans ce cas là. (Rires mutuels). Voilà, donc je m'étais dit si je tombe sur un interne pareil… ça laisse un peu à réfléchir. »

« E2 : […] c'est le frein effectivement qui peut faire se dire « je veux pas être maître de stage », c'est la relation, c'est « comment vivre avec une autre personne pendant 6 mois » ? »

«E8 : […] je sais pas comment je supporterai d'avoir quelqu'un avec moi toute la journée. Moi j'ai toujours bossé tout seul. Pendant 10 ans complètement tout seul, même, et avoir quelqu'un à côté de moi toute la journée, enfin pas toute la journée mais même régulièrement, j'ai peur que ça me gonfle un peu ! »

« SL : […] Vous me disiez, vous, en tant qu'interne, « un seul maitre de stage pendant 6 mois c'est long ». Et du coup, du côté du médecin est-ce que vous pourriez trouver ça long, 6 mois ?

E10 : ah ba oui, après si le feeling passe pas… je vois bien (son associé), il a eu un interne c'était pas simple ! Heureusement que c'était que 3 mois quoi ! Parce qu'en plus il ne s'est pas du tout intégré… hein, on est en semi rural ici, vous avez peut être vu, des fois on tutoie les patients… »

- <u>Crainte d'avoir un interne non motivé / problème de ne pas pouvoir choisir son interne</u>

En abordant ce point du relationnel avec l'interne, certains médecins pointaient plus spécifiquement le fait de ne pas pouvoir choisir l'interne qui vient en stage dans son cabinet. Ce fait était vécu comme un frein du fait de la crainte de « tomber » sur un interne avec qui le relationnel ne passe pas, ou alors d'avoir un interne non motivé, ou qui n'a pas réellement choisi la médecine générale.

« E7 : […] après, à condition que ce soit quelqu'un d'intéressé, et quelqu'un qui a envie de prendre part à la conversation de la consultation et participer. Si c'est quelqu'un qui vient parce qu'il faut qu'il vienne là et que ça l'intéresse pas c'est toujours… mais bon, ça malheureusement on ne peut pas choisir à l'avance »

« E9 : […] Maintenant ça dépend de la personne avec qui on va travailler ! Euh mais est-ce que par exemple le médecin généraliste qui va avoir des stagiaires il a un choix ? Par exemple, il dit, « 5 stagiaires viennent, je vais faire mon choix, j'en prends un ? »

SL : non.

E9 : non. Ce stagiaire lui est imposer, il doit faire avec donc.

SL : c'est ça et c'est des stages de 6 mois.

E9 : ah bon.

SL : c'est un frein ça de pas pouvoir choisir et de se dire « je vais peut-être tomber sur quelqu'un avec qui ca va pas bien se passer » ?

E9 : oui. Par exemple moi, j'aime bien parler, échanger tout ça. J'aimerai bien avoir quelqu'un qui est ouvert mais qui va pas porter des jugements vous voyez… »

g. Crainte de l'engagement que représente l'accueil d'un interne

Pour certains médecins, accueillir un interne en stage représentait un engagement important qui pouvait représenter un frein à devenir MSU.

- Engagement pour une durée de 6 mois

Pour certains c'était la durée du stage qui représentait un engagement important.

« E2 : […] donc je m'étais dit si je tombe sur un interne pareil… ça laisse un peu à réfléchir.

SL : oui… parce que c'est 6 mois ?

E2 : parce que c'est 6 mois.

SL : d'accord.

E2 : alors c'est sûr que le temps est partagé, mais c'est vrai que c'est un engagement un peu plus fort avec un interne qu'avec un externe. »

« E5 : […] Parce que c'est quand même plus lourd qu'un externe, c'est avoir quelqu'un tout le temps pendant quelques mois »

« SL : […] Vous me disiez, vous, en tant qu'interne, un seul maitre de stage pendant 6 mois c'est long. Et du coup, du côté du médecin est-ce que vous pourriez trouver ça long, 6 mois ?

E10 : ah ba oui, après si le feeling passe pas… »

- Engagement pour la formation à sa spécialité

Pour certains, c'était le fait d'accueillir un interne pour participer à sa formation de futur médecin généraliste qui représentait un engagement fort et pouvait être un frein.

« E2 :[le praticien rapporte son expérience d'accueil d'étudiant du DCEM] Après dans l'encadrement des internes là c'est une autre étape ! »

« E5 : [le praticien rapporte son expérience avec des étudiants du DCEM)] comme je me dis c'est des étudiants, ils sont encore pas au top…

SL : ils sont modulables…

E5 : oui c'est ça ! Un interne c'est différent. »

h. Doute sur la capacité à former ou transmettre des informations

Certains médecins exposaient leurs doutes quant à leur capacité à former ou à transmettre des informations. Ils ne s'estimaient pas prêts ou pas certains d'être capables d'accueillir un interne dans le but de le former à son futur métier.

« E6 : […] Je pense qu'on est plus ou moins apte à transmettre son savoir, après comment savoir si on l'est ou pas, ça s'est pas évident non plus ; donc je pense que la formation de ce côté-là est intéressante. »

« E7 : […] Après c'est plus des freins pour moi personnellement, je me sens pas encore suffisamment capable entre guillemets, d'avoir un stagiaire. Mais je viens juste de m'installer donc c'est de toute façon pas possible mais je pense que ça mettra quelques années pour que j'en vienne à ces démarches-là. Après, il faut déjà se sentir bien dans sa pratique courante et être capable pour expliquer à quelqu'un et de pouvoir prendre du recul et c'est pas encore mon cas mais voilà. »

« E10 : […] je sais pas ca doit pas être évident quand même de faire passer un message, d'être clair dans sa façon de… sa démarche… enfin ouais pour moi, c'est pas forcément évident. […] Je pense qu'il faut être… ouais, je me sens encore pas prête. Peut-être pas assez mature »

« E10 : [exposition d'un autre projet de formation en cours] je suis plus lancée là dessus pour le moment. Mais je ne dis pas que dans 10 ans comme mon associé…pourquoi pas ?

SL : cela vous apporterait une maturité supplémentaire ?

E10 : oui. Je sais pas moi, je me sens pas… c'est pas donné à tout le monde je trouve…

SL : c'est quoi du coup, c'est un sentiment de manque d'expérience...?

E10 : non c'est pas un manque d'expérience… c'est pas évident de transmettre, d'enseigner… c'est pas donner à tout le monde d'être un bon formateur.

SL : je n'arrive pas à mettre des termes là-dessus. J'aimerai vous faire développer. Ce n'est pas un manque de confiance en vous…

E10 : si oui oui je pense que c'est ça ! Je pense que c'est un manque de confiance !

SL : mais, un manque de confiance en vos connaissances ou en vos capacités à transmettre…

E10 : oui c'est ça, c'est plus la capacité à transmettre. Non les connaissances… (Rires) bon ba voilà, j'espère que je… non non c'est plus… essayer d'avoir des messages clairs. Je pense que c'est pas évident… je suis pas très claire… Je vois bien des profs à la fac (grosse moue)… voilà, et puis y'en d'autre où (grand geste des bras au-dessus de la tête associé à une expression que je qualifie d'admiration)

SL : où ça passe tout seul !

E10 : voilà. (Rires). Alors d'un autre coté si c'est pour se lancer, il vaut mieux être (même geste que pour ceux avec qui ça passent tout seul). »

➢ Formation nécessaire à la pédagogie

Ces médecins qui émettaient ces doutes et d'autres médecins estimaient que les MSU devaient être formés à accueillir des internes pour leur formation et certains estimaient que deux jours de formation à la pédagogie ne sont pas suffisants.

« E2 : […] je pense qu'il y a forcément besoin de séminaires pour euuuh, pour avoir un peu un tronc commun je pense hein, et puis des méthodes d'enseignement, savoir ce qu'il faut enseigner et savoir comment se déroule les stages déjà oui, avoir des notions d'encadrement, et un peu de pédagogie aussi quand même. Ça, je pense ça, je pense que c'est obligatoire. »

« E6 : je trouve que c'est très bien. Enfin je pense que c'est bien déjà d'être formé, je pense qu'on est plus ou moins apte à transmettre son savoir, après comment savoir si on l'est ou pas, ça s'est pas évident non plus ; donc je pense que la formation de ce côté-là est intéressante. »

« E10 : alors euh, c'est combien de week-end ?

SL : c'est deux week-ends. (erreur par répétition sans corriger « week-ends » en « jours » ; le sens de ce qui suit n'en est pas modifié)

E10 : ouais, moi je pense que c'est un peu léger

SL : d'accord. Un peu léger ?

E10 : ba ouais, ça s'improvise pas ! Enfin ça doit pas être évident quand même d'apprendre la pédagogie… enfin… »

i. Croyances et préjugés

Certains des médecins interrogés exposaient des croyances personnelles et des préjugés sur le retentissement de la présence d'un interne. Ces perceptions étaient reconnus comme erronées par le médecin lui-même, soit suite à l'expérience de l'accueil d'un étudiant autre qu'interne, soit par remise en cause par le praticien lui-même au cours de l'entretien.

Il s'agissait ici de perceptions directement remises en causes lors de l'entretien et perçues par le médecin comme étant ou pouvant être des jugements erronés. On note ici que les plupart des verbatim viennent de l'entretien avec le médecin E5, qui était MSU pour le DCEM et accueillait un étudiant du DCEM à l'époque où l'entretien a été réalisé.

« SL : est-ce que vous voyez des freins à accueillir physiquement un étudiant dans votre cabinet ?

E5 : et bien non, puisque je le fais déjà.

SL : en effet,

E5 : au départ, avant de commencer, c'était un frein, ça me paraissait difficile.

SL : c'est quoi qui vous paraissait difficile ?

E5 : et bien que ça gène ma patientèle, qu'ils ne soient pas à l'aise etc. En fin de compte ils sont contents, ils aiment bien.

SL : que l'étudiant ne soit pas à l'aise ou les patients ?

E5 : non, non, les patients ! Ça me dérangeait pour le patient, je me disais pas « il va pas aimer » etc…

SL : d'accord. Donc c'était, le fait qu'il y ait un tiers…

E5 : oui voilà, qu'il y ait un tiers dans la consultation. Oui initialement c'était un frein. Et en fin de compte c'était idiot parce que ça ne dérange pas les gens ! »

Préalable : Le praticien m'explique qu'une étudiante était venue le voir pour lui demander d'être son maitre de stage pour un SASPAS. Il lui a finalement répondu non.

« SL : c'est le fait que comme il y a un étudiant, ça va moins vite quand il est là... ?

E5 : oui, et puis si elle travaille seule, elle va pas faire 30 actes dans la journée hein ... enfin ça m'étonnerait quoi. D'abord parce que y'a des patients, ils vont savoir que ce jour-là, c'est un étudiant et ils vont reporter à un autre jour. Alors si on a déjà un jour sur 4 qui est pris par un étudiant, ça va décaler sur les autres journées…

SL : pour vous ça surchargera les autres journées... ?

E5 : oui c'est ce que je pense… enfin je dis ça, peut-être qu'ils vont peut-être tous venir le jour de l'interne… rires mutuels… je me fais des illusions peut-être… »

« E5 : […] Je ne pensais pas que ça m'apporterait autant que ça m'apporte.

SL : et c'était pas un frein de vous dire, il y a avoir quelqu'un d'autre...

[…]

E5 : non, le regard non, comme je me dis c'est des étudiants, ils sont encore pas au top…

[…] Un interne c'est différent.

SL : ils sont un peu plus aguerris… et c'est quelque chose qui vous gênerait ça ?

E5 : maintenant non. »

« E6 : […] Après 2ème frein qui je pense n'est pas un énorme frein, c'est peut-être la réaction des patients mais je pense pas tellement. Pour avoir accueilli des jeunes en classe de 3ème […] je sais que ça ne posait aucun problème pour les patients […] globalement ils le prennent bien, donc je pense que c'est pas un gros frein. »

« E8 : non c'est plutôt moi…

SL : …avoir une présence physique en permanence ?

E8 : oui ! Mais ça c'est peut-être une idée en fait… comme je l'ai jamais fait. »

5. Thème 5 : motivations à devenir Maître de Stage Universitaire

A la question « que pensez-vous de ces stages ? », les médecins ont fourni un grand nombre de réponses faisant apparaître des motivations réelles ou supposées à devenir maîtres de stage. Certains ont exposé leur volonté à faire découvrir la médecine générale et la majorité d'entre eux ont pu trouver des intérêts à ces stages pour l'interne, le médecin MSU ou encore les patients. Un certain nombre d'entre eux parlaient de leur expérience personnelle de ces stages qu'ils avaient réalisés et extrapolaient les avantages qu'ils y avaient ressenti pour le maitre de stage ou les patients.

a. Volonté de faire connaître la médecine générale

Il est apparu au cours des entretiens que certains médecins, y compris ceux qui disaient ne pas être intéressés par être MSU, avaient la volonté de faire découvrir la médecine générale de façon globale et mettaient en avant la nécessité de former les futurs médecins généralistes.

« E1 : non, mais, c'est parce que je l'ai un tout petit peu fait, enfin, pratiqué de manière mais, totalement, euh, informelle, avec des étudiants, qui avaient euuuh besoin, deuuuh voir euh, comment ça se passait dans un cabinet médical etc.. donc il m'est fréquemment arrivé, d'avoir des étudiants qui soient à côté de moi dans le cabinet. »

« E2 : […] Eeeet, je comprends queeee apprendre à un étudiant, un interne en médecine, travailler en moins de 15 minutes la consult, ça peut paraître très bizarre, de former quelqu'un, mais c'est la vie qu'on a ici, et je pense qu'on soigne pas si mal que ça nos patients, et qu'il y a de quoi également apprendre à un interne de travailler un plus vite, un peu moins vite, de poser ces questions à un autre moment et puis de lui montrer ce que ça va être son métier s'il décide de s' installer à la campagne. »

« SL : qu'est-ce que vous pensez de ces stages ?

E4 : je pense que c'est, ça devrait être indispensable pour tous les internes de médecine.

SL : de médecine ou de médecine générale ?

E4 : de médecine générale et de spécialité même.

SL : à savoir que maintenant, dans l'internat de médecine générale, il y a au moins un semestre, 6 mois, de stage obligatoire chez un médecin généraliste

E4 : d'accord, mais ça devrait être obligatoire chez les spécialistes aussi. »

« E7 : le fait d'avoir la possibilité d'accueillir des étudiants c'est une façon aussi de montrer la médecine générale aux étudiants qui ne la voient pas du tout de leur cursus sinon. Ça peut être que positif pour la médecine générale je pense. On peut pas demander aux étudiants de choisir la médecine générale sans savoir ce que c'est donc fatalement c'et plutôt une bonne chose. »

« E9 : mais il y a un besoin pour les maitres de stage universitaires ?

SL : oui !

E9 : un grand besoin ? Ceux qui sont tout près de Nancy n'arrivent pas à combler le besoin ?

SL : non. Déjà parce qu'il n'y en a pas tant que ça, et puis il y a des maîtres de stage dans toute la région en fait. On en a en Moselle, Meuse, et même au fin fond de la Meuse, au fin fond des Vosges...

E9 : c'est une bonne démarche de la part de la faculté, ça. C'est comme ça que les jeunes vont vouloir aller loin»

« E11 : […] Et puis, si on veut des médecins généraliste, si on les forme pas … ba ils vont pas tomber du ciel d'accord »

- Intérêt des stages ambulatoires en zone rurale ou sous dotée

Dans cette volonté de faire découvrir la médecine générale, les médecins E2 et E9, exerçant en milieu rural, pointaient plus spécifiquement la volonté ou la nécessité, par l'accueil d'internes dans ces cabinets, de faire découvrir l'activité de médecine générale dans ces zones géographiques en particulier.

« E2 : […] Parce qu'après je lui (au formateur animant la formation à la maîtrise de stage universitaire) dis, ba euh, si euh, les médecins de campagne ne prennent pas de stagiaires, les stagiaires peuvent pas découvrir la campagne quoi. »

« E9 : […] Plus les stagiaires viennent chez nous, loin, plus ils sont acclimatés, enfin façon de parler, dans la région, et ils pourraient s'installer. Parce que nous, on se plaint toujours que les jeunes viennent pas, mais si on fait rien pour qu'ils viennent aussi… »

b. Intérêt des stages ambulatoires de médecine générale

➢ Pour les internes de médecine générale

La plupart des médecins estimaient que ces stages étaient formateurs pour les internes de médecine générale. L a quasi-totalité d'entre eux avaient eux même effectué un « stage chez le praticien » pendant leur formation.

