



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>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Marie OBISI

le 13 janvier 2017

En route vers l'autonomie

**Stage chez le praticien de premier niveau et Stage Ambulatoire en Soins
Primaires en Autonomie Supervisée : quelle perception par les internes de
médecine générale ?**

Examineurs de la thèse :

M le Professeur Jean-Marc BOIVIN
M le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Mme le Docteur Elisabeth STEYER
M le Docteur Pascal BOUCHE

Président
Juge
Juge
Juge

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 CHENUUEL

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 VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

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 - Jean AUQUE - 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
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - 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 - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV - Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

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

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

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

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT

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

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

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

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

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

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

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

Docteure Laure JOLY

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

Docteure Elisabeth STEYER

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

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

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 Würzburg (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 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)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur BOIVIN Jean-Marc, Professeur des Universités de Médecine Générale, je vous remercie de m'avoir confié ce travail et de me faire l'honneur de présider ce jury.

À Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN, Professeur de Médecine interne, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

À Madame le Docteur Elisabeth STEYER, Docteur en médecine, je vous remercie de m'avoir confié ce travail. Je vous suis reconnaissante pour vos précieux conseils, votre écoute et votre disponibilité.

À Monsieur le Docteur Pascal BOUCHE, Docteur en médecine, merci pour ton aide et ton soutien. Je te suis reconnaissante de m'avoir enseigné ta maîtrise de la psychothérapie et d'avoir partagé avec moi tes nombreuses astuces. Observer « Pascal dans tout son art » a été un privilège. Mon stage, si riche en émotions, fut un fabuleux patchwork de consultations inoubliables, de partage et de fous rires. L'image de la gazelle ne me quittera pas de si tôt. Tu m'as été d'une grande aide, merci.

À Monsieur le Docteur Gérard CARRIER, sans conteste le meilleur maître de stage de SASPAS, merci pour ta disponibilité sans limite et la richesse de ton enseignement. Je garde pour modèle ta rigueur et ton admirable capacité à travailler vite et bien. Merci de m'avoir accordé ta confiance et de m'avoir donné de si précieux conseils.

À Madame le Docteur Isabelle DENEVERT, je vous remercie de m'avoir fait découvrir la médecine générale « avec tact et mesure » et de m'y avoir donné goût. Je garde de merveilleux souvenirs de ce stage à vos côtés, qui a bouleversé mon projet professionnel.

À Madame le Docteur Odile KUSY. Merci pour tout ce que vous m'avez enseigné et d'avoir contribué à faire de moi un médecin.

À Madame le Docteur Béatrice LEBON-LABICH. Merci pour votre accueil, votre disponibilité et pour les riches enseignements que vous m'avez apportés.

À Monsieur le Docteur Vincent GENDRIN, le praticien hospitalier le plus respectueux de l'éthique médicale et des patients que j'ai pu rencontrer, vous êtes un modèle. Merci pour toute l'énergie que vous consacrez à la formation des étudiants. Travailler à vos côtés a été un immense plaisir, merci pour votre aide.

*À Monsieur le Docteur Nicolas HUTIN.
À Monsieur le Professeur Alain AUBREGE.
À Monsieur le Docteur Philippe PLANE.
À Monsieur le Docteur Jean-Luc ARDIZIO.
Merci pour tout ce que vous m'avez enseigné.*

Je remercie sincèrement mes confrères et mes consœurs qui ont pris de leur temps si précieux pour participer à mon enquête.

Je remercie Malika BENFRIHA de m'avoir permis d'enrichir ma bibliographie avec les résultats du SAIHM.

À mes très chers frères, Adel et Omar, ma fierté. Puissiez-vous réussir (i) avec brio et accomplir tous vos rêves. Vous n'avez pas idée de votre précieuse valeur à mes yeux.

À mes parents, ma Fonky Family, merci d'avoir toujours été là pour nous et merci pour l'habileté avec laquelle vous avez toujours su nous encourager. Vos blouses blanches ont éveillé en moi la passion de la médecine et je vous en serai à jamais reconnaissante. Vous êtes mes modèles.

À mon cher mari, Bassem, merci pour ton infaillible soutien et l'amour que tu m'apportes chaque jour. Tu remplis ma vie de bonheur et le meilleur reste à venir (i).

À Soufiane, mon grand frère, je te suis reconnaissante pour le soutien que tu m'as apporté. Je te souhaite tout le bonheur du monde.

À mes beaux parent et Sabri, ma famille de cœur.

À mes amies depuis le début : Imen, Anita, Hayat et Servane. À Kheira. Tant de moments inoubliables et d'éclats de rires gravés à jamais. Dobutamine et Mémor pour la vie.

À mes grands parents, j'ai pour vous des pensées pleines de tendresse, puissiez-vous être apaisés là où vous êtes.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT.....	16
LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
I. INTRODUCTION.....	18
I.1. Le stage ambulatoire de niveau 1	19
I.1.1. Le statut de l'interne	20
I.1.2. La réglementation légale	20
I.1.3. La réglementation ordinaire.....	21
I.1.3.a. L'objectif du stage.....	22
I.1.3.b. Les modalités pratiques	22
I.1.3.c. Les problèmes professionnels et déontologiques	23
I.2. Le SASPAS	23
I.2.1. La réglementation légale	24
I.2.1.a. Les objectifs pédagogiques	25
I.2.1.b. Les modalités pratiques du stage	25
I.2.1.c. La supervision.....	26
I.2.1.d. Les modalités de choix des USER.....	27
I.3. Les maîtres de stage.....	28
I.3.1. L'agrément des MSU	28
I.3.2. Les critères de qualifications des MSU	28
I.3.3. La charte des MSU	28
I.3.3.a. Le stage chez le praticien	29
I.3.3.b. Le SASPAS	30
I.3.4. Problématique	30
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	31
II.1. Perception par les internes de médecine générale du SCP et du SASPAS.....	31
II.1.1. Population cible	31
II.1.2. Le questionnaire.....	31
II.1.3. L'anonymat des praticiens.....	32
II.2 L'analyse statistique.....	32
III. RÉSULTATS.....	33
III.1. Population de l'étude et caractéristiques des internes interrogés	33
III.2. Le stage chez le praticien	34
III.2.1 L'organisation des stages chez le praticien en Lorraine.....	34
III.2.1.a. Les calendriers d'organisation des stages et leur appréciation.....	34
III.2.1.b. Le temps de trajet et son appréciation.....	35
III.2.2. Autonomie et formation.....	36
III.2.2.a. Le délai de mise en autonomie et son appréciation	36
III.2.2.b. La supervision	37
III.2.2.c. La qualité de la formation	39
III.2.2.d. La possibilité d'aller en cours.....	39
III.2.2.e. L'organisation du stage pendant les congés d'un MSU	39
III.2.2.f. Les visites à domicile	40
III.2.2.g. Autoévaluation du niveau d'autonomie à la fin du stage.....	41
III.2.3. Appréciation globale du stage	41
III.2.3.a. Les difficultés relationnelles	41
III.2.3.b. Appréciation globale du stage.....	42
III.3. Choix du stage professionnalisant.....	42
III.3.1. Généralités.....	42
III.3.1.a. Le projet professionnel des internes	42

III.3.1.b. Le choix du stage professionnalisant	42
III.3.1.c. Opinion générale des internes sur le SASPAS	43
III.3.2. Les attentes du SASPAS	49
III.3.2.a. Les attentes concernant la formation	50
III.3.2.b. Les attentes concernant l'organisation du stage	51
III.3.3. Les motifs du non-choix du SASPAS	52
III.3.3.a. En l'absence de projet professionnel d'exercice ambulatoire	52
III.3.3.b. Les internes ayant un projet d'exercice professionnel mixte	53
III.3.3.c. Les internes ayant un projet d'exercice ambulatoire exclusif	53
III.3.4. Les suggestions	54
III.3.4.a. Les calendriers hebdomadaires	55
III.3.4.b. Combler le relatif manque d'information sur le SASPAS	55
III.3.4.c. L'idée d'une rétrocession	55
III.3.4.d. Un second stage chez le praticien	56
III.3.4.e. Des localisations peu pourvues en USER	56
IV. DISCUSSION	57
IV.1. La méthode	57
IV.1.1. La liberté d'expression des internes	57
IV.1.2. Les autres points forts de ce travail	58
IV.1.3. Les limites	59
IV.2. Le stage chez le praticien	59
IV.2.1. L'organisation des SCP en Lorraine	59
IV.2.2. La durée des phases de l'acquisition de l'autonomie	60
IV.2.3. La supervision directe et indirecte	62
IV.2.4. La qualité de la formation	62
IV.2.5. Impact du SCP sur le projet professionnel	63
IV.2.6. L'organisation des stages ambulatoire lors des congés d'un MSU	64
IV.2.7. La relation MSU - interne	65
IV.2.7.a. Les difficultés relationnelles	65
IV.2.7.b. Les particularités de la relation MSU - interne en stage ambulatoire	67
IV.3. Le choix du stage professionnalisant	69
IV.3.1. Généralités	69
IV.3.2. Opinion générale des internes sur le SASPAS	69
IV.3.2.a. Les opinions positives	69
IV.3.2.b. Les opinions négatives	70
IV.3.3. Les attentes du SASPAS	76
IV.3.4. Les motifs du non-choix du SASPAS	77
IV.3.5. Les suggestions	78
V. CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXE : Le questionnaire	85
RÉSUMÉ DE LA THÈSE	90

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 ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage des Universités

MG : Médecine générale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RAOUL IMG : Rassemblement AutOnome Unifié Lorrain des Internes de Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCP : Stage Chez le Praticien

SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

UEMO : Union Européenne des Médecins Omnipraticiens

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UPL : Unité Pédagogique Locale

USER : Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en médecine générale

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

I. INTRODUCTION

L'exercice ambulatoire de la médecine générale (MG) a intégré le cursus des futurs omnipraticiens par la loi de 1972 dans un souci d'optimisation de la formation, grâce aux efforts conjoints du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), conscients de l'importance d'un apprentissage pratique au contact des réalités de l'exercice. Initialement réservé aux étudiants volontaires, le Stage Chez le Praticien (SCP) aura mis 25 ans pour devenir obligatoire en 1997 (1). Cependant, cette mesure s'est révélée insuffisante pour de nombreux médecins qui considèrent avoir été mal préparés à leur exercice. À Paris, 83% des internes regrettaient le manque de sensibilisation à la médecine ambulatoire (230 internes interrogés en 2005) (2), tout comme 49% à Lyon sur 206 médecins thésés entre 2002 et 2004 (3).

La médecine ambulatoire a poursuivi sa valorisation au sein du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de MG. EN 2004, le stage ambulatoire de niveau 2 a été créé, c'est le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Puis, l'arrêté du 10 Août 2010 a permis deux modifications majeures : l'ouverture de stages en secteur ambulatoire en pédiatrie et gynécologie et la possibilité de réaliser le semestre libre dans une structure agréée non hospitalière, permettant ainsi de faire un semestre supplémentaire en MG ambulatoire (4).

En 2009, une initiation à la MG ambulatoire a également trouvé sa place auprès des plus jeunes étudiants, qui doivent obligatoirement réaliser un stage ambulatoire au cours du Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM), permettant ainsi à chaque externe de découvrir cet exercice avant de faire son choix de spécialité.

A ce jour, le SCP reste le seul stage ambulatoire obligatoire en troisième cycle. En vertu de l'intérêt pédagogique du SASPAS, il est question depuis plusieurs années de le rendre obligatoire et d'allonger la durée du DES. Le 5 février 2016, Thierry MANDON, Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche a annoncé une réforme qui conserve un DES de MG en 3 ans mais qui comportera au moins un an de stage ambulatoire dès 2017. Ainsi, la formation va poursuivre son optimisation avant que sa durée ne soit remise en question.

Au sein de l'Université de Lorraine, le SASPAS a suscité un intérêt croissant depuis 2004,

matérialisé par l'accroissement du nombre de postes qui est passé de 4 à 25. Cependant, depuis plusieurs années, le SASPAS semble pâtir d'une relative désaffection par les internes qui laissent 1 à 5 postes vacants à chaque répartition (ou presque) au profit des stages hospitaliers. En 2009, le Dr Laurent D. avait expliqué la désaffection du SASPAS par un manque d'information des internes et une variété insuffisante des postes proposés (5), l'Université de Lorraine n'en proposait alors que 8. Ce phénomène semble national puisqu'en 2011-2012, 1209 postes de SASPAS ont été pourvus sur les 1293 proposés (6). De même qu'à Dijon, où le Dr Fraizy soulignait en 2012 que tous les postes proposés n'étaient pas forcément choisis (7).

De nombreuses études ont évalué les différents aspects du SCP et du SASPAS depuis leur création. Mais à notre connaissance, aucune étude évaluant à la fois le SCP et le SASPAS n'a été réalisée. L'objectif principal était de connaître les motifs de la relative désaffection du SASPAS, qui contraste avec la part croissante que va occuper la MG ambulatoire dans la formation des futurs médecins généralistes. Pour répondre à cette question, il nous a semblé utile de s'intéresser également au SCP pour rechercher des liens de causalité. Il en a découlé une méthodologie favorisant la libre expression des internes de MG pour évaluer la perception qu'ils ont des stages ambulatoires de niveau 1 et 2, afin de déterminer leurs attentes et d'émettre des propositions concrètes d'amélioration. Avant de présenter les résultats de ce travail, les textes réglementaires de chacun des stages seront exposés.

I.1. Le stage ambulatoire de niveau 1

Le SCP est réalisé auprès de médecins généralistes agréés qui sont des Maîtres de Stage des Universités (MSU) et qui peuvent exercer leur activité dans un cabinet libéral ou tout autre centre soins primaires (PMI, santé scolaire, médecine préventive, etc), à l'exclusion des services hospitaliers. Sa réalisation est obligatoire. L'objectif à terme pour l'interne est la maîtrise des outils nécessaires à l'exercice de la MG ambulatoire, concrétisé par l'acquisition progressive d'une autonomie suffisante pour effectuer des actes seul. Les stages ambulatoires permettent aux internes de prendre progressivement conscience de leur identité professionnelle en favorisant les interactions et les prises de conscience afin d'apprendre à maîtriser la capacité de combiner les savoirs et de les mobiliser de façon pertinente. La validation du SCP valorise le statut professionnel de l'interne qui peut prétendre à une licence de remplacement auprès de l'Ordre des médecins et ainsi débiter une activité libérale.

Le SCP peut se dérouler sur plusieurs sites de stage. Il devait initialement se dérouler dans un seul cabinet médical, mais l'adjonction d'un second voir d'un troisième MSU est apparue nécessaire pour alléger la charge de travail du MSU et élargir le champ d'expérience du stagiaire. Les MSU sont regroupés par unités pédagogiques appelées Unités Pédagogiques Locales (UPL).

I.1.1. Le statut de l'interne

Au cours des stages ambulatoires de niveau 1 et 2, les internes sont salariés du CHU de rattachement sur des fonds alloués par le ministère des universités et sont toujours soumis aux obligations statutaires déterminées par le décret n°83-785 du 2 septembre 1983 (8). Depuis le 26 février 2015, ils bénéficient d'une réduction de leur temps de travail (9) qui stipule 10 demi-journées de travail par semaine au lieu des 11 prévues auparavant. Dans ce travail, tous les internes interrogés sur leur SCP l'avaient accompli avant l'application de ce décret : ils devaient donc réaliser 11 vacations hebdomadaires.

I.1.2. La réglementation légale

Le SCP est régi par des décrets résultant des propositions conjointes des responsables universitaires du troisième cycle de MG, du CNGE et du CNOM : le décret n°97-1213 du 24 décembre 1997, qui modifie le décret n°97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 (1). Le SCP est ainsi défini :

- il s'effectue au cours des **2e, 3e, 4e ou 5e semestre** de l'internat ;
- chaque interne a **3 MSU au maximum** ;
- l'interne doit travailler **un mois minimum en continu** chez chacun des MSU ;
- il doit évoluer en **trois phases** successives : une phase d'**observation** passive initiale, qui permet à l'interne de se familiariser avec son environnement, puis une phase **semi-active** au cours de laquelle il exécute des actes en présence et sous les directives du MSU. Enfin, une phase **active** au cours de laquelle il accomplit des actes seul ;
- l'interne ne doit pas effectuer plus de **3 actes par jour** en autonomie. Il ne s'agit pas d'un nombre d'actes obligatoires à effectuer chaque jour mais d'une **moyenne** calculée sur la durée totale du semestre.

Une **convention de stage** doit être signée (10) par les différents intervenants et communiquée au Conseil Départemental en application de l'article L 462 du Code de la Santé, dont le modèle a été fixé par l'arrêté du 13 mars 1998 qui modifie l'arrêté du 16 mai 1997 (11). Elle expose les obligations de chacun :

➤ **l'interne :**

- est placé sous l'autorité des MSU ;
- exerce dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment du code de déontologie médicale et des conventions médicales ;
- exerce sous la responsabilité des MSU et est obligatoirement titulaire d'une assurance responsabilité professionnelle ;
- accomplit des actes en présence des MSU puis en leur absence, *les docteurs pouvant intervenir à tout moment*,
- rédige un rapport de stage.

➤ **les MSU :**

- l'un d'eux est nommé responsable, il coordonne les différentes périodes du stage et rédige le rapport de stage pour validation ;
- chacun doit informer son assurance responsabilité civile qu'un interne exerce sous sa responsabilité ;
- ils ont la possibilité de demander à l'interne de ne pas assister à certaines consultations ou visites s'ils le jugent opportun ;
- ils doivent pouvoir *intervenir à tout moment* lorsque l'interne exerce seul, ce qui implique que le MSU soit à proximité immédiate en cas de besoin ;

➤ **l'objectif des deux parties** étant qu'à l'issue du stage l'interne ait acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine ambulatoire.

En cas de **conflit entre les deux parties** et d'échec des tentatives de conciliation, le directeur de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) peut user de **solutions formelles** : mettre fin au stage ou le suspendre, de sa propre initiative, à la demande du MSU, soit du stagiaire. Il ne peut être mis fin à ce stage de façon unilatérale sans réunion préalable des parties contractantes et sous réserve d'un préavis de 15 jours.

I.1.3. La réglementation ordinale

La Commission nationale du CNOM a traité tous les aspects du SCP évoqués dans les décrets et explicité *les interrogations qu'ils suscitent* lors des Assises du CNOM du 5 juin 1999. Le

Dr F.-Xavier MERCAT en a établi le rapport (19) qui clarifie les objectifs du stage, ses modalités pratiques, les critères de qualifications des MSU et les problèmes déontologiques qu'il soulève.

I.1.3.a. L'objectif du stage

La création du SCP a eu pour objectif d'adapter l'enseignement de la MG face à la *différence très importante des pathologies rencontrées à l'hôpital de celles soignées en ville*, alors que les internes de MG avaient jusqu'à lors une formation hospitalière exclusive et découvraient ensuite l'exercice ambulatoire par eux mêmes.

Le SCP base son enseignement sur un principe ancien : **le compagnonnage**. Chaque futur médecin apprend de ses aînés et enseignera lui même ce qu'il aura appris aux plus jeunes. Ce dogme est contenu dans le serment d'Hippocrate : *« respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères... »*.

I.1.3.b. Les modalités pratiques

Il était initialement prévu 250 demi-journées de stage sur une période de 6 mois, dont au moins 4 mois dans les cabinets médicaux et maximum 2 mois dans les centres de soins primaires. Un planning hebdomadaire pouvait aussi répartir les 11 vacations hebdomadaires comme suit : au moins 7 vacations en stage auprès des MSU, 2 maximum en centre de soins primaires et 2 consacrées à la formation. Cependant, depuis la réduction du temps de travail des internes, ils doivent effectuer 10 vacations hebdomadaires et non plus 11 (9).