« E2 : moi je trouve que c'est bien. Je trouve que c'est très bien d'accueillir des internes. Et les quelques remplaçants qu'on a […] trouvent ça très très bien dans le cadre de leur formation et nous aussi […] le fait d'avoir eu des stages, des stages un peu longue durée derrière, y'a une formation qui est tip top pour la médecine générale, ça c'est sûr. »

« SL : qu'est-ce que vous pensez de ces stages ?

E3 : ah ba du bien !! Moi pour avoir été interne […]. C'est aussi le rythme qu'il faut avoir […] c'est s'habituer à l'informatique aussi […] la paperasse, l'administratif […] Comment remplir un arrêt de travail, un accident du travail… ? Je veux dire si derrière y'a pas quelqu'un qui nous montre comment le faire... ba on y arrive pas ; en tout cas on perd du temps. »

« E5 : je trouve que c'est très bien. Même ce qu'ils font eux par rapport à nous ce qu'on faisait à notre époque, je trouve que c'est déjà bien. Je n'en pense que du bien. […] Je trouve que c'est très bien pour les internes. »

« E6 : J'ai été interne de médecine générale […] Je pense que c'est hyper formateur pour quelqu'un qui veut faire de la médecine générale, sachant qu'en général on a plusieurs maitre de stage et que du coup ça diversifie un petit peu. Parce que je pense qu'un seul maitre de stage, ce n'est pas suffisamment représentatif. Mais voilà, je pense que c'est une très bonne préparation… au remplacement en tout cas. »

« E6 : […] Je pense qu'après nous, on a un regard lié à l'expérience et que ce regard-là lié à l'expérience, par contre, un feeling ou un truc moins théorique mais plus pratique… on peut l'apporter aux internes. »

« E7 : alors moi j'ai trouvé… mes stages à moi, je les ai trouvés intéressants […] c'était une bonne mise en pratique de tout ce qu'on voit en cours, parce que finalement y'a rien de mieux que le terrain et puis c'était aussi une façon de mettre un peu le pied à l'étrier pour faire des remplacements et de débuter les remplacements. »

« E10 : ba, moi-même, j'ai fait mon stage chez un médecin généraliste et il faut passer par là pour pouvoir connaitre ce que c'est le métier de médecin généraliste en cabinet médical, libéral quoi. Ca me parait la base, pour après, choisir notre activité future. Donc oui ! »

- Pour les médecins Maîtres de Stage Universitaires

Un certain nombre de médecins voyaient également des intérêts à ces stages pour le MSU. Ils ont évoqué :

- La réciprocité de formation par la discussion et la remise en cause apportées par l'interne

« E3 : […] ça permet en tout cas, nous aussi de se remettre en cause »

« E5 : […] pour nous, c'est bien aussi. Parce que, en fin de compte, avoir un étudiant, ça change des choses, ça change le regard, ça permet de réfléchir, de discuter un peu plus, donc pour nous, c'est formateur aussi. »

« E6 : […] Parce que je pense que ça apporte aux deux. Quand on est interne, surtout interne, on a quand même un niveau de connaissance déjà assez important et qu'on peut toujours apporter quelque chose.

SL : quand vous dites que ça apporte aux 2, c'est que vous apportez à votre interne et l'interne pourrait vous apporter aussi ?

E6 : oui tout à fait je pense que c'est à double sens oui.

SL : ce serait pas un frein d'avoir un interne qui pourrait éventuellement…

E6 : m'apprendre des choses ? (rires mutuels) »

« E8 : puis ça permet de se remettre en question, parce que, finalement on a nos petites habitudes et tout, ça fait pas de mal d'avoir quelqu'un qui, à côté, peut donner son avis. »

« E11 : je dirai que pour eux (les MSU) c'est plutôt bénéfique parce que c'est souvent l'occasion de discuter, de remettre en cause, […] »

- L'apport d'informations et de connaissances récentes par l'interne

« E9 : […] mais avoir quelqu'un de jeune qui vient ça peut apporter un plus. […] et puis je pense que ça apporte des informations fraiches… un peu de nouveau sang quoi. Oui… […] Souvent nous, on a nos habitudes, bon disons-le crument, de vieilles habitudes aussi. Et puis c'est quelque chose de nouveau. Mais je pense que c'est bien d'avoir les informations fraiches de la faculté. On ne sait pas tout ce qui se passe, les nouveautés et tout ça, on a pas trop le temps et pas trop envie (rires) non plus, de hein… on peut avoir des informations, des … c'est très utile. »

- L'incitation à approfondir sa réflexion ou ses connaissances dans un rôle de formation

« SL : et, du côté médecin maintenant : quand on est médecin, qu'est-ce que vous pensez de la possibilité de recevoir des internes ?

E10 : je pense que ça doit être extrêmement formateur parce que du coup, ba ça permet à mon avis, comment dire, de eeuuuuh, comment je pourrais dire, d'aller plus en profondeur, forcément parce que vous avez un rôle d'apprentissage, donc du coup, je pense qu'il faut se tenir informé des dernières recommandations, et voilà… »

« E11 : […] c'est rare qu'on ait ce travail de relecture d'un dossier… On l'a un petit peu avec le groupe de pairs, quand on doit présenter un patient… et ce travail de relecture, se dire tiens… de voir un petit peu, tiens pourquoi j'ai fait si, pourquoi j'ai pas fait ça…

SL : et ca c'est quelque chose que l'interne…

E11 : l'interne, c'est un aiguillon pour le faire ! »

- Des intérêts « matériels »

  - *Compensation financière à avoir formé un interne qui devient autonome dans le cabinet et peut consulter seul en plus du MSU*

« E2 : […] effectivement l'intérêt quand même, où il peut y avoir une petite compensation, c'est qu'après les internes, on peut les récupérer en SASPAS et qu'il peuvent être un petit peu autonome dans le cabinet et euuh, financièrement, le médecin qui a passé du temps à former un interne peut s'y retrouver d'un autre façon. »

  - *Se servir de l'interne comme d'un remplaçant*

« E4 : si, c'est intéressant d'être maitre de stage pour être une sorte de remplacement… mais bon…

SL : ce qui est absolument interdit !!

Rires

E4 : c'est ce que cherche beaucoup, enfin certains médecins pour leur permettre de se libérer du temps. Ce serait le seul truc pour moi, qui pourrait être intéressant... »

  - *Une compagnie pour le praticien*

« E8 : […] Euh… c'est intéressant. Ça fait une compagnie […] »

- Pour les patients de médecins Maîtres de Stage Universitaires

Les praticiens interrogés estimaient que la présence d'un interne pouvait être bénéfique au patient

- en apportant un avis différent menant à une discussion bénéfique pour le patient

« E3 : […] c'est toujours intéressant d'avoir quelqu'un qui a un avis autre, donc pour le patient, moi ça me dérange pas du tout. »

- en apprenant au patient à être pris en charge par d'autres médecins

« E7 : je pense pas que ce soit un problème particulier à partir du moment où les patients sont habitués et savent… ici dans le cabinet, on a un médecin généraliste qui est maitre de stage, les gens le vivent bien, ça les choquent pas. Y'a souvent des remplaçants d'ailleurs ici, donc ils ont l'habitude de voir des gens extérieurs ; j'ai moi-même été remplaçante ici pendant 4 ans donc voilà, les gens y sont habitués. Ils savent que ça change. Voilà le médecin, il est pas là, c'est un autre, ça pose pas de problème. Donc le fait qu'il y ait le médecin généraliste plus quelqu'un d'autre…

SL : c'est pas gênant.

E7 : non. De ce côté-là, les patients sont assez compliants, assez compréhensifs.

SL : ils ont été bien éduqués du coup.

E7 : oui aussi. »

- en permettant aux patients de connaître un nouveau médecin, de pouvoir « charmer » un nouveau médecin pour le faire venir s'installer dans leur bassin de population

« E9 : […] Mais je pense pas que les patients trouveraient ça aberrant qu'il y ait un jeune. Au contraire, ils seront heureux. Et puis parce que eux pensent aussi à leurs intérêts, ils se disent ba peut-être celui-là, il va remplacer le vieux ! »

c. *Motivations personnelles à devenir Maître de Stage Universitaire*

Deux médecins avaient des motivations concrètes et personnelles à vouloir devenir MSU pour le TCEM.

« E5 : […] J'ai commencé pour elle, moi, j'ai commencé... avant c'est elle qui m'a poussé à le faire pour que je la prenne en stage. »

« SL : […] Vous disiez que vous y pensiez, à devenir maître de stage : qu'est-ce qui a fait que vous y avez pensé ? Qu'est ce qui fait que vous hésitez ?

E6 : ba les démarches des jeunes en classe de 3ème qui m'ont un peu interpellée, que j'ai trouvé super sympa, et puis finalement pourquoi pas entériner ça mais avec des étudiants en médecine qui sont déjà un peu plus avancés ?

d. *La rémunération du Maître de Stage Universitaire n'est pas une motivation en soi*

Un certain nombre de médecins ne savait pas que les médecins MSU étaient rémunérés ou ne connaissaient pas la rémunération et n'ont pas demandé de précision ni fait de commentaire supplémentaire sur ce sujet.

« E3 : la rémunération je ne la connais pas (pas d'autres commentaires). »

« E6 : j'ai aucune idée de la rémunération qu'on peut avoir (pas d'autre commentaire sur le sujet) »

D'autres estimaient que la rémunération des médecins MSU était un dédommagement intéressant ou normal de l'activité mais que cela ne constituait pas une motivation à devenir MSU.

« (erreur dans l'énoncé du montant de la rémunération)

E7 : ba que c'est honnête. Et que c'est pas négligeable. Après c'est évidemment pas la raison pour laquelle on est maitre de stage, j'ose espérer que c'est pas la raison principale, mais oui, c'est un dédommagement qui est intéressant, qui rentre en ligne de compte bien sûr. »

« SL : La rémunération c'est un total de 600€ par interne par mois, à partager entre tous les médecins généralistes qui reçoivent ce même interne. Donc quand il y a deux médecins c'est 300€ par mois etc…

E8 : ah, moi je croyais que c'était 800€ pour l'année alors… (rires)

SL : qu'est-ce que vous pensez de cette rémunération. De l'intérêt de celle-ci, de son montant ?

E8 : c'est un dédommagement éventuel, mais bon, voilà, c'est tout, c'est anecdotique… »

« SL : d'accord. Les médecins maitres de stage sont rémunérés. Est-ce que vous le saviez ? Est-ce que vous avez une idée du montant, qu'est-ce que vous en pensez ?

E11 : oui, mais… ba je pense que c'est normal qu'ils soient rémunérés. »

Pour un des médecins interrogés, l'activité de MSU ne devrait pas être rémunérée.

« SL : sur la rémunération des médecins qu'est-ce q…

E1 : aucune idée…

SL : d'accord…

E1 : je sais qu'ils en demandent plus…et ça me donne des boutons (gros sourire)

SL : d'accord (rires mutuels !). Est-ce que vous savez comment on …

E1 : je considère que ça devrait être du bénévolat (ton déterminé), bon c'est tout, point (éclats de rires). »

Un des médecins interrogés estimait que la rémunération n'était pas suffisante

« SL : c'est 600€, à diviser par le nombre de praticiens qui accueillent l'interne en stage. […] Qu'est-ce que vous en pensez ?

E2 : (silence de 3 secondes) ah ba je pense que ça ne peut que repoussez le...euh, le médecin, à être formateur ! Eeeeuh, c'est comme si on demandait à une femme de ménage de travailler pour 2€ de l'heure. (rires). Je pense pas qu'eeeeuh... même si elle aime son métier, elle travaillera à 10 € mais pas à 2. »

e. Adhésion ou avis non négatif sur les démarches et les conditions à devenir Maître de Stage Universitaire

Après l'énoncé des modalités pour devenir MSU, il a été vu plus haut que certains médecins ont émis des avis négatifs et mis en exergue les contraintes et les freins que cela pouvait représenter.

D'autres médecins ont estimé ces modalités peu contraignantes.

« SL : d'accord. Et que pensez-vous des modalités pour devenir maitre de stage ?

E5 : elles ne sont pas énormes ni insurmontables. […] C'est pas des conditions inaccessibles, pour celui qui a envie d'être maitre de stage pour les internes quoi »

« SL : et dans le fait de devoir faire les démarches pour être maitre de stage, les conditions pour pouvoir l'être, notamment le week-end de formation,

E7 : après on fait aussi des week-ends de Développement Professionnel Continu, des week-ends de séminaires… Donc ça change pas grand-chose.

SL : donc là, se rajouter des week-ends, ce serait pas un frein ?

E7 : oui, bon... 2 week-ends sur... C'est une fois. C'est pas non plus tous les ans… Ça me semble pas déraisonnable. »

«SL : […] Ça ce sont les conditions et les démarches. Qu'est-ce que vous en pensez ?

E8 : oui non, c'est pas compliqué, ça, ça ne pose pas de problème … »

« SL : qu'est-ce que vous pensez des toutes ces conditions et démarches à faire pour devenir maitre de stage ?

E9 : je pense que c'est bien, je trouve que c'est pas trop difficile. »

Certains médecins ont adhéré aux conditions pour devenir MSU, les estimant raisonnables et parfois nécessaires.

« E6 : je trouve que c'est très bien. Enfin je pense que c'est bien déjà d'être formé, je pense qu'on est plus ou moins apte à transmettre son savoir, après comment savoir si on l'est ou pas, ça s'est pas évident non plus ; donc je pense que la formation de ce côté-là est intéressante. »

« E7 : et ba ; qu'est-ce que j'en pense..? C'est très bien ! Pas grand-chose d'autre. Ça me parait intéressant d'avoir une activité de médecine générale prépondérante, c'est même la base, après de pas avoir 75 patients par jour ça me semble plus intéressant pour le stagiaire pour qu'il puisse poser des questions et pouvoir prendre le temps pendant la consult ou entre 2 consult de discuter des différents cas qui sont vus. Après, oui, non c'est bien. »

« SL : oui. Il y a des conditions pour devenir maitre de stage. C'est être installé depuis plus de 3 ans, pour recevoir des internes. Pour les étudiants de 5ème année, c'est être installé depuis 1 an. C'est faire de la médecine générale en priorité ; on peut avoir une activité annexe, votre associé a la CAMU par exemple, mais il ne faut pas que cela dépasse 1/5 de l'activité. Il faut s'engager à participer à son DPC, anciennement FMC…

E10 : oui oui bien sûr »

VI. Les modalités d'information actuelles et souhaitées

Dans le cadre d'un travail sur des soirées d'information, mené par Olivier HANRIOT, le canevas d'entretien contenait des questions plus dirigées sur les modes d'information ayant permis d'obtenir les connaissances actuelles des praticiens sur les sujets des stages d'interne et de la MSU et sur la façon dont les praticiens souhaiteraient ou auraient souhaité être informés sur ces sujets (tableau 3).

Les questions fermées concernaient aussi l'intérêt pour des soirées d'informations telles que celle organisées par Olivier HANRIOT et l'intérêt à devenir MSU.

Presque la moitié des praticiens estimaient devoir être informés par la faculté ou par les instances en lien avec les études médicales. Ils souhaitaient également être informés sur la maitrise de stage universitaire par des collègues déjà MSU, avec certains praticiens évoquant un recrutement sous forme de parrainage, où les médecins déjà MSU font faire les démarches à leurs collègues. Certains praticiens souhaitaient également être informés par des étudiants, lors de stages de courte durée ou lors de cessions d'information.

Finalement, six des médecins interrogés se disent intéressés par la maîtrise de stage, à plus ou moins long terme. Deux des médecins n'étaient pas encore éligibles du fait d'une installation récente, datant de moins de 3 ans, mais étaient intéressés. Un était intéressé mais pas dans l'immédiat car avait un projet de formation autre en cours. Le médecin E5, qui recevait déjà des étudiants du DCEM hésitait encore et attendait que cesse une activité complémentaire à l'extérieur de son cabinet pour y réfléchir à nouveau. Le médecin E8 était intéressé, avait débuté des démarches en prenant des informations il y a plusieurs années mais n'avait pas concrétisé par une demande et ne savait plus où se renseigner à présent.

n° entretien	Modalités d'information actuelles concernant les stages d'interne et la MSU	Modalités d'information souhaitées concernant la MSU	Intérêt à devenir MSU	Intérêt pour participation à une soirée d'information
1	- ancienne fonction au sein du conseil de l'Ordre des Médecins	- par des maîtres de stage	**Non**	« **Oui** pourquoi pas »
2	- par les remplaçants du cabinet - par la structure de la fac - par le Conseil de l'Ordre "qui sollicite un peu les médecins pour devenir maitre de stage"	- par les collègues - par les étudiants	**Oui**	« **Non** pas pour l'instant »
3	- par des internes rencontrés au cours de remplacements - stage "chez le praticien" effectué, dans une version antérieure de l'internat de médecine générale - par un confrère MSU au sein de la même structure	- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins - la faculté de médecine	*Non éligible* **Oui** mais en attente d'être éligible	**Oui**
4	- par un collègue - un courrier « très vague » par « ils » - site internet du CNGE (il y a très longtemps) dont il ne garde pas « un souvenir impérissable »	- un site internet dédié, non en lien avec les instances liées aux études médicales	**« Non »** catégorique	*question non abordée par fermeture de l'entretien*
5	- a un enfant interne en médecine	- « par la fac quand même » - courrier d'information suivi d'une réunion d'information dans le département avec les médecins intéressés	**Ne sais pas**; En attente de cessation d'une activité complémentaire pour y réfléchir à nouveau	**Oui**
6	- a été interne en médecine générale, expérience personnelle des stages - confrères MSU	- par la fac « qui cherche des MSU » - par un courrier physique	**Oui**	**Oui**
7	- fin d'internat récente - a des proches médecins généralistes MSU	*question non abordée*	*Non éligible* **Oui** mais pas dans l'immédiat	**Oui** mais pas dans l'immédiat
8	- collègue MSU au sein du cabinet de groupe - autre, dont le praticien ne souvient plus	- « ceux qui s'en occupent » - la faculté - des confrères MSU sous forme de parrainage	**Oui** a déjà fait des démarches sans concrétiser	**Oui** Voulait aller à celle organiser en juin par Olivier HANRIOT mais était indisponible ce jour là
9	- des collègues MSU	- des collègues - des étudiants qui viennent moins de 6 mois	**Non** Car s'estime trop proche de la retraite pour être intéressant	**Oui**
10	- collègue associé MSU - a fait un stage de médecine générale	- par des confrères MSU, sous forme de parrainage	**Oui** Mais pas maintenant	**Oui** mais pas maintenant
11	- un confrère MSU dans le groupe de pairs - une sollicitation par la faculté il y a 4-5 ans	- par des confrères MSU sous forme de parrainage - « une petite plaquette de temps en temps par la faculté »	**Non**	**Non**

Tableau 3 Modalités d'information actuelles et souhaitées et intérêt pour une soirée d'information et pour devenir Maître de Stage Universitaire

DISCUSSION

I. Limites et points forts de l'étude

1. Points forts

Cette étude qualitative a été réalisée suivant un protocole, validé suite à la soutenance de mémoire de DES de médecine générale (20). Le protocole a été respecté dans la majeure partie de la réalisation de l'étude. Seuls quelques écarts ont eu lieu, qui sont abordés dans le paragraphe suivant.

L'étude qualitative était la méthode de choix pour explorer des facteurs subjectifs tels que les perceptions ou les freins ressentis par les médecins (19). Les entretiens individuels, en dehors de toute autre présence au cabinet du médecin généraliste, a permis une liberté de parole qu'on peut ne pas retrouver dans des entretiens collectifs.

L'enregistrement des entretiens permettait de libérer l'enquêteur de la prise de note. Outre les oublis et interprétations que la prise de note peut engendrer, cela permettait à l'enquêteur d'être impliqué dans l'échange verbal avec le médecin, d'être réactif aux réponses données et de pouvoir suivre le cours des idées abordées par le médecin interrogé.

2. Ecarts au protocole

L'écart principal au protocole initial de cette étude porte sur deux points du recrutement des médecins pour entretien.

L'un des points est le timing du recrutement. Le recrutement et les entretiens devaient débuter dès le mois d'avril 2014, mais des difficultés d'organisation et de temps ont amené à débuter les entretiens au mois de juin 2014. Le recrutement s'est fait au fur et à mesure d'obtention d'entretiens et s'est donc déroulé durant la période des congés estivaux. Durant cette période une partie des praticiens sont absents de leur cabinet et les praticiens présents sont moins disponibles pour se prêter à l'exercice de l'enquête, comme l'ont montré les appels téléphoniques restés sans réponses, ou les refus pour non disponibilité dans les temps impartis.

Le deuxième point est la méthode de recrutement. Seul un CDOM a fourni la liste des médecins en exercice en 2014 avec les critères nécessaires à la constitution de l'échantillon raisonné. Pour les autres départements, le recrutement s'est fait de façon aléatoire, avec pour seul critère le type démographique du lieu d'exercice.

3. Les biais de l'étude

a. Biais de sélection

Il existe plusieurs biais de sélection dans cette étude.

Le premier a été identifié dans le paragraphe précédent et était évitable.

Un autre biais de sélection vient de ce que les entretiens étaient réalisés sur la base du volontariat. On peut penser que l'échantillon des médecins qui ont accepté d'être interrogés est constitué des médecins qui étaient intéressés soit par le sujet soit par la démarche. Pour limiter au maximum ce biais, le sujet de l'étude n'était pas spontanément annoncé lors de la prise de contact téléphonique. Il n'a été dit et parfois détaillé que sur insistance de certains médecins. Ceci a engendré certains refus. Cependant, deux des praticiens non intéressés par la maitrise de stage universitaire ont accepté d'être interrogés alors qu'ils avaient demandé à connaître le sujet lors du contact téléphonique.

b. *Biais liés à la technique de l'entretien*

Les entretiens individuels permettaient de s'affranchir des difficultés que pouvaient avoir les médecins à parler de leur pratique ou donner leurs avis en présence de confrères. Mais la présence même de l'enquêteur pouvait être à l'origine d'erreurs intentionnelles ou mensonges du médecin dans ses réponses.

Les entretiens semi-directifs plus précisément, comportent des questions plus fermées qui peuvent être à l'origine d'erreurs de la part de la personne interrogée suite à une mauvaise compréhension d'une question.

Pour limiter les biais liés à la technique de l'entretien, le canevas d'entretien a été rédigé et validé au préalable et testé lors des deux premiers entretiens. Mais pour certains entretiens, le contexte ou un défaut d'attention de l'enquêteur sont à l'origine d'erreurs de suivi de ce canevas. Ceci est à l'origine d'un manque de données, notamment pour certaines questions fermées ou d'erreur d'interprétation. Par exemple, le contexte très abrupt de l'entretien n°4 n'a pas permis à l'enquêteur de poser les questions sur l'intérêt à participer à des soirées d'information sur la maîtrise de stage. Dans l'entretien n°7, une erreur dans l'énoncé de la rémunération, a possiblement faussé la réponse du médecin. Enfin dans les entretiens n° 9 et 11, les digressions très fréquentes des médecins ont obligé l'enquêteur a modifier l'ordre des questions de façon non pertinente.

Pour finir, la réalisation des entretiens par une seule et même personne peut être à l'origine d'une orientation des entretiens au fil de leur réalisation par routine de l'exercice ou attentes de réponses spécifiques entendues dans leurs entretiens précédents.

c. *Biais liés à la méthode d'analyse*

L'analyse des verbatim nécessite une interprétation du discours et du contexte.

Afin de limiter au maximum ce biais, un tiers de entretiens a été analysé par deux autres personnes que la personne ayant réalisé les entretiens. Cependant, du fait d'engagements pris auprès de certains médecins interrogés qui ne souhaitaient pas que l'entretien soit diffusé, les entretiens fournis pour le codage indépendant ont été choisis de façon délibérée.

II. Comparaison à la littérature existante

Sur le site de l'Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur (ABES) qui gère le Système Universitaire de DOCumentation (SUDOC), www.sudoc.abes.fr (consulté le 21/02/2015), on trouve un nombre important de travaux, et notamment de thèses, sur le sujet de la maîtrise de stage universitaire. Ces travaux traitent, entre autres, des intérêts ou retentissement des stages de niveau 1 et 2 en médecine générale, du vécu des internes, des maîtres de stage et des patients. Les travaux sur les freins et les motivations à devenir maître de stage universitaire sont moins nombreux.

Les travaux en lien avec le sujet de la maîtrise de stage universitaire en région Lorraine sont au nombre de trois recensés sur le catalogue en ligne des bibliothèques universitaires de Nancy dédié aux thèses, le catalogue PETALE, https://petale.univ-lorraine.fr (consulté le 21/02/2015).

1. Les travaux d'autres régions

En 2009, dans un CD-ROM intitulé « Motivés. Enseignants Cliniciens Ambulatoires. Pourquoi et Comment ? » à visée de formation, le Collège des Généralistes Enseignants (CGE) de Loire – Atlantique et de Vendée faisaient notamment s'opposer des propos de médecins généralistes ambulatoires non maître de stage, exprimant des réticences ou des craintes au sujet de l'accueil d'un interne en stage et des médecins généralistes maîtres de stage, faisant part de leur expérience sur ces craintes et autres freins. Le premier frein abordé par le médecin non MSU était aussi le problème du temps et de la perte de temps pour former l'interne. Les autres freins étaient la responsabilité que représentait d'avoir un interne en stage et la tâche supplémentaire que cela donnait au praticien, la crainte d'être remis en cause et de devoir s'expliquer sur chaque décision et le manque de confiance en soi pour établir une bonne relation avec l'interne.(22)

En 2012, Élodie Martle réalisait une étude similaire à mon étude, en Picardie. Cette étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 18 médecins non MSU de Picardie rapportait des freins comparables : le manque de temps, la surcharge de travail, l'obligation à la formation à la pédagogie et la notion de non reconnaissance du travail des praticiens et un mal être professionnel ont été les freins mis en évidence dans cette étude. La discussion dégageait deux thèmes pour tenter de lutter contre ces réticences : l'établissement d'une communication plus efficace sur la MSU en mettant en lien les différents acteurs concernés et rendre la MSU plus attractive en en valorisant le statut et en mettant en exergue les intérêts à être MSU.(23)

Une étude qualitative par questionnaire fermé, réalisée par Marion Pelletier, en 2013, auprès de 3955 médecins généralistes de la région d'Aquitaine, MSU et non MSU, avec un taux de répondants de 39,11% a mis en évidence d'autres freins à devenir MSU, outre la problématique du temps. Les praticiens interrogés abordaient également la crainte de la gêne que représente la présence d'un interne pour le patient. Cette étude mettait aussi en évidence le frein indirect de l'expérience négative d'un confrère : les ¾ des médecins répondant connaissaient un MSU et 60% de ces médecins estimaient que ce qu'ils savaient de cette expérience ne les incitaient pas à devenir MSU (24). Cet aspect est plutôt en désaccord avec les études concernant le vécu des maîtres de stage rapportés dans plusieurs études.

Comme dans l'étude de Magali Portier Lecarpentier, en 2009, une étude qualitative avec des entretiens individuels et un focus group réalisés auprès de MSU accueillant des internes en SASPAS en région parisienne. Cette étude mettait en évidence qu'être MSU était un vrai métier, mettant en scène un « personnage MSU » que chaque praticien construisait selon son organisation personnelle, son cadre de travail et l'interne en stage. L'interne était une source d'angoisse initiale avec la possibilité qu'il juge ou remette en cause le MSU mais représentait aussi un moteur pour continuer à se former, faire l'analyse et améliorer sa pratique. L'interne était aussi un remède contre le repli sur soi et sur sa pratique de médecin généraliste libéral et permettait « d'éviter l'enfermement pathologique de la relation médecin patient ». Enfin, les MSU interrogés dans cette étude pointaient des avantages à accueillir des internes : des avantages pour l'interne, son apprentissage de l'autonomie dans la consultation et la gestion du cabinet, pour les patients, qui apprenaient l'autonomie vis-à-vis de leur médecin habituel en leur permettant « de nouer des relations avec d'autres médecins », et pour les MSU qui estimaient trouver plus facilement des remplaçants ou encore qui montaient des projets d'installation avec d'anciens étudiants (25).

A nouveau en 2013, Camille Louzeau-Houly, exposait les résultats de deux enquêtes quantitatives par questionnaire, menées auprès d'un groupe de médecins généralistes non MSU et d'un groupe de médecins généralistes MSU dans le département de Vendée avec pour objectif de décrire la population des médecins généralistes non MSU et tenter de savoir si le manque d'information était un frein à devenir MSU. Cette étude mettait en évidence des croyances chez les médecins généralistes non MSU, à l'origine de freins similaires aux autres études déjà citées : le manque de temps, en frein principal, la présence de l'interne comme gêne dans la relation médecin patient, le manque de pédagogie ou de compétence à enseigner, la peur d'être jugé par l'interne, le manque de place au sein du cabinet et la volonté de travailler seul. Cette étude montrait également des motivations de ces mêmes médecins généralistes non MSU telles que la facilitation à trouver un remplaçant par la suite, la participation à la formation de futurs confrères, la réactualisation des connaissances associée à une formation de qualité et l'expérience positive d'un confrère MSU. Le manque d'information dans cette étude était pointée par près d'un tiers des médecins généralistes non MSU. Cette étude concluait sur l'absence de profil type du médecin généraliste non MSU en nuançant sur le petit effectif sur lequel avait porté l'étude, l'inadéquation des

croyances des médecins généralistes non MSU avec l'expérience et le vécu des médecins généralistes MSU ayant répondu au même questionnaire et la proposition du recrutement par des médecins généralistes MSU associés à des étudiants afin de lutter contre les croyances erronées et mettre en exergue les avantages de ces stages pour les internes et pour les MSU (26).

Enfin en 2012, Nicolas Lecoq réalisait une étude quantitative auprès des médecins généralistes non MSU mais éligibles, dans le département d'Ille et Vilaine. Dans cette étude à nouveau la problématique du temps était l'un des freins pointé avec 72,8% des médecins craignant l'augmentation du temps de consultation. La perte de l'intimité de la relation médecin-patient était également mise en avant par 64,2% des médecins répondant. Cette étude pointait aussi le manque d'information sur la formation des internes avec 74,1% des médecins qui ignorait que le stage ambulatoire est obligatoire. Les modalités pour devenir MSU étaient méconnues de la moitié des médecins répondants et 57,4% d'entre eux souhaitaient recevoir des informations sur la maîtrise de stage. Cette étude concluait sur la possibilité d'optimiser le recrutement des MSU par la diffusion d'informations sur le sujet (27).

2. Les travaux en Lorraine

Parmi les trois travaux recensés sur PETALE, sur le sujet des stages ambulatoires de médecine générale lors du TCEM, un abordait l'information aux internes sur le SASPAS (2009), un faisait le bilan du SASPAS en Lorraine en 2013, et un abordait le thème du vécu des maitres de stage et les freins des non maitres de stage.

Ce dernier est le travail d'Eve-Marie Vivot, réalisé en 2013. L'objectif était de déterminer si l'activité de maitre de stage était un moyen de valoriser l'exercice professionnel des médecins généralistes et de mesurer l'impact des stagiaires sur la qualité de vie des médecins généralistes. Pour cette étude qualitative, quatre focus group ont été réalisés avec quatre groupes de médecins généralistes : des MSU constituant deux groupes, selon la zone démographique d'exercice (urbain et péri urbain et rural et semi-rural) et des non MSU, constituant deux autres groupes, selon les mêmes critères. L'analyse thématique du discours des médecins généralistes non MSU a mis en évidence des craintes de ces médecins à devenir maître de stage. Ces craintes étaient : l'organisation pratique des stages imposée par la faculté, ne laissant pas de marge de liberté aux médecins ; la crainte d'un relationnel difficile et de la responsabilité incombant au MSU de devoir signaler un stagiaire défaillant le cas échéant, avec le sentiment de culpabilité que cela peut entraîner ; la difficulté d'intégrer une tierce personne dans l'intimité de sa vie professionnelle avec la crainte d'être remis en cause ou jugé par le stagiaire, et les difficultés à faire confiance pour déléguer certaines tâches et laisser le stagiaire en autonomie ; la surcharge de travail que représente la formation d'un interne, le MSU étant garant de sa progression, en favorisant la mise en autonomie mais en gardant une attention sur la réaction des patients et la qualité des soins prodigués ; la crainte de la modification de la relation médecin patient, inhérente à l'intégration d'une tierce personne au sein de cette relation (28).

3. Synthèse de la littérature

Pour conclure sur cette comparaison à la littérature existante, bien que la revue de cette littérature ne soit pas exhaustive, et l'étude des freins et craintes retrouvés chez les médecins généralistes ne soient pas directement l'objet de certains de ces travaux, ces freins et craintes sont similaires à ceux retrouvés dans mon étude. Il n'y aurait donc pas de freins spécifiques à la région Lorraine pour devenir MSU. Cependant la région Lorraine est l'une des régions où existe encore le régime minier, avec la Caisse régionale de sécurité sociale minière de l'Est, qui emploient 57 médecins généralistes dans la région, principalement en Moselle (29). Il aurait été intéressant de pouvoir interroger spécifiquement ces médecins généralistes, salariés, mais aucun n'a répondu de façon positive à la demande d'entretien.