Concernant les trois phases progressives de l'enseignement, le rapport du CNOM donne des précisions importantes :

- **Leur durée n'est pas définie** et sera fonction aussi bien des aptitudes du stagiaire que de l'accord du maître de stage, sa disponibilité et sa capacité à faire confiance.
- L'Ordre a émis une réserve concernant la phase active : *cette prise de responsabilité ne saurait cependant s'assimiler à une prise d'autonomie, les actes restant effectués à la demande du MSU et servant à nourrir les échanges MSU/stagiaire.*
- Au sujet du nombre d'actes en phase active, *il ne nous paraît pas raisonnable d'envisager un regroupement de ces 3 actes quotidiens pour, après calcul, permettre au stagiaire de les effectuer tous dans un délai plus court. Cela serait contraire à l'esprit du texte et à la*

volonté de ses promoteurs.

L'interne exerce **par délégation et sous la responsabilité du MSU**. Il utilise les ordonnances, documents nécessaires à l'exercice et le cachet appartenant au MSU, sur lesquels il doit apposer sa *signature manuscrite accompagnée de son nom et prénom avec la mention « résident stagiaire »*. C'est le MSU *qui reste responsable vis à vis de l'assurance maladie de la bonne application des textes réglementaires et conventionnels*.

Enfin, profitant de cette période privilégiée, le MSU *doit régulièrement apporter l'éclairage déontologique de sa pratique*.

I.1.3.c. Les problèmes professionnels et déontologiques

Afin que les stages puissent se dérouler dans de bonnes conditions, l'Ordre considère qu'il est nécessaire de **préciser les règles relatives à l'autorité exercée par le MSU** sur le stagiaire, de **fixer les moyens d'éviter une dérive vers une situation d'assistanat**, fut-il temporaire et de **déterminer les conditions de choix des patients** confiés au stagiaire lors de la phase active. Bien que très importantes, ces missions ne font pas l'objet de plus de précisions dans le rapport. Ainsi, il incombe aux facultés de les accomplir.

Enfin, concernant la future installation de l'interne, *bien que le stage ne soit ni un remplacement, ni un assistanat*, il est possible qu'il puisse entrer en concurrence avec l'un de ses anciens MSU. L'Ordre n'a pas retenu l'application de l'article 86 du Code de Déontologie considérant qu'il n'est **pas utile d'introduire une clause de non installation** si les exigences réglementaires de la convention sont respectées.

I.2. Le SASPAS

Le SASPAS est la suite logique du SCP et non une répétition de celui-ci, c'est le stage ambulatoire de niveau 2. Sa réalisation est facultative car il s'inscrit dans un projet professionnel. Il est accessible en 5ème ou 6ème semestre aux internes ayant validé le SCP. L'interne qui a acquis

une autonomie suffisante pour exercer seul va maintenant travailler « en autonomie supervisée » en lieu et place des MSU qui ont accepté de lui confier leur patientèle, afin d'acquérir **un niveau de compétence professionnel**. Cette progression est rendue possible par l'**accompagnement pédagogique fondamental** assuré par les MSU : la **supervision**.

Ce stage se déroule au sein d'unités pédagogiques appelées Unités de Soins, d'Enseignement et de Recherche (USER) incluant plusieurs sites de « soins primaires ambulatoires » regroupés par proximité géographique. Ces sites sont des cabinets médicaux et des structures de soins avec lesquels les médecins généralistes travaillent habituellement (maisons de retraite, centre d'addictologie, PMI, etc).

I.2.1. La réglementation légale

La création du SASPAS a nécessité plusieurs étapes. L'arrêté du 19 octobre 2001 a d'abord allongé la durée du DES en **créant le 6ème semestre** (12). La maquette comportait alors «deux semestres libres» au choix des internes parmi les stages agréés, dont l'un d'eux devait se dérouler « préférentiellement en secteur ambulatoire ».

Puis, en mai 2002, la Conférence des Doyens s'est réunie pour élaborer un **projet de mise en application de l'arrêté** sus-cité (12). Ce groupe de travail dirigé par le Pr Nemitz (13), doyen de la faculté de médecine d'Amiens, a établi des modalités de choix et de validation du 6ème semestre selon le projet personnel professionnel des internes. Il a proposé la **création du SASPAS** et en a défini les objectifs pédagogiques. Ensuite, le travail du groupe Nemitz a été repris par **la circulaire n°192 du 26 avril 2004** (14), qui précise les objectifs pédagogiques et les modalités du 6e stage. La circulaire expose en annexe le **modèle de convention** qui doit être établie entre les parties prenantes. Elle reprend les éléments de la convention du SCP (cf partie I.1.2.) auxquels s'ajoutent des dispositifs mis en œuvre pour **assurer la supervision** des activités de l'interne.

Enfin, l'annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 (15) établit la maquette du DES de MG qui a obtenu son statut tant revendiqué de **spécialité**. Cet arrêté indique que le stage professionnalisant peut se dérouler soit en médecine ambulatoire (SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de MG.

I.2.1.a. Les objectifs pédagogiques

D'après la circulaire n°192 du 26 avril 2004, le SASPAS doit permettre aux internes :

- d'être confrontés aux **demandes de prise en charge** en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,
- de se familiariser avec l'**analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions** qui permettent d'y remédier,
- de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un **suivi au long cours** (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),
- de participer à l'**organisation matérielle** d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,
- d'établir des **contacts avec les confrères** et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins
- de participer à l'organisation d'**actions collectives de prévention** en médecine scolaire, PMI...

I.2.1.b. Les modalités pratiques du stage

La répartition du nombre de vacations entre les cabinets médicaux et les sites de soins primaire n'est pas réglementée contrairement au SCP. Les internes sont toujours soumis aux obligations statutaires (8) soit 11 vacations hebdomadaires (10 depuis le décret du 26 février 2015 (9)), dont 2 dédiées à la formation. Chaque demi-journée doit être consacrée à la réalisation d'une **moyenne de 6 à 12 actes** en autonomie, soit 1200 à 1500 actes sur la durée du semestre.

Chaque USER possède un responsable qui structure le déroulement du SASPAS auprès de chacun des MSU selon leur disponibilités. **Le calendrier hebdomadaire est fixé à l'avance** et communiqué à toutes les parties, ainsi qu'au DMG. **Le responsable de l'USER veille au respect des obligations statutaires.** En cas d'absence d'un MSU, il doit assurer la pérennité du stage en adaptant le calendrier.

La convention comporte des conditions limitantes pour **garantir la supervision de l'interne**. Ainsi, l'interne ne doit **pas exercer plus de deux jours consécutifs** chez le même praticien. De même, il lui est **interdit de remplacer un MSU** pendant ses congés.

Avant de pouvoir travailler en lieu et place des MSU, l'interne doit bénéficier d'une **phase initiale d'harmonisation et d'échanges**. Cette étape est essentielle au développement d'une relation de confiance, en lui permettant de se familiariser sereinement avec tous les éléments qui composent l'environnement d'exercice de chacun des MSU. Ainsi, il va apprivoiser les locaux, l'organisation du matériel médical, l'utilisation du matériel informatique et du(des) logiciel(s), les méthodes de travail des différents MSU, leur carnets d'adresses... La durée de cette phase est laissée à la libre appréciation des protagonistes et permet également aux MSU d'évaluer les compétences initiales de l'interne afin de lui laisser leur place avec quiétude.

L'activité de l'interne comprend **des consultations et des visites**. Si l'interne utilise son véhicule personnel pour effectuer des visites, les MSU prennent à leur charge les frais occasionnés. L'interne est couvert par son employeur (le CHU) pour les accidents du travail survenant sur le lieu de stage et les accidents de trajet domicile – travail selon l'article L411-1 Code de Sécurité sociale. Concernant les visites, l'interne doit étendre les garanties de son propre véhicule à l'usage professionnel pour être couvert par son assurance automobile.

I.2.1.c. La supervision

La supervision s'apparente à la **séniorisation**, c'est « l'**action de conseil** des praticiens expérimentés auprès de l'interne en formation afin d'**assurer la sécurité du patient**. Un interne doit absolument solliciter un médecin de plein exercice **au moindre doute rencontré**. Le senior **engage sa responsabilité**. Il doit être **en permanence joignable**. L'interne doit savoir **à tout moment quel est son senior référent**. La séniorisation est le fait de toutes les maîtrises de stage d'internes ». Cette définition a été établie par l'équipe enseignante du DMG de Caen (16).

La supervision est le **pilier pédagogique** du SASPAS, le distinguant ainsi d'un remplacement. La supervision suit le principe du **compagnonnage** désigné dans l'article R.4127-68-1 du code de la santé publique (17). *Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel.*

La supervision directe désigne pour l'interne la possibilité immédiate de joindre un MSU en cas de difficulté, c'est un recours sécurisant. Elle permet de dénouer rapidement des situations

difficiles.

La supervision indirecte, quant à elle, est la révision différée de tous les actes réalisés en autonomie, elle est idéalement réalisée le jour même après la fin des consultations. Elle est aussi réalisée au cours des multiples réunions qui doivent être organisées au cours du semestre entre l'ensemble des MSU et l'interne pour évaluer la pratique de ce dernier. La supervision indirecte est le moyen d'optimiser les stratégies d'exercice de l'interne par l'intermédiaire de recommandations expérimentées et personnalisées.

Chaque MSU est dans l'obligation d'assurer la supervision de l'interne (directe et indirecte) lorsqu'il est **sous sa responsabilité**.

I.2.1.d. Les modalités de choix des USER

Les modalités d'affectation des USER ne sont pas définies par les textes légaux, elles varient selon les universités. À Nancy, les internes entrant en 5ème et 6ème semestre sont d'abord invités par courrier à déclarer leur choix de stage professionnalisant (SASPAS ou stage hospitalier). Ceux qui choisissent le SASPAS doivent alors rencontrer les responsables des USER qui les intéressent et obtenir leur signature, qui vaut pour accord. Chaque responsable d'USER peut signer les documents de plusieurs internes et chaque interne peut obtenir plusieurs signatures.

La répartition des USER se fait ensuite en deux tours. Au premier tour, les internes ayant obtenu des signatures choisissent les postes en fonction de leur rang au sein de la promotion. Il est donc possible que des internes n'aient accès à aucune des USER qu'ils avaient présélectionnées en raison de leur plus faible classement. Au second tour, tous les internes n'ayant pas encore choisi de poste peuvent choisir parmi les USER restantes, même s'ils n'ont pas obtenu la signature de leurs responsables. À l'issue du second tour, il peut rester des USER non pourvues et des internes n'ayant pas choisi de poste, qui pourront alors choisir un poste hospitalier.

Certaines universités rendent obligatoire l'affectation de toutes les USER, obligeant ainsi les derniers internes à choisir des USER qui ne les intéressaient pas.

I.3. Les maîtres de stage

I.3.1. L'agrément des MSU

L'agrément des MSU obéit à des principes rigoureux définis par l'arrêté du 04 février 2011 (18). Il est proposé par la commission de subdivision au directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui accorde les agréments et les renouvellements. Cette commission étudie la description des lieux de stage, de l'encadrement pédagogique et des moyens mis à disposition des internes. Une visite des lieux de stage doit être réalisée sous l'autorité du directeur de l'UFR. Les avis du coordonnateur local et du représentant des internes de MG sont également nécessaires. Enfin, chaque praticien doit justifier de 3 ans d'exercice professionnel et délivrer un avis motivé du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

I.3.2. Les critères de qualifications des MSU

Le rapport du CNOM expose les qualités attendues des praticiens pour le SCP, fondées sur les critères de qualification de l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO) :

- un exercice **principal en MG** d'au moins **5 ans** paraît plus adéquat pour l'Ordre que la durée de 3 ans légalement retenue ;
- une **compétence en MG** justifiée par une participation régulière à la formation continue ;
- une **compétence en pédagogie** justifiée par une formation initiale validée ;
- un **cabinet médical actif**, bien organisé et dont la patientèle est variée.

Le CNOM précise que *pour être mis en œuvre, tous ces éléments vont nécessiter que le MSU consacre un temps très important à son stagiaire.*

I.3.3. La charte des MSU

Les MSU adhèrent à une charte (20) nationale qui regroupe les éléments fondamentaux de la maîtrise de stage. Elle expose leurs droits et devoirs pour **garantir l'harmonisation** de la qualité de la formation et concerne à la fois le SCP et le SASPAS. Elle a été établie par le CNGE Collège Académique et le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) en conformité avec le cadre légal et à partir des chartes préexistantes de 18 universités.

Le MSU est un **modèle d'identification médical et professionnel**. Il doit répondre aux critères de l'UEMO cités précédemment, dont certains sont explicités. Ainsi, la pratique du praticien doit comporter **80% de soins primaires** selon les critères de la WONCA et l'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique. Sa patientèle doit être suffisante pour initier l'interne aux divers champs de la MG mais ne doit pas être trop importante pour éviter de nuire à sa disponibilité à l'égard de l'interne, les limites recommandées sont donc de **2500 à 7000 actes par an**.

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 DMG et correspondant au niveau du stage,
 - de la **sécurité** de l'étudiant aux plans pédagogique et assurantiel ;
- garantir le **temps réglementaire** de présence des internes en stage ;
- **aider la progression** de l'étudiant dans ses activités ;
- accepter que l'étudiant remplisse à l'issue de son stage une évaluation du stage ;
- suivre les recommandations pédagogiques définies par le DMG.

Tout manquement à la charte peut entraîner une révision de l'agrément du MSU. Ces derniers peuvent aussi **renoncer à tout moment** à leurs fonctions en veillant à prévenir le DMG le plus précocement possible pour ne pas perturber le bon déroulement des stages.

I.3.3.a. Le stage chez le praticien

La charte des MSU rappelle que l'objectif du SCP est la mise en autonomie progressive de l'interne, pour laquelle le MSU devra mettre en œuvre les **trois phases pédagogiques** intriquées (observation, phase semi-active et phase active).

Le MSU doit **soutenir l'interne dans la réalisation des travaux de réflexion et d'écriture** en lui apportant une **aide pédagogique et matérielle** et **adaptera l'enseignement** en fonction des acquis et des besoins de l'interne. L'ensemble des MSU doivent organiser régulièrement des **rencontres pédagogiques** avec l'interne.

I.3.3.b. Le SASPAS

Concernant le SASPAS, la charte des MSU résume l'essentiel de ses conditions de réalisation :

- 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.
- Les USER sont constituées **d'au plus trois MSU** ayant des caractéristiques d'exercice professionnel permettant d'appréhender différents aspects de l'exercice. On note cependant que **cette limitation du nombre de MSU mentionnée dans la charte des MSU n'est pas retrouvée dans les textes légaux**.
- La supervision indirecte **régulièrement** effectuée doit couvrir **tous les actes réalisés** par l'interne. À 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 (formation personnelle, organisation de formations en lien avec le DMG et participation aux activités pédagogiques destinées aux internes).

I.3.4. Problématique

Au total, le SASPAS est un stage où l'interne exerce en autonomie tout en ayant accès à un recours immédiat sécurisant associé à une hétéro-évaluation quotidienne, sur la durée, avec un volume d'activité conséquent permettant d'accroître rapidement ses capacités pour atteindre des compétences de niveau professionnel.

Cette source riche d'enseignements ne captive pas les internes autant que les enseignants le souhaiteraient. Il en résulte un sentiment d'**incompréhension**, notamment de la part des MSU des USER qui ne sont pas pourvues, dont la motivation pour la maîtrise de stage risque de souffrir, à l'heure où le besoin en nombre de MSU est croissant. Ce travail va donc tenter d'apporter quelques pistes de réflexion pour améliorer la situation.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Perception par les internes de médecine générale du SCP et du SASPAS

II.1.1. Population cible

L'ensemble des 76 internes de MG répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion exposés ci-après ont été inclus dans le cadre de cette enquête prospective et rétrospective. Il s'agissait d'internes en cours de réflexion pour le choix de leur stage professionnalisant. Les critères d'inclusion ont été l'inscription en quatrième ou cinquième semestre du DES de MG à Nancy en novembre 2014 et la validation du SCP, ou l'initiation de celui-ci en novembre 2014. Les internes qui entamaient leur stage professionnalisant en novembre 2014 ont été exclus.

L'évaluation de la perception par les internes des SCP a été réalisée par le biais d'un questionnaire téléphonique.

Les internes ont été sollicités individuellement pour obtenir simultanément leur consentement et leurs coordonnées téléphoniques. Ils étaient prioritairement abordés individuellement au cours des réunions d'étudiants et le cas échéant ils étaient contactés via les réseaux sociaux, ou par SMS (lorsque les coordonnées téléphoniques avaient été transmises par d'autres participants), ou par mail en dernier recours. Un rendez-vous téléphonique était ensuite fixé selon les disponibilités de chacun. Les internes ont été interrogés au cours de la période s'étalant d'avril à octobre 2015, **ils avaient ainsi tous achevé leur SCP**. Les entretiens téléphoniques duraient environ vingt minutes.

II.1.2. Le questionnaire

Le questionnaire (annexe) se partageait en deux parties, chacune divisée en trois ou quatre sous-parties :

- La première avait pour but d'évaluer la perception par les internes du SCP. Il se composait de trois sous-parties évaluant d'abord l'organisation du stage, puis la mise en autonomie et la formation et enfin l'appréciation globale du stage.
- La seconde concernait le choix du stage professionnalisant des internes. Il se composait de quatre sous-parties, recueillant dans un premier temps le projet professionnel des internes,

leur choix de stage professionnalisant ainsi que leur opinion sur le SASPAS. Puis, la deuxième partie définissait les attentes qu'ont les internes du SASPAS. La troisième partie déterminait les motifs du non-choix du SASPAS. Enfin, la quatrième partie permettait aux internes de proposer des suggestions qui pourraient rendre le SASPAS plus attractif.

II.1.3. L'anonymat des praticiens

Chaque entretien téléphonique a été initié par la spécification consistant à ne nommer aucun praticien au cours de l'entretien téléphonique. La réalisation de ce travail s'est faite en l'absence de connaissance de l'identité des MSU ayant accueilli les internes interrogés pour leur SCP respectif.

II.2 L'analyse statistique

Cette enquête descriptive qui concerne la pédagogie est prospective et rétrospective. Les données ont été saisies sur un formulaire Google Docs grâce à un questionnaire créé en ligne et utilisé uniquement pour la saisie. Les données saisies ont été vérifiées par une personne extérieure. L'identité des internes n'apparaissait pas dans le fichier du recueil de données et était remplacée par un numéro. L'analyse des résultats a été réalisée avec la fonction tableur de Google Docs et OpenOffice Calc.

III. RÉSULTATS

III.1. Population de l'étude et caractéristiques des internes interrogés

Sur les 76 internes, 62 (soit 81,6%) ont accepté de participer et 51 ont effectivement répondu au questionnaire, soit un **taux de réponse de 67,1%**. Quatorze internes n'ont jamais répondu après trois sollicitations. Les motifs des 11 internes qui avaient initialement accepté mais qui n'ont pas participé à l'enquête sont les suivants : quatre internes avaient une disponibilité insuffisante pour fixer un rendez-vous, quatre internes n'ont pas donné suite, deux internes étaient à l'étranger et un interne n'a pas souhaité répondre par téléphone car il aurait préféré répondre par mail. La totalité des internes a répondu au questionnaire par téléphone et sur rendez-vous.

Tous les internes ont été **contactés individuellement** afin d'obtenir leur **accord et leurs coordonnées téléphoniques** : 32 internes ont été rencontrés, 33 internes ont été sollicités via les réseaux sociaux, 6 ont été contactés par SMS (leurs coordonnées avaient été données par un autre interne) et 5 internes ont été contactés par mail. Le meilleur taux de réponse a été obtenu auprès des internes initialement rencontrés (81%). La sollicitation par mail n'a pas été efficace. Les taux de réponses en fonction des modalités de contact initial sont exposés dans le tableau ci-après (tableau I).