III. Synthèse critique des résultats principaux

1. Des freins identifiés

a. Les modalités

Les modalités pour devenir maître de stage ont été jugées comme étant contraignantes par six des médecins interrogés. Certains mettaient en avant les démarches administratives comme étant de « la paperasserie » supplémentaire tandis que d'autres admettaient des difficultés à pouvoir intégrer le temps de formation à la pédagogie dans leur emploi du temps et notamment le week-end de formation initiale à la pédagogie et la nécessité d'une formation continue. Le docteur E4 remettait même en cause l'obligation de formation continue, tant pour devenir MSU que pour la pratique professionnelle habituelle.

Cependant une grande partie des médecins interrogés ont estimé que les démarches et les conditions pour devenir MSU n'étaient pas contraignantes et ne paraissaient pas insurmontables. Les conditions concernant l'activité prépondérante de soins de premier recours semblaient même être une condition nécessaire pour permettre une formation adaptée pour l'interne venant en stage. La formation à la pédagogie était jugée comme indispensable par trois médecins et même insuffisante pour l'un d'entre eux. Ce dernier élément présage d'une exigence de qualité de l'enseignement de la part des médecins généralistes éligibles à la maîtrise de stage universitaire.

L'échantillon de cette étude n'a pas été constitué pour être représentatif, mais en recherche de variation maximale, et par conséquent les interprétations sur les caractéristiques des médecins interrogés ne peuvent pas être statistiquement significatives.

On peut tout de même remarquer certaines tendances :

- Les médecins estimant les modalités contraignantes sont en majorité des hommes. Cinq sur six avaient 55 ans ou plus et étaient installés depuis plus de 15 ans. Le docteur E3 faisait partie d'un cabinet de groupe où un des médecins avait été maitre de stage ; elle avait, de ce fait, des connaissances sur l'expérience de son collègue et les difficultés qu'il avait rencontrées.

- Les médecins estimant les modalités pas trop contraignantes étaient généralement plus jeunes. Dr E5 avait eu l'expérience des démarches pour les avoir faites pour devenir MSU pour le DCEM et Dr E9 a été ambivalent sur une grande partie des sujets abordés au cours de l'entretien.

Synthèse : les modalités, une fois explicitées, n'apparaissent pas comme des difficultés insurmontables pour devenir MSU. La formation initiale à la pédagogie apparaît comme une formation intégrée au DPC des médecins généralistes (30) et à ce titre pourrait ne pas représenter un temps de formation supplémentaire, le DPC étant de toute façon obligatoire pour tout médecin et faisant partie des conditions pour être MSU (31). Cette information ne semble pas être connue.

b. La problématique du temps

La problématique du temps est récurrente dans toutes les études qui ont été réalisées sur le sujet. Dans mon étude également, le temps semble être un point particulièrement sensible.

Deux des médecins interrogés semblaient être en situation de surmenage, débordés par leurs activités et dépassés par l'organisation de leur temps de travail. A nouveau, il s'agit des médecins parmi les plus âgés. Paradoxalement, les entrevues avec ces deux médecins, les Drs E4 et E11, font partie de celles qui ont été les plus longues. Soit l'entretien a duré plus longtemps que les 15 minutes prévues dans le protocole, soit la visite chez le médecin s'est longuement prolongée après l'entretien lui-même.

Les Drs E2 et E5, ayant tout deux une expérience de MSU, admettaient que les consultations duraient plus longtemps en présence d'un stagiaire. Le Dr E10 voyait que son associé MSU prenait plus de temps, pour faire participer l'interne, lui fournir des explications etc.

Pour les médecins n'ayant pas d'expérience de l'accueil d'un stagiaire, c'est l'image qu'ils ont de la fonction de MSU qui leur fait penser que pour que le stage soit formateur, pour que « cela soit efficace », il faut y consacrer du temps. Et que cela ne concerne pas seulement le temps de consultation : il faut consacrer du temps à reprendre des dossiers après la consultation et prendre sur un temps personnel pour maintenir ses propres connaissances à jour.

Dans la vidéo du CGE de Nantes et dans la thèse d'Eve-Marie Vivot (22)(28), les médecins maitres de stage interrogés pointaient effectivement une augmentation du temps de consultation, une charge de travail supplémentaire pour assurer la formation de l'interne, une perte de temps à expliquer l'organisation du cabinet. Mais que le temps « perdu » au début du stage se gagnait par la suite, lors de la mise en autonomie de l'interne.

En effet, le stage chez le praticien de niveau 1 se déroule en trois phases, décrite dans la charte du MSU du CNGE (annexe I). La phase d'observation peut nécessiter un temps d'adaptation, avec une perte de temps pour le praticien en comparaison à son rythme de travail habituel. Mais la phase de mise en autonomie est reconnue comme étant une période de gain de temps par les MSU interrogés dans les différentes enquêtes. Elle est dépendante de la façon dont le MSU gère cette mise en autonomie, avec une faculté plus ou moins grande de pouvoir « confier sa patientèle » au seul interne en stage, mais permet aux MSU de se libérer du temps pour une autre activité que la formation en direct de l'interne.

Pour ce qui est du SASPAS, l'interne consulte en autonomie sous supervision indirecte dès le début de son stage. Les MSU recevant des internes en SASPAS font ce même constat de « dégagement » de temps pour se consacrer à d'autres activités, professionnelles ou personnelles.

Synthèse : la perte de temps semble être une des craintes majeures chez les médecins et est reconnue par les médecins maîtres de stage qui ont fait l'objet d'études antérieures. Mais la perte de temps initiale est compensée par le gain de temps et le dégagement de temps libre une fois l'interne autonome lors des consultations.

c. Perceptions, croyances et préjugés

- <u>L'intrusion de l'interne dans le « colloque singulier » de la consultation médicale</u>

Balint disait au sujet de la consultation que « la présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère » (32).

L'accueil d'un interne en stage exige sa présence physique lors de la consultation, soit en présence de son maître de stage pendant les deux premières phases du stage, soit seul avec la possibilité de faire appel à son maître de stage lors de la phase de mise en autonomie. Et cette présence de l'interne était à l'origine de craintes pour les médecins interrogés. Cela a soulevé la problématique de l'intrusion d'une tierce personne au sein de la consultation médicale avec deux versants.

- la présente de l'interne gênante pour le praticien

Ceci du fait de la possible remise en cause du praticien par son interne au cours même de la consultation, des jugements à plus longs termes que pourrait diffuser l'interne sur la pratique de son maître de stage, et sur le fait de devoir expliquer ses démarches, sa réflexion et justifier ses pratiques et prescriptions.

On peut remarquer une certaine ambivalence des médecins à ce sujet. En effet, la crainte de la remise en cause et la nécessité de se justifier pour participer à la formation de l'interne apparait également comme un des intérêts à être maitre de stage. La présence de l'interne permet d'apporter une discussion sur le dossier, de remettre en cause des pratiques pouvant être anciennes, parfois non justifiées et automatiques qui n'étaient plus remises en cause par le praticien lui-même. Le fait de devoir se justifier implique que le praticien fasse un effort de réflexion sur ses pratiques et de reprendre ou poursuivre sa formation continue dans le but d'être à son tour un bon formateur pour l'interne. Ce constat ressort également des différentes études ayant porté sur des MSU (25)(26)(28)(33).

- la présence de l'interne gênante pour le patient

Que ce soit pour le problème de confidentialité, une gêne de pudeur ou encore une gêne au déroulement de la consultation par la gêne au « démontage des poupées », métaphore parlante du Dr E11, mais aussi un travers pour la relation médecin/patient quand l'interne est amené à consulter seul, et se retrouve en contact seul avec le patient. Cette relation est parfois tellement forte, que les patients préfèrent ne pas venir en consultation les jours où ils savent que c'est l'interne qui consulte. La crainte complémentaire à ce sujet est que le médecin référent doive faire fasse à des jours de consultation plus chargés qu'à l'ordinaire, en rattrapage de ce jour de consultation de l'interne.

Le praticien qui reçoit un étudiant se doit d'informer ses patients de la présence de l'étudiant au cours des consultations et tout patient a le droit de refuser cette présence. Une étude de Mathilde SASS « consultation patient médecin interne en stage de niveau 1 de médecine générale » abordait notamment les représentations et les attentes des patients dont le médecin était MSU (34). Dans cette étude, les patients interrogés mettaient en lumière le fait que l'information n'était pas toujours clairement donnée, notamment au moment de la prise de rendez-vous, avec un sentiment de mise devant le fait accompli au moment de la consultation malgré les affichettes qui pouvaient être apposées dans les salles d'attente pour information. Certains patients acceptaient donc la présence de l'interne par dépit, n'osant pas refuser devant l'interne. Les motifs de consultations portant sur la sphère intime, familiale, psychologique ou le fait que l'interne soit de sexe opposé étaient des raisons pouvant amener les patients à refuser la présence de l'interne. Les patients semblaient n'avoir qu'une notion approximative de ce qu'était un interne et lorsqu'ils se trouvaient en face d'un interne seul, en supervision indirecte, l'acceptation de n'être vu « que par l'interne » était difficile, quand bien même l'interne leurs semblait plus disponible et prendre plus de temps que le médecin référent. Cette étude conclut que les patients de médecine générale pouvaient être ouverts d'esprit et accepter la présence d'un interne mais ne leur accordaient leur confiance que pour des actes « simples » et ne se détachaient pas facilement de la relation médecin patient singulière. Cependant cette étude faisait ressortir des points positifs. Les patients estimaient que le fait d'être un médecin enseignant valorisait leur médecin, se disant que s'il lui était accordé le droit de former un futur médecin, cela signifiait qu'il devait être compétent. Certains patients se sentaient même investis d'une mission dans le fait d'accepter la présence de l'interne : ils avaient le sentiment de pouvoir participer indirectement à la formation des futurs médecins. Et parfois, le fait que l'interne soit du même sexe que le patient alors que le médecin est lui de sexe opposé permettait au patient d'aborder des sujets qu'il n'aurait pas abordés sans la présence de l'interne. Les avantages que les médecins trouvaient à avoir un étudiant comme la remise en cause, un avis différent, une discussion sur le traitement, étaient également perçus comme des avantages par les patients. Le temps d'explication à l'interne permettait au patient de profiter lui aussi de cette explication sur sa maladie, son traitement etc. Certains patients finalement, étaient habitués et ne se formalisaient plus de la présence d'un interne.

Synthèse : les craintes des médecins interrogés dans mon étude concernant la présence d'un interne n'est pas sans fondement. Il semble légitime pour le médecin de se poser la question du jugement de l'interne sur sa pratique. Cependant cette crainte peut être transformée en moteur pour améliorer sa pratique en acceptant la critique et la discussion et en consolidant ses connaissances par une formation continue régulière et de qualité. La gêne des patients doit être anticipée par les médecins accueillant un interne en fournissant une information claire et en amont de la consultation. Les intérêts perçus par les médecins à la présence d'un interne peuvent servir d'arguments pour l'acception de celui-ci par sa patientèle.

- La crainte de ne pas savoir transmettre ?

Entendre un médecin douter de ses capacités à transmettre une information n'est pas anodin. En effet, la pratique quotidienne du médecin et notamment du médecin généraliste est faite notamment de transmissions d'informations. Cette fonction est d'ailleurs sous tendue par les missions, entre autres, d'information claire et loyale à destination du patient, de coordination des soins, d'éducation à la santé, inscrites dans le Code de la Santé Publique et dans le référentiel métier et des compétences du médecin généraliste, résumées et simplifiées dans une « marguerite des compétences » (35)(36)(37). Les médecins interrogés ne remettaient pourtant pas en cause leur capacité à exercer leur métier mais celle d'enseigner leur métier à un interne, médecin en formation. Aussi, être responsable de la formation d'un interne représente un engagement important.

La remise en cause par eux-mêmes de leurs propres capacités à enseigner leur métier laisse penser que leur représentation de ce que doit être un MSU, apportant une formation de qualité à un interne, est particulièrement élevée. Une fois de plus, l'interprétation sur les caractéristiques des médecins ayant abordé cette crainte ne saurait être statistiquement significative, mais on remarque que les trois médecins en question sont les trois plus jeunes médecins, des femmes et faisant parties des plus récemment installées. De fait, l'expérience de leur stage ambulatoire de médecine générale est plus récente en comparaison aux autres médecins interrogés.

Cependant, même si l'exercice du métier de médecin généraliste nécessite une compétence particulière à la transmission d'informations, la pédagogie ne s'improvise pas. La formation initiale à la pédagogie est ainsi une des conditions nécessaires à l'obtention de l'agrément pour être MSU. Malgré qu'elle soit considérée comme un frein par son aspect chronophage, elle était jugée nécessaire pour certains médecins et même insuffisante pour l'un d'entre eux.

Synthèse : l'accueil d'un interne de médecine générale pour participer à la formation de son futur métier représente un engagement et une responsabilité importante pour les médecins non MSU. La formation initiale à la pédagogie doit permettre de donner les bases nécessaires à cette mission d'enseignement qui incombe à la fonction de MSU. La représentation idéale du MSU laisse présager d'une envie d'être un bon formateur et d'apporter une formation de qualité au futur médecin généraliste qu'est l'interne de médecine générale.

- « Comment vivre avec une autre personne pendant six mois ? »

Cette question rhétorique posée par le Dr E2 en abordant le relationnel avec l'interne regroupe finalement tous les freins ayant traits à la relation avec l'interne : sa présence physique dans le cabinet, la crainte d'un relationnel difficile, la crainte d'avoir un interne non motivé et le fait de ne pas pouvoir choisir l'interne qui vient en stage dans son cabinet.

C'est un fait, le MSU ne peut pas choisir l'interne qui viendra en stage. Le choix d'un terrain de stage se faisant selon le nombre de semestres validés, la maquette déjà réalisée par l'interne et son rang de classement aux ECN (12). Bien qu'on puisse concevoir que cela soit un frein à s'engager dans la maîtrise de stage, l'organisation actuelle de l'internat ne permet pas de modifier cet état de fait.

La problématique du relationnel difficile est une variable qui ne se maîtrise pas a priori. Cette dimension de la relation potentiellement difficile était retrouvée également dans le travail d'Eve-Marie Vivot (28), où la crainte des médecins non MSU était corroborée par les médecins MSU. Il semble difficile de pouvoir apaiser cette crainte tant pour les médecins non MSU que pour que les médecins MSU, puisque la relation entre le maître de stage et son stagiaire est à chaque fois une nouvelle composante à intégrer et changeante à chaque fois.

Pour ce qui est de « tomber » sur un interne non motivé, des nuances sont possibles. Actuellement, les internes qui ont accès aux stages ambulatoires de médecine générale sont des internes de médecine générale. Même s'il est vrai qu'un interne peut réaliser un internat de médecine générale sans avoir l'envie ou le projet d'exercer la médecine générale par la suite, une enquête de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale en 2011 (38) et l'enquête sur un sujet identique réalisée par le Concours Médical en lien avec les structures représentatives des étudiants en médecine, internes de médecine générale et des jeunes médecins généraliste en 2013 (17) montraient que la majorité des internes de médecine générale avaient le projet d'exercer la médecine générale après leur internat, quel que soit le mode d'exercice. On peut donc espérer que la grande majorité des internes de médecine générale soit motivée par le stage ambulatoire de médecine générale.

Cette notion de « vivre six mois » avec une autre personne est aussi à nuancer en elle-même. Les terrains de stage ambulatoire en Lorraine sont toujours composés au moins de binôme voire de trinôme de médecins généralistes. Le temps de stage de six mois est ainsi partagé entre les différents maîtres de stage. De plus, l'interne a également des obligations universitaires au cours desquels il n'est pas présent en stage. Cette crainte évoquée par certains médecins de devoir vivre avec l'interne en permanence à leurs côtés pendant six mois montraient à nouveau le manque d'information sur le déroulement des stages et sur la formation actuelle des internes de médecine générale.

Synthèse : il y a des variables non maîtrisables dans la relation entre un maître de stage et le stagiaire qu'il accueille, comme le fait de ne pas pouvoir choisir l'interne et que la relation qui se joue entre ces protagonistes est chaque fois différente. Mais des nuances peuvent être apportées par une information plus précise sur le déroulé des stages.

2. Le manque d'information comme frein principal ?

La grande majorité des médecins interrogés avaient des connaissances approximatives, incomplètes, voire erronées sur ce que sont les stages ambulatoires pour les internes de médecine générale et la maîtrise de stage universitaire, avec un manque d'information évident sur la façon dont il faut s'y prendre pour devenir MSU.

Le seul praticien pour lequel il n'a pas été relevé de manque d'information est le Dr E7, dont la fin d'internat était récente et dont des proches sont médecins généralistes MSU.

Leurs connaissances provenaient de sources d'information diverses notamment, pour une majorité d'entre eux, de collègues MSU, soit au sein d'une même structure soit dans un groupe de pairs, soit au sein de leur entourage personnel. On aurait tendance à penser que ce mode d'information via des collègues ayant l'expérience de la MSU serait, si ce n'est le meilleur, au moins un mode d'information efficace permettant d'avoir des informations correctes et complètes. Ce n'est finalement pas certain, au vu du manque de connaissances sur le sujet constaté chez les médecins de mon étude et dans les études précédemment citées.

Les travaux de psychologie sociale de Serge Moscovici sur les représentations sociales (39) apportent une lumière sur la construction des croyances et perceptions des médecins non MSU sur la maîtrise de stage universitaire. La construction d'une représentation sociale au sein d'un groupe (ici le groupe des médecins non MSU) se déroule en deux temps :

- La phase d'objectivation :

Cette phase consiste à rendre concret un objet inconnu et abstrait (ici la maîtrise de stage) en faisant le tri des informations apportées par la société (ici, toutes les sources d'informations citées par les médecins interrogés) pour rendre cet objet concret appelé « noyau figuratif » dans la théorie de Moscovici. Ainsi l'objet est rendu plus concret mais détaché de la réalité scientifique car construit à partir d'informations triées et correspondant aux critères et systèmes de valeurs des sujets construisant leur représentation de cet objet à partir des informations dont ils disposent.

- La phase d'ancrage :

Cette phase permet d'intégrer ce nouvel objet concret à un système de valeur connu et pré-existant. Ce faisant, l'objet est transformé pour être congruant au système de pensée de l'individu.

Même si le groupe de médecins interrogés ne correspond pas stricto sensu au cadre d'un groupe social construisant une représentation sociale commune sur le sujet de la maîtrise de stage, ces notions permettent d'envisager que les informations erronées ou incomplètes dont disposaient ces médecins soient à l'origine de leurs croyances et perceptions. Leur représentation du MSU idéal tient de la construction personnelle d'un « personnage MSU » répondant à leurs attentes personnelles de ce que doit être un MSU. La majorité des médecins interrogés ayant eu l'expérience d'un stage de médecine générale, même si ces stages n'étaient pas ce que ce sont les stages ambulatoires de la maquette actuelle (40), on peut supposer que cette représentation se base également sur leurs propres expériences et les attentes qu'ils ont eu de ce stage ou non, confrontées à la réalité de ce qu'ils ont vécu au cours de leur formation. Ceci permet d'étayer la conclusion du paragraphe précédent sur le fait que ces attentes et représentations présagent d'une volonté de bien faire et d'apporter une formation de grande qualité aux internes qu'ils pourraient accueillir en devenant MSU.

D’autres perceptions tenaient simplement de la méconnaissance de l’organisation des stages d’internes.

C’est le cas par exemple pour le médecin qui estimait que son cabinet pourrait ne pas être adapté, ne disposant pas de deuxième pièce de consultation. Les deux premières phases du stage nécessitent la présence du praticien lors de la consultation, soit comme acteur de la consultation, soit come observateur. La troisième phase est une mise en autonomie partielle avec supervision indirecte et ne requiert donc pas la présence physique du médecin dans le cabinet. Bien sûr, cela implique que le médecin ne consulte pas en même temps que l’interne. Les médecins MSU interrogés dans d’autres études donnaient des exemples d’utilisation de ce temps sans activité clinique.

Il en est de même pour les difficultés abordées par le Dr E2 à trouver un confrère à proximité pour constituer un binôme de médecin MSU. Les binômes ne sont pas constitués par les MSU eux-mêmes, mais par la faculté, sur proposition. La proximité est préférable mais non obligatoire. Pour autant, cela dénote la volonté d’apporter une certaine qualité de stage au stagiaire en lui permettant d’avoir plusieurs maîtres de stage, et donc une diversité des pratiques, tout en assurant un certain confort de vie en lui permettant d’avoir des lieux de stage proches l’un de l’autre. Le bémol est que cela ne prend pas en compte le mode de vie de l’interne, qui n’aurait peut-être pas intérêt à ce que tous ses maîtres de stage soient proches géographiquement, comme par exemple pour les internes en couple ou chargés de famille, établis dans un logement fixe.

Si, comme on l’a vu ci-dessus, certaines croyances ou perceptions à l’origine de freins à la maîtrise de stage peuvent s’expliquer par un manque d’information et ainsi être récusées, il n’en va pas de même pour tous les freins retrouvés dans cette étude.

A nouveau, l’étude d’Eve-Marie Vivot (28), exposaient des freins, que confirmaient les médecins MSU : c’est le cas comme on l’a vu pour la relation MSU-interne, ainsi pour la modification de la relation médecin-patient du fait de la présence d’une tierce personne, le fait de devoir travailler avec l’interne, de se voir imposer l’interne, et aussi la surcharge de travail qu’implique la fonction d’enseignement.

Pour finir, le manque quasi-total d’information sur les démarches à suivre pour devenir MSU et les difficultés rencontrées par ceux qui s’y intéressaient pour accéder à ces informations ne peuvent être qu’un frein à réaliser ces démarches. Le mode d’information actuel par des collègues MSU, par des courriers, jugés très rares, ou sur les sites internet des instances en lien avec les études médicales, tels que la faculté, le CNGE ou les CDOMs, ne semble pas satisfaisant, aux yeux même des médecins interrogés.

Synthèse : le manque d'information apparaît comme le terrain de construction de représentations et de croyances pouvant être en désaccord avec la réalité, mais à l'origine de freins bien réels à devenir MSU. Les informations erronées ou incomplètes et un mode de communication que ne s'approprient pas les médecins ciblés par les campagnes de d'information sont des freins au recrutement de ces nouveaux MSU potentiels.

IV. Perspectives et ouverture

1. Le mémoire d'Olivier Hanriot (41)

Dans le cadre de son mémoire de DES de médecine générale, Olivier Hanriot a organisé des sessions d'information sur la maîtrise de stage universitaire. Partant du même constat de l'augmentation du nombre d'étudiants et du nombre de stages ambulatoires déjà existant dans la maquette, l'objectif de son travail était de mettre en place un outil d'information et de recrutement de MSU efficace et reproductible.

Pour ce faire, il a organisé, en lien avec les CDOM, des sessions d'information sur le sujet. L'étude ciblait l'ensemble des médecins généralistes non MSU de Lorraine. Les CDOM ont été mis à contribution pour l'organisation, la promotion et la communication autour des sessions. La présentation était faite par Olivier, accompagné de témoins venus partager leurs expériences des stages : des MSU, des étudiants du DCEM, des internes en stage de niveau 1 et de niveau 2, selon les disponibilités.

Le concept a été testé lors d'un atelier de la Semaine Médicale de Lorraine, en 2013. Il n'a pas été fructueux, avec seulement deux participants, aucun n'ayant fait une demande de maîtrise de stage au décours de la session. Mais ce test a permis des adaptations du support de présentation et des pré- et post- test.

Une seule soirée d'information a pu être organisée, dans le département de Meurthe et Moselle. Elle a regroupé 11 médecins, 7 femmes et 4 hommes, avec une moyenne d'âge de 52 ans. Cinq participants exerçaient en milieu urbain et 6 en milieu semi-rural.

La session avait débuté par l'exposition des craintes des médecins présents à devenir MSU : gestion temps de consultation, compétences de MSU, réaction des patients, objectifs d'apprentissage, examen clinique à deux, confrontation connaissances théoriques/pratiques, contenu de l'enseignement, relation médecin/patient à deux, organisation spatiale, rôle étudiant/médecin. Ces craintes avaient été inscrites sur un tableau et l'objectif de les avoir toutes effacées à la fin de la session a été atteint lors de cette soirée. La moyenne des résultats au pré test avait été de 60,9% de bonnes réponses, et la moyenne des résultats au post test avait été de 86,7%. En fin de session, neuf des médecins participants ont fait un demande de maîtrise de stage, grâce à des formulaires pré-remplis à leurs disposition qui allaient être remis à la faculté ensuite. Un des médecins avait déjà fait la demande de maîtrise de stage avant la session d'information et un seul a préféré réfléchir avant de faire la demande. La soirée a donc été jugée comme étant un succès de par l'amélioration des résultats entre le pré test et le post test, qui montre que ce mode d'information est efficace, et par le nombre de médecins ayant rempli les formulaires pour devenir MSU.

Olivier Hanriot concluait sur l'intérêt et la reproductibilité de ces sessions d'information sur le même concept et son extension possible à d'autres régions, en créant par exemple une mallette contenant les outils utilisés. Se posait notamment la question du nombre de sessions à organiser en fonction des besoins en maîtres de stage dans la région. En effet, la charte des MSU (annexe I) stipule que le DUMG s'engage à « assurer un flux le plus constant possible d'étudiants, dans le respect des souhaits exprimés par le MSU ».

Cette problématique de la pérennité du poste d'interne était l'un des points soulevés par les MSU de Lorraine recevant des SASPAS, dans l'étude de Jeoffrey Troester faisant un bilan du SASPAS en Lorraine en 2013 (42). Si aujourd'hui, un recrutement de MSU s'impose, un trop grand nombre de MSU ne permettrait pas d'assurer la présence d'un interne de façon régulière. Sachant les modifications d'organisation que représente l'accueil d'un stagiaire, demander aux MSU des modifications itératives de cette organisation d'un semestre sur l'autre en fonction de la présence ou non d'un interne ne semblerait pas être une bonne solution pour motiver les MSU à le rester.

2. Quelle suite ?

Si on reprend le travail sur les représentations sociales de Serge Moscovici, il convient de s'attacher au processus de transformation des représentations. Parmi les facteurs de modification des représentations d'un individu, il y a les « situations naturelles » : parmi ces situations sont citées la communication et la pratique sociale, autrement dit l'expérience.

Selon ces travaux, la communication interindividuelle sur l'objet d'une représentation est une source indéniable du maintien ou de l évolution de celle-ci. Aussi, quand dans la session d'information d'Olivier Hanriot, on observait que l'apport d'informations et le partage des expériences des MSU et des étudiants présents permettaient d'effacer toutes les craintes notées en début de session, on peut penser qu'une communication sur le sujet de la maîtrise de stage dans un format tel que celui proposé dans ces soirées d'information est adapté à la population ciblée. De plus, ce mode d'information apparait comme un mode souhaité par les médecins interrogés dans mon étude, alors qu'on mettait en évidence que le fait d'avoir des informations par le seul partage de l'expérience d'un collègue MSU ne suffisait pas à avoir des connaissances claires et complètes sur le sujet. Sur les onze médecins interrogés, huit se disaient intéressés pour participer à une soirée d'information de ce type. Tous ont accepté la diffusion de leurs coordonnées qui seront fournies à bon escient.

La « pratique sociale » est aussi un facteur de modification d'une représentation, bien que cela soit nuancé selon le caractère réversible ou irréversible de cette pratique sociale. Cependant, l'étude d'Eve-Marie Vivot montrait que l'enseignement en médecine générale pouvait être une source d'amélioration de la qualité de vie professionnelle et personnelle des médecins MSU et un moyen de valoriser l'exercice de la médecine générale (28). De même, les MSU accueillant des SASPAS en Lorraine interrogés dans l'étude de Joeffrey TROESTER n'envisageaient pas d'arrêter l'activité de MSU, sauf contraintes organisationnelles indépendantes de leur volonté (le départ en retraite d'un confrère par exemple) et la non pérennité récurrente des postes au sein des USER (42). Ses études pointaient le paradoxe de la satisfaction globale et le retentissement positif vécu par les médecins MSU et la difficulté de recrutement de nouveaux MSU.

Outre l'information semblant inadaptée et développée précédemment, l'un des freins opposés à la maîtrise de stage est l'engagement que cela représente d'accueillir un interne pour six mois et pour sa formation professionnelle. Si la « pratique sociale » est reconnue comme étant un facteur de modification des représentations et l'engagement comme un frein à devenir maître de stage, on peut se demander l'intérêt de proposer aux médecins intéressés, mais avec des craintes de ce type, de faire l'expérience de l'accueil d'un interne sur une courte durée ou de venir participer à une consultation chez un confrère accueillant un interne. Une étude de la faisabilité réglementaire et assurantielle se pose.

Ceci pose la question de l'implication des étudiants eux-mêmes dans le recrutement des MSU. Récemment, des campagnes de promotion de la maîtrise de stage universitaire ont eu lieu dans de nombreuses régions de France, comme dans les années précédentes. Parmi celles-ci, on peut citer le travail de thèse d'Emna Zarrad, RMSU pour Recrutement de Maîtres de Stage Universitaires en Ile de France, qui comprenait une présentation à des co-internes pour les inciter à recruter des MSU. Ce travail a été récompensé par le prix Alexandre Varney au Congrès de l'ISNAR-IMG de 2014 à Brest et a donné lieu à la création d'un site internet en cours de construction « Devenir MSU » (https://sites.google.com/site/devenirmsu/home, consulté le 09/03/2015).

L'effet de ces différents outils de recrutement sur l'augmentation du nombre de MSU serait à étudier pour les pérenniser et assurer un recrutement régulier de MSU, s'ils s'avéraient être efficaces.

Enfin dans les modes souhaités d'information recueillis dans mon étude, il y a aussi une demande d'implication des instances liées aux études médicales, et notamment de la faculté de médecine. Quel pourrait être le mode de communication qui permettrait de toucher de façon efficace le public cible ? Le courrier physique seul ne semblant pas porter ses fruits, de l'aveu même de ces médecins. Peut-être le courrier d'information devrait-il comprendre un mini-Cv à remplir et un courrier type de demande de maîtrise de stage, envoyé à tous les médecins non MSU, par exemple quelques semaines avant la tenue d'un séminaire CRGE-Lorraine/CNGE portant sur la maîtrise de stage afin d'en faire la promotion simultanée.

CONCLUSION

Les freins mis en évidence dans cette étude sont des freins retrouvés dans d'autres études sur le même thème : ils sont liés aux modalités pour devenir MSU, à la problématique de la gestion du temps, récurrente en médecine générale, et à des perceptions personnelles de la maîtrise de stage universitaire, à l'origine de croyances, erronées pour certaines, et de préjugés.

Malgré ces freins, six des médecins interrogés dans cette étude se disent intéressés par la maîtrise de stage, et deux autres n'y étaient pas opposés mais soit devait y réfléchir prochainement soit estimait être trop proche de la retraite pour qu'entreprendre des démarches ait un sens. Beaucoup, y compris ceux qui se disaient non intéressés pour devenir MSU, reconnaissaient des avantages à ces stages et des intérêts pour le MSU lui-même et pour les patients. Le frein principal n'est alors peut-être pas parmi ceux mis en évidence par les médecins eux-mêmes.

Un autre frein, pas forcément reconnu comme tel par les médecins, également retrouvé dans d'autres études mais peu exploité, est le manque de connaissances et d'informations sur la formation actuelle des internes de médecine générale et la maîtrise de stage universitaire. Ce manque d'information est en lui-même un frein pour connaître et donc entreprendre les démarches et est à l'origine de croyances souvent erronées, elles même source de doute et de freins.

Pourtant, les sources d'informations ne manquent pas, notamment sur les sites des instances en lien avec les études médicales. Mais ces modes de communication ne sont pas ceux plébiscités par les médecins interrogés.

Une session d'information à destination des médecins non MSU en présence de médecins MSU et d'étudiants en médecine de différents niveaux semble avoir été efficace, puisqu'elle a permis le recrutement de neuf médecins sur les onze présents. Cela correspond également à l'un des modes d'informations souhaités : le partage d'expérience de collègues MSU et la rencontre avec les étudiants concernés.

Les médecins souhaitent également des contacts avec la faculté, qu'ils estiment être la plus concernée dans le recrutement de MSU. Pourtant, ils admettent que les courriers qui pourraient leurs être envoyés ne sont pas le moyen le plus efficace pour les sensibiliser sur le sujet.