Tableau I – Taux de réponses en fonction des modalités de contact initial

Modalité de contact initial	Nombre d'internes concernés	Nombre d'accords obtenus	Nombre de réponses effectives	Taux de réponse
Rencontre	32	32	26	81,00%
Réseaux sociaux	33	26	21	63,60%
SMS	6	4	4	66,70%
Mail	5	0	0	0,00%
Total	76	62	51	67,10%

Les caractéristiques des internes qui ont participé à l'enquête sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau II- Caractéristiques des internes interrogés

		Nombre	Taux
Sexe			
	Femme	30	58,8%
	Homme	21	41,2%
Semestre en novembre 2014			
	4	6	11,8%
	5	45	88,2%
Semestre de réalisation du stage chez le praticien			
	2	2	3,9%
	3	24	47,1%
	4	20	39,2%
	5	5	9,8%

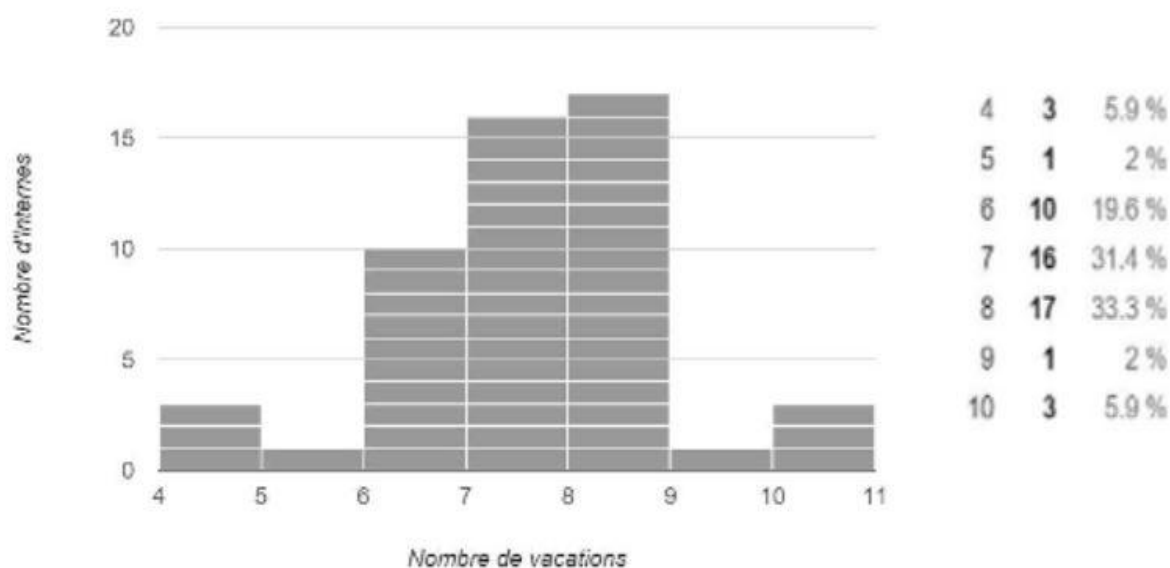
III.2. Le stage chez le praticien

III.2.1. L'organisation des SCP en Lorraine

III.2.1.a. Les calendriers d'organisation des stages et leur appréciation

Les calendriers hebdomadaires étaient **hétéroclites** et composés de 3 à 10 vacations (figure 1). Cependant, la majorité des internes (43 soit 84%) a déclaré avoir effectué entre 6 et 8 vacations par semaine et 48 internes (94%) ont systématiquement bénéficié de deux vacations hebdomadaires dédiées à la formation. Seize internes (31,4%) ont bénéficié de stages qui respectaient scrupuleusement le nombre de 7 vacations hebdomadaires prévues par le règlement de l'Université de Lorraine et 37 internes (72,5%) ont effectué "au moins 7 vacations hebdomadaires" tel que prévu par la législation. **La majorité des situations étaient proches des conditions prévues par les textes de loi.** La durée des vacations et la réalisation effective des vacations dans les centres de soins primaires n'ont pas été évaluées.

Figure 1 – Histogramme du nombre de vacations hebdomadaires



Concernant l'appréciation du calendrier d'organisation, il a été jugé très pratique par 29 internes (56,9%), acceptable par 17 internes (33,3%) et contraignant par 5 internes (9,8%). Voici les précisions apportées par les 5 internes ayant jugé leur planning "contraignant" :

- Les journées étaient trop longues avec une pause de 15 minutes seulement pour déjeuner.
- Le planning était modifié trop souvent et tardivement, nuisant à l'organisation personnelle. Il était impossible de prévoir à l'avance quels seraient les jours travaillés.
- L'emploi du temps était partagé entre deux cabinets trop éloignés l'un de l'autre et avec des modes d'exercice très différents. L'un était en milieu rural et l'autre en milieu urbain. Il y avait un manque de suivi des patients et beaucoup de déplacements. Un roulement par mois entiers aurait été plus pratique.
- L'emploi du temps était très chargé.
- Le planning était souvent modifié avec une priorité donnée à l'interne qui effectuait son SASPAS auprès des mêmes praticiens.

III.2.1.b. Le temps de trajet et son appréciation

Les temps de trajet d'un aller simple duraient moins de 30 minutes pour 15 internes (29,4%), entre 31 et 60 minutes pour 22 internes (43,1%) et plus de 61 minutes pour 14 internes (27,5%). La moitié des internes interrogés a jugé le temps de trajet « excessif » (tableau III).

Tableau III – Appréciation du temps de trajet

Temps de trajet en minutes \ Appréciation	Très bien	Acceptable	Excessif	Total général (%)
< 30	7	8		15 (29,4%)
31 à 60		10	12	22 (43,1%)
61 à 90			14	14 (27,5%)
Total général (%)	7 (13,7%)	18 (35,3%)	26 (51%)	51 (100%)

III.2.2. Autonomie et formation

III.2.2.a. Le délai de mise en autonomie et son appréciation

Le délai de mise en autonomie est la durée après laquelle l'interne a commencé à effectuer **ses premières consultations seul**, sans la présence du MSU dans la pièce. Il correspond à la durée de la phase d'observation de la pratique du MSU, puis de pratique de l'interne directement observée par le MSU. Les internes ont d'abord signifié la durée de cette période, puis son appréciation qui est « adaptée », « précoce » ou « tardive » par rapport à leur niveau d'autonomie au moment de la réalisation des premiers actes concernés.

Le délai de mise en autonomie est **disparate**, il s'étend du premier jour à « jamais ». Le détail des réponses est présenté dans le tableau ci-après (Tableau IV). Il est jugé adapté par 29 internes (56,9%), précoce par 12 internes (23,5%) et tardif par 10 internes (19,6%).

Tableau IV – L'appréciation du délai de mise en autonomie

Délai \ Appréciation	Précoce	Adaptée	Tardive	Total (%)
Le 1er jour	1			1 (2%)
après 3 à 5 jours	5	3		8 (15,7%)
après 2 semaines	3	1		4 (7,8%)
après 1 mois	4	7		11 (21,5%)
après 2 mois		12		12 (23,5%)
après 3 mois		5	1	6 (11,8%)
après 4 mois		1	1	2 (3,9%)
après 5 mois			6	6 (11,8%)
jamais			1	1 (2%)
Total (%)	12 (23,5%)	29 (56,9%)	10 (19,6%)	51 (100%)

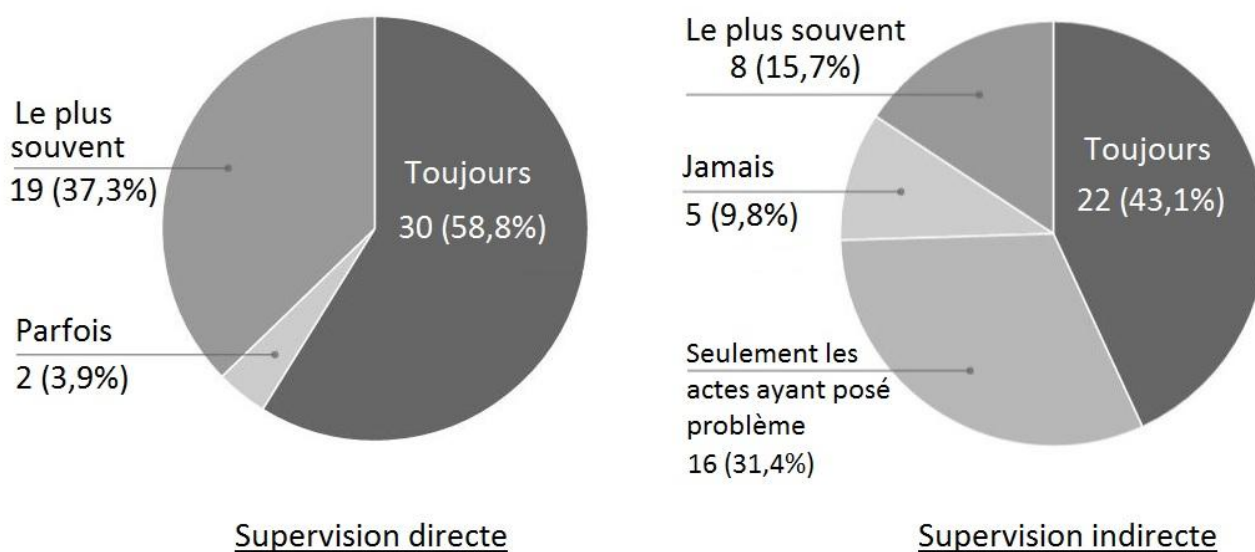
Les 29 internes ayant bénéficié d'une mise en autonomie « adaptée » à leur niveau ont bénéficié de périodes d'observation hétérogènes, s'étalant de trois jours à quatre mois. Le délai d'autonomie « adapté » est donc interne-dépendant. Cependant, on note que **le délai « après deux mois » a été jugé « adapté » à l'unanimité**. C'est au delà de trois mois qu'apparaissent les appréciations « tardives ». De la même façon, l'ensemble des délais jugés « précoces » ont été ressentis par des internes ayant exercé en autonomie au cours du 1er mois ou après un mois d'observation. Une période totale de deux mois pourrait donc correspondre à la durée idéale d'observation et de phase semi-active.

III.2.2.b. La supervision

Concernant la supervision directe, la plupart des internes a eu la possibilité de joindre, soit directement soit par téléphone, un praticien lorsqu'ils travaillaient en autonomie. C'était « toujours » possible pour 30 d'entre eux, « le plus souvent » pour 19 internes et « parfois » pour 2 internes (figure 2). Aucun interne n'a répondu « jamais » à cette question.

La supervision indirecte a quant à elle été réalisée de façon moins systématique. Elle était toujours réalisée pour 22 internes, « le plus souvent » pour 19 internes, elle n'a concerné que les actes ayant posé problème pour 16 internes et n'a jamais été réalisée pour 5 internes (figure 2).

Figure 2 – Réalisation de la supervision directe et indirecte



L'analyse bivariée des réponses concernant les deux types de supervision révèle que deux internes ont travaillé dans des conditions **particulièrement carencées en supervision** (tableau V), car les praticiens étaient « parfois » joignables et que la supervision indirecte n'était jamais réalisée. Au total, on dénombre cinq internes ayant travaillé dans **des circonstances dérogeant immodérément aux règlements**, où aucune supervision indirecte n'était réalisée. Enfin, seize internes n'ont été supervisés qu'au sujet des actes qu'ils avaient eux même jugé difficiles, ce qui représente **un risque que certaines erreurs soient ignorées**.

Tableau V – Tableau croisé dynamique des réponses concernant la réalisation de la supervision

Supervision directe \ indirecte	Toujours	Le plus souvent	Seulement les actes ayant posé problème	Rarement / jamais	Total général (%)
Toujours	22	2	5	1	30 (58,8%)
Le plus souvent		6	11	2	19 (37,3%)
Parfois				2	2 (3,9%)
Jamais					0
Total général (%)	22 (43,1%)	8 (15,7%)	16 (31,4%)	5 (9,8%)	51 (100%)

En analysant les délais de mise en autonomie des **cinq internes les moins bien supervisés**, on s'aperçoit que quatre d'entre eux l'ont jugé « précoce ». Ils ont rapidement été mis en autonomie

sans bénéficier d'une supervision adéquate. Trois d'entre eux ont commencé à consulter seuls après deux semaines et les deux autres après un mois. De même, quatre d'entre eux ont réalisé seuls des visites. Il existe donc des postes qui **cumulent les manquements**, mais en raison de l'anonymat concernant les praticiens, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit de cinq postes différents. Cependant, ces internes n'ayant pas réalisé leur SCP simultanément, il se peut que plusieurs d'entre eux aient choisi le(s) même(s) poste(s).

III.2.2.c. La qualité de la formation

Vingt-six internes (51%) ont jugé la formation qu'ils ont reçue très satisfaisante, dix-neuf internes (37 %) l'ont jugée assez satisfaisante et six internes (12%) l'ont jugée insuffisante. Parmi les internes satisfaits, huit ont cependant déploré l'existence d'un **déséquilibre** notable dans l'implication respective des MSU, déclarant qu'un seul MSU assurait l'essentiel de l'enseignement, tandis que les autres s'en préoccupaient peu.

III.2.2.d. La possibilité d'aller en cours

La quasi totalité des étudiants a eu la possibilité de se rendre en cours **sans difficulté**. Ceci était toujours possible pour 35 internes (68,6%), le plus souvent pour 13 internes (25,5%) et parfois pour un interne (2%). Deux internes n'ont jamais souhaité se rendre en cours pendant le stage (3,9%).

III.2.2.e. L'organisation du stage pendant les congés d'un MSU

Quatre internes (7,8%) ont déclaré qu'aucun MSU ne s'était absenté durant leur stage. Pour les autres, les périodes concernées étaient organisées selon différentes dispositions :

- 24 internes (47,1%) ont poursuivi au moins une partie de leur stage auprès des autres MSU du poste ;
- 18 internes (35,3%) ont été libérés durant l'absence du MSU concerné ;
- 5 internes (9,8%) ont déclaré avoir travaillé au moins une fois à la place d'un MSU parti en congé.

La situation des cinq derniers internes **n'est pas conforme aux règlements**. Il leur a été demandé de détailler leurs modalités d'exercice durant la période concernée, la durée totale, la méthode de supervision et l'existence d'une compensation éventuelle. Les situations 1 à 5 sont exposées ci après :

- **1.** L'interne a travaillé seul dans le cabinet pendant 7 semaines au total, pendant les vacances de chacun des MSU. Les associés des MSU étaient sur place en cas de problème mais ils consultaient eux mêmes donc étaient peu disponibles. Aucune supervision différée n'a été faite. Les durées concernées sont : deux fois pendant deux semaines consécutives pour un MSU et une fois pendant trois semaines consécutives pour l'autre MSU. Aucune compensation n'a été donnée. Les MSU avaient expliqué à l'interne que ces conditions de travail sont autorisées donc il n'a pas pu refuser.
- **2.** L'interne a travaillé pendant 4 semaines au total, non consécutives à la place du MSU parti en vacances en ayant la possibilité de joindre l'autre MSU du poste en cas de problème, mais aucune supervision différée n'a été réalisée. Aucune compensation. L'interne n'a pas osé refuser car les internes qui avaient effectué le même stage avant lui avaient tous accepté de travailler dans ces conditions.
- **3.** L'interne a déclaré qu'un des MSU profitait de sa présence au cabinet pour s'absenter une journée complète à des fins de loisirs personnels. Cette situation s'est présentée 15 fois. L'interne exerçait seul tandis que le MSU n'était pas joignable. Les autres médecins de la maison médicale étaient présents. Aucune supervision n'a été faite. L'interne n'a reçu aucune compensation.
- **4.** L'interne a travaillé pendant 3 vacations consécutives sans supervision pendant que le MSU était à Disneyland. Il n'était pas joignable. Aucune supervision différée n'a été réalisée. L'interne a été libéré une journée en compensation.
- **5.** L'interne a remplacé gratuitement un médecin qui n'était pas un MSU, mais un collègue d'un des MSU de son poste. Ceci a eu lieu pendant une journée pour dépanner le médecin qui ne trouvait pas de remplaçant. Une supervision a été faite. L'interne n'a pas osé refuser et n'a pas reçu de compensation.

Les situations 1 et 2 désignent les périodes les plus longues d'exercice pendant les congés d'un praticien. Les situations 2 et 4 correspondent à des internes appartenant aux cinq internes les moins bien supervisés cités auparavant. La situation 5 relate une situation qui a été exceptionnelle au cours d'un stage habituellement « toujours » supervisé.

III.2.2.f. Les visites à domicile

Vingt internes (39,2%) ont déclaré avoir réalisé des visites **sans être accompagnés** par un MSU :

- 8 internes ont réalisé entre 1 et 10 visites ;
- 10 internes ont réalisé entre 11 et 20 visites ;

- 2 internes ont réalisé entre 21 et 30 visites.

La non-proximité du MSU peut entraver l'accomplissement de la supervision directe et donc enfreindre les textes. Parmi les 20 internes, seulement 4 (soit 20%) ont été remboursés des frais de déplacement engagés.

III.2.2.g. Autoévaluation du niveau d'autonomie à la fin du stage

Quarante six internes (90,2%) jugent avoir acquis **un niveau d'autonomie suffisant pour effectuer des remplacements** à l'issue du stage, contrairement à 5 internes (9,8%). Parmi ces derniers, quatre avaient estimé que leur mise en autonomie avait été tardive. Tous les internes interrogés ont bénéficié de la validation de leur stage.

III.2.3. Appréciation globale du stage

III.2.3.a. Les difficultés relationnelles

Sept internes (14%) ont déclaré avoir rencontré des difficultés relationnelles avec au moins un des MSU. Les sept situations sont précisées ci-après :

- L'interne était mal à l'aise face à un des MSU qui surveillait tout et avait du mal à déléguer. C'est un « personnage difficile » qui a une personnalité « inadaptée pour accueillir des internes ». Il a tenu des « propos sexistes » et précise aux internes qu'il préférerait ne former « que des garçons ».
- Un des MSU était particulièrement fermé à la discussion et il refusait d'alléger le planning des consultations, qui était trop chargé par rapport au niveau d'autonomie de l'interne (20 patients par jour vus seul depuis le 2ème mois).
- Un des MSU avait une faible activité (10 consultations par jour) mais il obligeait l'interne à rester sur le lieu de stage toute la journée, pour le cas où un patient se présenterait. L'interne a eu le sentiment de perdre son temps, d'autant plus que ce praticien s'impliquait peu dans la formation.
- Un des MSU ne donnait aucune importance à son rôle formateur, il ne répondait pas aux questions.
- Un des MSU confiait à l'interne une charge de travail excessive et s'impliquait très peu dans la supervision et la formation.
- Les MSU refusaient de laisser plus d'autonomie à l'interne qui était très demandeur. Malgré les discussions, il n'a pu consulter seul qu'au cours du dernier mois.

- L'interne a gardé un mauvais souvenir du stage mais n'a pas souhaité préciser.

III.2.3.b. Appréciation globale du stage

Il a été demandé aux internes s'ils recommanderaient le stage qu'ils ont effectué à un camarade n'ayant pas encore effectué son SCP : **42 internes (82%) ont répondu « oui »** tandis que 9 internes (18%) ne le recommanderaient pas.

III.3. Choix du stage professionnalisant

III.3.1. Généralités

III.3.1.a. Le projet professionnel des internes

Les internes ont déclaré avoir les projets professionnels suivants :

- exercice ambulatoire : 34 internes (66,7%) ;
- exercice hospitalier : 4 internes (7,8%) ;
- exercice à la fois ambulatoire et hospitalier : 3 (5,9%) ;
- un DESC : 8 (15,7%) ;
- autres projets : 2 internes (3,9%) projetaient de devenir respectivement médecin pompier et médecin du sport.