Une campagne de recrutement impliquant la faculté, les étudiants et leurs représentants ainsi que les représentants des jeunes médecins installés, le collège régional des généralistes enseignants de Lorraine, les CDOM et l'ARS seraient à envisager. La construction d'un outil comportant la description des points clés des démarches à effectuer et des conditions à remplir, les personnes à contacter à la faculté, mais aussi des coordonnées de médecins MSU acceptant d'être contactés pour parrainer un médecin dans ses démarches et pourquoi pas dans ses débuts de MSU, dans un format adapté pourrait faire l'objet, avec l'accord du DMG, d'un travail de mémoire pour le DES de médecine générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. JORF n° 104 du 4 mai 2004 texte n° 13 - Arrêté du 30 avril 2004 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégions et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2004-2005 | Legifrance [Internet]. [cited 2013 May 21]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=241723A207302C7E45A3043559D3EB20.tpdjo03v_1?cidTexte=JORFTEXT000000438666&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000000003421

2. JORF n° 0163 du 14 juillet 2012 texte n° 18 - Arrêté du 10 juillet 2012 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire au titre de l'année universitaire 2012-2013 | Legifrance [Internet]. [cited 2013 May 21]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026178814

3. JORF n° 0156 du 7 juillet 2013 texte n° 4 - Arrêté du 1er juillet 2013 fixant au titre de l'année universitaire 2013-2014 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Feb 19]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027666441

4. JORF n° 244 du 19 octobre 2005 texte n° 50- Arrêté du 30 septembre 2005 portant affectation des internes issus des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales au titre de l'année universitaire 2005-2006 | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Mar 3]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000634044&fastPos=1&fastReqId=689966373&categorieLien=id&oldAction=rechTexte

5. JORF n° 0001 du 1 janvier 2013 texte n° 96 - Arrêté du 14 novembre 2012 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2012-2013 | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Feb 19]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026872409&fastPos=1&fastReqId=798494425&categorieLien=id&oldAction=rechTexte

6. JORF n° 0259 du 7 novembre 2013 texte n° 51 - Arrêté du 23 octobre 2013 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2013-2014 | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Feb 19]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028160771

7. JORF n°0165 du 20 juillet 2010 texte n° 23 - Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Mar 8]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=50FD203D28CA15B644C969A45213CE13.tpdjo05v_3&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000022497449&categorieLien=cid

8. JORF n° 0167 du 21 juillet 2011 texte n° 27 - Arrêté du 13 juillet 2011 déterminant pour la période 2011-2015 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision | Legifrance [Internet]. [cited 2013 May 21]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024382271

9. JORF n° 0156 du 7 juillet 2013 texte n° 3 - Arrêté du 1er juillet 2013 déterminant pour la période 2013-2017 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Feb 19]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2C3C9610509B789E64E610250F715110.tpdjo04v_3?cidTexte=JORFTEXT000027666422&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000027666396

10. LISTE DES PRATICIENS AGRÉÉS - MAÎTRES DE STAGE_TAB agrements 13-14.xlsx.pdf [Internet]. [cited 2014 Mar 8]. Available from: http://www.medecine.univ-lorraine.fr/pages/3e_cycle/pdf/liste_maitres_stage_generalistes.pdf

11. Liste USER 13-14.xls - Liste_USER.pdf [Internet]. [cited 2014 Mar 8]. Available from: http://www.medecine.univ-lorraine.fr/pages/3e_cycle/pdf/Liste_USER.pdf

12. JORF n°15 du 18 janvier 2004 texte n° 14 - Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales - Article 14 | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Feb 8]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658&dateTexte=&categorieLien=id

13. JORF n° 0055 du 6 mars 2014 texte n° 18 - Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant de la prime de responsabilité pour les internes de médecine générale pendant leur stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Mar 6]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028684829&dateTexte&categorieLien=id

14. JORF n° 0055 du 6 mars 2014 texte n° 27 - Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Mar 6]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000028684837&dateTexte&oldAction=dernierJO&categorieLien=id

15. LE GRAND-PENGUILLY J. Influences du stage SASPAS sur le devenir et le projet professionnel des internes brestois: étude descriptive des anciens internes de la faculté de Brest ayant effectué un SASPAS entre novembre 2003 et avril 2009 [Internet] [thèse de doctorat en médecine]. 2009 [cited 2014 Mar 3]. Available from: http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=145695433

16. FRAIZY D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS_Etude descriptive menée à Dijon de nouvembre 2033 à octobre 2011. 2012.

17. Les jeunes médecins généralistes prennent la parole - L'enquête. Concours Méd. 2013 Oct;135(supplément au n°8):3 – 14.

18. Nouvelle maquette du D.E.S de médecine générale_Congrès du CNGE Lille 2014_PAMoinard.mp4 [Internet]. [cited 2015 Feb 14]. Available from: http://www.campus-umvf.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/pascal_boulet/Video/CLille2014/P6/PAMoinard.mp4

19. FRAPPÉ P. Initiation à la recherche. La Revue du Praticien; 2011. 216 p.

20. LEFEBVRE S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine, non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Etudes Médicales en 2014 - Protocole d'étude qualitative. Nancy; 2014.

21. RÉGNIER J-C. L'enquête par entretien et quelques biais possibles [Internet]. Available from: http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf

22. Le Collège des Généralistes Enseignants de Loire atlantique et Vendée, le Collège National des Généralistes Enseignants, la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Nantes, l'Université de Nantes. Motivés. Enseignants cliniciens ambulatoires: pourquoi et comment? FMC Productions; 2009.

23. MARTLE É. Pourquoi y a-t-il si peu de médecins généralistes maîtres de stage des universités en Picardie: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet]. 2012. Available from: http://books.google.fr/books?id=fRXDkQEACAAJ

24. PELLETIER M. Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Bordeaux]: Segalen Bordeaux 2; 2013 [cited 2014 Jan 18]. Available from: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00952639/document

25. PORTIER LECARPENTIER M. Quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS? [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Faculté de Médecine Paris 7]: Paris Diderot; 2010 [cited 2015 Jan 8]. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3420_THESE-PORTIER.pdf

26. LOUZEAU - HOULY C. Médecins généralistes non maîtres de stage: mieux les connaître pour mieux les recruter [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. NANTES; 2013. Available from: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2F81ef970b-c5ad-4881-8844-bebd29410967&ei=XGPqVKarO8OtU8WzgMgK&usg=AFQjCNGNgZCCO3R5-cOr_4oBaI_MBf0ThA&sig2=TZxpGWPv3oa3uILceR9LCg&bvm=bv.86475890,d.d24

27. LECOQ N. Raisons pour lesquelles la majorité des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine ne sont pas maîtres de stage des universités : étude quantitative concernant 162 médecins généralistes non maîtres de stage d'Ille-et-Vilaine [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes; 2013 [cited 2015 Feb 22]. Available from: http://www.worldcat.org/title/raisons-pour-lesquelles-la-majorite-des-medecins-generalistes-dille-et-vilaine-ne-sont-pas-maitres-de-stage-des-universites-etude-quantitative-concernant-162-medecins-generalistes-non-maitres-de-stage-dille-et-vilaine/oclc/867846290

28. VIVOT E-M. La maîtrise de stage en médecine générale : Un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Mesure qualitative par « focus group» de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste [Internet]. Université de Lorraine - Faculté de Médecine de Nancy; 2012. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIVOT_EVE_MARIE.pdf

29. CARMI EST - Recherche professionnel de santé_ Médecins Généralistes [Internet]. [cited 2014 Jul 3]. Available from: http://www.carmiest.fr/pages/recherche_professionel_de_sante.php?metier=1&site=-1

30. Formation DPC- Calendrier chronologique-CNGE [Internet]. [cited 2015 Mar 8]. Available from: http://www.cnge.fr/la_formation/calendrier/date/2015/

31. Collège National des Généralistes Enseignants. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) du CNGE [Internet]. [cited 2014 Feb 8]. Available from: http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/

32. BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. PAYOT; 1988. 419 p.

33. TARDY A. Motivations et freins des médecins généralistes à devenir maître de stage [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. Angers; 2014. Available from: http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=7/TTL=6/CLK?IKT=1016&TRM=Motivations+et+freins+des+me%CC%81decins+ge%CC%81ne%CC%81ralistes+a%CC%80+devenir+mai%CC%82tre+de+stage

34. SASS M. La consultation, patient, médecin, interne, en stage de niveau 1 de médecine générale: Etude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes _ Intégration de l'interne dans la relation médecin - patient. [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Faculté de médecine Paris Sud]: Paris XI; 2013 [cited 2015 Feb 6]. Available from: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Corps%20th%C3%A8se.pdf

35. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. [cited 2015 Mar 17]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

36. Code de la santé publique_Partie législative_ Quatrième partie_ Livre Ier_ Titre III_Chapitre préliminaire: Médecin généraliste de premier recours | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Mar 9]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=9C9D9EF9056CB6106485BCF2588D3FC2.tpdila24v_3?idSectionTA=LEGISCTA000020890165&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150309

37. CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes - La marguerite des compétences [Internet]. [cited 2015 Mar 9]. Available from: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_version_definitive.pdf

38. 110422 Enquête nationale des souhaits d'exercice des Internes de Médecine Générale - RESULTATS COMPLETS - 110422 _ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 17]. Available from: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf

39. ABRIC J-C, BILLIG M, DECONCHY J-P, DOISE W, DOMS M, M. FARR R, et al. Sous la direction de Serge Moscovici - Psychologie sociale. 1ère édition “Quadrige.” Presses Universitaires de France; Quadrige MANUELS; 2003. 640 p.

40. Décret n°88-321 du 7 avril 1988 FIXANT L’ORGANISATION DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES | Legifrance [Internet]. [cited 2014 Feb 8]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EEFE0960C383B9E748702630DB20A57C.tpdjo16v_1?cidTexte=JORFTEXT000000704452&dateTexte=19880408

41. HANRIOT O. Maîtres de Stage des Universités de Médecine Générale : création et évaluation d’un outil de recrutement. Nancy; 2014.

42. TROESTER J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine: Etude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Lorraine; 2013 [cited 2015 Jan 17]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_TROESTER_JEOFFREY.pdf

ANNEXES

Annexe I : La charte des MSU du CNGE

(copie du fichier « .pdf » téléchargeable sur le site du CNGE
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120207_la_charte_des_MSU_les_fondamentauxx_1.pdf)

Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale
Collège National des Généralistes Enseignants Collège académique
6 bis Rue des Deux Communes - 94300 VINCENNES
Tél. : 01 53 66 91 82 ou 01 53 66 91 83

Vincennes le 6 février 2012

CHARTE DES MAITRES DE STAGE DES UNIVERSITES
Les éléments fondamentaux

Préambule

Le changement d'acronyme ECA (Enseignant Clinicien Ambulatoire) au profit de praticien agréé MSU (Maître de Stage des Universités) a donné lieu à un débat large, animé et constructif au sein des Collèges régionaux avant le Congrès de Nice 2011.

Le nouveau titre « MSU » est finalement bien accepté par la profession dans son ensemble. Il lie l'enseignement qui est la fonction essentielle de l'enseignant en médecine générale (Maître de Stage) et sa position universitaire (« des Universités»).

Chaque enseignant de médecine générale (le maître de stage est un enseignant à part entière) peut et doit ainsi s'y reconnaître.

Il faut maintenant donner une « colonne vertébrale » à une activité d'enseignement, qui contient plusieurs fonctions. Cela n'est possible qu'en rédigeant un statut commun qui puisse ensuite soutenir toutes les revendications de cet engagement professionnel.

Cette charte se devra conforme aux textes règlementaires en vigueur encadrant l'organisation, le déroulement et la validation des stages des étudiants en 2ème et 3ème cycle des études médicales :

- Décret n°88-321 du 7 avril 1988, fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales
- Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales;
- Décret n° 97-495 du 16 mai 1997, relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés
- Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés
- Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997, relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés
- Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié, relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

- Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
- 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
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret 2004-67 du 16 janvier 2004relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
- Arrêté du 04 février 2011 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) de médecine générale a pour objectif de former des professionnels de santé en cohérence avec le référentiel métier/compétences du médecin généraliste, la définition européenne de la médecine générale et le code de la santé publique.

Cet enseignement est assuré pour la formation facultaire par des médecins généralistes de premier recours agréés et chargés d'enseignement, des Chefs de Clinique des universités, des Maitres de Conférences ou Professeurs de médecine générale, associés ou titulaires, et pour la formation en situation professionnelle ambulatoire de médecine générale auprès de médecins généralistes, Maitres de Stage des Universités.

La Charte

Les chartes préexistantes dans les différentes UFR ont été colligées par le SNEMG et le CNGE collège académique.

Le MSU signataire de la charte s'engage à en respecter les règles, telles que définies par son UFR de rattachement, et en accord avec les principes fondamentaux énoncés par le CNGE collège académique.

Critères de qualification des MSU :

Un médecin généraliste motivé pour enseigner et candidat aux fonctions de MSU pourra poser candidature si lui et son cabinet répondent aux critères suivants :

Expérience et activité professionnelle en Médecine Générale :

Le médecin généraliste devra pouvoir justifier :
- d'au moins trois années d'exercice en médecine générale pour la maîtrise de stage au cours du 3ème cycle des études médicales
- d'au moins une année pour la maîtrise de stage au cours du 2ème cycle des études médicales.

Le médecin généraliste devra exercer une activité de soins primaires régulière et principale selon les critères de la WONCA et l'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique, pour au moins les 4/5 de cette activité.

Compétence en médecine générale :

Le Maître de Stage des Universités est un modèle médical et professionnel.
Aussi, et quelle que soit son ancienneté, le MSU devra :

- Etre Spécialiste en Médecine Générale,
- Avoir une activité professionnelle orientée préférentiellement vers le premier recours, et répondant aux dispositions règlementaires et conventionnelles en vigueur
- Justifier d'une formation initiale à la pédagogie, suffisante et nécessaire à l'exercice des fonctions de MSU, validée par le collège local des généralistes enseignants et le département de médecine générale
- Participer régulièrement à la formation médicale continue validée par le Collège local des généralistes enseignants dans le cadre de la FMC et/ou du DPC et le département de médecine générale
- Accepter une auto-évaluation et une hétéro évaluation régulières
- Posséder une aptitude à se documenter et entretenir une documentation accessible et mise à jour

Compétences pédagogiques :

Le MSU devra participer régulièrement aux formations proposées par le Département de Médecine Générale.
Le MSU devra notamment participer à des formations pédagogiques régulières dont les contenus répondent au cahier des charges du CNGE collège académique, sur le plan des contenus, des méthodes pédagogiques et de l'expertise réalisée par un expert de CNGE Formation.
Les compétences ainsi acquises et renforcées permettront au MSU d'identifier et de répondre aux besoins de formation des étudiants, d'organiser un programme de formation, de les aider dans le domaine relationnel, et ainsi d'évoluer dans le système de santé.
Le MSU accepte l'évaluation réglementaire de son activité pédagogique.

Cabinet médical offrant un environnement favorable à la formation :

La patientèle du MSU doit être suffisante pour faire découvrir à l'étudiant les divers champs de la Médecine Générale, avec un minimum recommandé de 2500 actes par an. De même, la patientèle ne devra pas être trop importante pour ne pas nuire à la disponibilité du médecin à l'égard de l'étudiant, avec un maximum recommandé de 7000 actes par an.
Certains types d'activité peuvent amener à s'écarter de ces normes. Dans ce cas, le médecin généraliste postulant devra pouvoir s'en justifier auprès du DMG lors de sa candidature à une fonction de MSU.

Les locaux devront être adaptés à l'enseignement (équipement, informatisation, accès internet, possibilités de recherches documentaires, etc.).

Le DMG devra permettre au MSU d'avoir accès au Service Commun de Documentation en ligne de sa faculté de rattachement, afin de faciliter les recherches documentaires du MSU et de son étudiant.

Agrément

L'agrément des MSU obéit à des principes rigoureux définis pour le 2e cycle par l'arrêté du 18 juin 2009 et pour le 3e cycle par l'arrêté du 04 février 2011.

La demande d'agrément doit comporter un ensemble de pièces obligatoires et doit répondre à des démarches strictes d'évaluation sur dossier (CV à jour, preuves de formation initiale et continue à la pédagogie, adhésion au collège académique ou toutes sociétés scientifiques disciplinaires reconnues, abonnements revue et journaux scientifiques, ….) et sur site tant par les représentants facultaires du DES de MG que par les représentants étudiants.

La demande d'agrément fait l'objet :

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

Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé. (Article 14 du décret n°2004-67 du 16 janvier 2004).

Tout manquement à la présente Charte peut entraîner une révision de l'agrément.

De même, les MSU pourront renoncer à tout moment à leurs fonctions pour diverses raisons (changement d'activité, départ en retraite, etc.). Ils devront cependant prévenir le DMG dont ils dépendent le plus précocement possible pour ne pas perturber l'organisation et le bon déroulement des stages.

Formation

Le candidat à la fonction de MSU doit, avant toute mise en situation effective, suivre une formation pédagogique initiale validée par le collège local et par le Département de Médecine Générale après avis souhaité auprès du collège académique disciplinaire.