III.3.1.b Le choix du stage professionnalisant

Parmi les 34 internes ayant un projet d'exercice ambulatoire, 24 (70,6%) ont choisi de réaliser un SASPAS et 10 (29,4%) ont choisi un stage hospitalier (tableau VI). Ces 10 internes ont un **choix « incohérent »** de stage professionnalisant par rapport à leur projet professionnel, car ils choisissent un stage sensé être professionnalisant en milieu hospitalier tandis que leur projet d'exercice est ambulatoire. De plus, les 3 internes ayant un projet d'exercice professionnel à la fois hospitalier et ambulatoire ont tous choisi de réaliser leur stage professionnalisant en milieu hospitalier.

C'est précisément le non-choix du SASPAS de ces 13 internes qui a pour conséquence de laisser des USER non pourvues. Ils auraient pu être des candidats au SASPAS de part leur projet professionnel. Les raisons de leur choix seront exposées par la suite. Tous les autres choix de stages sont cohérents avec les projets professionnels annoncés (tableau VI).

Tableau VI – Choix du stage professionnalisant selon le projet professionnel

Projet d'exercice \ Choix du stage pro.	Stage hospitalier	Stage agréé pour un DESC	SASPAS	Autre	Total général (%)
Ambulatoire	10		24		34 (66,7%)
Hospitalier	4				4 (7,8%)
Ambulatoire et hospitalier	3				3 (5,9%)
DESC		8			8 (15,7%)
Autre	1			1	2 (3,9%)
Total général (%)	18 (35,3%)	8 (15,7%)	24 (47%)	1 (2%)	51 (100%)

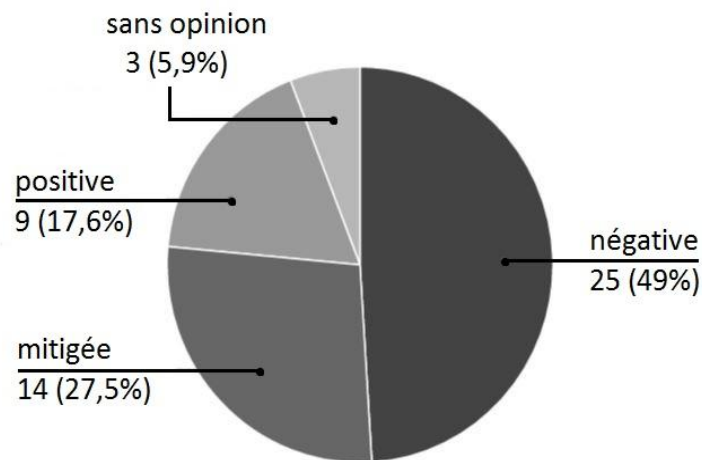
Les 24 internes souhaitant réaliser un SASPAS ne le feront pas simultanément puisqu'ils ne sont pas issus de la même promotion et que certains ont choisi de reporter leur SASPAS par l'intermédiaire d'une disponibilité (leur nombre n'est pas connu). Ceci contribue à expliquer le nombre élevé de postes restant vacants après chaque répartition sur les 25 USER.

III.3.1.c. Opinion générale des internes sur le SASPAS

Tous les internes ont été interrogés au sujet de l'opinion qu'ils ont du SASPAS. Celle-ci est majoritairement négative (figure 3). Vingt-cinq internes (49%) ont une opinion négative du SASPAS, 14 internes (27,5%) ont une opinion mitigée et 9 internes (17,6%) ont une opinion positive. Trois internes sont sans opinion.

Une justification par au moins un argument leur a été demandée. Les internes ayant une opinion mitigée ont dû justifier à la fois par un argument positif et un péjoratif. La totalité des arguments positifs puis négatifs sera exposée ci-après.

Figure 3 - Répartition des opinions des 51 internes sur le SASPAS



Synthèse des arguments positifs

Ces arguments ont été évoqués par 23 internes dont 9 ont une opinion positive et 14 une opinion mitigée. L'ensemble des justifications est exposé dans le tableau ci après.

Arguments en faveur du SASPAS	Nombre d'énonciation de chaque argument
Bonne expérience professionnelle	21
Stage très formateur, dont : - « bénéfice d'apprentissage incroyablement important » - « les stages où l'interne est bien encadré sont excellents »	6 (1) (1)
Occasion d'acquérir une confiance en soi	4
Bonne transition avant d'entrer dans la vie professionnelle, dont : - « bonne préparation avant l'installation » - « très bon stage pour ceux qui veulent s'installer rapidement, car on apprend à gérer un cabinet dans sa totalité »	4 (2) (1)
Occasion de préciser son projet professionnel	1
Les patientèles sont variées et intéressantes	1
Les postes proposés sont variés	1

Synthèse des arguments péjoratifs

Ces arguments ont été évoqués par 39 internes dont 25 ont une opinion négative et 14 une opinion mitigée. Les réponses ont été exhaustives, certaines ont été virulentes. Elles seront exposées selon les 5 thèmes suivants :

- l'enseignement ;
- l'organisation du stage ;
- la difficulté du SASPAS ;
- les remarques d'ordre financier.

1) Remarques concernant l'enseignement

Vingt et un internes (53,8%) considèrent que le SASPAS est **assimilable à un remplacement** pour lequel l'interne n'est pas rémunéré. Dix-huit d'entre eux l'ont caractérisé de remplacement « gratuit », « déguisé », « masqué » ou « caché ». Trois internes ont précisé que « certains internes remplacent simplement leurs MSU sans aucun retour », « l'interne fait du bénévolat et se forme tout seul » ou encore « c'est un remplacement gratuit de plusieurs MSU en même temps ».

Dix-neuf internes (48,7%) ont déploré le **manque de supervision** par les MSU. Dix internes considèrent qu'elle est totalement « absente », six internes la jugent insuffisante et trois internes ont déclaré respectivement que « le débriefing est souvent bâclé ou non réalisé », « la supervision est négligée ou pas faite du tout » et « la supervision n'est pas faite sérieusement ».

Douze internes (30,7%) ont regretté le **manque d'implication de certains MSU** dans la formation de leurs stagiaires et certains les accusent de « profiter » des avantages du SASPAS. Leurs manières de s'exprimer ont été éparses et parfois virulentes, voici donc les douze remarques recueillies :

- « les praticiens sont injoignables et ne veulent pas être dérangés » ;
- « l'interne travaille pendant que le MSU se promène à la piscine, au cinéma, sport etc... et n'est pas joignable » ;
- « beaucoup d'internes se sont retrouvés seuls en difficulté dans le cabinet sans pouvoir joindre le praticien »
- « l'interne voit très peu les MSU, ils lui consacrent peu de temps » ;

- « beaucoup de médecins ne donnent pas d'importance à leur rôle de formateur mais profitent bien de la présence de l'interne pour s'absenter le plus possible » ;
- « certains médecins ne forment pas du tout les internes, ils profitent de leur temps libre, de l'argent gagné par l'interne et en plus du salaire versé par la faculté » ;
- « beaucoup de MSU oublient que l'interne est encore en formation et pensent qu'il est là juste pour faire des remplacements gratuits » ;
- « les praticiens sont très peu présents, ne font pas leur travail de supervision mais profitent de leurs temps libre pour leurs loisirs » ;
- « la rentabilité des cabinets prime sur la formation de l'interne » ;
- « la formation est absente du stage » ;
- « quelques excès de la part des MSU qui profitent de l'interne sans le former » ;
- « des MSU ne jouent pas le jeu de la supervision en contrepartie. Le concept du stage est intéressant en théorie mais il y a beaucoup de dérives en pratique ».

Onze internes (28%) ont déclaré que « ce stage est de l'**exploitation** », ou « l'interne est exploité ». Un interne a répondu qu'il a « l'impression que l'interne est utilisé » et un autre a déclaré que le SASPAS « est de l'esclavage ».

Cinq internes (12,8%) ont rapporté des situations qui ne **respectent pas les règlements** :

- « l'interne sert à remplacer gratuitement les MSU pendant leur congés et cela arrive même auprès de MSU qui sont enseignants au DMG » ;
- « des MSU profitent de la présence de l'interne pour partir en vacances et pendant ce temps il fait un remplacement gratuit » ;
- « beaucoup d'internes ont travaillé dans les cabinets de MSU partis en vacances » ;
- « Certains médecins imposent des plannings de 40 consultations par jour alors que eux mêmes n'ont font que 20 par jour. C'est scandaleux, ce type de stage ne devrait pas exister et ne présente aucun intérêt pour l'interne qui ferait mieux de remplacer » ;
- « il est arrivé aux internes de gérer seuls la maison médicale car les praticiens étaient tous partis en vacance en même temps ».

Trois internes (5,9%) ont rapporté des faits concernant l'**attitude de certains MSU qui déplaît** aux internes, mais qui ne sont pas véritablement interdites :

- « Certains MSU laissent à l'interne les consultations et les visites qu'ils ne veulent pas faire

eux mêmes, comme les visites en maisons de retraite et les patients les moins sympathiques. L'interne ne peut rien dire. » ;

- « Certains MSU s'en servent pour augmenter leur chiffre d'affaire car l'interne doit faire un maximum de consultations pendant que le MSU fait des visites. »
- « Les MSU font souvent travailler l'interne le samedi pour pouvoir eux-mêmes profiter de leur week-end, l'interne est plus utile aux MSU qu'il n'est formé. »

Trois internes (5,9%) ont rapporté la présence de **difficultés relationnelles** :

- « Un interne a eu le sentiment d'être harcelé pendant son SASPAS en raison d'une surcharge de travail et d'une demande excessive de disponibilité. Plusieurs internes ont vécu la même chose chez ce praticien. Mauvaise considération de l'interne. » ;
- « Il y a des problèmes relationnels dès le début du stage et l'interne n'ose rien dire » ;
- « Il y a un manque de reconnaissance de l'interne, certains médecins sont fermés à la discussion. ».

Quatre internes (7,8%) ont précisé que certaines USER en particulier **ont mauvaise réputation**. Deux internes ont déclaré que ces postes sont **volontairement laissés vacants** : « les postes sont de qualité variable, on connaît ceux qui sont très mauvais » et « notre seul moyen de pression est de laisser vide les postes où l'interne est exploité, ou sinon on ne fait pas de SASPAS du tout ». Un interne a précisé « il y a souvent au moins un des praticiens qui ne respecte pas les règles dans chaque poste, donc beaucoup de postes ont mauvaises réputation ».

Deux internes (3,9%) ont mentionné l'existence de **corvées inappropriées** confiées à des internes, sortant complètement du cadre de la formation :

- « Il y a des graves abus concernant les tâches confiées à l'interne qui n'ont rien à voir avec sa formation comme promener le chien, garder les enfants ou encore aller au pressing. » ;
- « Il y a eu certaines demandes déplacées comme devoir arroser le potager ou promener le chien, l'interne n'est absolument pas là pour ça mais n'ose pas refuser, ni en parler. ».

Deux internes (3,9%) ont déclaré respectivement que « **le DMG ne fait rien** contre les abus » et « il y a trop de problèmes avec les SASPAS, les internes s'en plaignent beaucoup mais on a l'impression que rien n'est fait malgré les remarques répétées ».

2) Remarques concernant l'organisation du stage

Dix-sept internes (43,5%) ont déclaré que **l'emploi du temps des internes en SASPAS est trop chargé**, « surtout pour un dernier semestre » comme l'a souligné un interne. Trois internes ont évoqué l'amplitude des plages horaires, deux internes ont précisé respectivement que « certains postes ont une mauvaise réputation à cause des semaines trop chargées, les médecins pensent respecter le nombre de vacations mais ne se rendent pas compte qu'elles sont trop longues » et « la charge de travail dépasse ce qui est prévu par la Faculté ». Trois internes ont signalé que le nombre de consultations est trop élevé et « trop rapprochées » d'après l'un d'entre eux, qui juge que l'interne n'a pas le temps de parcourir les dossiers médicaux.

Il existe également un **sentiment d'incompréhension** révélé par quatre internes qui ont déclaré respectivement « il y a une surcharge de travail et les praticiens ne veulent pas l'entendre », « aucun des praticiens n'est prêt à diminuer le nombre de consultations », « personne ne prend en compte le planning de l'interne dans sa globalité » et « l'emploi du temps n'est pas simple à suivre et les MSU ne le simplifient pas ».

Un interne considère que le SASPAS n'est pas accommodant, par sa charge de travail importante au cours du dernier semestre, pour accomplir **son travail de thèse** et qu'il y a « peu de possibilités de se rendre en cours ».

Sept internes (13,7%) ont évoqué **un nombre excessif de déplacements** entre les sites de stages, favorisés par le fait que « les vacations chez un même praticien ne sont pas regroupées » et que « ce n'est pas du tout pratique ». Un interne a déclaré que « l'interne fait trop de déplacements car certains plannings sont tellement mal faits que l'interne n'a pas le temps de déjeuner entre deux vacations et doit se dépêcher d'aller au cabinet suivant, il y a même un risque d'accident ». Un interne pense qu'il y a également « trop de visites » à réaliser.

3) La difficulté du SAPAS

Onze internes (28%) ont affirmé que **le SASPAS est un stage difficile**. Il demande une capacité d'adaptation rapide et efficace. Les précisions suivantes ont été données :

- le SASPAS est « plus difficile qu'un remplacement » d'après deux internes ;
- « il faut rapidement s'adapter à plusieurs cabinets, plusieurs méthodes de travail et plusieurs patientèles » ;
- « travailler le même jour dans deux cabinets différents ne ressemble pas du tout aux conditions réelles de la médecine générale » ;
- « il y a trop de praticiens dans chaque poste et l'interne doit se familiariser avec chacune de leurs petites habitudes, il faut s'adapter très vite » ;
- « même les praticiens d'une maison médicale ne travaillent pas de la même façon » ;
- « les MSU oublient que c'est difficile de changer de cabinet tous les jours ».

Parallèlement, deux internes pensent que certaines patientèles ne sont pas « accueillantes pour l'interne ».

4) Les remarques d'ordre financier

Trois internes ont évoqué des embarras d'ordre financier :

- il y a une perte de revenus par absence de gardes car « on ne peut pas s'absenter pour un repos de garde » ;
- « le salaire de l'interne est insuffisant par rapport au travail fourni et à l'argent rapporté aux MSU » ;
- « les frais kilométriques sont excessifs et pas remboursés ».

III.3.2. Les attentes du SASPAS

Les 37 internes ayant un projet d'exercice professionnel ambulatoire au moins partiel ont été interrogés à propos de leurs attentes du SASPAS, même s'ils ne le réaliseront pas tous. Il leur a été demandé si les dix items proposés (voir tableau ci-après) correspondaient à leurs attentes prioritaires en termes de formation. Les attentes les plus répandues parmi eux concernent les échanges avec les MSU sous la forme de discussions des décisions prises (pour 81% d'entre eux) et l'obtention de conseils personnalisés (pour 72,9%). En somme, il s'agit de tout ce qui différencie le SASPAS d'un remplacement. Puis, viennent les objectifs d'ordre professionnels et administratifs.

Tableau VII – Les réponses concernant les attentes prioritaires du SASPAS

Item \ Priorité dans la formation	Oui (%)	Non (%)
Discuter les décisions prises avec des professionnels	30 (81,1%)	7 (18,9%)
Obtenir des astuces et conseils personnalisés par les MSU	27 (73,0%)	10 (27,0%)
Apprendre à gérer un cabinet (administratif, comptabilité)	22 (59,5%)	15 (40,5%)
Se familiariser avec les conditions d'exercice ambulatoire	22 (59,5%)	15 (40,5%)
Prendre des décisions médicales seul	21 (56,8%)	16 (43,2%)
Optimiser la relation soignant / soigné	18 (48,6%)	19 (51,4%)
Maîtriser les outils administratifs utiles à la prise en charge	14 (37,8%)	23 (62,2%)
Préciser ses futures conditions de travail	12 (32,4%)	25 (67,6%)
Optimiser la gestion du travail / temps	8 (21,6%)	29 (78,4%)
Maîtriser différents logiciels médicaux	2 (5,4%)	35 (94,6%)

Puis, les internes ont eu la possibilité de compléter leur réponse par des éléments absents des items proposés. En réponse à cette question ouverte, ils ont apporté des précisions sur certains versants de la formation et sur l'organisation du stage. Il s'avère que la majorité de leurs attentes concerne l'investissement des praticiens dans leur formation.

III.3.2.a. Les attentes concernant la formation

Vingt-six internes (70,3%) attendent **une supervision de qualité**. Celle-ci a été définie comme suit :

- elle doit être « **systématique** » pour 23 internes ;
- sa **durée doit être suffisante** pour 12 internes, car « les MSU doivent consacrer du temps à l'interne en échange du temps libre qu'ils gagnent » et « pour pouvoir poser toutes nos questions ». Deux internes ont précisé que la supervision idéale dure « au moins une heure par jour » ;
- elle doit concerner « **tous les actes** » réalisés et non uniquement ceux ayant posé problème d'après 6 internes qui craignent de ne pas se rendre compte des éléments qu'ils auraient omis ;
- elle est « meilleure » quand le praticien vient la réaliser **au cabinet** à la fin des consultations d'après 4 internes et 2 autres internes ont précisé que « les supervisions rapides

par téléphone sont à éviter », de même que celles réalisées « par mail » d'après un interne ; Deux internes ont insisté sur le fait que « la supervision est **fondamentale**, sinon le SASPAS perd tout son intérêt ». De même, un interne considère qu'il est très important que les praticiens soient « **toujours joignables** » en cas de difficulté, « comme à l'hôpital où on a toujours un senior à proximité ».

Deux internes (5,4%) ont émis le souhait de **pouvoir occasionnellement consulter en compagnie des MSU** pour mieux les connaître et « profiter de leur expérience ».

Concernant les abus commis par certains praticiens, onze internes (29,7%) attendent **du DMG qu'il soit vigilant et qu'il agisse pour y mettre fin**.

Enfin, le contenu de la formation globale souhaitée au cours du stage a été décrit par les termes suivants :

- « apprendre tout ce qu'on n'apprend pas à la faculté » ;
- « bénéficier de réels échanges avec des praticiens qui ont de l'expérience » et qui « observent notre façon de travailler » ;
- « apprendre à gérer les situations difficiles » ;
- « consolider ses connaissances » grâce aux conseils de praticiens « qui ont de l'expérience » ;
- « voir un maximum de pathologies différentes ».

Un interne pense qu'il serait intéressant de **communiquer** dès le début du stage pour **sonder les attentes de chacun**.

III.3.2.b. Les attentes concernant l'organisation du stage

Dix-huit internes (48,6%) aspirent **au respect systématique de la limitation du nombre de consultations** pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions. Par ailleurs, quatorze internes (37,8%) souhaitent que la **durée des vacations soit réduite**, en tenant compte des supervisions quotidiennes, afin que le planning soit plus acceptable. Finalement, ces deux idées se rejoignent, puisque si les actes sont bien limités au nombre de douze actes par vacation comme le prévoient les

textes, la durée des vacances s'en trouve limitée en conséquence.

Concernant les visites, huit internes (21,6%) souhaitent que leur **nombre soit limité** et trois internes pensent que les frais kilométriques induits devraient être systématiquement remboursés.

Pour finir, un interne a utilisé une expression qui résume bien les attentes de beaucoup d'internes, il a déclaré donner beaucoup d'importance à « l'attitude du praticien », qui « doit avoir l'air honnête ».