Le MSU s'engage à suivre une formation scientifique, pédagogique et professionnelle régulière, soit par le biais des séminaires de formation qui lui seront proposés par le DMG, soit par les formations et séminaires pédagogiques proposés par le CNGE ou toute autre structure dûment accréditée par le collège académique disciplinaire.
Le calendrier de formation devra être mis à disposition des MSU par le collège local et le DMG.

Une participation suivie à ces actions de formation est obligatoire.
La non-validation des formations selon les exigences formulées par le DMG pourra entraîner un nouvel examen de l'agrément en cours et du suivi des recommandations préconisées.

Droits et devoirs :

En signant la Charte, le MSU s'engage à :

- Exercer ses fonctions d'enseignant dans le respect
    - de l'étudiant tant au niveau de sa liberté de pensée, de sa vie privée, des bonnes mœurs, et de l'éthique de chacun.
    - des obligations déontologiques et conventionnelles ;
    - des obligations pédagogiques définies par le département de médecine générale et correspondant au niveau de stage
    - de la sécurité de l'étudiant aux plans pédagogique et assurantiel sans manquement aux principes déontologiques et de la fonction
- Signer une convention de stage avec l'étudiant et la faculté
- Garantir le temps réglementaire de présence des étudiants et des internes en stage, dans le respect des textes.
- Aider la progression de l'étudiant dans ses activités et dans les productions qui lui sont demandées au cours des stages
- Travailler en partenariat avec le tuteur si l'étudiant est un interne

- Etablir une évaluation de l'acquisition de l'autonomie professionnelles et/ou des compétences en fin de stage
- Accepter que l'étudiant remplisse à l'issue de son stage une évaluation du site de formation (cette évaluation est mise à disposition des étudiants pour les semestres ultérieurs)
- Prendre connaissance des courriers et courriels qui lui sont adressés par le DMG et y répondre en temps utile
- Prévenir sa compagnie d'assurance au titre de la responsabilité civile professionnelle de sa qualité de MSU (cette disposition n'entraînant pas de frais supplémentaire)
- Suivre les recommandations pédagogiques définies par le DMG

Pour sa part, le Département de médecine générale s'engage à :
- Assurer un flux le plus constant possible d'étudiants, dans le respect des souhaits exprimés par le MSU
- Mettre à disposition les évaluations individuelles de l'interne à la fin du stage
- Promouvoir la fonction d'enseignant et le statut de MSU auprès des autorités facultaires, du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) et des autorités de tutelles.

Les stages

Le bilan de chaque stage comprend un rapport du MSU et un rapport de l'étudiant. Ces deux rapports comportent des fiches d'évaluation.
Le MSU devra impérativement libérer les étudiants afin qu'ils puissent remplir leurs obligations facultaires, notamment la présence à tous les enseignements et réunions fixés par le Département de médecine générale.
Le MSU perçoit des honoraires pédagogiques dont le montant est fixé par la loi.

Selon ses souhaits et en fonction de la formation pédagogique qu'il aura validé, le MSU pourra postuler à une ou plusieurs des trois types de stages en médecine générale ambulatoire proposés aux étudiants et aux internes.

Stage de Second Cycle de Médecine Générale ambulatoire :
Au même titre que les autres stages de deuxième cycle, le stage de médecine générale est intégré au cursus de formation de l'étudiant et constitue le complément indispensable à l'enseignement théorique.

Les objectifs de formation généraux ou transversaux du second cycle des études médicales sont communs à tous les étudiants, quelle que soit leur future spécialité.

Les objectifs spécifiques du stage en médecine générale sont d'appréhender les fonctions de la médecine générale en structure ambulatoire (prise en charge globale, premier recours, relation médecin-patient, le malade atteint d'affection chronique, etc.), la place du médecin généraliste au sein du système de santé, de se familiariser avec la démarche clinique en médecine générale (sémiologie des stades précoces des maladies et des maladies prévalentes en soins primaires), la démarche de prévention et les enjeux de santé publique, et de comprendre les modalités de gestion d'une structure ambulatoire. (Article 4 de l'arrêté du 18 juin 2009).

Ce stage est l'occasion de découvrir les caractéristiques des soins primaires en général, et de la médecine générale en particulier.

La progression pédagogique comprend deux phases intriquées tout au long du stage :
- Une phase d'observation active,

- Une phase allant de la participation aux différents temps de la consultation, sous supervision directe (facilitant une mise en confiance de l'étudiant), jusqu'à une éventuelle mise en autonomie partielle.

Ce stage a la même durée que tous les autres stages de second cycle. Il comporte un minimum de 6 semaines à temps-plein, ou 3 mois à mi-temps, ou 60 demi-journées, selon l'organisation retenue pour ce stage par la Faculté. L'ensemble du stage se déroule sur une période maximale de 3 mois. (Article 7 de l'arrêté du 18 juin 2009).

Le MSU procèdera, à l'issue du stage, à une évaluation de l'étudiant.

Stage ambulatoire de niveau 1 (3ème Cycle) :

L'objectif de ce stage est la mise en autonomie progressive de l'interne.

Le MSU mettra en œuvre les trois phases pédagogiques du stage intriquées selon les compétences développées par l'interne : observation, supervision directe et indirecte.

Il soutiendra l'interne dans la réalisation des travaux de réflexion et d'écriture (traces écrites d'apprentissage), en lui apportant une aide pédagogique et matérielle.
Il procèdera, à l'issue du stage, à une évaluation de et avec l'interne selon les critères définis par le DMG.

Le MSU adaptera l'enseignement en fonction des acquis et des besoins de l'interne, et effectuera régulièrement des rencontres pédagogiques avec les différents MSU et l'interne.

Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)

L'objectif du SASPAS est l'exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée avec sa propre file active de patients, lui permettant en particulier de suivre des patients atteints de maladie chronique.

Le SASPAS est effectué au sein d'unités de soins, d'enseignement et/ou de recherche en médecine générale ambulatoire (constituées d'au plus trois MSU ayant des caractéristiques d'exercice professionnel permettant d'appréhender différents aspects de l'exercice).

La supervision indirecte régulièrement effectuée doit couvrir tous les actes réalisés par l'interne.
A sa demande ou à la demande du MSU, des supervisions directes se feront autant que de besoin.

En libérant le MSU d'un temps où il ne sera plus présent dans son cabinet médical, la présence d'un interne en SASPAS conditionne un engagement pédagogique du MSU envers le DMG.

Cet engagement pédagogique pourra prendre différentes formes :
- Formation personnelle pédagogique et scientifique
- Organisation de formations en lien avec le DMG
- Participation aux activités pédagogiques exigées par le DMG (sans que cette liste soit exhaustive) :
    - Enseignements dirigés (ED)
    - Tutorat
    - Participation à des travaux de recherche
    - Direction de thèse

Il procèdera, à l'issue du stage, à une évaluation de et avec l'interne selon les critères définis par le DMG.

Synthèse

Au cours du congrès de Bordeaux s'est tenue une table ronde sur la charte des maîtres de stage des universités à laquelle ont participé l'ensemble des composantes (MSU, ISNAR-IMG, coordonnateur interrégional du DES, Président de la conférence des Doyens, CNGE et SNEMG). L'ensemble des participants a confirmé que la charte est un élément indispensable pour que chacun se reconnaisse enseignant de médecine générale, maître de stage des universités.
La charte participe à la professionnalisation de notre métier d'enseignant en précisant nos droits et nos devoirs pour garantir l'harmonisation, la qualité et l'évaluation de la formation des étudiants.

Pour le bureau du SNEMG,
Sébastien Leruste, Président
Pour le bureau du CNGE,
Vincent Renard, Président

Annexe II : Recueil du consentement de participation et à l'enregistrement de l'entretien

Recueil de consentement de participation et à l'enregistrement de l'entretien

Je,
soussigné(e)……
……consens à participer à un entretien et accepte l'enregistrement de cet entretien dans le cadre d'une étude qualitative pour un travail de thèse portant sur les freins à la maitrise de stage universitaire auprès des médecins généralistes de Lorraine.

J'ai préalablement été informé(e) par la personne assurant l'entretien, en charge de la collecte des données, que :

- les données nominatives me concernant ne seront pas diffusées à d'autres personnes que la personne assurant l'entretien
- l'enregistrement sera détruit immédiatement après la retranscription écrite et anonymisée de l'entretien
- les données nominatives informatisées nécessaires à l'anonymisation seront conservées sur un ordinateur protégées par un mot de passe
- les formulaires (recueil de consentement et fiche d'identification) portant les données nominatives me concernant seront conservés dans un local fermant à clé
- conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, je dispose d'un droit de rétractation, de modification et de suppression des données me concernant par simple demande écrite à la personne ayant assuré l'entretien
- je pourrai disposer des résultats de l'étude sur simple demande

La personne ayant assuré l'entretien m'a fourni ses coordonnées pour faire valoir mes droits.

Le

À

Signature

Annexe III : Bordereau de description des caractéristiques de la population

Cadre réservé à la personne assurant l'entretien
Entretien n° :

Formulaire d'identification

NOM :

Prénom :

N° téléphone :

Adresse mail :

(Les données nominatives sont strictement réservées à la personne assurant le recueil des données et serviront à l'anonymisation des entretiens. Elles n'apparaitront pas dans l'analyse et les résultats de l'étude et ne seront pas diffusées à de tierces personnes)

Sexe :

Age :

Ancienneté d'installation :

Type d'installation : (rayer la mention inutile)

Individuelle En groupe

Type d'exercice : (rayer les mentions inutiles)

Salarié Libéral Mixte

Département d'installation actuel :

Type géographique d'installation : (rayer les mentions inutiles)

Urbain Semi rural Rural

Statut par rapport à la maitrise de stage universitaire :(rayer les mentions inutiles)

- Installation > ou = 3 ans jamais maitre de stage universitaire pour le TCEM
- Installation > ou = 3 ans ayant cessé d'être maitre de stage universitaire pour le TCEM
- Installation < 3 ans, non éligible à la maitrise de stage universitaire pour le TCEM
- MSU pour le Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM)

Annexe IV : Canevas d'entretien

Canevas d'entretien

1. Pouvez-vous vous présenter et décrire brièvement vos conditions d'exercice ?
2. Avez-vous déjà entendu parler des stages d'interne en médecine générale ?
   a. Comment et quand ?
   b. Que savez-vous de ces stages ?
      - Déroulé, accueil de l'étudiant
      - Rémunération du médecin
   c. Savez-vous comment on devient maitre de stage ?
      - Conditions
      - Démarches
3. Que pensez-vous de ces stages ?
   a. Que pensez-vous de l'accueil des étudiants ?
   b. Que pensez-vous des modalités pour devenir maitre de stage ?
4. Seriez-vous intéressé par le fait de devenir maitre de stage ?
   a. Y voyez-vous des freins ?
      - Freins à accueillir un étudiant dans le cabinet ? (organisation du cabinet)
      - Présence d'un tiers intercédant dans la relation médecin-patient
      - Freins liés aux démarches ?
   b. Auriez-vous besoin d'informations sur la maitrise de stage ?
   c. Souhaiteriez-vous rencontrer des maitres de stage pour échanger sur leur expérience?
   d. Par qui aimeriez-vous être informé ?
   e. Seriez-vous intéressé pour participer à une soirée d'information sur la maitrise de stage universitaire ? Si oui, souhaiteriez-vous être contacté par mon confrère M. Olivier HANRIOT qui organise des soirées d'informations sur ce sujet, dans le cadre de son mémoire ?

Annexe V : Table des codes

CODE	DEFINITION	LOCALISATION	COMMENTAIRES
manque d'information sur la MSU	les praticiens estiment de pas être assez informés ou être informés de façon inadaptée sur la MSU ou sont en demande d'informations	E3 ; p2 ; l 33 – 36 E3 ; p 3 ; l 13 – 17 E4 ; p 3 ; l 12 E4 ; p 3 ; l 22 – 25 E6 ; p 2 ; l 35 – 41 E8; p 5; l 10 – 12	
difficulté d'accès à l'information	l'accès à l'information sur la MSU n'apparait pas comme évident, clair ou facile pour les praticiens	E2 ; p 7 ; l 17 E8 ; p 5 ; l 14 – 18	
connaissances approximatives ou inexistantes sur la formation actuelle des futurs médecins généralistes et la maquette actuelle de l'internat de médecine générale	les connaissances de la maquette de l'internat de médecine générale et des stages ambulatoires chez le praticien, obligatoire (de niveau 1) et facultatif (de niveau 2 ou SASPAS), actuellement réalisés par les internes de médecine générale sont absentes ou incomplètes ou erronées ou anciennes ou jugées comme incertaines par le praticien interrogé	E1 ; p1 ; l 21 – 24 E1 ; p1 ; l 28 – 31 E2 ; p 4 ; l 36 - 37 E2 ; p 6 ; l 16 – 17 E2 ; p 6 ; l 20 - 22 E3; p 1; l 22 - 25 E4 ; p 1 ; l 14 – 15 E4 ; p 1 ; l 18 – 19 E5 ; p 1 ; l 25 – 29 E9; p 2; l 7 – 14 E9; p 5; l 27 – 31 E10; p 1 – 2; l 35 – 1 E10; p 2; l 6 – 11 E11; p 4; l 31 – 36	
méconnaissances ou connaissances approximatives sur la maitrise de stage universitaire en général	les connaissances sur la maitrise de stage universitaire, les démarches, les conditions et la pratique de l'accueil et de la formation d'un interne sont absentes, ou incomplètes ou approximatives ou erronées	E4 ; p 1 ; l 20 – 27 E6 ; p1 ; l 29 – 33 E9 ; p 6 ; l 32 – 34 E11 ; p 5 ; l 17 – 19	
difficulté d'organisation d'un groupe de MSU	difficulté de trouver d'autres praticiens intéressés par la maitrise de stage, suffisamment rapprochés, pour recevoir et partager un interne	E2 ; p 3 ; l 22 - 26 E2 ; p 4 ; l 11 – 13	-> sous code méconnaissance MSU -> Cette notion vient compléter la notion de connaissances approximatives sur la maitrise de stage, mais dénote une volonté des praticiens de proposer aux internes des conditions de stages optimales, notamment en termes de distances entre leurs MSU et de différences dans leur pratique pour leur faire découvrir plusieurs aspects différents de la médecine générale
méconnaissances ou connaissances approximatives des démarches pour être MSU	les connaissances des démarches pour devenir MSU sont inexistantes, ou incomplètes, ou fausses ou perçues comme incertaines par le praticien	E1 ; p 2 ; l 18 E3 ; p 2 ; l 11 – 13 E3 ; p 3 ; l 13 – 17 E5 ; p 2 ; l 1 – 3 E9; p 2; l 28 – 30	sous code méconnaissance MSU
méconnaissances ou connaissances approximatives des conditions pour être MSU	les connaissances des conditions pour devenir MSU sont inexistantes, ou incomplètes, ou fausses ou perçues comme incertaines par le praticien	E1 ; p 2 ; l 22 E5 ; p 2 ; l 6 – 10 E8 ; p 2 – 3 ; l 36 – 5	sous code méconnaissance MSU
modalités pour devenir MSU contraignantes	le praticien estime les modalités contraignantes, quelle que soit la nature de la contrainte (temps, lieu, obligation de formation, lourdeur administrative)	E1 ; p 3 ; l 1 – 3 E3 ; p 3 ; l 17 – 18 E4 ; p 2 ; l 17 – 24 E4 ; p 3 ; l 16 – 17	

démarches pour devenir MSU chronophages	le temps nécessaire pour faire les démarches est jugé trop important ou le praticien manque de temps pour faire les démarches. Est compris dans ce « temps de démarches » le temps de formation à la pédagogie nécessaire pour devenir MSU	E2 ; p 4 ; l 7 - 10 E3 ; p 3 ; l 17 – 18 E5 ; p 3 ; l 14 E11 ; p4 ; l 24 – 26	sous code de "modalités pour devenir MSU contraignantes"
formation à la MSU non motivante	le contenu de la formation à la MSU pour les internes fait apparaitre la pratique de certains praticiens comme non adaptée pour être maître de stage et la maitrise de stage comme non adaptée pour former les futurs médecins généralistes	E2 ; p 2 ; l 13- 19	sous code de "modalités pour devenir MSU contraignantes"
Médecin dépassé	sentiment d'être dépassé par rapport au cursus actuel des études médicales et aux pratiques pédagogiques actuelles	E4 ; p 3 ; l 5 - 9 E11 ; p 6 ; l 6 – 8	avec la critique du « nous à notre époque on n'avait pas tout ça et on s'en sort pas plus mal »
âge du praticien comme frein à devenir MSU	le praticien s'estime trop ou pas assez âgé pour devenir MSU	E4 ; p3 ; l 4 -5 E9 ; p 3 ; l 26 – 30	
médecin surmené/ débordé	médecin débordé dans son emploi du temps, dans ses activités et qui ne se sent pas reconnu, (mais qui ne sait pas comment remédier à la situation)	E4 ; p 1 ; l 35 – 36 E4 ; p 2 ; l 17 – 24 E4 ; p 2 ; l 30 E4 ; p 3 – 4 ; l 31 - 3 E5 ; p 4 ; l 24 – 25 E5 ; p 4 – 5 ; l 35 – 4 E11; p 1; l 16 – 23 E11; p 6; l 15 – 17 E11; p 7; l 9 – 11 E11; p 7; l 23 – 30 E11; p 9; l 34 – 36	
activité de MSU chronophage	l'accueil et la formation d'un interne demande au praticien d'y consacrer du temps	E4 ; p 2 ; l 14 E4 ; p 2 ; l 31 E5 ; p 2 ; l 33 E5 ; p 2 ; l 35 – 37 E6 ; p 2 ; l 31 – 32 E9; p 4; l 9 E10; p 4; l 27 – 34 E11; p 9; l 34 – 36	
augmentation du temps de consultation pour la formation de l'interne	le fait d'avoir un interne en stage demande de prendre plus de temps pour les consultations, pour former l'interne, répondre à ses questions éventuelles et donner des explications	E1 ; p 3 ; l 16 – 17 E2 ; p 4; l 2 - 5 E5 ; p 2 ; l 35 E10 ; p 5 ; l 7 – 11	
présence de l'interne gênante pour les patients	peur de perte de confidentialité, peur d'un tiers gênant la mise en place de la relation médecin/patient, gênant la pudeur du patient	E1 ; p 3 ; l 18 E5 ; p 3 ; l 8 – 11 E6 ; p 2 ; l 23 – 24 E8 ; p 4 ; l 8 – 10 E10 ; p 4 ; l 9 – 18 E11 ; p 5 ; l 35 – 36 E11 ; p 7 ; l 1 – 5	-> perte de confidentialité (E1) -> intrusion d'une tierce personne dans la relation médecin/patient (E5) -> recrutement des patients de son associé MSU qui ne voulaient pas consulter avec un interne (E8) -> interférence de la présence de l'interne avec la mise en place d'un dialogue entre le praticien et le patient (E11)