Tableau VIII – Synthèse des commentaires libres concernant les attentes du SASPAS

Attentes concernant le SASPAS (37 internes)	n	%
Supervision de qualité	26	70,3%
Systématique	23	62,2%
Durée suffisante	12	32,4%
Revoir tous les actes	6	16,2%
Lieu : au cabinet <i>de visu</i>	4	10,8%
Eviter supervision courte par téléphone	2	5,4%
Respect du nombre d'actes	18	48,6%
Réduire la durée des vacances	14	37,8%
DMG vigilant et actif	11	29,7%
Rembourser les frais kilométriques des visites	3	8,1%
Consulter parfois avec un MSU	2	5,4%

III.3.3. Les motifs du non-choix du SASPAS

III.3.3.a. En l'absence de projet professionnel d'exercice ambulatoire

Au total, 27 internes n'ont pas choisi de réaliser un SASPAS. Quatorze d'entre eux n'ont pas de projet d'exercice ambulatoire. Les motifs décisifs ayant entraîné leur non-choix du SASPAS sont les suivants :

- pour douze internes (85,7%), le SASPAS **ne correspond pas à leur projet professionnel** et il est jugé inutile pour trois d'entre eux, qui préfèrent remplacer ;
- six internes ont également tenu compte dans leur décision de **l'emploi du temps trop chargé** du SASPAS et quatre internes du nombre élevé de déplacements ;
- deux internes ont ajouté avoir eu une **mauvaise expérience personnelle** au cours du SCP et avoir éliminé la possibilité de refaire un stage ambulatoire ;

- deux internes **ne pouvaient pas choisir le SASPAS** puisqu'ils ont choisi de valider un DESC qui oriente obligatoirement leur choix de stage professionnalisant, alors qu'ils réalisent des DESC compatibles avec l'exercice ambulatoire de la médecine générale (angiologie et allergologie). Ils n'ont pas de projet d'exercice ambulatoire pour le moment mais la possibilité de réaliser un SASPAS aurait pu les intéresser.

Les 13 autres internes n'ayant pas choisi le SASPAS ont un projet d'exercice au moins partiellement ambulatoire, donc ils sont ceux qui ont fait un choix « incohérent » de stage professionnalisant.

III.3.3.b. Les internes ayant un projet d'exercice professionnel mixte

Les trois internes ayant un projet d'exercice professionnel à la fois ambulatoire et hospitalier ont tous choisi un stage hospitalier. Chacun a justifié ses choix par un motif différent :

- le premier a une bonne opinion du SASPAS mais ce stage ne **correspondait pas à ses projets** professionnels à court terme ;
- le deuxième a le **sentiment d'avoir déjà réalisé un SASPAS** au cours de son SCP, où il a été très peu supervisé par un des praticiens qui avait habituellement un SASPAS et dont le poste n'a pas été pourvu. L'interne travaillait alors pendant les vacances réservées au SASPAS pour que le praticien puisse être libre ;
- le troisième a une mauvaise opinion du SASPAS, en particulier à cause de la **charge de travail excessive** qui aurait entravé son besoin de temps pour travailler sa thèse.

III.3.3.c. Les internes ayant un projet d'exercice ambulatoire exclusif

Dix internes n'ont pas choisi de réaliser de SASPAS malgré leur projet professionnel d'exercice ambulatoire. Parmi les motifs les plus fréquemment évoqués, l'expérience du SCP a contribué à rebuter six internes du SASPAS, même si les décisions ont souvent été d'origine multifactorielle. L'ensemble des justifications est exposé ci-après.

Quatre internes ont eu une **mauvaise expérience personnelle** au cours du SCP qui ne les a pas incités à renouveler l'expérience. Chacun d'eux a pris en compte des éléments supplémentaires dans sa décision. Trois internes ont mentionné les nombreux « abus » des praticiens et deux ont ajouté le fait de ne pas se sentir « protégé » ou « défendu » par le DMG. Un interne a également évoqué le manque de supervision.

Deux internes ont été **décus par ce qu'ils ont pu observer du SASPAS** au cours de leur stage ambulatoire de niveau 1, réalisé auprès de praticiens qui formaient également des internes en SASPAS. Ils considèrent tous les deux que l'interne en SASPAS « était exploité » et remplaçait les praticiens pendant leurs vacances. Tous deux pensent qu'il est plus judicieux d'effectuer des remplacements et faire de « l'autoformation » en étant rémunéré de façon plus juste.

Trois internes ont une opinion positive du SASPAS et auraient voulu le choisir mais ils **n'ont pas pu le faire** pour différentes raisons :

- le premier n'a pas compris les modalités de choix des USER et a décidé le jour de la répartition de ne pas choisir d'USER dont il ne connaissait pas les praticiens d'autant plus que les postes restants étaient trop éloignés de son domicile ;
- le deuxième n'a pas eu accès aux USER qui l'intéressaient en raison d'un mauvais classement dans la promotion. Il pense que le SASPAS est une « expérience indispensable pour pouvoir s'installer », mais n'a pas souhaité non plus le faire auprès de praticiens qu'il ne connaît pas, par crainte de « tomber sur un mauvais stage » ;
- le troisième avait un mauvais classement dans la promotion qui lui a imposé la majorité de ses stages au cours de son cursus, l'obligeant à valider son stage au CHU en dernier semestre.

Enfin, un interne a renoncé au SASPAS **en raison de sa difficulté** liée à la multiplicité des praticiens et à l'absence de supervision.

III.3.4. Les suggestions

Les internes ont eu l'opportunité de suggérer des idées pouvant inciter les internes suivants à réaliser un SASPAS. L'ensemble des suggestions est exposé ci après.

III.3.4.a. Les calendriers hebdomadaires

Douze internes (23,5%) ont suggéré d'organiser les emplois du temps **par journées entières auprès d'un même praticien plutôt que par demi-journées**, pour réduire la pénibilité du stage liée aux déplacements excessifs. Dans le même ordre d'idées, neuf internes ont suggéré de réduire le nombre de praticiens dans chaque USER. D'une part pour amoindrir les déplacements, mais surtout pour atténuer la difficulté du stage due à la multiplicité des méthodes de travail différentes qu'il faut apprivoiser. Le stage est d'autant plus difficile que le nombre de praticiens est élevé. Quatre internes disent ne pas comprendre pourquoi les USER comportent plus de praticiens que les SCP.

III.3.4.b. Comblant le relatif manque d'information sur le SASPAS

Dix internes (19,6%) pensent que la faculté devrait **informer d'avantage les internes sur le SASPAS** car ils pensent ne pas en connaître suffisamment les caractéristiques. Leur principale source d'informations est représentée par les internes ayant déjà réalisé un SASPAS. Un interne propose d'organiser une rencontre avec les MSU qui pourrait tenir lieu de répartition. Et un autre interne pense qu'il est important de rappeler aux internes que le SASPAS présente des « bénéfices indéniables malgré ses défauts ».

III.3.4.c. L'idée d'une rétrocession

Huit internes (15,7%) ont proposé qu'une **rétrocession leur soit versée sur les actes réalisés**, six d'entre eux ont proposé le taux de **10%** et les deux autres n'ont pas suggéré de valeur. Ils pensent qu'une rétrocession, si minime soit elle, permettrait de s'assurer d'une meilleure implication des MSU et une limitation des abus en ce qui concerne le nombre de consultations confiées à l'interne. L'idée d'un revenu complémentaire proportionnel au travail fourni permettrait selon eux de compenser les contraintes du SASPAS. Trois internes ont ajouté qu'une rétrocession devient indispensable pour l'interne qui « voit défiler l'argent » toute la journée au seul bénéfice d'un praticien qui, d'après leur dires, ne remplit pas toujours son rôle de formateur.

III.3.4.d. Un second stage chez le praticien

Six internes (11,8%) seraient séduits par la possibilité d'**effectuer un second SCP** avant de faire le SASPAS, ce qui le rendrait « moins effrayant ». Pour rappel, la proposition de réduire le nombre de praticiens dans chaque USER pourrait également contribuer à en atténuer la difficulté.

III.3.4.e. Des localisations peu pourvues en USER

Enfin, deux internes ont respectivement suggéré d'augmenter le nombre d'USER situées à proximité de Nancy pour l'un et en Moselle pour l'autre.

IV. DISCUSSION

IV.1. La méthode

La mise en pratique des étapes de la méthode a été **longue et difficile**, de la collecte des coordonnées de chaque interne à partir d'une simple liste de noms jusqu'à l'appel téléphonique de chacun d'eux, sans compter les efforts fournis pour contacter les internes qui n'ont pas répondu. Néanmoins, l'objectif de ce procédé qui était d'établir une **relation de confiance** avec les internes a été atteint. Cette démarche a été la source d'une bonne coopération, en particulier des internes qui avaient été initialement rencontrés (81% de réponses), puisqu'il est évidemment beaucoup plus difficile de refuser de collaborer *de visu* plutôt que d'ignorer des messages écrits, même répétés (SMS, réseaux sociaux et courriels).

Cependant, la nécessité d'une disponibilité simultanée entre l'auteur et chacun des internes pour fixer un rendez-vous téléphonique a entraîné la perte de vue de 4 internes en raison de la variabilité des emplois du temps de chacun.

IV.1.1. La liberté d'expression des internes

Point fort principal de ce travail, la liberté d'expression a été favorisée par :

- L'**accueil majoritairement positif** des internes qui se réjouissaient de la prise en compte de leurs opinions ;
- La méthode d'interrogatoire par téléphone, **l'expression orale étant plus libre** que l'expression écrite ;
- La mention de **l'importance de l'anonymat des praticiens** soulignée au début de chaque entretien téléphonique a contribué à libérer les internes du sentiment de « dénonciateur », ils pouvaient ainsi dévoiler les défauts des stages sans culpabiliser au sujet d'une quelconque conséquence néfaste pour les MSU ;
- La **constitution du questionnaire** : les questions les plus difficiles à aborder sur chacun des stages (remplacements illégaux, problèmes relationnels, motifs de non-choix du SASPAS) ont été posées à la fin de chacune des parties dédiées à ces stages, après plusieurs minutes de conversation instaurant un climat de confiance. Ainsi, l'expression des éléments « tabous » a été facilitée ;
- La population : les internes étaient tous en **fin de cursus**, ils craignaient moins de s'exprimer

librement que des jeunes internes.

Cependant, la liberté d'expression a été limitée par :

- **Le biais de sélection ou biais de volontariat** qui n'a pas pu être totalement éradiqué, notamment parmi les internes qui n'ont pas répondu : certains craignaient peut être d'évoquer des transgressions « taboues » faites par leur MSU, de même que parmi les internes rencontrés *de visu*, ceux qui n'ont pas donné suite sont ceux qui avaient fait preuve de scepticisme et d'hésitation face à l'annonce du sujet. Par exemple, un interne avait désigné de « blacklistés » tous les internes qui avaient accepté de donner leurs coordonnées, avant d'accepter de les donner lui-même et de ne jamais donner suite aux sollicitations ;
- **Le biais d'expression** favorisé par :
 - la direction de ce travail par les **dirigeants du DMG** a pu conduire les internes interrogés à omettre délibérément des informations pertinentes et préférer donner des réponses socialement acceptables, comme l'interne qui n'a pas souhaité donner de précisions concernant les problèmes relationnels qu'il avait rencontrés au cours du SCP ;
 - un **possible conflit d'intérêt** : les compensations éventuelles que certains internes ont pu percevoir en échange de remplacements illégaux ont pu les encourager à omettre volontairement d'évoquer certaines situations puisqu'ils auraient été eux-mêmes complices. Un seul interne a déclaré avoir été libéré une journée en compensation d'un remplacement non autorisé.

IV.1.2. Les autres points forts de ce travail :

- Le **taux de réponses** obtenu (67,1%) ;
- L'**expression d'opinions récentes** : les internes avaient récemment réfléchi sérieusement au choix de leur stage professionnalisant, ce qui a favorisé la multiplicité des opinions et des suggestions ;
- La **majorité des internes destinés à faire un SASPAS** lors des semestres suivants ont été interrogés (24 internes ont déclaré vouloir faire un SASPAS), même s'ils ne le feront pas simultanément, on peut penser que les attentes qu'ils ont exprimées reflètent celles de la majorité des internes intéressés par le SASPAS ;
- L'évaluation de **deux stages ambulatoires** à la fois.

IV.1.3. Les limites :

- La **disparité de l'ancienneté du SCP** qui a diminué la précision de certaines réponses et a pu entraîner un **biais de mémoire** : le SCP était ancien de moins d'un mois pour 5 internes (9,8%), de 6 mois environ pour 24 internes (47,1%), de 12 mois environ pour 20 internes (39,2%) et de 18 mois environ pour 2 internes (3,9%) ;
- L'**hétérogénéité des méthodes d'enseignement** des MSU au sein des UPL a rendu difficiles les réponses aux questions concernant la mise en autonomie et la formation au cours du SCP, certains internes éprouvaient des difficultés à donner une réponse globale ;
- L'**absence de témoignage d'internes ayant validé un SASPAS**, cependant de multiples travaux ont déjà évalué leur point de vue.

Bien que très bien accueilli par les internes, la mention de ce sujet auprès de certains MSU suscitait la méfiance. Il a été qualifié de « **polémique** » à plusieurs reprises, en raison de certaines réalités « gênantes » qu'il pourrait dévoiler. Alors que le manque de supervision est tabou, le remplacement illégal, lui apparaît comme « celui dont on ne doit pas prononcer le nom ». Ceci a rendu la réalisation de ce travail, en particulier la rédaction de la discussion, **anxiogène et difficile**, caractère amplifié par les commentaires de certains internes interrogés, qui pensaient que les praticiens n'allaient pas apprécier que « tout cela » apparaisse dans un travail de thèse. Cette même difficulté a été éprouvée par le Dr Houhoune F. (21) qui a étudié les difficultés des internes de MG à clôturer leur cursus universitaire et la relation avec leurs tuteurs.

IV.2. Le stage chez le praticien

IV.2.1. L'organisation des SCP en Lorraine

La majorité des SCP en Lorraine concernés ont **respecté les conditions d'organisation légalement prévues** ou en étaient très proches. Seuls 4 internes (7,8%) ont effectué trop peu de vacations (4 ou 5 par semaine) et 4 autres internes en ont effectué un nombre trop élevé (9 ou 10 hebdomadaires). La durée des vacations n'ayant pas été évaluée, on ignore si le nombre de vacation a subi un ajustement lié à la durée des vacations, ou s'ils sont le résultat de la méconnaissance des

règlements par les MSU.

Les calendriers d'organisation ont été **majoritairement jugés « pratiques » ou « acceptables »**. L'origine des 5 situations (9,8%) jugées contraignantes ont été un **temps de travail excessif** (8 à 10 vacations hebdomadaires) et des **changements fréquents et tardifs**. Pour le confort de chacun, il est évident que les changements doivent idéalement être annoncés le plus tôt possible. Ces situations contraignantes auraient probablement pu être résolues par une **communication efficace** entre les parties. Enfin, la dernière situation « contraignante » était liée au **mode de répartition des vacations** entre les différents MSU, qui ne respectait pas l'obligation de **continuité d'un mois minimum chez chacun des MSU**, malgré une distance importante entre leurs cabinets respectifs. On ignore s'il y a eu d'autres cas similaires puisque cet item n'a pas été évalué par le questionnaire.

IV.2.2. La durée des phases de l'acquisition de l'autonomie

Lorsqu'ils débutent le SCP, les internes **ne maîtrisent pas les outils professionnels** de l'exercice ambulatoire. Leur dernier contact professionnel avec ce mode d'exercice remonte à plusieurs années au cours du stage du DCEM. Les vestiges pédagogiques de cette brève initiation sont donc insuffisants pour permettre à l'interne de travailler rapidement en autonomie. Ainsi, il est **difficile de concevoir qu'un interne puisse travailler seul à peine quelques jours après le début** du stage. Il doit d'abord **se familiariser** avec tout ce qui compose son outil de travail : locaux, matériel, logiciel de prescription, outils de gestion des rendez-vous, facturation des actes, tenue de la comptabilité etc... Mais aussi tenter de s'intégrer au sein de la relation privilégiée que chaque MSU a créée avec sa patientèle selon sa personnalité et ses valeurs. Cet ensemble définit son modèle d'exercice propre et a sélectionné progressivement une patientèle « à son image ». L'interposition de l'interne dans cette relation peut être difficile, indépendamment de la qualité de la prise en charge thérapeutique et de la qualité pédagogique du MSU. Cela peut être à l'origine de souffrances pour l'interne mais aussi pour le MSU. Tout ceci s'ajoute au **versant médical** de la pratique ambulatoire que l'interne ne maîtrise pas et qui est totalement différent des démarches hospitalières auquel il est habitué. Cet apprentissage requiert beaucoup de temps. L'étude du Dr Labat L. (22) a d'ailleurs montré qu'à la fin du SCP, quel que soit le semestre, au moins un tiers des étudiants ne maîtrise toujours pas la compétence en matière de prescription des traitements spécifiques aux soins primaires.

Fragilisé par son manque d'expérience, l'interne qui exerce trop tôt en autonomie n'a pas les compétences pour **garantir la qualité des soins et la sécurité des patients** qui le consultent. Ainsi, ces situations peuvent représenter un réel danger pour l'ensemble des acteurs : **le MSU est responsable** des actes que l'interne réalise par délégation, l'interne engage également sa responsabilité et le patient est exposé à un risque relatif concernant sa santé. **Le nombre de ces situations abusives n'est pas négligeable** puisqu'elles ont concerné tout de même 13 (25,5%) internes : 9 (17,6%) ont été mis en phase active d'autonomie moins de 5 jours après le début du stage et 4 (7,8%) l'ont été après deux semaines. Le risque d'incident est d'autant plus amplifié que ces internes sont **aussi les moins bien supervisés**. Ces situations comportent des manquements multiples à la Charte des MSU et sont probablement dues au fait que la durée des différentes étapes vers l'autonomie soit **laissée à la libre appréciation des MSU**.

Il est possible de remédier aux mises en autonomie précoces en proposant par exemple une **durée minimale pour chacune des phases**. Nos observations ont identifié le délai de 2 mois comme étant idéal avant d'entrer dans la phase active. Ceci est conforté par les résultats du Dr Moussac A. qui a évalué les attentes pour le SCP de 45 internes, grâce à un questionnaire en début puis en fin de stage (23). En fin de stage, leurs souhaits étaient que :

- la phase d'observation passive dure moins de 15 jours (40%) ou **entre 15 jours et un mois (42,2%)**,
- la phase semi-active dure entre 15 jours et un mois (20%), **entre 1 et 2 mois (57.8%)** et plus de 2 mois (15,6%),
- la phase active dure entre 1 et 2 mois (40%) ou soit **supérieure à 2 mois (55,6%)**.

À l'inverse, les mises en autonomie tardives ont pour risque d'engendrer une **autonomie insuffisante et un manque de confiance en soi** chez des internes qui ont le sentiment qu'on ne leur a pas fait confiance. Parmi les 5 internes qui ne pensent pas avoir acquis un niveau d'autonomie suffisant pour remplacer, 4 soit 80% ont évoqué comme motif la mise en autonomie tardive. Le travail du Dr Viellard M. (24) montre en effet que le SCP « permet aux internes l'acquisition de confiance en soi avant le début des remplacements ». Ainsi, un manque de pratique en autonomie peut augmenter les difficultés des premiers remplacements.

Le nombre de situations de mise en autonomie acceptables ou tardives a probablement été sous-estimé en raison du **caractère hétérogène des délais de mise en autonomie par les MSU au sein des mêmes UPL**. Lorsque les délais appliqués par les MSU étaient très disparates, les internes

devaient désigner le délai le plus court qui avait été appliqué.

IV.2.3. La supervision directe et indirecte

Ce travail montre que la réalisation de **la supervision peut être améliorée**, en particulier la supervision **indirecte**. Cela avait déjà été mis en évidence par le Dr Moussac A. (23) qui a montré une différence significative entre les attentes en début de stage des internes concernant le débriefing (attente initiale de 5,6) et la réalisation effective de celui-ci en fin de stage : cette attente n'a été réalisée que partiellement (différence de -0,7 avec $p=0,0005$ selon Wilcoxon).

La supervision directe implique que les MSU puissent **intervenir à tout moment**, autant que l'interne en aura besoin, donc une **proximité immédiate du MSU** est indispensable. Les textes ne sont pas clairs quant à la réalisation des visites par l'interne seul : sont-elles autorisées ? Comment appliquer la proximité immédiate du MSU si l'interne est en visite à domicile ? Ce travail montre que les MSU font des choix variés : 31 internes (60,8%) n'ont réalisé aucune visite tandis que 20 internes (39,2%) ont réalisé jusqu'à 30 visites, sans que l'on ne connaisse l'effectivité de la proximité immédiate des MSU concernés. Il n'a pas été retrouvé d'autre travail faisant état des visites réalisées par les internes au cours du SCP. Il paraît donc **nécessaire d'informer précisément les intervenants sur les modalités permettant ou non la réalisation de visites en autonomie** pour uniformiser les pratiques des MSU et respecter les textes.

IV.2.4. La qualité de la formation

Aller en cours a été possible sans difficulté dans la majorité des cas. Cependant la qualité de la formation apportée par le MSU peut être améliorée. Elle peut aussi être **homogénéisée** au sein des UPL qui présentent un « déséquilibre » dans l'implication des MSU. Les obligations d'enseignement des MSU sont incontournables dans la charte des MSU et le rapport du CNOM. Ce dernier précise bien que « tous ces éléments vont nécessiter que le MSU **consacre un temps très important** à son stagiaire ».

Le travail du Dr Labat L. (22) donne quelques pistes sur les versants de la formation des internes qui peuvent être améliorés. Ils ont été mis en évidence grâce à l'analyse des grilles d'évaluation de fin de stage de 3 promotions à Toulouse (remplies par les MSU). Voici les **objectifs**

pédagogiques les moins fréquemment maîtrisés :

- gérer l'aspect temporel d'une consultation et savoir y mettre fin,
- prescrire les thérapeutiques spécifiques aux soins primaires,
- expliquer la prise en charge au patient et recueillir son consentement,
- remplir les documents réglementaires,
- adapter leur décision aux ressources du bassin de santé.

IV.2.5. Impact du SCP sur le projet professionnel

Dans notre enquête, 82% des internes étaient suffisamment satisfaits de leur SCP pour le recommander à un camarade. Bien que **très bon**, ce résultat peut encore être amélioré si l'on tient compte de l'impact qu'a le SCP sur le projet professionnel des internes : il semble être un tournant majeur dans l'établissement et l'affinement du projet professionnel en permettant un ajustement des représentations que les internes ont de l'exercice libéral. Une étude prospective et descriptive a montré que 96% des répondants (sur 45 internes) avaient modifié au moins partiellement leur projet professionnel après le SCP (25). Il est donc **essentiel de veiller au bon déroulement du stage**, d'autant plus qu'il est le **seul stage ambulatoire obligatoire** à ce jour. Les MSU ont un rôle non négligeable de **promotion de l'exercice ambulatoire** de la Médecine Générale, rôle qui n'est pas abordé dans la charte des MSU.

Le SCP pourrait jouer un rôle de « repoussoir » selon la description qu'en fait Bloy G., maître de conférences en sociologie, qui décrit des « modalités pratiques concrètes de la transmission intergénérationnelle relativement **complexes et variées** dans la mesure où elles se passent pour l'essentiel sous le regard des patients dans un lieu et une culture professionnelle qui font traditionnellement la part belle au colloque singulier » (26). De même que le Dr Sass M. (27) qui en a fait une description angoissante : « incertain dans son choix de carrière, soucieux de donner le meilleur de lui-même, l'interne rencontrait dans ce stage une **difficulté imprévue**. Dans le milieu inconnu pour lui de la médecine générale, sous le regard de deux personnes, il entrait dans l'arène sous le feu des **critiques faciles** ».

Au contraire, de nombreux travaux de thèse suggèrent que le SCP **favorise le projet d'installation libérale** des internes, qui sont significativement plus nombreux à vouloir exercer la médecine ambulatoire après le stage (28). Ainsi, les internes sont positivement influencés par la

valorisation de la MG par la faculté et les MSU vus comme « motivés et compétents » (29).

Ce travail a également montré que le SCP a un impact sur le choix du stage professionnalisant, ce qui lui donne encore plus d'importance. Cette donnée sera discutée par la suite.

IV.2.6. L'organisation des stages ambulatoire lors des congés d'un MSU

Ce travail a révélé **cinq situations de remplacement illégal** au cours du SCP, dont 2 ont été particulièrement importantes (7 semaines et 4 semaines). Il est possible que ce chiffre sous-estime la réalité en raison d'un biais d'expression ou encore de possibles conflits d'intérêt comme nous l'avons cité plus haut dans les limites de ce travail.

La justification des MSU concernés n'est pas connue puisqu'ils n'ont pas été interrogés. Aucune autre publication faisant référence à des remplacements illégaux au cours du SCP n'a été retrouvée. Cependant, il est important de préciser que ces faits ne sont probablement pas spécifiques à l'Université de Lorraine. Les discussions et forum des internes des différentes universités font régulièrement mention de remplacements déguisés au cours du SCP, mais il semblerait que ce phénomène soit trop tabou pour être officiellement étudié. Il serait donc intéressant de **réaliser des enquêtes au niveau national**.

Le rôle du coordinateur de l'UPL pour le SCP ou de l'USER pour le SASPAS n'est pas négligeable, il lui incombe de s'assurer du respect des règlements et de réorganiser le stage en cas d'absence d'un MSU afin d'assurer la pérennité de la formation de l'interne, qui doit idéalement être accueilli par un autre MSU de la même UPL. Que ce soit au cours du stage ambulatoire de niveau 1 ou 2, **il est interdit à un MSU de laisser un interne exercer à sa place pendant ses congés**. Si cette situation venait à se présenter, le MSU **absent serait responsable des actes réalisés dans son cabinet par délégation, même si la supervision était assurée par un autre MSU**. Pour l'interne qui accepterait de « remplacer » un MSU en congés, c'est à dire de travailler en dehors des conditions légalement définies, la situation s'apparenterait à un **délit d'exercice illégal de la médecine**, d'autant plus qu'en SCP, il n'est pas encore autorisé par l'Ordre à effectuer des remplacements.

Il semble indispensable de rappeler les risques encourus de part et d'autre. Le délit d'exercice

illégal de la médecine est prévu et réprimé par les articles L4161-1 à L4161-6 du code de la santé publique (30). Il y a exercice illégal quand le médecin n'est pas inscrit au tableau départemental de l'Ordre ou **quand un interne exerce en dehors des conditions déterminées par décret**. Il est puni de **2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende**. Le fait d'exercer "sous contrôle médical" ne fait pas disparaître le délit d'exercice illégal de la médecine mais rend les **MSU condamnables pour incitation ou complicité à l'exercice illégal** selon l'article R.4127-30 du code de la santé publique (31). En cas d'incident dans ce contexte, **aucun des intervenants ne serait couvert pas son assurance responsabilité professionnelle**.

Les internes sont protégés par les textes réglementaires contre les « remplacements déguisés » aussi bien en SCP qu'en SASPAS. Pour rappel, voici des extraits du rapport du CNOM concernant le SCP :

- il n'est **ni un remplacement ni un assistantat** ;
- l'Ordre considère qu'il est nécessaire [...] d'éviter une dérive vers une situation **d'assistantat, fut-il temporaire** ;
- les trois actes quotidiens ne doivent pas être regroupés pour être effectués par l'interne sur une courte période, **cela serait contraire à l'esprit du texte et à la volonté de ses promoteurs**.

Concernant le SASPAS, les internes sont protégés de façon explicite contre les remplacements par **l'interdiction de travailler 2 jours consécutifs chez un même MSU**. Cependant, cette mesure **ne protège pas complètement** les internes puisque **la frontière entre le remplacement déguisé et l'absence de supervision est très mince**. En effet, les internes qui exercent un jour par semaine auprès d'un MSU qui ne fait aucune supervision font bel et bien un remplacement déguisé, à la seule différence que le MSU prend un « congé » d'un seul jour, faisant ainsi passer inaperçu le remplacement déguisé. La durée n'est qu'un facteur aggravant.

IV.2.7. La relation MSU - interne

IV.2.7.a. Les difficultés relationnelles

Ce travail montre que la majorité des SCP ont été perçus positivement par les internes. Cependant, 7 internes ont relaté des difficultés relationnelles avec des MSU. La plus frappante est sans conteste celle de l'interne qui a rapporté des propos misogynes prononcés régulièrement par un

MSU ayant une personnalité difficile. Ces faits intolérables ne sont manifestement **pas compatibles avec la fonction de MSU** mais n'ont pas entravé l'obtention ni le maintien de l'agrément du MSU en question, malgré leur gravité. La première cause est probablement le silence des internes qui ne signalent pas ces éléments anormaux au moment où ils surviennent, ni même après la fin du stage.

Les autres sources de difficultés relationnelles sont peu nombreuses mais elles peuvent être anticipées et évitées, il s'agit du **sentiment de ne pas être compris ou entendu par le MSU**, le **manque d'autonomie**, le **manque d'implication** des MSU dans l'enseignement et une **charge de travail inadaptée** (insuffisante ou excessive). Un interne n'a cependant pas accepté de préciser la nature du conflit. Des difficultés relationnelles semblables ont été décrites dans la partie concernant la perception du SASPAS. Des sources de désaccords similaires ont été identifiées par le Dr Multon R. (32) qui a analysé 36 désaccords entre internes et médecins seniors (stages hospitaliers et ambulatoires confondus) :

- le sentiment de **sous-estimation des compétences** de l'interne (10 cas) et le **manque d'autonomie** (1 cas),
- le sentiment d'un **manque d'implication du senior** dans les soins (8 cas),
- la divergence de prise en charge des patients fragiles, cas de la fin de vie (10 cas),
- le sentiment de l'interne du non-respect des recommandations de bonnes pratiques (4 cas),
- le sentiment de l'interne d'assister à une prescription de complaisance (3 cas).

Ce travail a montré l'existence d'une **relation claire entre l'absence d'argumentation du senior et l'escalade vers le conflit insoluble**. Les attitudes les plus à risque d'engendrer un conflit insoluble sont le **choc hiérarchique et l'humiliation**. Donc là encore, la communication entre les deux parties est indispensable pour éviter tous ces éléments, à condition qu'elle soit un **réel échange**.

Enfin, un interne a déploré l'**activité insuffisante** d'un MSU qui ferait « moins de 10 consultations par jour » comme étant à l'origine de difficultés relationnelles. Si cette estimation est juste, bien que d'apparence insuffisante, cette activité suffit au praticien pour remplir les conditions pour être MSU. En effet, s'il exerce 5,5 jours par semaine, il peut réaliser 2860 actes annuels, alors que 2500 suffisent pour être MSU. Les textes pourraient donc être en faveur du MSU dans cette situation qui permet cependant de constater que **le nombre minimum d'actes légalement requis est très faible**.

IV.2.7.b. Les particularités de la relation MSU – interne en stage ambulatoire

Ce travail montre qu'aucun des internes ayant accepté de remplacer illégalement un MSU au cours du SCP n'avait « osé » **manifeste son refus**. Nous allons tenter de comprendre pourquoi les internes ont fait ce choix. Cette réflexion concerne aussi toutes les situations de remplacement déguisé évoquées dans la perception du SASPAS.

À l'instar des stages hospitaliers, la relation MSU – interne au cours d'un stage ambulatoire est **hiérarchique**. Cependant, elle s'en différencie par des particularités qui confèrent à l'interne une **position de faiblesse** :

- **un déséquilibre en nombre en faveur des MSU** : un seul interne a plusieurs MSU simultanément,
- l'interne est **isolé** : un seul interne dans chaque UPL, absence d'intégration au sein d'un groupe d'internes ou d'une équipe médicale / paramédicale ; Piquereau T. a d'ailleurs relevé que des internes préféreraient le travail d'équipe à la solitude de l'exercice ambulatoire (45),
- **des terrains de stage privés**, l'interne n'est pas à l'hôpital public, il est précisément « chez un praticien »,
- le sentiment d'être **scruté** au début du stage par des praticiens qui communiquent régulièrement entre eux, « alors il est comment le nouveau ? ».

L'avantage de cette relation est qu'elle permet une **formation personnalisée** grâce au compagnonnage. Mais en cas de difficulté, ces éléments vont donner à l'interne le sentiment d'être « **seul contre tous** », d'autant plus marqué que les MSU constituent un groupe depuis longtemps et parfois renforcé par des liens d'amitié.

Par exemple, l'interne qui a remplacé ses MSU pendant 7 semaines a bien précisé qu'il avait remplacé **chacun de ses 2 MSU**, ce qui sous-entend que l'un d'eux était le coordinateur de l'UPL, sensé veiller au respect des règlements. Pourquoi l'interne n'a-t-il pas refusé cette situation illégale? La réponse est probablement qu'il **ne pouvait pas** le faire en raison de la complicité des MSU qui ont prétendu ensemble que les conditions de travail imposées étaient autorisées. Dans ces conditions, l'interne ne peut pas discuter et **ne peut pas compter sur le rôle du coordinateur de l'UPL** en raison de l'évident **conflit d'intérêt**. Une discussion serait « perdue d'avance ». La crainte ultime des internes est l'invalidation du stage, mais ils craignent aussi de compromettre son bon déroulement et de créer des conflits insolubles pouvant détériorer l'entente indispensable avec les

MSU, d'avoir une mauvaise évaluation et même une mauvaise réputation. Il est cependant possible à l'interne de s'adresser à l'association des étudiants, le RAOUL-IMG ou au directeur du DMG directement, mais le résultat serait le même, voire pire, puisque les MSU apprendraient que l'interne les a dénoncés. **Se protéger contre les remplacements illégaux, oui, mais à quel prix ?**

Ainsi, certains MSU vont profiter de la position de faiblesse de l'interne pour transgresser les textes en étant protégés par la « **loi du silence** ». Dans ces situations, l'interne va préférer **prendre des risques légaux plutôt que de faire valoir ses droits**, soit « l'injustice plutôt que le désordre ». **La personnalité de l'interne devient déterminante**, il doit jouir d'un certain tempérament intrépide pour défendre ses droits en bravant l'autorité. Pour **annihiler tout conflit d'intérêt**, il serait peut être plus judicieux de confier la tâche de garantir le respect des règlements à une personne **extérieure à l'UPL**.

À l'issue du stage, les internes sont invités à exposer les conditions dans lesquelles ils ont travaillé en remplissant **une fiche d'évaluation**. Le stage étant terminé, on pourrait s'attendre à ce que les craintes aient disparu, mais là encore, certains internes vont **s'auto-censurer**. Malheureusement, **ce silence contribue à pérenniser les transgressions et le DMG est ainsi démuné pour repérer les situations non-réglementaires**.

Le SCP peut cumuler plusieurs facteurs de stress associés au travail parmi ceux retrouvés dans la littérature et répertoriés par Le Tourneur A. et Komly V. (33) :

- **la charge de travail** (nombre de consultations journalières plus que le temps de travail),
- **l'ambiguïté des rôles**,
- **le manque de travail d'équipe**,
- **le manque de contrôle sur ses activités**,
- **le manque de reconnaissance** de la part des supérieurs hiérarchiques,
- **les conflits** avec les patients,
- le décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par la profession,
- les difficultés à s'adapter aux recommandations.

Heureusement, les stages ambulatoires de niveau 1 et 2 sont **les moins pourvoyeurs de syndrome d'épuisement professionnel** puisqu'ils sont associés aux taux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les moins élevés et aux niveaux d'accomplissement personnel les plus élevés, comparativement aux autres stages de la maquette de MG (33). Seuls 4,7% des internes en SCP ou en SASPAS présentent les 3 scores morbides (contre 7,3% en stages hospitaliers) et **45,9% des**

IMG en ambulatoire n'ont aucun score morbide vs 39,7% en hospitalier (33).

IV.3. Le choix du stage professionnalisant

IV.3.1. Généralités

Certains internes confondaient les termes SASPAS, stage ambulatoire et stage professionnalisant. Cela résulte de la valence « ambulatoire » accordée au stage professionnalisant alors qu'il inclut également des stages hospitaliers. Ainsi, ces internes ont demandé si le questionnaire portait sur le « SASPAS hospitalier » ou le « SASPAS chez le praticien » au cours des entretiens téléphoniques.

IV.3.2. Opinion générale des internes sur le SASPAS

L'opinion des internes est **majoritairement négative ou mitigée** au sujet du SASPAS, ce qui contraste avec les résultats du Dr Laurent D. qui montraient en 2009 que la vision du SASPAS en Lorraine était majoritairement positive pour 71,4 % des internes et était encore meilleure après une réunion d'information sur le SASPAS (88,1 %) (5). Cependant, la population était différente, elle était composée de 42 internes majoritairement en 1er et 3ème semestre de DES et le nombre d'USER proposés était de 8 contre 25 aujourd'hui. Enfin, la thèse de Piquereau T. relevait tout de même qu'il existe deux discours opposés : celui d'un SASPAS très formateur et celui d'un stage qui vaut un remplacement (45).

IV.3.2.a. Les opinions positives

De nombreuses publications vantent les mérites du SASPAS depuis sa création, elles sont fondées en majorité sur **l'expérience des internes** qui l'ont réalisé. Il n'a pas été retrouvé d'enquête qui s'intéressait aux internes n'ayant pas encore choisi leur stage professionnalisant. Les atouts du SASPAS concordent avec les arguments positifs des internes de cette enquête.

En Lorraine en 2006/2007, 14 internes ayant réalisé un SASPAS étaient globalement satisfaits (34) de « **l'expérience précieuse** » de ce stage :

- la qualité de la supervision directe était chiffrée à 9,14 sur 10 ;

- la supervision indirecte durait en moyenne 27,5 minutes. Elle était quotidienne pour 11 étudiants et hebdomadaire pour les 3 autres. Les internes avaient exprimé l'importance qu'ils donnaient à la supervision qui ne devait pas être négligée ;
- l'emploi du temps et l'activité moyenne étaient conformes au cadre législatif avec 9,65 actes par demi-journée ;
- la relation avec les patients et les MSU était satisfaisante ;
- l'organisation et les conditions matérielles étaient jugées satisfaisantes ;
- le SASPAS permettait bien d'appréhender la recherche puisque 7 en avaient profité pour travailler leur thèse, 9 leur mémoire de DES.

Puis en 2013, le travail du Dr Troester J. (35) mettait en valeur le travail en **autonomie « avec filet »** (60%), l'acquisition d'expérience en médecine ambulatoire, la diversité des MSU, les rapports avec les patients et le suivi des patientèles.

Concernant les autres universités, de **nombreux travaux ont confirmé les bénéfices du SASPAS** du point de vue des internes depuis sa création et il n'est pas possible de tous les référencer, nous avons donc cité seulement des travaux relativement récents [36, 37, 38, 39].

IV.3.2.b. Les opinions négatives

Pour rappel voici un tableau synthétique de l'ensemble des opinions négatives exprimées.

Tableau IX – Synthèse des opinions négatives

Opinion négative	n	%
Remplacement déguisé	21	41,2%
Manque de supervision	19	37,3%
Emploi du temps trop chargé	17	33,3%
MSU pas assez impliqués dans la formation	12	23,5%
Le SASPAS est de l'exploitation	11	21,6%
Le SASPAS est difficile	11	21,6%
Les déplacements sont excessifs	7	13,7%
Certaines USER ont mauvaise réputation	4	7,8%
Sentiment d'incompréhension, manque d'écoute	4	7,8%
L'attitude des MSU déplaît	3	5,9%
Préoccupations financières	3	5,9%
Existence de difficultés relationnelles	3	5,9%
Demandes de corvées inappropriées	2	3,9%
Le DMG ne fait rien contre les abus	2	3,9%

1) Perception de la qualité pédagogique du SASPAS

Les reproches faits à la **qualité pédagogique** du SASPAS sont prédominants (remplacement déguisé, manque de supervision, MSU pas assez impliqués, exploitation). Cependant ils ne sont **ni nouveaux, ni spécifiques à notre région**.

En Lorraine, la thèse du Dr Laurent D. (5) avait déjà révélé des opinions négatives similaires en 2009 auprès d'internes qui n'avaient pas encore choisi leur stage professionnalisant : l'éloignement géographique, le sentiment d'**exploitation** et un **manque d'encadrement**. Le Dr Troester J. (35) évoquait également « quelques dérives » semblables en 2013 (15 internes ayant validé leur SASPAS en 2011, interrogés en *focus groups*). Les internes avaient exprimé un **manque de retour pédagogique** ou certaines **transgressions** de la législation au profit du MSU qui faisaient rapidement apparaître un sentiment d'**exploitation** et le ressenti d'un **remplacement déguisé chez 33% des internes**. Certains avaient évoqué **plusieurs jours consécutifs** travaillés chez un même MSU et une supervision indirecte **non-systématique**.

À Paris V, la thèse du Dr Rodin T. (36) montrait que 17,39% des étudiants de son travail avaient eu l'impression de faire un **remplacement déguisé** avec une supervision insuffisante, voire absente pour 15,22% d'entre eux. À Dijon, dans l'étude du Dr D.Fraizy (7), 18,68% des internes considéraient que les MSU n'étaient **pas assez disponibles**, 12% que la supervision n'était pas réalisée systématiquement, ou de **mauvaise qualité** et 8,79% considéraient avoir fait un **remplacement déguisé**. À Nantes, la thèse du Dr Blanchard M. (38) révélait une supervision de **mauvaise qualité** dans 21% des cas où les internes étaient utilisés **comme des remplaçants** par des « **prêteurs de patientèle** » qui ne remplissaient pas leur part du contrat les engageant à une **redevance pédagogique**. L'Université de Nantes a alors **suspendu les agréments de 2 MSU** à la fin de cette étude et en les incitant à se former.

Plus récemment, le DMG de Marseille a confié la réalisation d'une enquête interne au Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille (SAIHM), menée auprès de deux promotions de SASPAS (40). L'état des lieux du SASPAS en novembre 2014 expose des retours communs aux opinions négatives de notre enquête :

- la supervision était régulière dans 76,7% des cas mais **insuffisante** dans 67,6% des cas ;
- la supervision était très **disparate** selon les MSU : certains n'en faisaient jamais et d'autres étaient trop présents, la supervision était le plus souvent demandée par l'interne et seulement

quand il était en difficulté ;

- 66% des internes ont eu le sentiment d'effectuer un **remplacement déguisé** ;
- l'existence de cas de **remplacements imposés par les MSU** partis en vacances sans possibilité de supervision et **difficultés des internes à refuser** sans mettre en péril la fin de leur stage ;
- des attitudes de MSU qui déplaisent : **samedis matins monopolisés** par les MSU injoignables, supervision faite par un **collaborateur qui n'est pas MSU** ;
- MSU beaucoup **moins formateurs** que les chefs des stages hospitaliers.

Au total, les carences pédagogiques recensées ne sont assurément pas spécifiques à notre université.

2) Les causes du manque de supervision

Les internes qui ont reproché le manque de supervision par les MSU pensaient en majorité que cela était dû à leur manque d'implication dans leur fonction d'enseignant. PETITE E. (41) a interrogé des MSU en *focus groups* pour relever les obstacles à la supervision indirecte en SASPAS.

Il en ressortait :

- une **méconnaissance** des MSU sur la **pédagogie et les objectifs à atteindre**, une **insuffisance de supports** d'apprentissages centrés sur l'interne et enfin, la fonction d'enseignant semblait encore **trop peu investie** ;
- **les caractéristiques de l'interne** avaient aussi leur importance : sa motivation, son enthousiasme pour la supervision et son comportement face à la supervision (certains internes « savent tout » ou « n'ont pas conscience de leurs limites » et d'autres restent passifs) ;
- **le moment choisi** n'était pas toujours idéal, en fin de journée, les internes sont fatigués et parfois pressés de rentrer ;
- **le contexte relationnel** : les problèmes de convergence de points de vue entre l'interne et le MSU ainsi que certaines difficultés relationnelles.

Ainsi, **les obstacles à la supervision semblent nombreux et complexes**. La méconnaissance sur la pédagogie et les objectifs à atteindre est surprenante puisque la qualification en pédagogie fait partie des conditions à remplir pour devenir MSU d'après la charte des MSU. Des efforts sont donc à fournir **en amont**.

3) Perception de l'organisation du SASPAS

Les déplacements excessifs et chronophages ont également été relevés à Marseille (40). La notion « d'emploi du temps trop chargé » n'a pas été retrouvée dans la littérature. Cependant cette perception peut s'expliquer par différents facteurs :

- Les stages ambulatoires sont **la rencontre de deux modes de rémunération différents** : un interne salarié dont le statut est réglementé par décret et qui exerce chez un praticien libéral, qui a défini ses propres conditions d'exercice. Les 10 vacations hebdomadaires de 3h30 de l'interne, dont 8 sont effectuées en stage, équivalent à **28 heures hebdomadaires** théoriquement prévues pour la pratique, alors que la réalité de l'exercice ambulatoire en MG est comprise entre **52 et 60 heures hebdomadaires** en moyenne (42). Cette différence notable a pour conséquence de **compliquer l'élaboration du calendrier hebdomadaire** des internes. Pour y remédier, certaines universités (de Picardie, Bretagne ou de Loire Atlantique entre autres), ont ajouté à leur convention de stage la notion qu'**une journée de médecin généraliste « équivaut à trois demi-journées » d'interne**, « à condition que l'interne travaille la journée entière ». Ainsi, un stage organisé sur 3 jours de stage hebdomadaires est plus attractif pour des internes qui sont prêts à parcourir de plus grandes distances et voient la rémunération devenir plus intéressante (45).
- La conception du SASPAS lui confère un emploi du temps **en apparence plus chargé** que celui du SCP. Au cours du SCP à Nancy, bien que l'on n'ait pas de données objectives pour l'affirmer, il est connu que les internes ne réalisent pas systématiquement les 2 vacations hebdomadaires réservées aux centres de soins primaires. Ainsi, ils comparaient **un SCP composé de 7 demi-journées** à un **SASPAS qui en comportait 9**. De même, le SASPAS présente des **vacations prolongées par les nouvelles fonctions de l'interne**, qu'il ne faisait qu'observer en SCP : réception et traitement des résultats d'examens parfois suivis d'appels téléphoniques de patients, gestion des données de comptabilité de la journée écoulée et la fermeture du cabinet lorsque le MSU ne vient pas faire la supervision sur place. À ceci s'ajoutent **la durée de la supervision, ainsi que des trajets** entre les différents sites de stage et qui peuvent être conséquents si on extrapole nos résultats concernant la durée des trajets effectués au cours du SCP (*tableau III*).

- Il existe un **clivage entre les anciennes et les nouvelles générations** de médecins, car l'évolution des futurs médecins généralistes **rejoint l'évolution sociologique générale**, privilégiant la qualité de vie personnelle (43) et les conduisant à consacrer moins de temps à leur profession que leurs prédécesseurs.
- Le stage professionnalisant survient au moment où les internes **se préoccupent particulièrement du temps libre** qu'ils apprécient pouvoir consacrer à leur travail de thèse (45). Les deux vacations hebdomadaires réservées à la formation deviennent parfois insuffisantes.

4) La difficulté du SASPAS

Onze internes ont évoqué la difficulté du SASPAS dans notre travail. Cette perception s'oppose aux résultats de Viellard M. (24) qui montrent que les médecins remplaçants ayant réalisé un SASPAS semblent manifester **moins de confiance en eux** (avant le SASPAS) que ceux ne l'ayant pas réalisé. Ainsi, il a fait l'hypothèse que les internes qui réalisent un SASPAS présenteraient « un profil particulier et notamment une moindre confiance en soi ». Il rejoint les suppositions faites par Rodin T. au terme de son travail (36). Cependant la notion de « confiance en soi » est **subjective**. Les internes n'ayant pas réalisé de SASPAS dans ces études n'avaient peut-être pas conscience de leurs difficultés, contrairement à ceux qui avaient choisi d'effectuer un SASPAS justement pour y remédier. Piquereau T. montre d'ailleurs que certains choisissent le SASPAS pour se rassurer **dans leurs compétences** (45).

Le SASPAS est manifestement **plus difficile qu'un remplacement** si l'on tient compte de l'ensemble des arguments évoqués par les internes dans notre travail. Le SASPAS se différencie à la fois d'un remplacement et de la réalité de l'exercice ambulatoire des praticiens installés par :

- la **multiplicité des praticiens** auprès desquels l'interne doit exercer simultanément, en plus des sites de soins primaires ;
- des **déplacements itératifs** entre les sites de stages, avec parfois plusieurs sites de stage différents pour une seule journée ;
- l'**absence de rémunération** à l'acte ;
- l'exposition à l'**hétéro-évaluation permanente** par les MSU n'est pas chose facile, en particulier s'ils ne sont pas « ouverts à la discussion » ;

- sa **continuité** sur une durée de 6 mois ;
- le **statut de l'interne** en SASPAS est plus difficile à expliquer aux patients et peut lui faire **perdre en crédibilité** : « je ne suis pas remplaçant ».

À Nancy, les USER comportent **4 à 8 sites de stage dont 3 à 6 praticiens différents**, soit autant de méthodes de travail différentes à appréhender rapidement. À Marseille, la SAIHM a relevé que les MSU avaient tous un logiciel différent dans 74% des USER (40), ce qui accroît les difficultés initiales de l'interne alors qu'un médecin remplaçant n'utilise qu'un seul logiciel à la fois. Bien que la supervision soit un atout majeur, le non-choix du SASPAS pourrait finalement être un moyen **d'échapper à toutes ces difficultés**.

5) Compagnonnage... et plus si affinité

Parfois les tâches confiées à l'interne n'ont absolument aucun rapport avec celles dévolues à un médecin en formation. L'ironie nous permettrait d'associer ces tâches à leur potentiel intérêt pseudo-pédagogique ou sanitaire :

- « marcher 30 minutes par jour » pourrait être l'intérêt de la promenade du chien,
- « manger cinq fruits et légumes par jour » celui d'arroser le potager,
- et garder les enfants d'un MSU reviendrait à enrichir le stage en pédiatrie, revendication fréquente des internes.

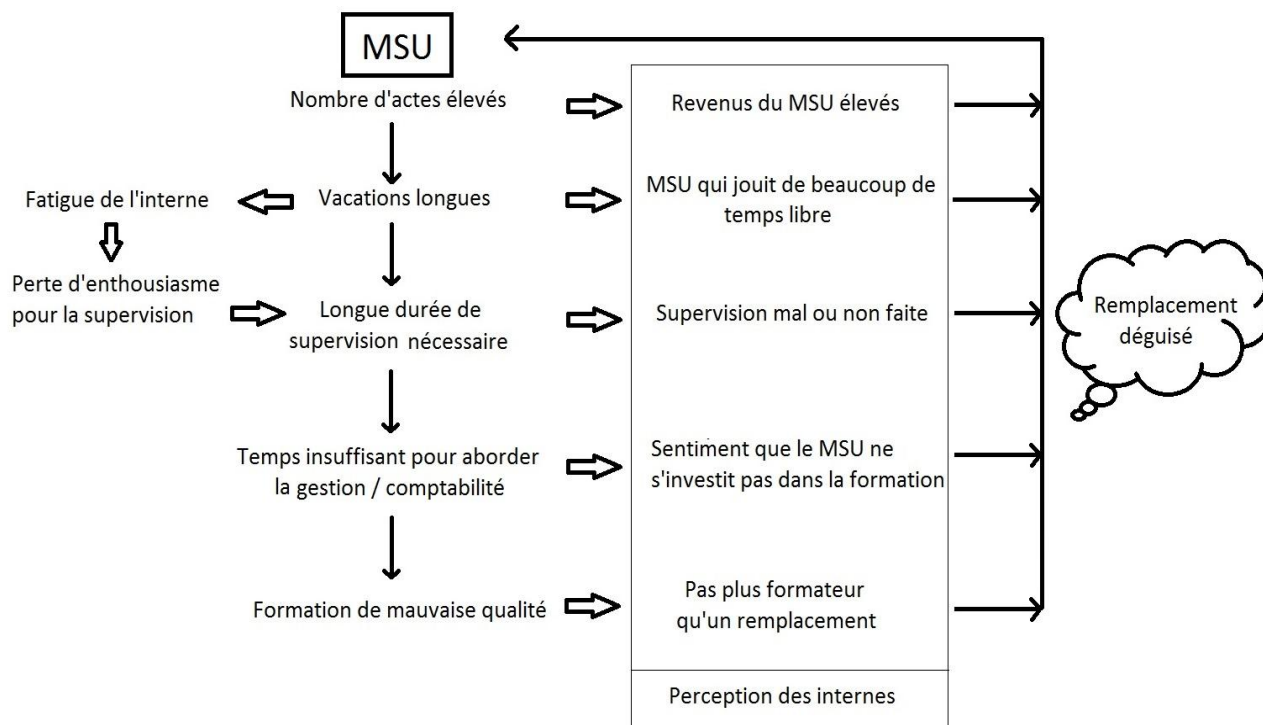
Une technique de communication efficace a été utilisée pour amener l'interne à arroser le potager pendant plusieurs jours, il avait reçu cette consigne écrite sur une note manuscrite apposée sur le bureau du MSU injoignable, car parti en vacances et qu'il devait évidemment remplacer durant cette période.

Ces situations absurdes n'avaient pas lieu d'être, car elles **sortent du cadre de l'enseignement**. Alors que les fondateurs des stages ambulatoires avaient protégé les internes contre les remplacements et les situations d'assistanats, ils n'avaient pas envisagé l'hypothèse qu'ils pourraient être un jour considérés comme corvéables à merci. Quelques soient les liens de complicité ou d'amitié qui peuvent naître au sein de la relation MSU - interne, il est nécessaire de rappeler son **caractère inégal et biaisé par le lien d'autorité** qui peut mener l'interne à accepter des situations insolites **contre sa volonté**. Ainsi, la relation doit rester professionnelle et **faire preuve de bon sens**, d'autant plus que la narration de ces faits à posteriori **ne peut que nuire aux MSU**.

IV.3.3. Les attentes du SASPAS

Les attentes des internes étaient focalisées essentiellement sur **la supervision et l'enseignement** en particulier de la **comptabilité et de la gestion de « l'entreprise médicale »**, éléments déjà désignés comme insuffisants par des internes qui avaient réalisé un SASPAS en Lorraine (35) et dans la région parisienne (39). Ils ont également émis des **souhaits légitimes concernant le respect des règlements**, notamment la limitation du nombre d'actes. Toutes ces attentes ont été retrouvées par Piquereau T. dans son travail réalisé en *focus groups* et publié en mars 2016 (45) : **les internes ne veulent pas d'un rythme de consultation excessif, pas de remplacement déguisé et attendent énormément de l'encadrement** pour lequel ils sont prêts à faire des concessions sur la distance. En pratique, tous ces éléments sont **intriqués** puisqu'un nombre trop élevé d'actes induit des journées trop longues et diminue les chances de réaliser une formation de qualité. **Le nombre d'actes apparaît comme l'élément-clé** dont on peut proposer un organigramme exposant la cascade vers le remplacement déguisé (figure 4).

Figure 4 – Cascade vers le remplacement déguisé



IV.3.4. Les motifs du non-choix du SASPAS

Parmi les 13 internes qui avaient fait un choix « incohérent » de stage professionnalisant, 7 soit 53,8% avaient évoqué un motif principal **lié à leur expérience** au cours du SCP. **Le SCP a donc un impact non-négligeable sur le choix du stage professionnalisant** puisqu'il est lié aux motifs de non-choix du SASPAS de **plus de la moitié des internes concernés**. Nous avons là un argument supplémentaire pour **améliorer la qualité** du SCP, en particulier des postes qui **cumulent les transgressions** aux règlements. Cependant, le SCP est certainement aussi à l'origine de motivations pour le SASPAS, mais ce versant du SCP n'a pas été évalué dans ce travail puisqu'il ne répondait pas à l'objectif qui était d'expliquer les motifs de la désaffection du SASPAS. Plusieurs internes qui avaient choisi de réaliser un SASPAS avaient précisé avoir choisi une USER dont faisait partie au moins un des MSU qui les avait formé au cours du SCP et dont ils avaient été satisfaits.

Puis, les deux autres motifs les plus fréquents de non-choix du SASPAS étaient **les abus commis par les praticiens** en SASPAS et le sentiment de **ne pas être défendu par le DMG**.

Tableau X - Synthèse des motifs du non-choix du SASPAS des 13 internes qui avaient un projet professionnel ambulatoire

Motifs du non-choix du SASPAS	n	%
Lié à l'expérience du SCP	7	53,8%
Impression d'avoir déjà fait un SASPAS pendant le SCP	1	7,7%
Mauvaise expérience personnelle en SCP	4	30,8%
Déçu par la réalité du SASPAS observé au cours du SCP	2	15,4%
Abus des praticiens	3	23,1%
Pas défendu par le DMG	2	15,4%
Le SASPAS est difficile	1	7,7%
Charge de travail excessive	1	7,7%
Obligation de valider le stage au CHU	1	7,7%
Modalités de choix des USER inconnues	1	7,7%
Refus de faire un SASPAS chez des MSU inconnus	1	7,7%
Absence de projet ambulatoire à court-terme	1	7,7%

Le manque de connaissances sur le SASPAS a été mentionné par 10 internes et a entraîné un non-choix du SASPAS. À Nancy, les internes sont informés sur le SASPAS dès le **début de l'internat**, par une réunion institutionnelle d'ordre général au moment où leur attention est plutôt focalisée sur **leur avenir à court-terme qui suscite de nombreuses interrogations**. Ces

informations qui arrivent « **trop tôt** » pourraient être données à un public plus concerné, par exemple aux internes inscrits en 2ème année de DES. En 2009, Laurent D. (5), qui avait évalué l'impact d'une réunion d'informations sur le SASPAS proposait de la pérenniser **puisque'il existait déjà une demande d'information** de la part des internes. Parallèlement, le site internet de l'Université de Lorraine (44) donne accès à deux documents informatifs : une présentation succincte du stage et le règlement intérieur, mais aucun d'eux n'expose les modalités de choix des USER. Ces dernières sont transmises aux internes par courrier individuel dans les mois qui précèdent ladite réunion. Ces **informations pertinentes** pourraient être **ajoutées sur le site internet de l'université**, d'autant plus que chaque université applique ses modalités propres.

Par ailleurs, les **contraintes de la maquette du DES** avaient déjà été évoquées par Dr Viellard (24) comme motif de non-choix du SASPAS, la **valence « CHU »** était également en cause. Ceci rappelle la revendication de l'inter-syndicat des internes de MG, l'ISNAR-IMG, qui est de **rendre facultatif le stage au CHU**, ce qui dans le cas présent aurait permis à l'interne concerné d'effectuer un SASPAS. En attendant que cette revendication porte peut-être un jour ses fruits, une autre question peut se poser concernant le statut de l'interne qui implique qu'il soit salarié par le CHU de rattachement pendant son SASPAS, on se demande alors si cette condition pourrait être suffisante pour rendre **le SASPAS validant pour la valence CHU** de la maquette du DES.

IV.3.5. Les suggestions

Tableau XI – Synthèse des suggestions

Suggestions	n	%
Organiser le SASPAS par journées entières sur un unique site de stage	12	23,5%
Informar d'avantage les internes sur le SASPAS	10	19,6%
Réduire le nombre de praticiens dans chaque USER	9	17,6%
Reverser une rétrocession à l'interne	8	15,7%
Faire un second SCP	6	11,8%
Augmenter le nombre d'USER dans certaines zones	2	3,9%

Les internes ont formulé des **propositions pertinentes** qui pourraient rendre le SASPAS plus attrayant. Concernant les déplacements jugés excessifs, il est évident qu'exercer chez **un unique praticien chaque jour** réduit les déplacements et s'approche d'avantage de **la réalité de l'exercice ambulatoire**, de même que **réduire le nombre de praticiens par USER** en diminue également **la difficulté**. À Nancy, les USER comportent jusqu'à 8 sites de stages répartis sur 8 vacations hebdomadaires. Ces arguments sont nouveaux comparativement aux précédentes

publications concernant le SASPAS en Lorraine. Contrairement au SCP, **le nombre de praticiens par USER en SASPAS n'est pas limité** par la loi, alors que la charte du MSU mentionne paradoxalement que les USER sont « constituées d'au plus trois MSU ». Néanmoins, il semble **utile de définir un nombre maximum de praticiens** par USER.

Quant aux autres propositions, la réalisation d'un **second SCP** est permise par l'arrêté du 10 Août 2010 qui précise que le semestre libre peut être réalisé dans une structure agréée non hospitalière (4). Reste à savoir **s'il est techniquement possible** pour l'Université de Lorraine de le proposer en raison du besoin en MSU qui croît au même rythme que les promotions de MG.

La mise en place d'une rétrocession pour l'interne serait **probablement attirante** pour les internes mais **les obstacles à cette suggestions sont nombreux** : l'adhésion des MSU, la complexité de sa mise en pratique en raison de la multiplicité des praticiens et surtout la **confusion** engendrée sur le statut de l'interne qui n'est pas un remplaçant. Cette mesure **ne favoriserait pas la formation de l'interne**, mais **compenserait le manque de formation et la frustration** créée par le MSU qui « récupère la caisse » sans former l'interne, comme l'avait fait remarqué le Dr Troester (35).

Enfin, le **manque d'USER** à Nancy avait déjà été rapporté par le Dr Viellard (24), cependant il **n'est pas licite** d'augmenter le nombre d'USER alors que celles déjà disponibles ne sont **pas toujours pourvues**, y compris celles qui se situent à **proximité de Nancy**. Certaines universités ont fait le choix d'**imposer** aux internes de pourvoir toutes les USER disponibles, comme cela a été le cas auparavant en Lorraine, cependant **les retours sont mauvais** : affectation d'internes non-motivés pour le SASPAS et déception consécutive des MSU (5). D'après Piquereau T., les internes pensent que la réalisation du SASPAS doit être un **choix personnel** (45). L'Université de Lorraine a renoncé à imposer une adéquation stricte et préféré trouver d'autres dispositions pour inciter les internes à saisir l'opportunité de réaliser un SASPAS. Le problème sera peut-être tranché par la future réforme qui imposerait le SASPAS pour tous.

V. CONCLUSION

Cette étude a montré que la désaffection du SASPAS par les internes ayant un projet d'exercice ambulatoire est multifactorielle mais majoritairement liée à de mauvaises expériences au cours du SCP. Il existe un impact non négligeable du SCP sur le choix du stage professionnalisant. Le SASPAS n'attire pas les internes n'ayant pas de projet d'exercice ambulatoire, il pâtit de la diversité des projets professionnels. Il est majoritairement mal perçu par les internes interrogés en raison de transgressions aux règlements qui font de l'ombre à son fort potentiel pédagogique. « Pour améliorer les SASPAS lorrains, il conviendra donc à l'avenir de s'assurer du respect total du cadre législatif dans l'organisation de chaque USER et de veiller au caractère systématique de la supervision indirecte » (35), ainsi concluait le Dr Troester dans son travail publié en 2013 et force est de constater de constater que cette conclusion est toujours d'actualité. Ces données ne sont ni nouvelles, ni spécifiques à notre région. Ce travail a permis d'émettre des suggestions que nous espérons pertinentes et tangibles pour privilégier la qualité des USER à leur quantité. Il est nécessaire de replacer l'interne dans son contexte de formation universitaire le différenciant formellement d'un médecin remplaçant, d'évaluer régulièrement les MSU dans leur fonction de formateur et d'améliorer la coordination entre eux. Il serait donc judicieux de saisir l'opportunité de pouvoir optimiser et uniformiser les postes proposés grâce aux nombreux travaux réalisés, avant de les multiplier et de rendre obligatoire le SASPAS.

L'expérience du SCP a été majoritairement bien perçue par les internes interrogés et 90,2% ont atteint leur objectif principal qui est l'autonomie. La majorité des stages se sont déroulés dans de bonnes conditions. Cependant, les qualités pédagogiques du SCP sont entachées par quelques minoritaires UPL « mauvais élèves » qui cumulent les manquements à leur devoirs de formation en instaurant des délais de mise en autonomie trop précoces et en prenant des risques légaux au travers de situations de remplacement illégal.

C'est finalement la qualité du compagnonnage qui va induire le niveau d'appréciation des internes pour les stages ambulatoires : entraide, bienveillance, éducation, respect mutuel, transmission des connaissances et supervision consciencieuse. Ces conditions idéales de travail, qui sont profitables aussi bien à l'interne qu'aux MSU, sont à promouvoir et privilégier.

BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. Le Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.
2. Braun Neves C. Être ou ne pas être médecin généraliste. Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes.[Thèse de médecine]. Paris V, Université René Descartes, 2005.
3. Frou B. Devenir professionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004. [Thèse de médecine]. Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, 2006.
4. République Française. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
5. Laurent D. Évaluation d'une réunion d'information des internes de médecine générale lorrains sur le SASPAS. [Thèse de médecine]. Nancy, Université de Lorraine, 2009.
6. CNGE. État des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013. Tableau 5. Effectifs relatifs au stage de SASPAS au 01/01/2013. Disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_2013_01.pdf
7. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. Étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011. [Thèse de médecine]. Dijon, Université de Bourgogne, 2012.
8. République Française. Décret n°83-785 du 2 septembre 1983 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie.
9. République Française. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.
10. Circulaire du C.N.O.M. n° 97-121 du 17 novembre 1997.
11. République Française. Arrêté du 13 mars 1998 modifiant l'arrêté du 16 mai 1997 fixant le modèle de la convention prévue à l'article 3 du décret no 97-495 du 16 mai 1997, modifié par le décret no 97-1213 du 24 décembre 1997, relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.
12. République Française. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
13. Nemitz B. Groupe de travail sur le 6e semestre du 3e cycle de médecine générale. Rapport du groupe Nemitz de mai 2002.
14. Circulaire DGS/DES/2004 n°192 du 26/04/2004 relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé.
15. République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, Annexe V. Maquette du DES de Médecine Générale.

16. L'équipe enseignante du DMG de Caen – Université de Caen Basse-Normandie, UFR de médecine. Glossaire : définitions et précisions pour l'ensemble des stages de médecine générale. Disponible sur : http://ufrmedecine.unicaen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1339426790238
17. République Française. Article R.4127-68-1 du code de la santé publique. Le compagnonnage. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-68-1-compagnonnage-1276>
18. République Française. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.
19. Dr F.-Xavier Mercat. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999.
20. La charte des MSU publiée le 6 février 2012, disponible sur : http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/120207_la_charte_des_MSU_les_fondamentaux_1.pdf
21. Houhoune F. Étude des difficultés rencontrées par les internes de médecine générale, à la faculté Paris XIII, pour clôturer leur cursus universitaire : enquête auprès des étudiants en fin de troisième cycle et de leur tuteur. [Thèse de médecine]. Paris XIII, Université Paris XIII, 2012.
22. Labat L. Évaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1. [Thèse de médecine]. Toulouse, Université Toulouse III Paul Sabatier, 2013.
23. Moussac A. Évaluation des attentes des internes pour le stage de niveau 1 en médecine générale : enquête quantitative auprès des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers. [Thèse de médecine]. Poitiers, Université de Poitiers, 2013.
24. Viellard M. Difficultés ressenties par les Internes de Médecine Générale lors de leurs premiers remplacements. Intérêt du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Etude qualitative réalisée auprès de jeunes médecins de la région Lorraine. [Thèse de médecine]. Nancy, Université de Lorraine, 2014.
25. Coudreuse Chichoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. [Thèse de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier, 2012.
26. Bloy G. La transmission de savoirs professionnels spécifiques en médecine générale : ambition ou défi ? *Revue Française des Affaires Sociales*, 2005; 59 (1) : 103-26.
27. Sass M. La consultation, patient, médecin, interne, en stage niveau 1 de médecine générale : Étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes - Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient. [Thèse de médecine]. Paris XI, Université Paris-Sud, 2013.
28. Couture Pages J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale. [Thèse de médecine]. Paris VII, Université Paris Diderot, 2010.

29. Chandez C. et Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes: étude qualitative par *focus groups* et entretiens semi-dirigés. [Thèse de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier, 2013.
30. République Française. Article L4161-1 à L4161-1 du code de le santé publique.
31. Article R.4127-30 du code de la santé publique – complicité d'exercice illégal. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-30-complicite-d-exercice-illegal-254>
32. Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et maîtres de stage sur les soins aux patients. Etude de 37 situations en Ile de France. [Thèse de médecine]. Paris VII, Université Paris Diderot, 2013.
33. Le Tourneur A. et Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier, 2011.
34. Laurent D. Le SASPAS : Enquête régionale sur le vécu des IMG en stage de novembre 2006 à octobre 2007. [Mémoire de médecine]. Nancy, Université de Lorraine, 2007.
35. Troester J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : Étude qualitative par *focus groups* et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. [Thèse de médecine]. Nancy, Université de Lorraine, 2013.
36. Rodin T. Influence du SASPAS en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de médecine générale. [Thèse de médecine]. Paris V, Université Paris Descartes, 2010.
37. Frèche B. Le Grand-Penguilly J. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? La revue Exercer, 2011 ; 95:21-4.
38. Blanchard Rocheteau M. La supervision indirecte au cours du SASPAS à Nantes : étude descriptive auprès des internes. [Thèse de médecine]. Nantes, Université de Nantes, 2011.
39. Cécile Manjarres C. Influence du Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes : étude comparative. [Thèse de médecine]. Paris XII, Université Paris Est Créteil, 2012.
40. Benfriha M. et Boula E. État des lieux de la MDS et du SASPAS, novembre 2014. Enquête de la SAIHM. Marseille, Université d'Aix-Marseille, 2014.
41. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. [Thèse de médecine]. Grenoble, Université Joseph Fourier, 2010.
42. Le Fur P., Bourgueil Y. et CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. Questions d'économie de la santé, juillet 2009, 144. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
43. Gallois P., Vallee JP., Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. Médecine, 2008, 4(3).

44. Site internet de l'université de Lorraine, section enseignement du troisième cycle. Disponible sur : http://www.medecine.univ-lorraine.fr/enseignement/3e_cycle/
45. Piquereau T. Motivations des internes en DES de médecine générale à réaliser ou non un SASPAS. [Thèse de médecine]. Angers, Université d'Angers, 2016.

AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS

WONCA Europe. « La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille », 2002. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

Les conditions légales d'exercice, disponibles sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions_legales_exercice.pdf

Foire aux questions de l'ISNAR-IMG, disponible sur : <http://www.isnar-img.com/content/faq-statuts-de-linterne>

Portfolio de l'interne en SASPAS à Amiens, disponible sur : <http://www.picardie.cnge.fr/IMG/pdf/2007PortfolioSASPAS.pdf>

ABC de la médecine générale à Reims, disponible sur : http://www.univ-reims.eu/formation/ufr-instituts-et-ecoles/ufr-de-medecine/troisieme-cycle-internat-medecine/gallery_files/site/1/90/1129/9476/37952.pdf

ANNEXE
Le questionnaire

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

Identité :	Sexe : ☐ F ☐ M
Semestre actuel :	Semestre du stage chez le praticien :

I - Le stage chez le praticien

A) Organisation du stage

1- Nombre de vacations par semaine :

2- Le calendrier d'organisation était globalement :

☐ Pratique ☐ acceptable ☐ contraignant, précisez :

3- Temps d'un trajet aller en minutes : ☐ 0 à 30 ☐ 31 à 60 ☐ 61 à 90

3bis- Appréciation du temps de trajet : ☐ très bien ☐ acceptable ☐ excessif

B) Autonomie et formation

4- Après quel délai avez vous effectué des actes en autonomie ?

3bis- Ce délai était : ☐ adapté à votre autonomie ☐ précoce ☐ tardif

5- Supervision directe des actes réalisés en autonomie (le praticien était il joignable?) :

☐ Toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ jamais

6- Supervision indirecte des actes en autonomie :

☐ Toujours ☐ le plus souvent ☐ uniquement les actes jugés difficiles ☐ jamais

7- Qualité de la formation / réponses à vos questions ?

☐ Très bien ☐ assez bien ☐ insuffisant

8- Possibilité d'aller en cours :

☐ Toujours ☐ le plus souvent ☐ parfois ☐ jamais

9- Pendant les congés d'un maître de stage, vous étiez la plupart du temps :

- ☐ libéré
- ☐ affecté à un autre MSU du poste
- ☐ tenu de consulter dans le cabinet du médecin absent
- ☐ aucun congé de MSU pendant le stage

10- Si vous avez travaillé dans le cabinet d'un MSU pendant ses congés, précisez :

- la durée :

- les conditions de supervision directe et indirecte:

- la compensation :

11- Avez-vous réalisé des visites en autonomie ?

☐ non ☐ oui, moins de 10 ☐ oui, entre 11 et 20 ☐ oui, entre 21 et 30

11bis- Si oui, les frais de déplacements vous ont ils été remboursés ? ☐ oui ☐ non

12- Le niveau d'autonomie que vous avez acquis à l'issue du stage était-il suffisant pour remplacer ? ☐ oui ☐ non

C) Appréciation globale du stage

13- Avez-vous rencontré des difficultés relationnelles avec les maîtres de stage ?

☐ non ☐ oui, préciser :

14- Recommanderiez-vous ce stage à un camarade ?

☐ oui ☐ non

II - Choix du stage professionnalisant

A) Généralités

15- Votre projet professionnel :

☐ Exercice ambulatoire ☐ exercice hospitalier ☐ DESC ☐ Autre :

16- Votre choix de stage professionnalisant :

☐ SASPAS ☐ Stage hospitalier agréé pour le DES
☐ Stage agréé pour un DESC ☐ Structure extra hospitalière

17- Votre opinion au sujet du SASPAS est plutôt :

☐ Positive ☐ négative ☐ mitigée ☐ aucune opinion / je ne m'y suis pas intéressé

17bis- Précisez vos arguments justifiant cette opinion (si « mitigé », compléter les deux versants) :

- Positive :

- Négative :

B) Les attentes du SASPAS :

Cette partie concerne uniquement les internes ayant un projet d'exercice ambulatoire

18- Dites si les objectifs de formation suivants correspondent à vos attentes du SASPAS:

Objectif	Oui / Non
S'exercer à prendre des décisions médicales seul	
Se familiariser avec les conditions de l'exercice ambulatoire	
Bénéficier d'une supervision, d'une autonomie sécurisée	
Obtenir des astuces et conseils pratiques de la part des MSU	
Optimiser la gestion du travail / temps	
Optimiser la relation soignant / soigné	
Maîtriser les outils administratifs utiles à la prise en charge des patients	
Maîtriser différents logiciels médicaux	
Apprendre à gérer un cabinet (administratif, comptabilité)	
Préciser ses futures conditions d'exercice	

18bis- Quelle(s) autre(s) attente(s) avez vous du SASPAS ?

C) Les motifs du non choix du SASPAS :

Cette partie concerne tous les internes n'ayant pas choisi le SASPAS.

19- Pour quelle raison ne choisirez vous pas de SASPAS ? (coter S pour chaque réponse affirmative du tableau énoncée spontanément)

Puis, dites si les motifs énoncés sont ceux qui ont orienté votre décision.

Coter O ou N : O : oui, réponse affirmative après proposition

 N : non, réponse négative après proposition

Je ne projette pas d'exercer en ambulatoire (DESC, projet hospitalier, autre structure)	
Mauvaise expérience personnelle du stage chez le praticien de niveau 1	
Les postes proposés sont trop éloignés de mon domicile	
Trop de déplacements entre les sites de stage	
Il y a trop de visites à effectuer	
L'emploi du temps est trop chargé	
Le SASPAS est inutile, il vaut mieux remplacer	
L'interne doit suivre les pratiques habituelles de chaque praticien (décisions prescriptions, relation médecin / patient...)	
La perte de revenu complémentaire (absence de garde)	
La supervision est peu ou mal faite	
19bis- Autre motif énoncé : 	

D) Suggestions

20- Avez-vous des suggestions qui pourraient inciter d'avantage les internes à réaliser un SASPAS ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : La médecine générale ambulatoire prend une place croissante dans la formation des futurs médecins généralistes. En Lorraine, le SASPAS pâtit cependant d'une relative désaffection malgré son intérêt pédagogique : des postes restent vacants quasiment chaque semestre. Ainsi, nous avons voulu en connaître les raisons et rechercher des liens de causalité avec la réalisation du stage chez le praticien. Nous avons réalisé une enquête prospective et rétrospective auprès d'internes n'ayant pas encore choisi leur stage professionnalisant. **Matériel et méthode :** Les critères d'inclusion étaient l'entrée en 4^{ème} ou 5^{ème} semestre de MG à Nancy en novembre 2014 et la validation, ou la réalisation en cours, du stage chez le praticien, soit les internes qui étaient sur le point de choisir leur stage professionnalisant. Pour favoriser la libre expression des internes, chacun a été invité à donner ses coordonnées téléphoniques individuellement, *de visu* ou *via* les réseaux sociaux, puis un questionnaire téléphonique a été élaboré pour évaluer leur perception du stage chez le praticien et du SASPAS. **Résultats :** Cinquante-et-un internes (67,1 %) ont été interrogés de avril à octobre 2015. Leur opinion sur le SASPAS était majoritairement négative (49%) ou mitigée (27,5%). Les raisons principales étaient un sentiment de « remplacement déguisé » (41,2%), un manque de supervision (37,3%), un emploi du temps trop chargé (33,3%), un manque d'implication des MSU (23,5%), un sentiment « d'exploitation » (21,6%) et une difficulté excessive du SASPAS (21,6%). Trente-sept internes (72,5%) avaient un projet d'exercice ambulatoire au moins partiel et 13 d'entre eux (35%) ont choisi de ne pas réaliser de SASPAS, ceci expliquant la persistance de postes vacants. L'expérience du SCP a contribué à rebuter 7 d'entre eux (53,8%) du SASPAS. Le SCP a quant à lui satisfait 82% des internes, qui ont atteint une autonomie suffisante dans 90,2% des cas. La qualité de la supervision des SCP peut être globalement améliorée. Il existe quelques postes « mauvais élèves » qui cumulent les manquements : mauvaise supervision, mise en autonomie précoce et situations de remplacements illégaux pendant les congés des MSU. **Conclusion :** La désaffection du SASPAS est multifactorielle. Ses qualités pédagogiques réelles sont perçues comme décevantes par certains internes qui préfèrent y renoncer et réaliser leur stage professionnalisant en milieu hospitalier, malgré leur projet d'exercice professionnel ambulatoire. Le SCP atteint ses objectifs pédagogiques dans la majorité des cas et a un rôle déterminant dans le choix du stage professionnalisant, renforcé par son statut d'unique stage ambulatoire obligatoire.

TITRE EN ANGLAIS

Future general practitioners' formation: assessment of their perception of the ambulatory internships level 1 and 2.

THÈSE de MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017.

MOTS CLEFS : formation, médecins généralistes, stages ambulatoires, stage chez le praticien, SASPAS, maîtres de stage, médecine générale.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