Activité du praticien non adaptée	l'activité du praticien n'est pas optimale pour permettre une bonne formation de l'interne que ce soit en termes de nombre de consultations quotidiennes, le type de patientèle, le nombre de visite à domicile, l'aménagement du temps de travail…	E2 ; p 3 ; l 34 - 36 E3 ; p 3 ; l 1 – 3 E7 ; p 1 ; l 18 – 19	
cabinet non adapté	le cabinet de par sa localisation ou son organisation matérielle est jugé non adapté à l'accueil d'un interne	E2 ; p 2 ; l 1 - 2 E9 ; p 4 ; l 1 – 2 E6 ; p 1 ; l 27 – 28 E6 ; p 2 ; l 19 – 23	-> éloignement du cabinet par rapport à la ville facultaire (E2; E9) -> organisation logistique du cabinet non adaptée à recevoir un stagiaire (E6)
la présence physique de l'interne gênant l'organisation d'un planning personnalisé	le fait de recevoir un interne et de l'avoir physiquement à ses côtés ne permet pas d'organiser ses journées selon les seules activités du praticien (activités professionnelles ou personnelles)	E1 ; p 4 ; l 8 – 10 E1; p 4; l 14 – 17 E8 ; p 3 ; l 25 – 27 E11 ; p 1 ; l 15 – 16 E11 ; p 6 ; l 19 – 23	
peur de la remise en cause/ peur du jugement par l'interne	le praticien craint que l'interne ne le remette en cause devant le patient ou crainte que l'interne ait un jugement négatif sur la pratique de son MSU	E3 ; p 2 ; l 26 – 29 E5 ; p 5 ; l 21 – 23 E8 ; p 3 – 4 ; l 34 – 6 E9 ; p 5 ; l 6 – 12 E11 ; p 9 ; 10 – 17	crainte plus ou moins associée à la crainte, pour certains praticiens interrogés, de la diffusion d'un avis négatif sur le praticien par l'interne sur un mode de « ragots »
crainte du relationnel avec l'interne	crainte de ne pas s'entendre avec l'interne ou de ne pas savoir s'adapter avec le fait de devoir avoir l'interne à ses côtés pendant les consultations et en dehors des consultations ou crainte que l'interne ne s'intègre pas au cabinet et aux consultations	E1 ; p 3 ; l 12 E1; p 3; l 15 – 16 E2 ; p 4 ; l 20 – 29 E2; p 5 ; l 18 E8 ; p 3 ; l 27 – 30 E10; p 4; l 35 – 38	
crainte d'avoir un interne non motivé/problème de ne pas pouvoir choisir l'interne qui vient en stage	le fait de ne pas pouvoir choisir l'interne qui vient stage dans son cabinet est vécu comme un frein ; avec la crainte de « tomber » sur un interne avec qui le relationnel ne passe pas, ou alors d'avoir un interne non motivé, ou qui n'a pas réellement choisi la médecine générale	E7 ; p 3 ; l 11 – 17 E9 ; p 4 – 5 ; l 34 – 4	en lien avec la notion de « mauvais » relationnel avec l'interne. Laissant sous-entendre également que les difficultés d'adaptation peuvent venir du MSU.
engagement que représente l'accueil d'un interne pendant 6 mois	la longue durée du stage, 6 mois, représente un engagement important	E2 ; p 4 ; l 32 - 34 E5 ; p 2 ; l 32 – 33 E10 ; p 4 ; l 36 – 38	
engagement que représente l'accueil d'un interne pour sa formation spécialisée	l'accueil d'un interne de médecine générale pour le former à sa spécialité est un engagement important	E2 ; p 3 ; l 13 - 14 (E5 ; p 5 ; l 21 – 23)	
appréhension sur les aptitudes à être MSU/ doute sur les capacités à transmettre un savoir	le praticien ne s'estime pas prêt ou pas certain d'être capable d'accueillir un étudiant dans le but de le former à son futur métier	E6 ; p 2 ; l 11 – 13 E7 ; p 3 ; l 2 – 6 E10 ; p 3 – 4 ; l 32 – 3 E10 ; p 6 ; l 22 – 31	
nécessité de formation des futurs MSU à la pédagogie et à la formation des internes de médecine générale	les MSU doivent être formés à accueillir des internes pour leur formation	E2 ; p 3 ; l 14 – 17 E6 ; p 2 ; l 11 – 13 E10 ; p 3 ; l 23 – 30	

fausses croyances et préjugés	le praticien a des croyances personnelles sur le retentissement de la présence d'un interne. Ces croyances peuvent être reconnues comme fausses suite à l'expérience de l'accueil d'un étudiant autre qu'interne, soit remises en cause par le praticien lui-même au cours de l'entretien	E5 ; p 2 – 3 ; l 38 – 3 E5 ; p 3 ; l 5 – 6 E5 ; p 3 ; l 10 – 11 E5 ; p 4 ; l 32 – 34 E5 ; p 5 ; l 14 E5 ; p 5 ; l 21 – 25 E6 ; p 2 ; l 23 – 29 E8 ; p 4 ; l 28 – 30	
crainte d'un retentissement négatif de la présence d'un interne en SASPAS	crainte d'une surcharge des autres journées de consultation si un interne consulte seul sur une journée dans le cadre d'un SASPAS, soit parce qu'il ne fera pas un nombre de consultation suffisant soit parce que les patients préféreront décaler leur venue à une journée où c'est le praticien qui consulte	E5 ; p 4 ; l 22 – 24 E5 ; p 4 ; l 27 – 30	sous code de fausses croyances et préjugés
volonté à faire connaître la médecine générale aux futurs médecins généralistes	le fait de ne pas faire les démarches pour être MSU (que le praticien se dise intéressé ou non parla MSU) ne signifie pas ne pas vouloir faire découvrir la pratique de la médecine générale en cabinet médical	E1 ; p 2 ; l 6 – 9 E2 ; p 2 ; l 29 – 30 E4 ; p2 ; l 3 – 9 E7 ; p 2 ; l 30 – 33 E9; p 4; l 4 – 5 E9; p 7; l 1 – 2 E11 ; p 6 ; l 9 – 10	derrière l'expression de cette volonté, il y a la conscience qu'il faut former les futurs médecins généralistes et que sans formation, il ne peut pas y avoir des nouveaux médecins généralistes
intérêt des stages « chez le praticien » pour la découverte de la médecine générale en milieu à faible ou moyenne densité médicale par les internes	les stages « chez le praticien » chez des MSU installés en zone à faible ou moyenne densité médicale permet de découvrir et d'essayer de faire apprécier ces zones par les internes	E2 ; p 2 ; l 29 – 30 E9 ; p 4 ; l 3 – 4	
intérêt des stages « chez le praticien » pour la formation des internes de médecine générale	les stages « chez le praticien » sont jugés intéressants et formateurs pour les internes de médecine générale	E2 ; p 2 – 3 ; l 39 – 3 E3 ; p 2 ; l 15 – 22 E4 ; p 2 ; l 3 – 9 E5 ; p 2 ; l 23 – 24 E5 ; p 5 ; l 7 E6 ; p 1 ; l 20 – 23 E6 ; p 3 ; l 30 – 32 E7 ; p 1 ; l 28 – 33 E10 ; p 3 ; l 12 – 13	

intérêt des stages « chez le praticien » pour le praticien	les stages « chez le praticien » sont jugés intéressants pour le praticien maître de stage qui accueille un interne	E2 ; p 6 ; l 12 - 15 E3 ; p 2 ; l 29 – 31 E4, p 3 ; l 27 – 29 E5 ; p 5 ; l 8 – 9 E6 ; p 3 ; l 17 – 27 E8 ; p 3 ; l 21 – 24 E9 ; p 4 ; l 18 – 19 puis 24 puis 27 – 32 E10 ; p 3 ; l 17 – 22 E11 ; p 4 ; l 35 – 37 E11 ; p 9 ; l 29 – 33	-> compensation financière par l'autonomie acquise par l'interne au fil du stage, lui permettant de consulter seul (E2) -> remise en cause formateur pour le MSU (E3) -> se servir de l'interne comme d'un remplaçant (E4) -> formateur pour le praticien de par les réflexions et discussions complémentaires qu'apportent la présence d'un étudiant (E5) -> réciprocité dans l'apprentissage : l'interne apprend ou réapprend à son MSU des choses plus récentes ou oubliées (E6) -> fait de la compagnie au praticien ; permet une remise en cause des « petites habitudes » prises par la praticien avec un avis supplémentaire de la part de l'interne (E8) -> avoir des informations « fraiches » apportées par l'interne et ses cours à faculté, permettant de revoir les « vieilles habitudes » du praticien (E9) > se tenir à jour des dernières recommandations de bonne pratique du fait du rôle de formation (E10) -> permet une discussion et une remise en cause bénéfique du praticien (E11) -> l'interne comme aiguillon pour s'obliger à la relecture de ses dossiers (E11)
intérêt des stages "chez le praticien" pour les patients	les stages "chez le praticien" sont un bénéfice pour les patients du MSU accueillant un interne	E3; p 2 ; l 29 - 31 E7 ; p 3 ; l 23 – 31 E9 ; p 4 ; l 21 – 22	-> avis différent amenant une discussion bonne pour le patient (E3) -> éducation du patient à être pris en charge par d'autres médecins (E7) -> apprendre à connaître un nouveau médecin, « charmer » un nouveau médecin pour le faire venir s'installer dans leur bassin de population (E9)
motivation à être MSU	certains praticiens ont des motivations concrètes à devenir MSU même s'ils n'ont pas fait la démarche (ou pas encore)	E5 ; p 3 ; l 22 – 25 E6 ; p 3 ; l 15 – 16	-> motivation par son enfant à être MSU pour le DCEM pour la recevoir en stage (E5) -> expérience positive suite à l'accueil d'élèves de 3ème. Envie d'avoir des étudiants en médecine pour la réciprocité de l'apprentissage (E6)
adhésion ou avis non négatif sur les démarches et les conditions à devenir MSU	les démarches et conditions exposées lors de l'entretien ne sont pas considérées comme un frein à devenir MSU	E5 ; p 2 ; l 25 – 26 E5 ; p 3 ; l 15 – 16 E6 ; p 2 ; l 11 – 14 E7 ; p 2 ; l 9 – 18 E7 ; p 2 ; l 24 – 33 E7 ; p 3 ; l 35 – 39 E8 ; p 3 ; l 18 – 19 E8 ; p 5 ; l 1 – 2 E9 ; p 3 l 22 – 24 E10 ; p 3 ; l 1 – 6	

La rémunération de MSU n'est pas une motivation en soi	La rémunération n'apparait pas comme une motivation à devenir MSU mais peut être perçue comme une indemnisation normale ou gratifiante pour la fonction de MSU. Elle est aussi considérée par certains comme étant trop faible	E1 ; p 1 - 2 ; l 34 – 3 E2 ; p 6 ; l 9 – 12 E6 ; p 1 ; l 26 E7 ; p 4 ; l 8 – 9 E8 ; p 2 ; l 23 – 30 E9 ; p 2 ; l 20 – 22 puis 25 – 26 E10 ; p 2 ; l 18 – 21 E11 ; p 5 ; l 5	-> attention, erreur dans l'énoncé du montant de la rémunération pour E7
avis sur l'intérêt des stages d'interne négatif ou inexistant	le praticien donne un avis négatif ou ne donne pas d'avis sur les stages d'interne, soit par méconnaissance de ces stages, soit par élude de la question « que pensez-vous de ces stages ? »	E1 ; p 2 ; l 30 – 31 E7 ; p 3 ; l 17 – 20	
Recrutement par des praticiens MSU	les praticiens déjà MSU font faire les démarches à des confrères non MSU	E8; p 5; l 27 – 28 E11 ; p 9 ; l 2 – 7	

VU

NANCY, le **9 mai 2015**
Le Président de Thèse

Professeur J.M. BOIVIN

NANCY, le **12 mai 2015**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur M. BRAUN

AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THÈSE/*6806*

NANCY, le **21 mai 2015**

POUR LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

et par délégation le Vice-Président

Martial DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction. Le nombre d'internes de médecine générale (IMG) par promotion a presque triplé en 10 ans. Les stages ambulatoires sont réclamés par les internes et favorisés par des mesures notamment financières. Des maîtres de stage universitaires (MSU) doivent être recrutés pour continuer de satisfaire à la formation des IMG. Quels sont les freins des médecins généralistes (MG) de Lorraine à devenir MSU et leurs attentes en informations sur le sujet ? **Méthode.** Pour cette étude qualitative par entretiens semis-dirigés, onze MG de Lorraine, non MSU pour les internes en 2014, recrutés pour former un échantillon raisonné diversifié, ont été interrogés, de juin à septembre 2014, permettant d'obtenir la saturation des données. L'analyse a été faite selon l'approche par théorisation ancrée. Un premier codage ouvert a permis de définir des unités de signification, regroupées ensuite en thème. **Résultats.** Cinq thèmes ont été dégagés: le manque d'information sur la maquette actuelle des IMG et la maîtrise de stage universitaire, des freins liés aux modalités pour devenir MSU, au manque de temps, à des perceptions personnelles sur la maitrise de stage et l'accueil d'un interne et des motivations à devenir MSU. Les MG souhaitaient être informés par les instances officielles et par des collègues MSU et des étudiants. Finalement, 6 des MG étaient intéressés pour devenir MSU et 8 étaient intéressés pour participer à une soirée d'information. **Discussion.** Les freins identifiés par les médecins de cette étude sont ceux retrouvés dans la littérature. Le manque d'information semble être à l'origine de croyances erronées sur la maitrise de stage et constitue un frein à entreprendre les démarches. Certains des MG interrogés sont intéressés par la maîtrise de stage et des pistes de campagnes d'information en Lorraine et d'autres régions pourraient permettre un recrutement de MSU pour les prochaines années. **Conclusion.** Une information adaptée de la part de la faculté et des soirées d'information telles que celle organisée par Olivier HANRIOT, en favorisant la rencontre avec des médecins MSU et des internes, pourraient aider au recrutement de nouveaux MSU.

———————————————————————————————————

TITRE EN ANGLAIS

Brakes to the trainee supervision for general practitioners in Lorraine, not universitary supervisors for Third Cycle of Medical Studies in 2014.

Qualitative study by semi structured interviews.

———————————————————————————————————

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

———————————————————————————————————

MOTS CLEFS : médecine générale, maîtrise de stage, interne, étude qualitative

———————————————————————————————————

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex